

Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe

La centralidad
de la salud para
el desarrollo social
inclusivo y sostenible

María Luisa Marinho
Antonia Dahuabe
Alberto Arenas de Mesa



NACIONES UNIDAS

CEPAL



Trabajando por
un futuro productivo,
inclusivo y sostenible

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

Deseo registrarme



NACIONES UNIDAS



www.cepal.org/es/publications



www.instagram.com/publicacionesdelacepal



www.facebook.com/publicacionesdelacepal



www.issuu.com/publicacionescepal/stacks



www.cepal.org/es/publicaciones/apps

SERIE

POLÍTICAS SOCIALES

244

Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe

La centralidad de la salud
para el desarrollo social
inclusivo y sostenible

María Luisa Marinho
Antonia Dahuabe
Alberto Arenas de Mesa



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Este documento fue preparado por María Luisa Marinho y Antonia Dahuabe, Oficiales de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y Alberto Arenas de Mesa, Director de la misma División, para el proyecto de la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo “Sistemas de salud resilientes con cobertura universal en América Latina y el Caribe”. Los autores agradecen los valiosos aportes recibidos en el proceso de elaboración del documento por parte de colegas de la División de Desarrollo Social, en particular los comentarios de Daniela Huneeus, Amalia Palma, Claudia Robles y Daniela Trucco. Se agradecen, asimismo, los insumos brindados por Carla Castillo y Fabián Duarte, Consultores de la misma División.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Publicación de las Naciones Unidas
ISSN: 1680-8983 (versión electrónica)
ISSN: 1564-4162 (versión impresa)
LC/TS.2023/115
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2023
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.23-00701

Esta publicación debe citarse como: 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 autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. La centralidad de la salud: políticas sanitarias que apoyan el desarrollo sostenible	13
A. Niveles de salud integrales para el desarrollo social inclusivo	14
B. La salud como elemento crítico para el desarrollo económico	18
C. Políticas sanitarias y sostenibilidad ambiental	21
II. La expresión de las desigualdades en la salud de las personas: la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud en América Latina y el Caribe.....	25
A. El progreso en salud esconde profundas desigualdades entre los países de la región	25
B. Las desigualdades en salud y la necesaria articulación entre la salud y los demás componentes de la protección social	33
1. Desigualdades en salud a nivel regional y el desarrollo social inclusivo.....	34
2. Las brechas en salud al interior de cada país: la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud según la matriz de la desigualdad social.....	37
3. La articulación entre la protección social y la Atención Primaria de Salud es fundamental para enfrentar y reducir la desigualdad en la región.....	41
III. Urge fortalecer los sistemas de salud para disminuir las desigualdades en salud.....	45
A. Las debilidades estructurales de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: subfinanciamiento crónico, fragmentación y segmentación	46
B. Reformas sostenibles a los sistemas de salud y la centralidad de la Atención Primaria de Salud para enfrentar y reducir la desigualdad.....	52
1. Dimensiones de una reforma al sistema de salud.....	53
2. Las reformas a los sistemas de salud y la centralidad de la atención primaria de salud	56
IV. Reflexiones y desafíos para reducir las desigualdades en salud y avanzar hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible: la urgencia de consolidar sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes	61

Bibliografía	65
---------------------------	----

Serie Políticas Sociales: números publicados	72
---	----

Gráficos

Gráfico 1	América Latina y el Caribe (33 países): esperanza de vida al nacer, 1950-2021	26
Gráfico 2	América Latina y el Caribe (33 países): tasa de mortalidad infantil, 1950-2021	27
Gráfico 3	América Latina y el Caribe (31 países): tasa de mortalidad materna, 1985-2020	28
Gráfico 4	América Latina y el Caribe (33 países): esperanza de vida al nacer según sexo, 2021	29
Gráfico 5	América Latina y el Caribe (33 países): pérdida en esperanza de vida al nacer, entre 2019 y 2021	30
Gráfico 6	América Latina y el Caribe (33 países): tasa de mortalidad infantil según sexo, 2021	31
Gráfico 7	América Latina y el Caribe (31 países): tasa de mortalidad materna, 2020	32
Gráfico 8	América Latina y el Caribe (14 países): esperanza de vida al nacer y promedio nacional de años de escolaridad, alrededor de 2020	35
Gráfico 9	América Latina y el Caribe (22 países): tasa de mortalidad infantil según niveles de informalidad laboral, alrededor de 2019	36
Gráfico 10	América Latina y el Caribe (14 países): tasa de mortalidad materna según pobreza extrema, alrededor de 2020	36
Gráfico 11	América Latina y el Caribe (12 países): tasa de mortalidad infantil (bajo 5 años) según quintil de ingresos, alrededor de 2017	38
Gráfico 12	América Latina y el Caribe (31 países): causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad, según género, 2019	38
Gráfico 13	América Latina y el Caribe (31 países): probabilidad de muerte prematura por enfermedades no transmisibles entre los 30 y 70 años, 2019	39
Gráfico 14	América Latina y el Caribe (7 países): acceso a al menos a cuatro atenciones prenatales, según nivel de educación de la madre, alrededor de 2017	40
Gráfico 15	América Latina y el Caribe (19 países): partos atendidos por personal calificado, según territorio, alrededor de 2017	40
Gráfico 16	América Latina y el Caribe (33 países): gasto público, privado y de bolsillo, 2000-2020	47
Gráfico 17	América Latina y el Caribe (24 países): médicos por cada 10.000 habitantes y gasto público en salud, 2017	48
Gráfico 18	América Latina y el Caribe (33 países): gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2020	49
Gráfico 19	América Latina y el Caribe (24 países): incidencia del gasto catastrófico según umbrales 10% y 25%, año más reciente disponible	50
Gráfico 20	América Latina y el Caribe (33 países): segmentación en los sistemas de salud, 2020	52
Gráfico 21	América Latina y el Caribe (9 países): gasto público en APS per cápita, gasto público en APS como proporción del gasto público en salud y gasto público en salud como porcentaje del PIB	58

Recuadro

Recuadro 1	Atención Primaria de Salud (APS): breve recorrido histórico de una estrategia clave para la salud universal	17
------------	---	----

Diagramas

Diagrama 1	La relación de la salud con las tres dimensiones del desarrollo sostenible	14
Diagrama 2	La matriz de la desigualdad social, los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud	34
Diagrama 3	La acción sinérgica entre la Atención Primaria de Salud y la protección social	43
Diagrama 4	Marco de evaluación y control de gestión de los sistemas de salud	46
Diagrama 5	Dimensiones de una reforma al sistema de salud	53

Resumen

La salud es central para el desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental, tal como ha quedado en evidencia a través de experiencia de la pandemia de COVID-19. A pesar de su centralidad y los avances experimentados en las últimas décadas, se observa una profunda desigualdad en América Latina y el Caribe, tanto entre los países como en su interior, marcada por una desigual distribución de los determinantes sociales de la salud según los ejes estructurantes de la matriz de desigualdad social. Ante ello, el llamado es a fortalecer la estrategia de Atención Primaria de Salud dada su contribución a reducir la pobreza y las desigualdades de la región a través de su acción sobre los determinantes sociales de la salud y la articulación con los sistemas de protección social, así como por su capacidad para enfrentar las problemáticas de los sistemas sanitarios y alcanzar mejores resultados en salud. Junto a ello, es central implementar transformaciones a los sistemas de salud que permitan avanzar hacia la universalidad, integralidad, sostenibilidad y resiliencia, para lo cual es fundamental abordar las diversas dimensiones relacionadas con las reformas que posibilitan su éxito y así avanzar de manera decisiva hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible, sin dejar a nadie atrás.

Introducción

Por más de tres años el mundo se vio enfrentado a una pandemia que causó casi 7 millones de muertes por COVID-19, además de una profunda crisis sanitaria, económica y social que dejó al descubierto las limitaciones del modelo de desarrollo predominante y la necesidad de implementar cambios para alcanzar el desarrollo sostenible. Durante este período se evidenció con mayor fuerza la extrema desigualdad en salud que viven las personas, y cómo el modelo de desarrollo de la región las reproduce. Junto a ello, esta crisis mundial posicionó a la salud en el centro del debate, planteando la urgente necesidad de realizar transformaciones que permitan avanzar de manera decidida hacia la salud universal y sensible a las diferencias, en un marco de sostenibilidad y resiliencia ante futuras crisis.

Uno de los principales aprendizajes que dejó la pandemia de COVID-19 es que no existe un dilema que contraponga a la salud y la economía, sino que la salud de las personas es una condición necesaria para el desarrollo económico (CEPAL/OPS, 2020, 2021). Incluso más allá de la economía, la salud es un requisito para el desarrollo social inclusivo, en tanto condiciona el desarrollo de habilidades y la educación, la inclusión laboral, la participación en diversas dimensiones de la sociedad y, en última instancia, el bienestar integral de las personas. Esta crisis global permitió visibilizar la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible y la reducción de la desigualdad, dejando como desafío para la pospandemia la urgencia de llevar a cabo el conjunto de transformaciones que los sistemas de salud requieren para avanzar hacia sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes, y contribuir a superar las injusticias que están detrás de las desigualdades de la región.

América Latina y el Caribe fue una de las regiones más golpeadas por la pandemia, tanto en términos sanitarios como económicos y sociales, siendo descrita, en distintos momentos, como el epicentro mundial de la pandemia (CEPAL, 2022a). Esta lamentable posición responde a características propias de la región que la hicieron más vulnerable a la pandemia y, en la medida que no sean abordadas, seguirán constituyendo riesgos y debilidades para enfrentar futuras crisis. América Latina y el Caribe es la región más desigual del mundo y experimenta importantes déficits en áreas que determinan las condiciones de vida de las personas que, en último término, tienen un impacto directo sobre su salud. Es así como la región enfrentó la pandemia con tasas de pobreza que estaban aumentando, índices de desigualdad económica altos y estancados, alrededor del 50% de la población ocupada era informal, grandes dificultades en el ámbito educativo, y sistemas de protección social y de salud con significativas debilidades estructurales. La interacción entre estas características configuró un escenario catastrófico en que los efectos de la

pandemia se amplificaron, gatillándose rápidamente una crisis cuyas consecuencias trascendieron los contagios y muertes provocadas por el virus SARS-CoV-2, y se reflejaron en altos niveles de exceso de mortalidad y un retroceso significativo en indicadores epidemiológicos clave, como la esperanza de vida, junto a un gran impacto social y económico, cuyas implicancias aún se encuentran en curso (CEPAL, 2022b). Esta experiencia permite constatar la innegable interrelación que existe entre la salud y las desigualdades en dimensiones claves del desarrollo social y económico.

Lo anterior ha permitido recuperar uno de los principios fundamentales de la Declaración de Alma-Ata en que se postula que *“la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial”* (OPS, 1978, pág. 1). Esta declaración, realizada hace 45 años atrás, cobra más realidad que nunca ante el análisis del impacto multidimensional de la pandemia al observarse un retroceso en un 27% de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2023a). Como se desarrollará en el presente documento, la salud incide directamente en las tres dimensiones del desarrollo sostenible: el desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental, haciendo que la inversión en salud de la población sea crucial para alcanzar un modelo de desarrollo que permita superar el lento crecimiento económico, las persistentes desigualdades sociales y la profunda degradación del medio ambiente y la crisis climática en curso.

De igual manera, la consideración de la relación entre la salud y las estrategias de desarrollo es fundamental para superar las grandes desigualdades que caracterizan a la región. El ejercicio del derecho a la salud condiciona los demás derechos, dado que de él depende, en última instancia, la vida de las personas. Es así como las desigualdades en salud, definidas como diferencias en condiciones sanitarias que son evitables e injustificadas, se relacionan con brechas en dimensiones fundamentales del desarrollo social inclusivo y del bienestar de las personas como, por ejemplo, la educación y la inclusión laboral, toda vez que la salud de las personas, entre otros factores, determina y condiciona sus capacidades de aprendizaje y rendimiento laboral.

Ahora bien, las peores condiciones de salud no se encuentran aleatoriamente distribuidas en la población, sino que se concentran en aquellos grupos que viven en situación de pobreza y pobreza extrema, que tienen niveles de ingresos más bajos, menores niveles de educación, peores condiciones laborales y mayores dificultades para acceder a los servicios de salud, a la vivienda y a servicios básicos, entre otros. Estas circunstancias, que influyen en el modo en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, son denominadas determinantes sociales de la salud, y se encuentran distribuidas de manera dispar, dando lugar a desigualdades en salud (OMS/CSDH, 2008). Los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social (CEPAL, 2016) tienen relación directa con la distribución de los determinantes sociales de la salud, pues características o condiciones de las personas relacionadas a su género, condición étnico-racial, territorio y nivel socioeconómico, entre otras, determinan en gran medida el acceso que tienen a la educación, trabajo, ingresos y servicios, generando un círculo vicioso entre las desigualdades en salud y la matriz de desigualdad social. El presente documento entrega evidencia sobre esta relación a nivel regional y nacional, estableciéndose así la necesidad de articular los sistemas de salud con los demás componentes de la protección social y así potenciar la sinergia que existe entre dichos ámbitos para garantizar el derecho a la salud y contribuir a la superación de la pobreza y las desigualdades.

En este camino, la Atención Primaria de Salud (APS) (véase recuadro 1 en sección I.A) es una dimensión estratégica que contribuye a reducir la pobreza y la desigualdad, tanto en salud como en otras dimensiones, por lo que aporta de manera decisiva a alcanzar el desarrollo social inclusivo y sostenible. La APS fortalece la articulación de políticas de salud con otros sectores complementarios a la esfera sanitaria al considerar que parte central de dicha estrategia aborda directamente los determinantes sociales de la salud. De igual manera, como se desarrolla a lo largo de este documento, la estrategia de APS no solamente contribuye a la salud a través de su impacto en el entorno de la población, la participación comunitaria y el

diálogo social, sino también mediante la prestación de servicios de promoción, prevención, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación, promoviendo la coordinación entre los distintos niveles de atención de salud y un trabajo cercano con la comunidad, entre otros.

En un contexto de alta incertidumbre económica, marcado por la crisis climática en curso y desafíos propios del ámbito sanitario, como el envejecimiento de la población y la transición epidemiológica, junto con promover mayores niveles de articulación entre la APS y la protección social, es crucial fortalecer los sistemas de salud de América Latina y el Caribe para garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a la salud. El subfinanciamiento crónico de los sistemas sanitarios de la región, junto a la segmentación de la demanda según la capacidad de pago de la población y la fragmentación de la atención y organización de los servicios, generan un conjunto de problemáticas, tales como escasez de personal, insuficiente infraestructura y tecnologías de la información y comunicación, falta de solidaridad e ineficiencia estructural, bajos niveles de coordinación entre los servicios de salud y falta de continuidad en el proceso de atención, que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento de la salud. Ello se traduce en obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud de la población que, al interactuar con los demás determinantes sociales de la salud, profundizan las desigualdades.

Para superar dichas debilidades, es esencial la transformación estructural de los sistemas de salud. La pandemia de COVID-19 abrió una ventana de oportunidad histórica para que los países transiten con estrategias sólidas hacia la salud universal. Es primordial aprovechar esta ventana y que los esfuerzos por enfrentar las desigualdades y asegurar la universalidad en salud no se pierdan durante la pospandemia, pues no hay modelo robusto de desarrollo sostenible que no tenga a la salud en el centro. Para implementar de forma exitosa y sostenible los cambios que requieren los sistemas de salud de la región es vital que los países y sus autoridades contemplen las diversas aristas involucradas en una reforma estructural a la salud. Mientras que la definición del diseño específico del sistema de salud es central y debe contar con un sólido respaldo técnico, emergen otras dimensiones que pueden tensionar o facilitar su implementación. Entre ellas, se encuentran los componentes políticos y comunicacionales que condicionan y habilitan la implementación de las reformas sanitarias, así como las dimensiones financiera e institucional que son fundamentales para implementar las transformaciones propuestas.

De esta forma, la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible pasa de ser una oportunidad, como ocurrió durante la pandemia, a constituir un desafío para llevar a cabo políticas sanitarias comprehensivas que aporten al bienestar integral de la población en un contexto donde la crisis sanitaria ya no es la primera prioridad en la agenda pública. De igual forma, es importante fortalecer estrategias robustas y oportunas, como la APS, para enfrentar las brechas en salud.

Luego de esta introducción, el presente documento se organiza en tres secciones. La primera sección desarrolla la centralidad de la salud para avanzar hacia el desarrollo sostenible, considerando el impacto que tiene para el desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental. La segunda sección se centra en las desigualdades en salud entre los países de la región y en su interior, y su vinculación con la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud según los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social. La tercera sección aborda las debilidades estructurales de los sistemas de salud de la región y plantea la necesidad de fortalecerlos a través de reformas sostenibles que consideren las diversas dimensiones involucradas y que sitúen a la APS en el centro para enfrentar y reducir la desigualdad. Luego de ello, a modo de cierre, el documento entrega un conjunto de reflexiones para reducir de manera efectiva las desigualdades en salud junto con la necesidad de consolidar sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes en la región.

I. La centralidad de la salud: políticas sanitarias que apoyan el desarrollo sostenible

La salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado completo de bienestar físico, mental y social, adoptándose un enfoque integral que reconoce su complejidad más allá de la ausencia de enfermedades (OMS, 1949). Considerada desde esta perspectiva, la salud guarda estrecha relación con el modelo de desarrollo seguido por cada sociedad, tanto por el aporte que realiza para alcanzarlo como por el impacto que los distintos modelos tienen sobre la salud de la población y la reproducción de las desigualdades. Esta noción fue planteada hace varias décadas atrás en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978, quedando plasmada en la Declaración de Alma-Ata. En dicho documento se plantea que “el desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (OPS, 1978, pág. 1).

Esta forma de entender la salud permite identificar su relación con el desarrollo sostenible, definido por las Naciones Unidas como el modelo de desarrollo que permite satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las del futuro (Naciones Unidas, 1987). Para alcanzar el desarrollo sostenible se requieren esfuerzos concentrados que construyan un futuro productivo, inclusivo, sostenible y resiliente para las personas y el planeta, armonizando las tres dimensiones principales del desarrollo: social, económico y ambiental. En este contexto, es central para el desarrollo sostenible avanzar en forma equilibrada en un desarrollo social inclusivo, un desarrollo económico y en la sostenibilidad ambiental. Asimismo, la salud guarda particular relación con el desarrollo social inclusivo, definido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (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).

Desde esta perspectiva, el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 de la Agenda 2030, que llama a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas a todas las edades, está estrechamente relacionado con todos los demás ODS, revelando la interdependencia que existe entre el derecho a la

salud y los demás derechos (Hone, Macinko y Millett, 2018). Sin una sociedad que goce de buena salud, el desarrollo no podrá ser sostenible, tal como se experimentó durante la pandemia de COVID-19 (CEPAL/OPS, 2021; CEPAL, 2022a). En este período se observó cómo el bienestar general de las personas determina sus posibilidades y capacidades para trabajar y participar en las distintas dimensiones de la sociedad así como su relación con el ecosistema. Ello hizo evidente que inversiones y esfuerzos que apuntan a mejorar y mantener los niveles de salud de las personas se traducen en aportes sustantivos hacia el desarrollo sostenible toda vez que la salud se relaciona directamente con sus tres dimensiones (véase el diagrama 1).



Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, la salud de la población es un elemento constitutivo del desarrollo social inclusivo, de tal manera que no es posible alcanzarlo sin garantizar el bienestar integral de las personas. Junto con ser un fin en sí mismo, la salud también habilita aspectos centrales del desarrollo social inclusivo. Por ejemplo, una sociedad sana contribuye al desarrollo social inclusivo a través de su efecto en la generación de ingresos y gastos asociados a la salud y, por ende, en la pobreza y la desigualdad; en la capacidad de trabajar en condiciones decentes y acceder a la protección social contributiva y a los sistemas de pensiones; en la posibilidad de asistir a establecimientos educacionales y desarrollar el potencial de las capacidades y habilidades de las personas, y en los niveles de cohesión social. A su vez, la salud de la población tiene una relación muy estrecha con los niveles de productividad de una sociedad y, por lo tanto, con el crecimiento económico, lo que también se observó de manera clara durante la pandemia de COVID-19. Finalmente, la salud tiene efectos sobre la sostenibilidad ambiental, a través del fomento de prácticas de actividad física, movilidad, alimentación, la tecnología en el ámbito sanitario, y la gestión de sistemas de salud sostenibles.

A continuación, se desarrollará en detalle el impacto que tiene la salud sobre las tres dimensiones que constituyen al desarrollo sostenible¹.

A. Niveles de salud integrales para el desarrollo social inclusivo

Los sistemas de salud y la salud de las personas tienen un impacto directo sobre los aspectos claves del desarrollo social inclusivo. Una salud de calidad, tanto física como mental, asociada a mejores condiciones de vida, es esencial para habilitar a las personas para desempeñarse de manera adecuada en el ámbito social, educativo, laboral y político, entre otros. La pandemia de COVID-19 fue un poderoso ejemplo

¹ Esta sección se enfoca en el impacto que tiene la salud sobre el desarrollo sostenible y da argumentos para invertir en la salud de las personas, dado que es un objetivo por sí sola y también habilitadora de otras esferas del desarrollo. No obstante, se reconoce la bidireccionalidad de las relaciones; tanto los determinantes sociales de la salud, abordados en la sección II, como otros factores relacionados con el desarrollo social inclusivo y la sostenibilidad ambiental son condicionantes de la salud. La relación intrínseca e interdependiente entre la salud y cada componente del desarrollo sostenible otorga aún más razones para construir políticas multisectoriales que aborden de manera integral las estrategias de desarrollo.

sobre cómo la salud tiene un gran impacto sobre el desarrollo social inclusivo, dimensión fundamental del desarrollo sostenible. Su consecuente crisis sanitaria derivó en una crisis social y económica que contribuyeron al retroceso de un 27% de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 en la región, incluyendo aquellas referentes a la salud, la pobreza, el hambre, la educación de calidad, la igualdad de género, el trabajo decente y la reducción de desigualdades (CEPAL, 2023a). Durante 2020 y 2021, la situación de la pobreza extrema retrocedió 27 años, la inseguridad alimentaria alcanzó el 40,4% de la población de América Latina y el Caribe y la prevalencia de la desnutrición aumentó al 9,1% (CEPAL, 2022a). A su vez, la región enfrentó el período más largo, a nivel global, respecto al cierre total o parcial de centros educativos, con un profundo impacto sobre los procesos de aprendizaje y que ha sido catalogado como la crisis silenciosa de la pandemia (CEPAL, 2022b). En el mismo período, se exacerbaron dimensiones relacionadas con las desigualdades de género, como ocurrió con el retroceso de 18 años en la participación laboral femenina, a lo que se sumó un incremento preocupante en la violencia de género (CEPAL, 2022a y 2022b). Por otra parte, la desocupación aumentó al 10,5%, incrementando a su vez la desigualdad de ingresos con un coeficiente de Gini que creció en un 0,6%, siendo los quintiles más pobres los más afectados por la caída de ingresos, principalmente debido a la pérdida de mano de obra asalariada (CEPAL, 2022b).

Mientras que la salud y bienestar de las personas es un componente constitutivo del desarrollo social inclusivo, un primer ámbito en que se observa el efecto que tiene sobre otros elementos del desarrollo radica en su impacto sobre los ingresos y el riesgo a caer en la pobreza, reflejados en el ODS 1 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La enfermedad o peores niveles de salud suelen significar tanto una disminución en la capacidad para trabajar productivamente como de participar de la fuerza laboral, lo que se traduce en potenciales menores ingresos derivados del ausentismo y la exclusión laboral, entre otros factores. Ello se combina con mayores gastos de bolsillo por parte de los hogares asociados a los costos directos en términos de cuidados y tratamiento. El costo de medicamentos, consultas e intervenciones puede afectar significativamente el presupuesto de un hogar, en particular si la enfermedad es crónica o de larga duración, pudiendo inclusive llevar a los hogares a caer en pobreza, obstaculizar la salida de ella o agudizarla (OPS, 2021). A su vez, la imposibilidad de cubrir los gastos asociados a los servicios de salud se traduce en un deterioro de la salud, física y mental, que afecta de manera particular a las personas en situación de vulnerabilidad (CEPAL, 2022a). El gasto de bolsillo puede transformarse en un gasto catastrófico si representa una proporción elevada de la capacidad familiar de pago. En América Latina y el Caribe casi un tercio del gasto total de salud corresponde a gastos del bolsillo de los hogares, en tanto que un 8,7% de ellos incurre en costos médicos que comprenden el 10% de su ingreso (OMS y Banco Mundial, 2021). La relación entre ingresos y salud, bilateral y dinámica, puede generar un círculo vicioso para los hogares si no existen mecanismos de protección social y de los sistemas de salud que aseguren un acceso universal que no dependa de la capacidad de pago de las personas sino de su necesidad. De este modo, invertir en la salud de la población contribuye a reducir la pobreza generada por gastos de salud catastróficos y empobrecedores, así como a proteger los ingresos y disminuir las pérdidas causadas por las dificultades laborales derivadas de la enfermedad.

Una segunda dimensión clave en que la salud se vincula con el desarrollo social inclusivo es cuando permea las condiciones de desarrollo individual y social en el ámbito educativo, reflejado en el ODS 4. Peores niveles de salud en niñas, niños y adolescentes, así como en adultos, pueden generar condiciones de aprendizaje limitadas y un mayor ausentismo escolar (UNESCO/UNICEF/PMA, 2023). Para posibilitar que las personas asistan a los establecimientos educacionales, consoliden sus aprendizajes y desarrollen las capacidades necesarias para su vida, es fundamental garantizar su derecho a la salud, incluyendo el acceso a una nutrición adecuada, acceso oportuno a los servicios de salud y entornos con infraestructura básica de agua y saneamiento. La enfermedad de niñas, niños y adolescentes puede traducirse en menores capacidades para desarrollarse de manera plena en el ámbito educativo, así como menores oportunidades para participar de manera presencial. Lo mismo se replica en el desarrollo de habilidades y capacitación durante todo el ciclo de vida. Ejemplos de intervenciones sanitarias específicas contribuyen a visualizar esta relación. Tal es el caso de la campaña de erradicación de la malaria en el Paraguay a mediados del

siglo XX, la que contribuyó a un incremento de los años de escolaridad y el nivel de alfabetización femenina durante la adultez (Lucas, 2010). De igual manera, campañas similares en el Brasil, Colombia y México, durante la misma época, aportaron a alcanzar mayores tasas de alfabetización para aquellos adultos que tuvieron una menor exposición durante la infancia (Bleakey, 2010).

Además del impacto directo que enfermedades físicas tienen sobre el desarrollo de las competencias y capacidades durante la infancia, niñas y niños con peores niveles de salud mental sufren consecuencias negativas en su etapa escolar toda vez que ven impedido su desarrollo pleno e integral a causa de factores estresantes o que implican un menor apoyo emocional (Bagdi y Vacca, 2005). Al mismo tiempo, la salud de madres, padres y cuidadores influye directamente sobre la trayectoria educativa durante la infancia y juventud toda vez que, al estar alguno de ellos enfermo, pueden aumentar los gastos del hogar para tratar la enfermedad y con ello, la probabilidad de que niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad abandonen sus estudios para trabajar y generar ingresos adicionales. Asimismo, ello puede gatillar una peor situación de salud mental debido al estrés que la enfermedad de su cuidadora o cuidador significa, con lo que se reduce también la matrícula y los resultados académicos en exámenes escolares (Kristiansen, 2021).

La pandemia de COVID-19 permitió observar de manera más clara esta relación. La crisis sanitaria implicó el cierre prolongado de escuelas, trasladando el proceso educativo al hogar y agudizando brechas de continuidad en el aprendizaje (CEPAL, 2022b). Ello ha tenido impactos en la educación reflejados en una disminución de las tasas de asistencia escolar, especialmente en los niveles de enseñanza preprimaria, lo que va de la mano con una profundización de la crisis de aprendizajes que América Latina y el Caribe ya experimentaba previo a la pandemia (CEPAL, 2022b). Asimismo, la vivencia de situaciones altamente estresantes por parte de la población infantil, como la pérdida de madres, padres o tutores a causa del COVID-19, tuvo un impacto en su salud mental que puede implicar un deterioro en el aprendizaje, limitando el compromiso cognitivo, afectivo y conductual con el proceso educativo (Castillo y Marinho, 2022).

Cabe destacar que el impacto que tiene la salud sobre el bienestar y desarrollo integral de las personas en distintas etapas del ciclo de vida es fundamental, siendo las etapas tempranas en la vida una de las más sensibles. Las condiciones prenatales y el ambiente gestacional juegan un rol crítico en la salud de largo plazo a nivel cognitivo, conductual y socioemocional (Kingston y Tough, 2014). Tanto la desnutrición materna como la infantil condicionan dimensiones físicas y socioeconómicas futuras, como niveles de presión sanguínea en la adultez, los años de escolaridad, el nivel de ingresos y el peso al nacer de hijas o hijos (Victoria y otros, 2008). Es por ello que asegurar una salud de calidad durante los primeros años de vida es fundamental para el desarrollo posterior de las personas, haciéndose necesario invertir en salud desde la infancia para garantizar el derecho a esta a lo largo de la vida y habilitar el ejercicio pleno de los demás derechos, al tiempo que se articula con sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez (Castillo y Marinho, 2022).

En tercer lugar, la salud física y mental de las personas está directamente relacionada con su inclusión laboral, abordada en el ODS 8 y, por tanto, con el desarrollo social inclusivo. La presencia de una enfermedad o una situación de deterioro de la salud puede convertirse en una barrera significativa para encontrar un empleo de calidad y/o mantenerlo, adecuándose las personas afectadas a condiciones de trabajo más flexibles, y muchas veces más precarias, que se adaptan a las necesidades específicas de cada condición. Dichas restricciones aumentan la probabilidad de trabajar en el sector informal o en trabajos por cuenta propia, con una mayor adaptabilidad que desafortunadamente no garantizan los derechos laborales y tampoco aseguran el acceso a las prestaciones que ofrece la seguridad social en el sector formal (Ahn, 2010; Zissimopoulos y Karoly, 2007). El limitado acceso a la atención médica que se ofrece en el sector informal, así como la ausencia de licencias médicas pagadas que permitan a las y los trabajadores atender su enfermedad, puede tener como consecuencia detrimentos en su estado de salud, generando una dinámica negativa que se retroalimenta y reduce aún más las posibilidades de contar con un trabajo decente y un empleo productivo. Además, las dificultades para trabajar estando enferma o enfermo pueden obligar a las personas a retirarse de manera definitiva del mercado laboral,

ya sea voluntaria o involuntariamente, aumentando así la desocupación y los retiros tempranos (véase la sección I.B). Al retirarse del mercado laboral, las probabilidades de volver pueden reducirse con el tiempo, debido a la falta de acumulación de años de experiencia y la pérdida de redes de contacto, teniendo la salud un potencial impacto de largo plazo que supera los costos inmediatos. Por último, la sobrecarga de tareas domésticas y de cuidados no remunerados que recae principalmente sobre las mujeres afecta directamente su capacidad para desenvolverse en otras áreas, como se evidenció ampliamente durante la pandemia de COVID-19 (CEPAL, 2022a). Por tanto, mejorar la salud y el acceso a la atención médica de calidad es un factor crítico para promover la inclusión laboral, sostener niveles adecuados de empleo y reducir la informalidad.

Una cuarta dimensión en que la salud tiene un efecto significativo sobre el desarrollo social inclusivo guarda relación con la cohesión social. Las desigualdades relativas al acceso y goce del derecho a la salud erosionan el desarrollo social inclusivo mediante pérdidas en aquellas herramientas que habilitan la cohesión social. Esta se ha definido como “la capacidad de una sociedad y sus instituciones democráticas de promover relaciones sociales de igualdad y generar un sentido de pertenencia y una orientación hacia el bien común de una forma percibida como legítima para sus miembros” (Maldonado y otros, 2022, pág. 56). Durante la pandemia de COVID-19, que afectó la salud física y mental de millones de hogares, la vulnerabilidad ante situaciones de violencia de género aumentó debido a las medidas de confinamiento, a la vez que se restringieron los espacios de socialización, exacerbando problemas de convivencia y violencia escolar (CEPAL, 2022b; Huepe, Palma y Trucco, 2022). De igual forma, peores condiciones físicas y mentales pueden impedir la participación en actividades que consoliden la cohesión social al restringir la participación de las personas en la vida social (Sirven y Debrand, 2012). Proteger a la población de condiciones de salud que impidan o limiten la cohesión social es fundamental para alcanzar sociedades participativas y libres de violencia y, por tanto, que fomenten el desarrollo social inclusivo. No obstante, no sólo la buena salud puede fomentar la cohesión social mediante una mayor participación en la vida social, sino también situaciones sanitarias complejas pueden generar instancias de cohesión mediante un abordaje de la salud que sea integral y esté centrado en las personas y las comunidades, como la estrategia de la APS y su componente participativo (véase recuadro 1).

Recuadro 1
Atención Primaria de Salud (APS): breve recorrido histórico
de una estrategia clave para la salud universal

La Atención Primaria de Salud (APS) es un concepto que ha evolucionado y se ha redefinido en el tiempo. En el área de la salud, se considera una visión revolucionaria que alteró radicalmente los modelos prevalentes de organización y suministro de atención sanitaria (Litsios, 2015), anteriormente centrados de manera primordial en una salud curativa enfocada en la enfermedad. En 1975 se propone por primera vez el término de APS en un documento de un organismo internacional, presentado al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, que enfatizó la centralidad de las comunidades en un modelo de salud, la importancia del sector salud para estrategias más amplias de desarrollo y la necesidad de redistribuir recursos de forma equitativa (Newell, 1975). Con base en ello, en 1978 se consolidó el término de APS en la Conferencia Internacional sobre APS de Alma-Ata, donde se reconoce como un elemento clave para alcanzar niveles adecuados de salud en todas partes del mundo y se plantea la urgencia de articular distintos sectores de la sociedad para atender las necesidades de salud de la población (OMS/UNICEF, 1978). El informe resultante, conocido como la Declaración de Alma-Ata, posiciona por primera vez en la agenda política internacional la centralidad de la equidad en salud (Litsios, 2015).

En 2018, a cuarenta años de la Declaración de Alma-Ata, se celebró la Conferencia Global de APS en Astaná (Declaración de Astaná) y se lanzó el documento OMS/UNICEF *A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs*, en donde se define la estrategia de APS de la siguiente manera (OMS/UNICEF, 2018):

“La APS es un enfoque de salud a nivel de toda la sociedad que tiene como objetivo asegurar el máximo nivel posible de salud y bienestar y su equitativa distribución centrándose en las necesidades y preferencias de las personas (como individuos y comunidades) tan temprano como sea posible, durante el continuo que va desde la promoción de la salud y prevención de enfermedades al tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y tan cercana como sea posible al ambiente del día a día de las personas”^a (OMS/UNICEF, 2018, pág. xii).

De este concepto se desprenden tres componentes sinérgicos e interrelacionados, referentes a: i) la atención primaria y las funciones esenciales de la salud en el centro de servicios de salud integrados; ii) políticas y acciones multisectoriales; y iii) el empoderamiento de las personas y comunidades (OMS/UNICEF, 2018). Es importante distinguir entre el primer nivel de atención y la APS; mientras que fortalecer el primer nivel de atención como punto de primer contacto con el sistema de salud es una parte central de la APS, esta última contempla la acción integrada en todos los niveles de atención y se posiciona como una aproximación más completa a la salud y los sistemas de salud. Entre los múltiples ejes de acción de la APS, se encuentran actividades relacionadas con la educación, promoción, nutrición adecuada, disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, asistencia materno-infantil, inmunización, prevención, tratamiento y suministro de medicamentos esenciales (OMS/UNICEF, 1978).

La estrategia de APS guarda directa relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, al ser integral, multisectorial y considerar el enfoque de los determinantes sociales de la salud, y con la Cobertura Universal de Salud, pues tiene a las comunidades en el centro y apunta a resguardar el derecho a la salud para todas las personas, sin dejar a nadie atrás. En este marco, destaca el Pacto 30-30-30 de la Atención Primaria de Salud propuesto por la Organización Panamericana de la Salud en 2019, donde los países se comprometen en torno a la eliminación de las barreras de acceso a la salud en un 30% como mínimo, el aumento del gasto público en salud a un 6% del PIB junto con la inversión de al menos un 30% de esos recursos para la APS, y avances para lograr la salud universal y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030.

Fuentes: S. Litsios (2015) On the Origin of Primary Health Care. En: A. Medcalf, Bhattacharya S., Momen H., Saavedra M., Jones M., editors (2015) Health For All: The Journey of Universal Health Coverage. Capítulo 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316278/>; K.W. Newell (1975) Health by the people. Organización Mundial de la Salud; OMS/UNICEF (Organización Mundial de la Salud / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1978) Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Informe conjunto. Ginebra-Nueva York; OMS/UNICEF (2018), A vision for primary health care in the 21st century. Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Ginebra.

^a Traducción desde: "PHC is a whole-of-society approach to health that aims equitably to maximize the level and distribution of health and well-being by focusing on people's needs and preferences (both as individuals and communities) as early as possible along the continuum from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation and palliative care, and as close as feasible to people's everyday environment".

En este contexto, el rol de los sistemas de protección social, particularmente de los sistemas de salud, es clave para frenar la reproducción de desigualdades, abordadas en el ODS 10 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y romper el nexo mediante el cual peores condiciones de salud se traducen en obstáculos para el desarrollo social inclusivo. Todo lo expuesto en esta sección deja en evidencia la centralidad de invertir en la salud, potenciando el desarrollo de las personas para transitar hacia el desarrollo social inclusivo y, con ello, hacia el desarrollo sostenible. Se requiere el fortalecimiento y la consolidación de sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes que permitan a las personas ejercer su derecho a la salud, en articulación con sistemas de protección social, de tal modo de promover la garantía de los demás derechos de las personas y avanzar hacia el desarrollo social inclusivo.

B. La salud como elemento crítico para el desarrollo económico

Los impactos sanitarios generados por la pandemia de COVID-19 que enfrentó el mundo se tradujeron en una recesión económica que confirma la estrecha relación entre salud y economía. Las medidas de distanciamiento físico destinadas a controlar la transmisión del virus tuvieron efectos directos sobre la capacidad y posibilidad de trabajar y generar ingresos de las personas y los hogares, a la vez que se contrajo el consumo y, con ello, la capacidad económica de las empresas. A raíz de ello, junto con una situación inicial de baja actividad económica, América Latina y el Caribe experimentó la mayor contracción de su producto en los últimos 120 años, con una tasa de crecimiento del -6,8%, junto con un descenso histórico en la ocupación y participación laboral, y un aumento de la desocupación, pobreza y desigualdad (CEPAL, 2021a). Además, los gobiernos debieron incurrir en mayores niveles de endeudamiento, aumentando la deuda pública del 45,4% del PIB en 2019 al 56,3% en 2020 en América Latina y del 66,5% al 87,4% en el Caribe, con el objeto de sostener el gasto sanitario y social que demandó la crisis comprometiendo, entre otros factores, su espacio fiscal (CEPAL, 2021b). De esta manera, la pandemia confirmó la centralidad de la salud para el crecimiento

económico, así como la necesidad de implementar políticas integrales que reconozcan la interdependencia entre la salud y la economía y sus efectos en el desarrollo económico y social inclusivo, de la mano del rol fundamental del Estado ante la prolongación de los impactos sociales heredados de la pandemia.

El desarrollo económico requiere de una población sana, en plena capacidad, para alcanzar su máximo potencial (OMS, 1999). Sin una población saludable, no es posible alcanzar niveles adecuados de productividad individual, el mercado del trabajo pierde potenciales trabajadores, el producto de la economía no puede ser aprovechado y, como consecuencia, se deterioran las capacidades de un país para alcanzar un crecimiento económico sostenido. De forma más amplia, el desarrollo integral de la economía se ve obstaculizado, convirtiéndose la salud en una herramienta clave para el desarrollo económico. De esta manera, la necesidad de garantizar el derecho a la salud no se trata solamente de un imperativo ético, sino también de una condición fundamental para un desarrollo económico que sea inclusivo y sostenible. Además, dado que mejores condiciones económicas tienen consecuencias positivas en la salud de las personas, generando una causalidad acumulativa, invertir en salud se vuelve aún más provechoso, fortaleciendo un círculo virtuoso (Bloom y Canning, 2003).

Desde la perspectiva de las desigualdades en salud, es vital abordar los beneficios que una mejor salud tiene sobre el desarrollo económico, considerando la plena participación de las personas en la sociedad. La desigualdad en salud es tanto evitable como ineficiente en términos sanitarios y económicos. Existen diversas condiciones de salud, como las enfermedades transmisibles, que no pueden ser controladas si no se hace desde una mirada integral y comprehensiva de toda la sociedad. Tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles tienen mayor prevalencia entre personas afrodescendientes, Pueblos Indígenas, personas con discapacidad y personas con menores ingresos o menor educación, entre otros grupos de la población en situación de vulnerabilidad, y estas desventajas en salud les impide contribuir en el ámbito económico, dando como resultado la reproducción de desigualdades. De igual forma, al excluir de la participación económica a aquellas personas con peores niveles de salud, la oferta laboral se restringe, evitando aprovechar el máximo potencial productivo. Por último, dada la relación intrínseca y bilateral entre salud y economía, pueden generarse círculos viciosos para las personas en mayor situación de vulnerabilidad, quedando cada vez más excluidas.

La evidencia agregada, si bien muchas veces ambigua por dificultades de medición (Jack y Lewis, 2009), ha relacionado de manera causal mejores indicadores sanitarios con incrementos en el crecimiento del PIB (Arora, 2001). Cerca del 30% del crecimiento económico en Inglaterra durante doscientos años de historia puede ser atribuible a mejoras en la salud y nutrición de su población (Fogel, 1997). A su vez, entre 1965 y 1990, mejoras en la tasa de sobrevivencia de hombres entre 15 y 60 años significaron el 11% del crecimiento económico considerando la evidencia de más de 50 países (Jamison, Lau y Wang, 2005). De igual manera, la transición demográfica en Asia del Este, relacionada al declive en la mortalidad infantil y en las tasas de fertilidad, explica entre un tercio y la mitad del auge económico vivido entre 1965 y 1990, siendo clave la composición demográfica inicial y las condiciones sociales, económicas e institucionales (Bloom y Williamson, 1998). En menor magnitud, otro ejemplo que puede mencionarse es el análisis de 18 países de América Latina entre 1950 y 1990, en el que se evidencia la relación positiva y de largo plazo entre salud e ingreso per cápita (Mayer, 2001). Asimismo, estudios muestran que, por cada año adicional en la esperanza de vida al nacer en México, puede haber un incremento del 1% en el PIB 15 años después (OMS, 1999). Es así como la relación entre mejoras en los niveles de salud, principalmente nutricionales y demográficos, y el crecimiento económico revela la necesidad de invertir en salud por parte de los gobiernos de la región, brindando herramientas necesarias, efectivas y eficientes para alcanzar el desarrollo económico. Además, como ya se mencionó, la mayor evidencia agregada de la estrecha relación entre salud y economía en el período más reciente señala el indudable impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 en la recesión regional de 2020.

Por otra parte, estudios microeconómicos a nivel internacional han revelado que mejoras en la salud de las personas y hogares se traducen en aumentos directos en su ingreso y productividad (Jack y Lewis, 2009), encontrándose diversos ejemplos en la literatura. Uno de ellos constata cómo el control de la malaria en Estados Unidos durante la etapa intrauterina y postnatal llevó a mayores niveles de escolaridad y menores niveles de pobreza en la adultez (Barreca, 2010). Asimismo, los casos de Ghana y

Tailandia dan cuenta de los impactos que enfermedades, como la tuberculosis, tienen sobre el ingreso de los hogares mediante aumentos en los gastos médicos, así como reducciones directas en el ingreso del trabajo y en la acumulación de competencias y habilidades (OMS, 1999). De igual manera, las campañas de erradicación de la malaria a mediados del siglo XX en México, el Brasil y Colombia se tradujeron en que adultos tuviesen mayores ingresos dada la menor exposición a la enfermedad en su infancia (Bleakley, 2010). A su vez, existe evidencia que muestra cómo personas con enfermedades crónicas en Jamaica tienen una mayor probabilidad de retirarse del mercado laboral que aquellas más sanas (Handa y Neitzert, 1998), lo que tiene impactos negativos en la productividad agregada y en los ingresos individuales. Es así como puede plantearse que aumentos en el bienestar económico de las personas y hogares a raíz de mejoras en su salud da espacio para diseñar, adaptar e implementar políticas de inclusión económica que se articulen estrechamente con programas sanitarios.

Los mecanismos mediante los cuales la salud impacta a la economía son diversos. Por ejemplo, mejores indicadores de salud se relacionan con mejores resultados en el ámbito laboral. Esto se produce principalmente mediante el aumento de la población económicamente activa a causa de una menor tasa de mortalidad en las personas activas junto con mejores condiciones de salud en la adultez que evitan retiros tempranos del trabajo productivo. Por lo tanto, la salud de las personas tiene directa incidencia en su capacidad para participar del mercado laboral en el margen intensivo y extensivo², así como en su productividad (Halla y Zweimüller, 2013). Personas con problemas de salud tienen dificultades para desenvolverse en su trabajo, presentan tasas más elevadas de ausentismo laboral y pueden quedar inhabilitadas temporal o permanentemente para trabajar, ya sea reduciendo su jornada o restándose de la población económicamente activa. Interrupciones en la vida laboral de una persona se traducen tanto en pérdidas inmediatas de ingresos como en riesgos sobre la reinserción futura. Así también, personas con peor estado de salud tendrían desventajas para acumular competencias y habilidades mediante una menor escolarización o capacitación. De manera agregada, la economía pierde capacidad productiva mediante la contracción de la fuerza laboral y pérdidas en productividad.

De manera paralela, peores condiciones de salud en los integrantes de un hogar tienen consecuencias indirectas sobre la capacidad económica del resto de los integrantes. Cuando una persona se encuentra enferma, requiere de cuidados adicionales que pueden comprometer la oferta de trabajo remunerado de quienes se encarguen de dicho cuidado, que generalmente se trata de mujeres debido a la desigualdad de género que persiste en este ámbito (CEPAL, 2022c). No obstante, el impacto negativo de la enfermedad sobre la fuerza laboral del hogar puede conjugarse con la necesidad de contar con otras fuentes de ingreso para compensar por la pérdida derivada de la contracción laboral de quien padece la enfermedad o bien por el costo directo de la atención de la enfermedad, impulsando a otros miembros del hogar a incorporarse al mercado laboral (McIntyre y otros, 2006). El rol sustitutivo de otros miembros del hogar puede traducirse en situaciones en que niñas y niños trabajen de manera temprana, en condiciones precarias y en desmedro de su formación escolar (Dillon, 2013), aumentado de esta manera el riesgo de trabajo infantil y alejándose del cumplimiento del ODS 8 (meta 8.7³).

Mejoras en las condiciones de salubridad, como el saneamiento de agua potable, el desarrollo de antimicrobianos y el control de enfermedades transmisibles, influyen de manera positiva en el crecimiento económico principalmente mediante dos vías. En primer lugar, reducen el riesgo directo de sufrir una enfermedad y sus consecuencias, así como el impacto económico negativo descrito anteriormente (Prüss-Ustün y otros, 2014; OMS, 2023b). En segundo lugar, fortalece el atractivo turístico de los países mediante ambientes sociosanitarios más seguros y ciertos (Bell y Lewis, 2005). Esto es de gran importancia en países donde el turismo contribuye significativamente a la economía, como es el

² Se hace referencia al margen intensivo como las horas trabajadas dentro del mercado laboral y al margen extensivo como la cantidad de personas que son parte de él.

³ Meta 8.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: "Adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a las formas contemporáneas de esclavitud y la trata de personas y asegurar la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidos el reclutamiento y la utilización de niños soldados y, de aquí a 2025, poner fin al trabajo infantil en todas sus formas".

caso de los países del Caribe, cuyo sector turístico representa cerca del 26% del PIB y el 35% del empleo (CEPAL, 2020a). La pandemia de COVID-19, como un ejemplo de falta de control sobre enfermedades transmisibles, evidenció el impacto que la incertidumbre sanitaria tiene sobre el turismo a través de los cierres fronterizos, las restricciones a la movilidad y la pérdida de ingresos en los hogares. De igual forma que ocurre con el sector turismo, otros sectores de la economía pueden beneficiarse de mayor control sanitario generando así incentivos para la inversión extranjera directa y la acumulación de capital físico, clave para el crecimiento y desarrollo económico.

Además, las desigualdades en salud pueden ser dañinas para la economía de un país, incluso cuando los indicadores promedio mejoran con el tiempo, como por ejemplo, cuando la mortalidad infantil de un país se reduce con los años, pero presenta desigualdades entre su población (Grimm, 2011; Kasuga y Morita, 2022). Kasuga y Morita (2022) evidencian cómo aumentos en la brecha de mortalidad infantil dentro de cada país a largo plazo llevan a una reducción del PIB per cápita mediante caídas en los niveles educativos agregados. En tanto, Grimm (2011) observa, para países de ingresos medios y bajos, cómo aumentos en la brecha de mortalidad infantil de acuerdo con el nivel educativo de la madre se traducen en un menor crecimiento económico per cápita. Este mismo autor argumenta que el principal mecanismo mediante el cual las desigualdades en salud dañan a las economías es una caída agregada en la productividad del trabajo, con lo que políticas que reduzcan las primeras tienen un efecto positivo en el crecimiento económico. Por otra parte, las brechas en salud pueden acrecentarse en momentos de crisis, con lo que la desigualdad económica resultante también aumenta, como ocurrió con la brecha de salud mental en Europa tras la crisis del año 2008 y el aumento en la brecha de desempleo (Evans-Lacko y otros, 2013) o como evidenció ampliamente la pandemia de COVID-19.

Como se ha expuesto, la salud impacta la economía de forma directa e indirecta. En la esfera de los impactos indirectos, para que mejoras en la salud se traduzcan en mejoras económicas, tanto el sistema educativo como el mercado laboral deben ser capaces de absorber dichas mejoras sanitarias, favoreciendo la acumulación de competencias y habilidades y mayores niveles de inclusión laboral. De manera similar ocurre con los planes de inversión e impulso a industrias como el turismo; estas deben aprovechar estratégicamente condiciones más saludables y con menor incertidumbre para fortalecer la economía de los países. Junto con ello, los sistemas de protección social pueden mediar los impactos negativos que peores condiciones de salud tienen directa e indirectamente sobre los ingresos, toda vez que se consolidan sistemas universales con una adecuada cobertura y suficiencia de las prestaciones que protegen la inclusión laboral en caso de enfermedad. En este sentido, y desde la perspectiva de que inversiones en salud aportan al desarrollo social inclusivo y sostenible, es inevitable relacionar el desarrollo económico con el desarrollo social inclusivo.

De esta manera, la posibilidad de que la economía se beneficie de mejoras en la salud de las personas, entre otros factores, depende de la institucionalidad pública de los países. En este sentido, la estructura del sector sanitario, como de otros sectores complementarios y su articulación, permiten entender la heterogeneidad en el impacto que la salud tiene sobre la economía de los países, pues diversas condiciones, como la capacidad de acumulación de capital físico o de capacidades productivas individuales, transforman los mecanismos que sostienen dicha relación. Es fundamental comprender la institucionalidad de los sectores para diseñar, adecuar e implementar políticas intersectoriales más efectivas. En este sentido, nuevamente la pandemia de COVID-19 evidenció la necesidad de contar con políticas nacionales que integren políticas sanitarias, económicas y sociales para avanzar hacia el desarrollo sostenible (CEPAL-OPS, 2020; CEPAL-OPS, 2021).

C. Políticas sanitarias y sostenibilidad ambiental

La salud de las personas y el medio ambiente están estrechamente interconectadas. La salud y el desarrollo de los sistemas sanitarios pueden tener un impacto directo e indirecto sobre la sostenibilidad ambiental y, por lo tanto, en el desarrollo sostenible, mediante actividades relacionadas a entornos saludables, nuevas prácticas en la atención sanitaria y el funcionamiento sostenible de los sistemas de salud en todos

sus niveles. Inversiones en salud y esfuerzos a favor de la conservación del medio ambiente se traducen en beneficios simultáneos e interdependientes, que se retroalimentan y son, en consecuencia, de suma importancia para políticas que apunten al desarrollo integral de los países.

Existen políticas sanitarias que, si bien apuntan a mejorar la salud física y mental de las personas, en su ejercicio significan mejoras directas para el medio ambiente. Una primera dimensión de las políticas sanitarias que implican un impacto importante en el medio ambiente es la promoción de la actividad física y la movilidad sostenible. Programas y proyectos que apunten a estilos de vida más saludables y activos involucran, en ocasiones, el fomento a métodos de transportes que son una alternativa a medios contaminantes. Al incentivar el traslado a pie, en bicicleta o la multimodalidad —el uso combinado de diversos métodos de transporte—, las personas realizan ejercicio y con ello, reducen el riesgo de enfermedades crónicas, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cánceres, hipertensión y sobrepeso y obesidad, y mejoran la salud mental reduciendo niveles de estrés, depresión y ansiedad, a la vez que se reducen los niveles de contaminación (OMS, 2019a). De esta forma, se reduce el uso de vehículos motorizados que generan contaminación de gases invernadero o contaminación acústica. Ejemplo de ello han sido programas que buscan reservar el uso de calles normalmente ocupadas por vehículos para promover el uso de bicicletas y la actividad física, como el programa *Ciclovía Recreativa* en Bogotá, Colombia (OMS, 2016). Incrementos en el uso de vehículos no motorizados pueden reducir la necesidad de construir nuevas carreteras y vías para automóviles, lo que también significa una menor contaminación al tener menos “islas de calor” —áreas urbanas como pavimentos y carreteras que elevan la temperatura circundante afectando al clima local, la calidad del aire, la biodiversidad y la salud de las personas— (OMS, 2016). Asimismo, políticas sanitarias que busquen reducir los accidentes automovilísticos —meta 3.6 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible— o resguardar la salud mental de las personas por medio de la reducción de tiempos de traslado pueden aportar en el cuidado del medio ambiente mediante los mismos mecanismos.

Por otra parte, políticas sanitarias que incentiven inversiones en infraestructura para que las personas realicen actividad física pueden fomentar la construcción de más áreas verdes o bien otro tipo de instalaciones no contaminantes, con impactos positivos sobre la sostenibilidad ambiental. Este tipo de intervenciones son clave en vista del aumento de inactividad que el modelo de desarrollo económico actual ha generado en distintos países y regiones del mundo, inactividad que puede llegar hasta el 70% debido a cambios en patrones de transporte, un uso más intensivo de tecnologías, patrones culturales y el proceso de urbanización (OMS, 2019a). A su vez, más áreas verdes contribuyen a la salud de las personas mediante la menor exposición a ambientes dañinos y contaminantes, impactos positivos sobre los niveles de estrés, y el fomento de la actividad física y de la cohesión social (Markevych y otros, 2017), con lo que políticas que en su concepción apuntan directamente al medio ambiente pueden también conjugarse con políticas sanitarias y generar sinergias entre salud y sostenibilidad ambiental.

Un segundo grupo de acciones o políticas sanitarias que se vinculan con y aportan a la sostenibilidad ambiental son aquellas que refieren a la alimentación saludable, y que guardan estrecha relación con el ODS 2 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Una dieta saludable protege a las personas de la malnutrición y tiene impactos positivos sobre el riesgo de enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares y diabetes (OMS, 2015). Sin embargo, los alimentos deben ser cultivados, cosechados, transportados, procesados, empacados, distribuidos y preparados, a la vez que se desechan sus residuos, y en cada una de estas actividades se producen emisiones de gases invernadero, mediante el uso de energía y recursos. Es así como más de un tercio de todas las emisiones de gases invernadero que producen las personas se relacionan con sus alimentos, principalmente a través del uso del terreno y la agricultura (Crippa y otros, 2021). Entre los alimentos, la producción de carne y sus derivados contribuyen significativamente a las emisiones totales de gases invernadero, al mismo tiempo que el consumo elevado de carnes procesadas y grasa animal guarda relación con mayores riesgos de cáncer y enfermedades cardiovasculares (González y otros, 2020). Políticas sanitarias que incluyen programas de nutrición con un enfoque en la promoción de una dieta basada en alimentos de origen vegetal y con una reducción en el consumo de grasas animales pueden reducir la huella de carbono y los gases invernadero resultantes de la industria animal, a la vez que concentran beneficios para la salud de las personas (FAO, 2016; Gibbs y Cappuccio, 2022).

De igual forma, las políticas sanitarias que promueven una alimentación saludable pueden tener otras externalidades positivas, como reducir la deforestación resultante de la producción de carne y productos lácteos y la potencial pérdida de biodiversidad derivada y el uso de recursos que sostienen la industria de alimentos de origen animal, más intensiva en agua y energía que la industria vegetal (Poore y Nemecek, 2018). Además, la promoción del consumo de alimentos frescos y locales reduce la demanda por productos envasados y procesados, reduciendo los residuos de ingesta y la contaminación derivada de su transporte (Crippa y otros, 2021). De esta forma, programas efectivos de promoción de alimentación saludable que modifiquen los entornos alimentarios pueden tener múltiples impactos en el medio ambiente a través de cambios en la matriz productiva y su distribución (FAO, 2016).

Por otra parte, en tanto existen políticas sanitarias que apuntan a modificar los estilos de vida de las personas y se traducen en beneficios simultáneos para el medio ambiente, hay otras políticas o transformaciones del sector sanitario que son propias del sistema y que cambian el impacto que el sector tiene sobre su entorno. Ejemplo de ello es la adopción de nuevas tecnologías sanitarias y la puesta en práctica de acciones sustentables en lo que respecta al funcionamiento del sector en cuanto a atención médica y tratamiento de desechos.

La adopción de nuevas tecnologías de comunicación e información en los sistemas de salud ha permitido, entre otros factores, que la telemedicina emerja como una alternativa viable para algunas prestaciones médicas. La atención a distancia puede aportar a la sostenibilidad ambiental mediante la reducción de los viajes a los establecimientos de salud, así como el menor uso de utensilios médicos y la consecuente disminución de los residuos generados (Ravindrane y Patel, 2022). Si bien el uso de tecnologías de información y comunicación en la esfera sanitaria genera también residuos y comprende un uso importante de energía, su impacto es menor a los beneficios energéticos que genera (Ravindrane y Patel, 2022). Además, en vista de las amplias brechas radicadas en la desigualdad tecnológica (CEPAL, 2020b), es importante resguardar el acceso universal a los beneficios que la tecnología tiene en la esfera sanitaria de manera tal que no se exacerben desigualdades debido a los obstáculos que grupos en situación de vulnerabilidad, tales como quienes viven en situación de pobreza, personas con discapacidad, personas migrantes, Pueblos Indígenas y personas afrodescendientes, tienen para acceder y utilizar herramientas tecnológicas. Por ende, es fundamental que las nuevas prácticas en telemedicina se construyan sobre un enfoque sostenible que no dañe al medio ambiente y con igualdad, sin dejar a nadie atrás y aprovechando su potencial para aportar a la sostenibilidad ambiental.

Al mismo tiempo, el sector de salud tiene el potencial de reducir el impacto negativo que sus desechos tienen sobre el medio ambiente. Se estima que un 4,4% de las emisiones de gases invernadero a nivel global son originadas por el sector salud, con amplias variaciones entre países (Karlner y otros, 2020). Los sistemas de salud generan diversos desechos, propios de la atención médica, del funcionamiento de laboratorios y centros de investigación, y de bancos de sangre y centros de donación, entre otras fuentes. Por ejemplo, prácticas de incineración de desechos pueden liberar sustancias cancerígenas y tóxicas; sólo las tecnologías modernas de incineración pueden cumplir con las normas internacionales de emisiones (OMS, 2023d). No obstante, el 85% de los residuos que generan los sistemas sanitarios son desechos comunes que no generan peligro en su tratamiento al no ser tóxicos, radiactivos ni infecciosos y, por ende, pueden ser separados y tratados de manera sostenible (OMS, 2023d). Además, existen soluciones alternativas para gestionar los desechos basadas en la esterilización, el tratamiento por vapor o el tratamiento químico. Si bien los países de ingresos más altos generan 2,5 veces más desechos peligrosos por cama hospitalaria que países de ingresos bajos, los últimos no suelen separar sus residuos, contaminando más de lo necesario (OMS, 2023d), pero dejando una ventana de acción para avanzar en prácticas sanitarias más sustentables.

Por lo tanto, es necesario aprovechar el potencial de escala y coordinación de los centros médicos para la gestión de residuos, además de innovaciones en materiales e infraestructura sostenible. Tras la crisis sanitaria generada por la pandemia de COVID-19 y su consecuente aumento en la generación de desechos, la OMS ha recomendado prácticas sustentables que involucran la acción coordinada

entre el sector salud y la protección ambiental, la inversión en equipamientos y sistemas de desechos sustentables, inversión en prevención y hábitos de higiene, y técnicas de reciclaje, entre otras (OMS, 2022). Así también, el fomento de políticas sanitarias preventivas y promocionales tiene la potencialidad de contraer la demanda de servicios de salud en niveles más complejos, relacionados con atenciones curativas, de tratamiento y rehabilitación y, por tanto, aportan a la sostenibilidad ambiental evitando una mayor generación de desechos.

Pese a las múltiples dimensiones en las que invertir en salud puede traducirse en beneficios para el cuidado del medio ambiente, tanto la capacidad para realizar dichas inversiones como las ganancias medioambientales resultantes son desiguales para los distintos grupos de la población (Drewnowski, 2009). Las actividades y campañas de promoción de actividad física y dietas saludables pueden ser aprovechadas en mayor medida por aquellas personas que cuentan con el tiempo disponible para realizar ejercicio y consolidar patrones alimentarios adecuados, tiempos que no se distribuyen de igual manera en la sociedad, en desventaja de aquellas personas en situación de vulnerabilidad. De igual forma, hogares de ingresos medios y bajos enfrentan dificultades para acceder a alimentos saludables y para realizar actividad física, ya sea porque su presupuesto no es suficiente o porque la infraestructura de sus barrios no cuenta con las herramientas necesarias para realizar suficiente actividad física. Además, normas culturales, heterogéneas entre y dentro de los países, permean la relación de las personas con su entorno y sus esquemas alimentarios y físicos. Por otra parte, el acceso a la telemedicina se restringe a la disponibilidad de herramientas tecnológicas y educación digital de cada persona y centro de atención (Latulippe, Hamel y Giroux, 2017). Finalmente, construir y mantener infraestructura y materiales sostenibles requiere de inversiones y disponibilidad tecnológica con las que no cuentan todas las comunidades. Es imperativo que las políticas sanitarias, coordinadas con políticas medioambientales, consideren la heterogeneidad de la población y las barreras de acceso que esta enfrenta, de manera tal que se fomente la inclusión y se cimiente el camino al desarrollo sostenible.

En este contexto, existe un espacio sustantivo para que las políticas sanitarias apunten tanto a la mejora en la salud de las personas como al fomento de la sostenibilidad ambiental, apuntando a toda la población y tomando en cuenta los factores multidimensionales que condicionan el acceso y la oportunidad. Al igual que con las dimensiones económica y social del desarrollo sostenible, se observa que la salud es central para la sostenibilidad ambiental y, por tanto, estrategias de desarrollo comprehensivas e integrales deben tener en el centro de su concepción la relevancia de la inversión en una salud de calidad para todas las personas, con todos los beneficios que ello significa para el entorno.

Es importante mencionar que se cuenta con extensa evidencia respecto a la influencia que el cambio climático ejerce sobre las personas y comunidades, afectando su salud y desarrollo integral (OMS, 2023c). La contaminación del aire, del agua y del suelo, tal como la pérdida de biodiversidad, pueden condicionar el bienestar físico y mental de la población, por lo que intervenciones en salud integrales, exhaustivas y pertinentes a cada entorno que conversen con la sostenibilidad ambiental son clave para generar una estrategia que avance hacia el desarrollo sostenible. Esta visión guarda directa relación con la meta de salud 3.9 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que establece “De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo”, por lo que la consideración del impacto que tiene el medio ambiente en la salud de las personas es fundamental. En vista de la relación entre salud y medio ambiente, se vuelve aún más relevante la necesidad de contar con políticas sanitarias y ambientales articuladas, de manera tal que los esfuerzos para avanzar en el desarrollo sostenible sean efectivos y permitan de manera sostenible el bienestar integral de las personas.

II. La expresión de las desigualdades en la salud de las personas: la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud en América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe es la región más desigual del mundo, siendo esta una característica que se replica en el ámbito sanitario, tanto en el estado de salud de la población como en su acceso a los sistemas sanitarios y la calidad de atención que reciben. Si bien en las últimas décadas los países de la región han tenido un claro progreso en términos de indicadores epidemiológicos, tal como se presenta en esta sección, los promedios regionales y nacionales esconden profundas desigualdades que se han acentuado con la pandemia de COVID-19. Estas brechas se asocian a los ejes estructurantes de la matriz de desigualdad social (CEPAL, 2016), tales como al nivel socioeconómico, territorio, género y condición étnico-racial, dejando en evidencia que las desigualdades en salud tienen un origen social toda vez que dichos ejes condicionan la distribución de los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud son el mecanismo a través del cual las desigualdades sociales se transforman en brechas en salud, por lo que se vuelve fundamental articular los sistemas de salud con los demás componentes de la protección social. En esta sección se planteará la centralidad de contar con sistemas de salud que sean integrales, siendo la estrategia de APS uno de los principales mecanismos para intervenir la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud y alcanzar mejores resultados en salud, sin dejar a nadie atrás.

A. El progreso en salud esconde profundas desigualdades entre los países de la región

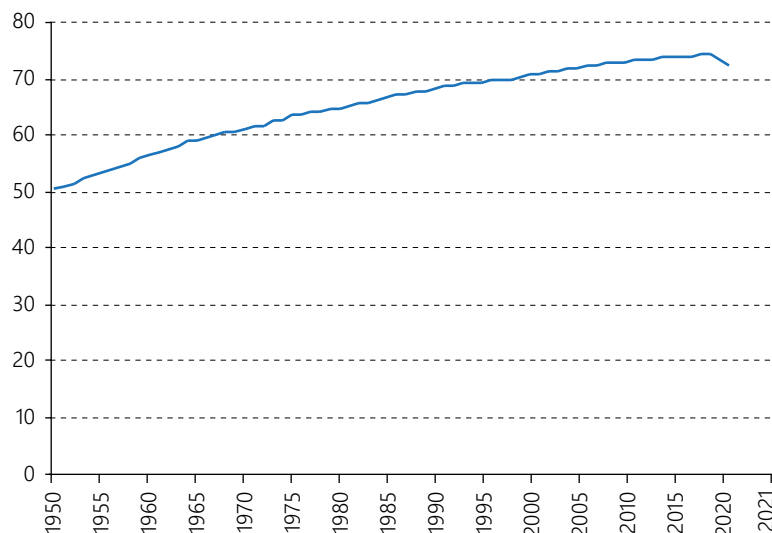
A lo largo de las últimas décadas, los indicadores de salud de la población de América Latina y el Caribe han tenido un progreso significativo, dando cuenta de avances en las condiciones de vida en general, tanto en términos de reducción de la pobreza, pobreza extrema y desigualdad como del fortalecimiento de los sistemas de salud y de protección social. Ello se refleja en la reducción de la población bajo la línea de la pobreza en torno a 14 puntos porcentuales en las últimas dos décadas, pasando de niveles sobre el 44% en 2001 a cerca del 30% en 2019 (CEPAL, 2019). Asimismo, durante el mismo período aumentó la escolaridad promedio de la

región en casi dos años, considerando a la población económicamente activa mayor de 15 años (CEPAL, 2019). Ello ha sido acompañado por diversos avances a nivel global y regional en materia sanitaria, con el desarrollo tecnológico y de estrategias que han transformado y mejorado los tratamientos médicos y la capacidad de diagnóstico, así como niveles más altos de cobertura. De la mano de dichos avances se ha evidenciado el aumento en el gasto público regional durante las últimas décadas, en dimensiones como protección del medio ambiente, vivienda y servicios comunitarios, salud, educación y protección social (CEPAL, 2022a).

De manera general, al considerar el estado de salud de la población, se utilizan como indicadores poblacionales la esperanza de vida al nacer, la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Se trata de indicadores que resumen el estado de salud general de una población y reflejan la situación de los sistemas de salud y de protección social. El indicador de la esperanza de vida al nacer corresponde al promedio de años que se espera que un recién nacido viva, de acuerdo con el índice de mortalidad correspondiente al momento de su nacimiento y a su país, territorio y área geográfica. La mortalidad infantil, en tanto, retrata la razón de muertes de niñas y niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que la mortalidad materna refiere a la defunción de madres durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes, medida como una razón de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Entre 1950 y 2021 se observa un avance notable en términos de esperanza de vida en promedio para América Latina y el Caribe (véase el gráfico 1), pasando de 50,5 años en 1950 a 74,2 años en 2019, y cayendo significativamente en 2020 y 2021 tras la pandemia de COVID-19. Si bien se considera la edad de mortalidad en el momento de nacer, la esperanza de vida de una persona dependerá últimamente del acceso a distintos servicios que puedan definir su salud, así como de los determinantes sociales que le afecten a lo largo de su vida. El pronunciado incremento en la esperanza de vida al nacer en la región refleja, entre otros factores, los significativos avances durante la segunda mitad del siglo pasado en términos de reducción tanto de la mortalidad en todos los grupos etarios de la población como de la mortalidad materno-infantil. Ello se relaciona directamente con el fortalecimiento y evolución de los sistemas de salud de la región en el último siglo (Matus-López, 2023), de la mano de mejores condiciones habitacionales, educacionales y laborales, entre muchas otras.

Gráfico 1
América Latina y el Caribe (33 países): esperanza de vida al nacer, 1950-2021
(En años)



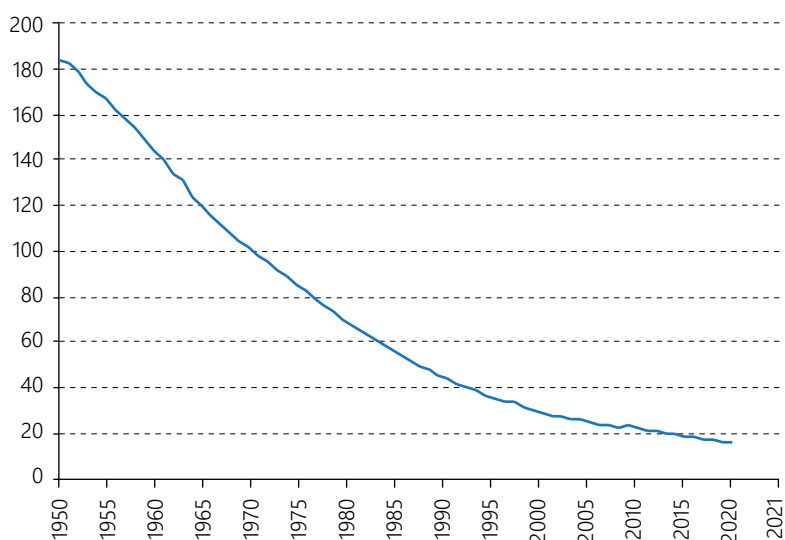
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL/CELADE. División de Población de la CEPAL. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Revisión 2022. Panorama Mundial de Población.

Nota: Se consideran Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. 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, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Un segundo indicador que refleja las condiciones de salud de la población, sobre todo con relación a los sistemas de salud, es la mortalidad infantil. Gran parte de las muertes que ocurren en niñas y niños menores de 5 años son evitables; a nivel mundial, las principales causas de la mortalidad infantil son las enfermedades transmisibles, incluyendo la neumonía, diarrea y malaria, siendo estas enfermedades más letales entre quienes tienen problemas graves de malnutrición (UNICEF, 2023). Además, las complicaciones durante el parto y la gestación están relacionadas con la mortalidad infantil, por lo que existe una estrecha relación entre las tasas de mortalidad materna e infantil. Es así como los avances respecto al acceso a partos asistidos por personal sanitario especializado y el cuidado postnatal, la lactancia materna y nutrición adecuada, junto al acceso a las vacunas y tratamiento para estas enfermedades infantiles recurrentes, contribuyen a disminuir la incidencia de este indicador (UNICEF, 2023). Al respecto, el Objetivo del Milenio 4 fijaba una meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil bajo los 5 años, así como la meta 3.2.1 de la Agenda 2030 plantea reducir la mortalidad de niñas y niños menores a 5 años al menos a 25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, junto con la reducción de la mortalidad neonatal (recién nacidos fallecidos antes de alcanzar 28 días de edad) a menos de 12 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

A nivel regional, las tasas de mortalidad infantil antes de los 5 años muestran reducciones significativas a lo largo de las últimas siete décadas (véase el gráfico 2). Entre 1950 y 2021, la tasa de mortalidad infantil de la región se redujo en un 91%, pasando de 182 a 16,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, alcanzando en 2007 tasas regionales menores a la meta 3.2.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. No obstante, es fundamental continuar con los esfuerzos por reducir la mortalidad antes de los primeros 5 años de vida mediante esquemas de vacunación, el acceso adecuado a alimentos, agua potable y servicios de saneamiento, y el derecho a una atención sanitaria de calidad (UNICEF, 2023). En particular, estos esfuerzos son claves durante el primer mes de vida, cuando se concentran las muertes neonatales. Pese a que el indicador de mortalidad neonatal también ha tenido avances notorios en las últimas décadas, este período concentra cerca de un 56% de las muertes antes de los 5 años para los 33 países considerados en América Latina y el Caribe, frente a un 47% a nivel global (UNICEF, 2023).

Gráfico 2
América Latina y el Caribe (33 países): tasa de mortalidad infantil, 1950-2021
(Muertes de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos)

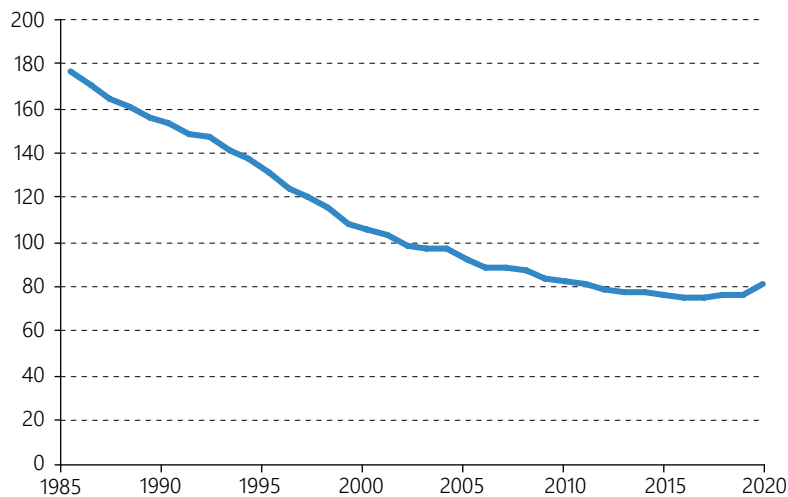


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL/CELADE. División de Población de la CEPAL. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Panorama Mundial de Población. Revisión 2022.

Nota: Se consideran Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. 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, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Otro indicador que refleja las condiciones de salud de la población es la mortalidad materna, que comprende las muertes de madres durante el embarazo, parto o en los 42 días posteriores. De acuerdo con la OMS, la mayor parte de las muertes maternas son evitables, toda vez que los tratamientos necesarios para prevenir o tratar las complicaciones que causan esta mortalidad son conocidos (OMS, 2023a). Es por ello que la disminución de las tasas de mortalidad materna fue parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (objetivo 5) y también está incluido en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (meta 3.1), estableciendo en esta última la meta reducir el indicador a menos de 70 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos al año 2030. El gráfico 3 muestra cómo los avances en la reducción de la mortalidad materna en la región se estancaron en los últimos años, incluso revirtiéndose, particularmente durante el año 2020 a causa de la pandemia de COVID-19. América Latina y el Caribe es la única región del mundo donde no se ha registrado un progreso constante en este indicador (OMS, 2023a).

Gráfico 3
América Latina y el Caribe (31 países): tasa de mortalidad materna^a, 1985-2020
(Muertes por cada 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de ODS/Base de datos ODS de Naciones Unidas/Estimaciones elaboradas por OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Ginebra, OMS 2023.

Nota: Se consideran Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

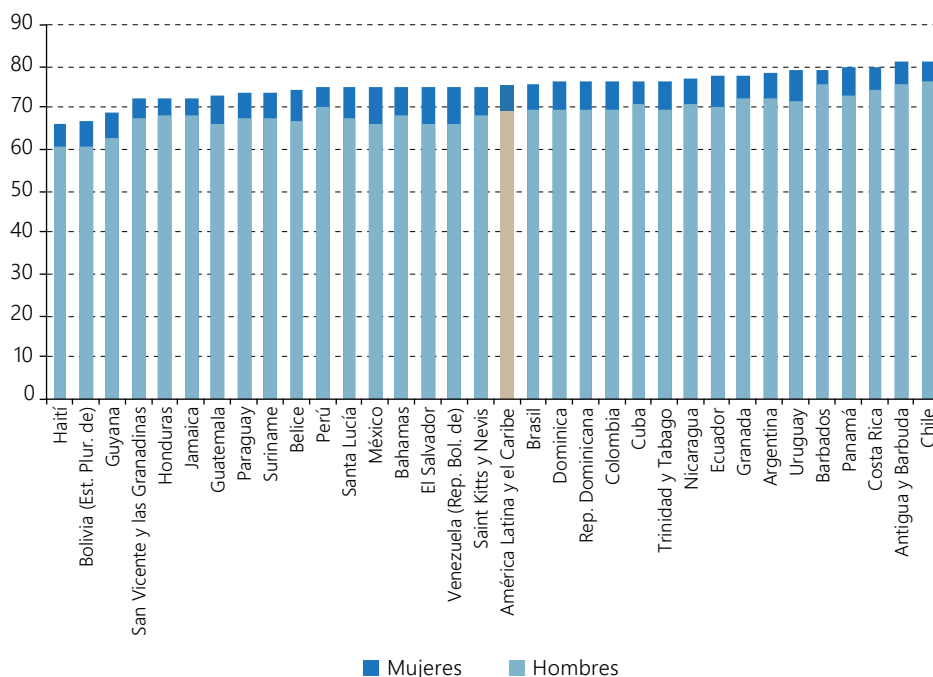
^a La tasa de mortalidad materna se define como el número de muertes maternas (muertes de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el Embarazo o su manejo —excluidas causas accidentales o incidentales— durante el embarazo y el parto o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independiente de la duración y el lugar del embarazo) por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo.

Entre 1985 y 2019, el promedio regional de la mortalidad materna se redujo de 177 a 77 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con lo que el aumento experimentado en 2020 a 81 muertes significa un retroceso de cerca de 10 años, alejándose de manera importante de la meta de la Agenda 2030. Se estima, para ocho países latinoamericanos, que una de cada tres mujeres que contrajeron COVID-19 durante su embarazo no recibieron la atención médica adecuada durante los dos primeros años de la pandemia dada la presión que la crisis sanitaria generó sobre los servicios de salud (Maza-Arnedo y otros, 2022). La situación de la salud materna en este escenario es crítica; pese a que estas muertes son evitables y las condiciones médicas y tecnológicas para impedir las existen desde hace años, la región aún enfrenta significativos desafíos para proteger a esta población. Entre los obstáculos para el progreso en esta área se encuentran causas obstétricas directas relacionadas a complicaciones en el parto, infecciones durante el embarazo y abortos inseguros, causas indirectas relacionadas a enfermedades infecciosas y no transmisibles, y otros factores como fallas en el sistema de salud, determinantes sociales de la salud, normas de género y elementos externos como crisis climáticas y humanitarias, por lo que acciones multisectoriales son imperativas para lograr los objetivos comprendidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en cuanto a salud, género y desigualdad (OMS, 2023a).

Si bien a lo largo de las últimas décadas, la salud de la población de América Latina y el Caribe ha mejorado en promedio, preocupa el deterioro de los indicadores sanitarios a raíz de la pandemia de COVID-19, que evidencia la centralidad de las condiciones sanitarias y su intrínseca relación con el desarrollo social inclusivo y económico. Si bien el progreso sanitario en la región se ha dado en un contexto de avances sociales y económicos, América Latina y el Caribe continúa siendo la región más desigual del mundo. Dicha desigualdad no se restringe solamente al ámbito económico y de ingresos, sino que también se refleja en la persistencia de brechas en la salud de las personas, lo que perpetúa esta injusta realidad en la región y obstaculiza alcanzar el desarrollo sostenible. Las desigualdades en salud se acumulan en el transcurso de la vida, impidiendo el goce efectivo del derecho a la salud y el bienestar general en las distintas esferas en que se desenvuelven las personas. Junto con lo anterior, es importante notar que los progresos en esperanza de vida y mortalidad, tanto infantil como materna, han dado lugar a una transición demográfica de la región, caracterizada por el aumento de la población mayor, que, sin lugar a dudas, pone los sistemas de salud bajo nuevas condiciones de presión.

A pesar de observarse un panorama positivo a nivel regional, el avance promedio de la región en salud esconde profundas desigualdades. El gráfico 4 evidencia las diferencias en esperanza de vida entre los países de la región y según sexo. Por ejemplo, se espera que las personas en Chile vivan, en promedio, hasta 15,7 años más que en Haití, donde la esperanza de vida al nacer es de 63,2 años. Así también, puede notarse que la brecha entre hombres y mujeres está presente en todos los países, viviendo las mujeres entre 4 y 9 años más que sus pares hombres, lo que, como se desarrollará más adelante, no necesariamente implica que las mujeres tengan vidas más saludables (Huenchuán, 2013). Esta tendencia se replica a nivel global y es mayor a medida que las mujeres tienen más acceso a servicios de salud y niveles de mortalidad materna más bajos (OMS, 2019b).

Gráfico 4
América Latina y el Caribe (33 países): esperanza de vida al nacer según sexo, 2021
(En años)

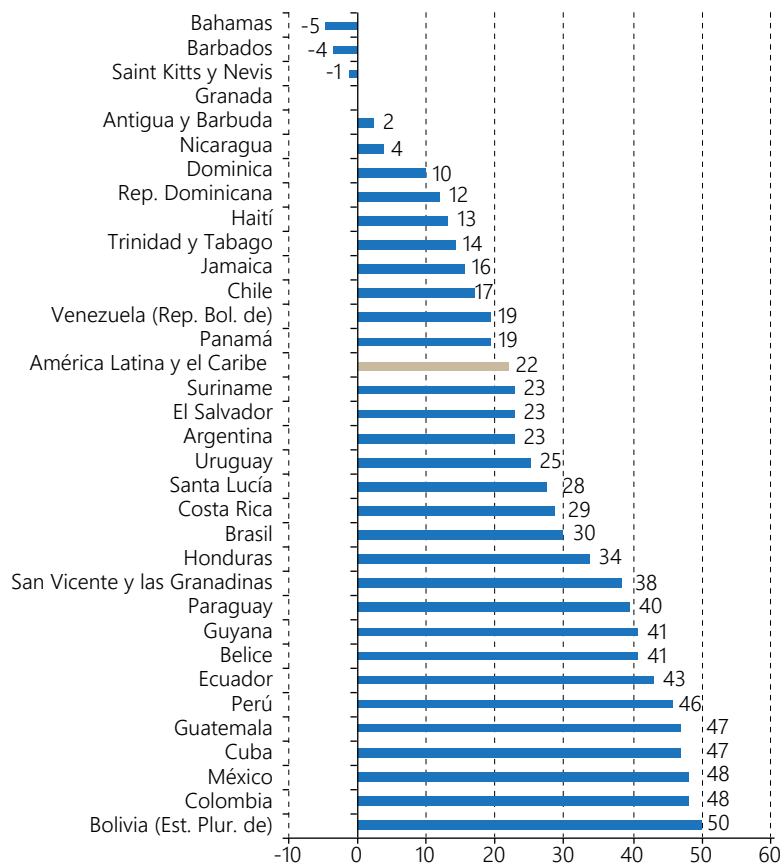


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL/CELADE. División de Población de la CEPAL. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Panorama Mundial de Población. Revisión 2022.

Nota: el promedio de América Latina y el Caribe es un promedio simple que considera a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. 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, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Los estragos de la pandemia de COVID-19 tuvieron un impacto desproporcionado en la región al considerar que concentró, entre 2020 y 2022, al 27% del total de las muertes por COVID-19, a pesar de representar solamente al 8,4% de la población mundial (CEPAL, 2022b). El impacto fue desigual no sólo para la región, sino también en múltiples dimensiones para los distintos países y al interior de cada país. Entre 2020 y 2021, países como Bolivia (Est. Plur. de) o el Perú tuvieron una mortalidad en exceso, referida a la diferencia del número total de muertes durante una crisis en comparación a las muertes que hubiesen tenido lugar en circunstancias normales, hasta 5 veces mayor que países como Costa Rica o Chile (Cid y Marinho, 2022). Así también, como puede verse en el gráfico 5, la reducción regional observada respecto a la esperanza de vida al nacer varía ampliamente entre países. Por ejemplo, Bolivia (Est. Plur. de) registró la mayor caída entre 2019 y 2021, con una pérdida de 50 meses, es decir, más de 4 años, seguida por Colombia y México, con 48 meses perdidos, y Cuba y Guatemala, con 47 meses.

Gráfico 5
América Latina y el Caribe (33 países): pérdida en esperanza de vida al nacer, entre 2019 y 2021
 (En meses)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL/CELADE. División de Población de la CEPAL. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Panorama Mundial de Población. Revisión 2022.

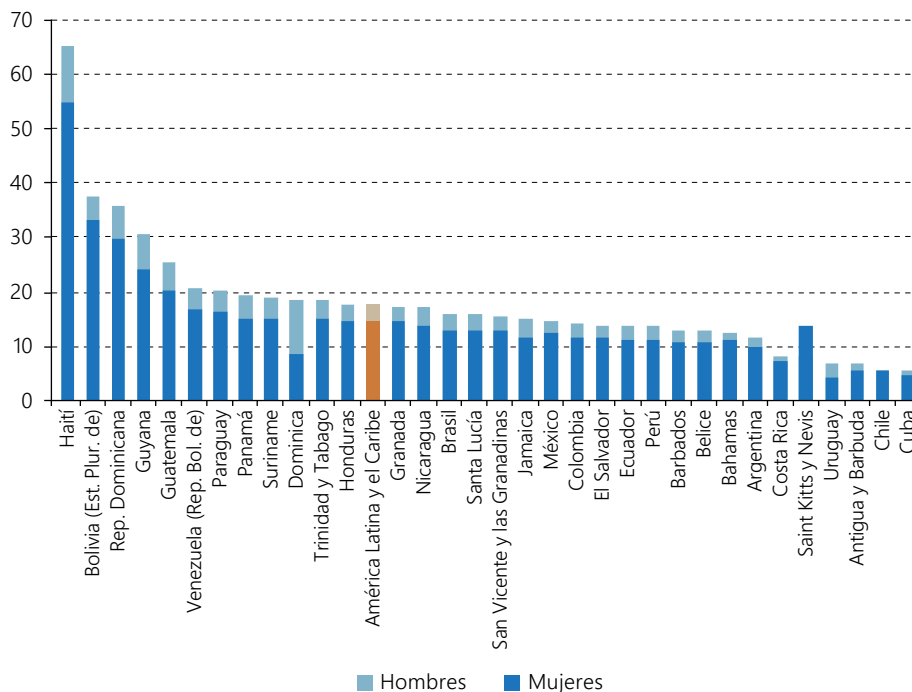
Nota: El promedio de América Latina y el Caribe es un promedio simple que considera a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Las diferencias entre países también pueden observarse en los indicadores de salud materno-infantil. Si bien la región ya alcanzó la meta 3.2 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible respecto a mortalidad infantil bajo 5 años, tal como se explicó anteriormente, es fundamental enfatizar que este logro refleja un promedio regional y, por tanto, no permite ver las profundas brechas entre los países. En el gráfico 6 se observan las diferencias en este indicador entre los países de la región, teniendo Haití más de 3,7 veces la

cantidad de muertes que el promedio regional, lo que se traduce en 47 muertes más por cada 1.000 nacidos vivos, seguido de Bolivia (Est. Plur. de) (19,3 muertes más que el promedio regional), la República Dominicana (16,7 muertes más que el promedio regional) y Guyana (11,3 muertes más que el promedio regional), quienes no alcanzan la meta 3.2 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de menos de 25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. La evidencia sugiere que la persistencia de alta mortalidad se relaciona mayormente con bajos ingresos, la maternidad adolescente, la falta de acceso a servicios básicos y de atención sanitaria oportuna y debilidades en la APS (CEPAL/ UNICEF/ UNICEF TACRO, 2007).

El avance en los últimos años en esta materia ha sido también dispar; mientras que Bolivia (Est. Plur. de) y Guyana han avanzado sustancialmente en la reducción de muertes, pese a su alto nivel base, Dominica, la República Dominicana y Haití requieren una mayor aceleración en la lucha contra la mortalidad infantil (UNICEF, 2023). Así también, en el gráfico 6 se observan las diferencias por sexo dentro de cada país; consistentemente, los niños tienen una mayor tasa de mortalidad que las niñas, siendo esta brecha mayor en Haití y Dominica con una brecha de 10 muertes más por cada 1.000 nacidos vivos y menor en Chile, Cuba, Antigua y Barbuda, en donde los hombres presentan menos de una muerte más que las mujeres por cada 1.000 nacidos vivos. Sólo Saint Kitts y Nevis presenta una mayor mortalidad infantil entre mujeres que entre hombres (13,9 versus 8,2 por cada 1.000 nacidos vivos).

Gráfico 6
América Latina y el Caribe (33 países): tasa de mortalidad infantil según sexo, 2021
(Muertes de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos)



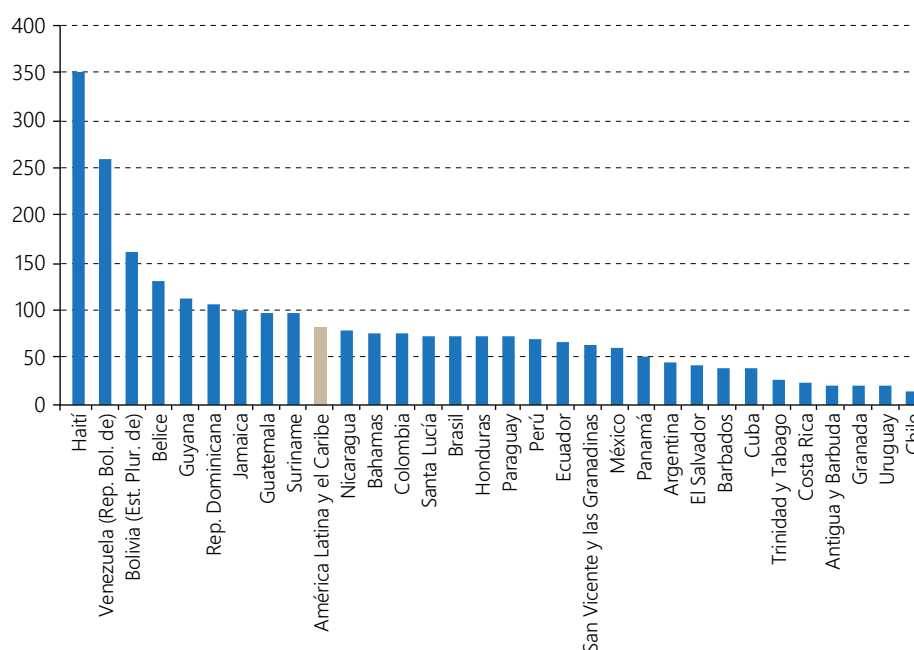
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL/CELADE. División de Población de la CEPAL. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Panorama Mundial de Población. Revisión 2022.

Nota: El promedio de América Latina y el Caribe es un promedio simple que considera a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. 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, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

A nivel regional, los avances en salud materno-infantil revelan que iniciativas y programas multisectoriales que abordan las condiciones que rodean a niñas, niños y madres juegan un rol fundamental en el resguardo de su salud y bienestar integral, y son clave para abordar las desigualdades persistentes en salud (OPS y UNICEF, 2022). Asimismo, los países que han implementado programas basados en la estrategia de la APS han registrado los niveles más bajos de mortalidad infantil y materna (Etienne, 2018).

Por último, destacan las diferencias en mortalidad materna entre los países de la región, representadas en el gráfico 7. Entre los 31 países de la región que registran datos, sólo 15 de ellos cumplen con la meta de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de menos de 70 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Resalta significativamente el caso de Haití, con 4,3 veces más muertes que el promedio regional y 1,4 veces más muertes que Venezuela (Rep. Bol. de), quien le sigue con la mayor cantidad de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y hasta 23,3 veces más muertes que en Chile. Esfuerzos por sistematizar los impactos de la cobertura en salud materno-infantil dan cuenta de una alta correlación entre los distintos indicadores para cada país de la región y otros indicadores intrínsecos de la APS, como la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos anticonceptivos modernos, las visitas de atención prenatal, la asistencia de personal capacitado durante el parto, esquemas de vacunación infantil y tratamiento de diarrea o neumonía para menores de 5 años (Castro, 2020). Las diferencias observadas entre países dan cuenta de la necesidad de consolidar sistemas de salud que respondan a las necesidades de todas las mujeres, desde la garantía de acceso a la salud sexual y reproductiva y el abordaje de los factores de riesgo durante el embarazo hasta las condiciones del parto.

Gráfico 7
América Latina y el Caribe (31 países): tasa de mortalidad materna^a, 2020
(Muertes por cada 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de ODS/Base de datos ODS de Naciones Unidas/Estimaciones elaboradas por OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Ginebra, OMS 2023. El promedio de América Latina y el Caribe es un promedio simple que considera a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

^a La tasa de mortalidad materna se define como el número de muertes maternas (muertes de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo—excluidas causas accidentales o incidentales— durante el embarazo y el parto o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independiente de la duración y el lugar del embarazo) por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo.

En síntesis, los países de América Latina y el Caribe han experimentado significativos avances en materia de salud y también en otras dimensiones esenciales para la situación sanitaria que se ven reflejadas en la significativa mejora en indicadores epidemiológicos claves en las últimas décadas. No obstante, estos avances están marcados por la heterogeneidad característica de la región y fueron afectados por la

pandemia, principalmente en materia de salud materna. Frente a ello, se hace fundamental incrementar los esfuerzos para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva, asegurar que los partos sean atendidos por profesionales calificados, retomar los procesos de inmunización rutinaria de niñas y niños y promover una nutrición adecuada (OMS, 2023a; Castillo y Marinho, 2022). Para ello es fundamental la articulación entre la salud y la protección social, desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

B. Las desigualdades en salud y la necesaria articulación entre la salud y los demás componentes de la protección social

Las profundas desigualdades que marcan a las sociedades tienen una expresión e impacto directo sobre la salud de las personas, tanto en aquellos países ricos en recursos como en los que experimentan mayores niveles de escasez. Esta realidad se observa tanto entre los países como en su interior, manifestándose como una gradiente social de la salud en que mayores niveles de bienestar, tanto material como psicosocial, se relacionan con mejores resultados en salud (OMS/CSDH, 2008). Por ejemplo, aquellos países cuya población tiene, en promedio, más años de escolaridad o aquellas que viven en países con un PIB per cápita más alto, tienen mejores resultados en términos de salud materno-infantil (Marmot, 2015). Asimismo, países con mayores niveles de pobreza y pobreza extrema, o con mayores niveles de informalidad laboral, tienen peores resultados en indicadores epidemiológicos clave como la esperanza de vida (Marmot, 2015). Las diferencias estructurales en el desarrollo social y económico de los países, y su estrecha relación con los indicadores sanitarios, permite entonces comprender los mecanismos que generan las diferencias evidenciadas en la subsección II.A.

La gradiente que se presenta a nivel regional y al interior de los países ha confirmado que la salud de las personas tiene relación con distintos factores sociales, económicos, políticos y ambientales que moldean su entorno y afectan su vida diaria. Dichos factores han sido denominados determinantes sociales de la salud y se definen como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, además de un conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que condicionan su vida diaria (OMS/CSDH, 2008). Algunos ejemplos de determinantes sociales de la salud son los ingresos, la pobreza, la educación, el desarrollo infantil temprano, la seguridad alimentaria, el desempleo, la calidad del empleo, la vivienda y el acceso a servicios básicos, la discriminación y la exclusión social, la cohesión social y el acceso a los servicios de salud, entre otros (OMS/CSDH, 2008). Se trata de condiciones que se van acumulando a lo largo del ciclo de vida de las personas, por lo que su efecto no es puntual, sino que agregado y dinámico. La importancia de incorporar este enfoque al desarrollar políticas públicas o programas orientados a mejorar la salud de la población se observa en la Declaración de Alma-Ata, cuando se reconoce la necesidad de considerar dimensiones distintas al sector sanitario, tales como el desarrollo social y económico, para avanzar hacia la salud universal y disminuir las desigualdades en salud (OPS, 1978). Los temas sanitarios no pertenecen sólo al ámbito de la salud y, por tanto, las reformas a la salud dependen de distintas dimensiones (véase la sección III).

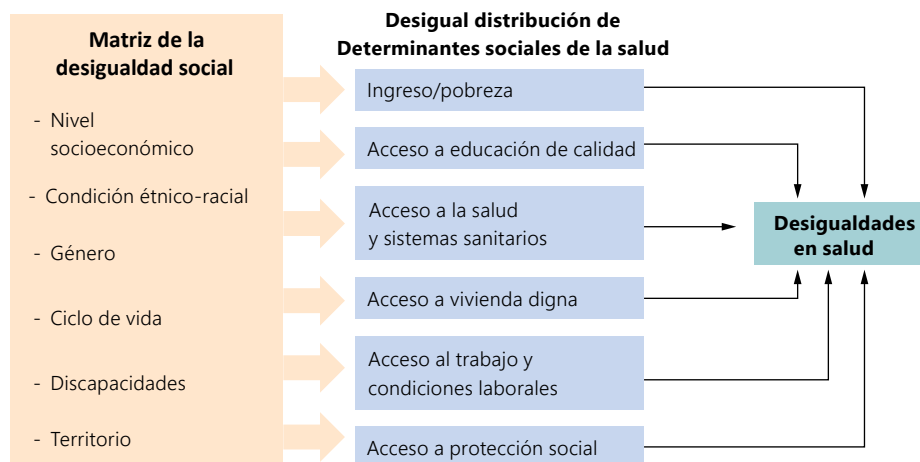
Los determinantes sociales de la salud se encuentran desigualmente distribuidos y son dichas brechas las que generan las desigualdades en salud. En otras palabras, "el resultado de la desigual distribución de las oportunidades de vida es que la salud está distribuida desigualmente" (Marmot, 2015, pág. 7). Se trata de desigualdades injustas y evitables, tratándose de disparidades que no responden a diferencias biológicas o genéticas sino más bien, en su mayoría, a brechas relacionadas a las condiciones sociales y económicas en que vive la población. Es importante notar que los determinantes sociales de la salud se encuentran interrelacionados entre sí, siendo el nivel de ingresos una de las principales dimensiones, sobre todo en sociedades donde el acceso a servicios sociales, como salud y educación, depende de los ingresos de las personas.

En América Latina y el Caribe, la distribución de los determinantes sociales de la salud está condicionada por los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social (véase el diagrama 2)⁴, tales como la condición

⁴ La figura ilustra esta relación a través de algunos ejemplos de ejes estructurantes de la matriz de desigualdad social y de determinantes sociales de la salud, por lo que no se trata de una lista exhaustiva.

socioeconómica o clase social, el género, la condición étnico-racial, el territorio y la etapa del ciclo de vida, entre otros (CEPAL, 2016). Por ejemplo, mientras que al año 2020 un 81% de los hogares de zonas urbanas de la región tenía acceso a agua potable, sólo el 53% de los hogares de zonas rurales podía acceder a ella, lo que incide directamente en su salud mediante una menor protección ante enfermedades transmisibles⁵.

Diagrama 2
La matriz de la desigualdad social, los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud



Fuente: Elaboración propia.

Como ha planteado la CEPAL anteriormente, los ejes de la matriz de la desigualdad social se entrecruzan o se combinan a lo largo del curso de la vida, potenciándose entre sí y teniendo un impacto particular en determinados grupos de la población como, por ejemplo, las mujeres afrodescendientes (CEPAL, 2016). De esta manera, los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social tienen un impacto sobre la salud de las personas a través de su incidencia sobre la distribución de los determinantes sociales de la salud. Siguiendo el ejemplo anterior, se espera una menor prevalencia de enfermedades transmisibles en hogares con mayor acceso a agua potable y, por su parte, el acceso a agua potable dependerá del territorio que habitan los hogares. Asimismo, de acuerdo con los datos disponibles, se observa que mientras que en 2015 el 92% de las mujeres de Colombia que tenían educación secundaria completa asistieron a sus controles prenatales, solamente el 53% de las mujeres sin educación lo hicieron. A su vez, la mortalidad neonatal (antes de los 28 días de nacido) entre madres con educación secundaria fue de 9 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que la de madres sin educación correspondió a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. Ello deja entrever de manera clara cómo el nivel educativo (eje de la matriz de la desigualdad social) genera desigualdades a través del acceso a los servicios de salud (determinante social de la salud).

1. Desigualdades en salud a nivel regional y el desarrollo social inclusivo

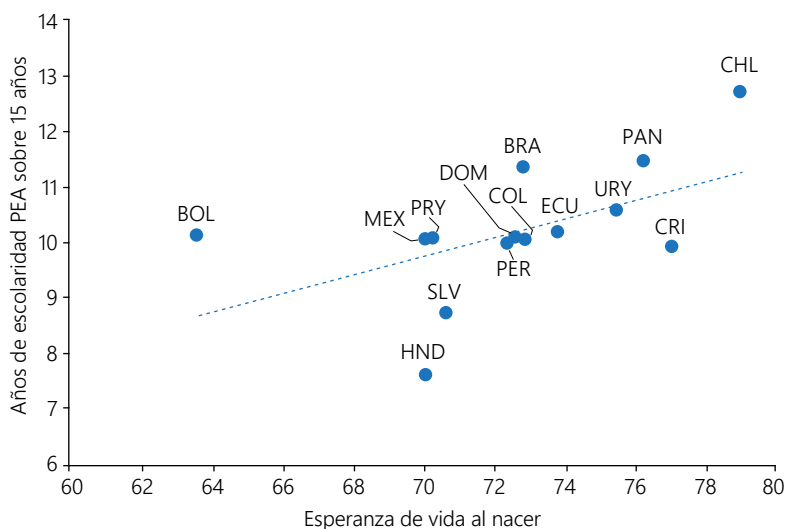
Al analizar los datos disponibles en América Latina y el Caribe, es posible constatar la presencia de las desigualdades en el estado de salud de la población y su relación con la interacción entre la matriz de la desigualdad social y los determinantes sociales de la salud. En la sección II.A se evidenciaron las amplias brechas en esperanza de vida, mortalidad infantil y mortalidad materna entre los países de la región. En esta sección se abordan dichas brechas entre países, así como al interior de cada país, de acuerdo con los niveles nacionales de pobreza, informalidad laboral y años de escolaridad, como indicadores de los determinantes sociales de la salud.

Como se mencionó anteriormente, la esperanza de vida al nacer es un indicador relevante para el análisis de la salud, que da cuenta de las condiciones que rodean el transcurso de vida de las personas.

⁵ Cálculos realizados sobre la base de datos ODS de las Naciones Unidas/OMS/UNICEF *Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene* (2021).

Tal como ilustra el gráfico 8, este indicador tiene una relación estrecha con el promedio de años de escolaridad a nivel nacional, de manera tal que una persona nacida en 2021 en Honduras tiene una expectativa de vida que apenas alcanza los 70 años, mientras que una persona que nació en Costa Rica el mismo año puede esperar vivir hasta los 77 años. El promedio de años de escolaridad de Honduras, en tanto, es de 8 años, mientras que el de Costa Rica es de 10 años. La educación, expresada en este análisis en años de escolaridad, es una de las variables determinantes del nivel de salud de las personas mediante variados mecanismos, entre los que se encuentran más herramientas y oportunidades para acumular otros determinantes sociales, como las condiciones laborales o el nivel de ingresos, así como un mayor conocimiento para abordar decisiones y comportamientos clave que afectan la salud de cada persona (Cutler y Lleras-Muney, 2007). Durante la etapa escolar no sólo se acumulan herramientas y capacidades que son fundamentales para el futuro de las personas, sino que también se goza directamente de un espacio en el que se fomenta la actividad física y el desarrollo social y emocional, así como un entorno potencialmente seguro para quienes viven en hogares bajo condiciones de pobreza o violencia (The Lancet Public Health, 2020). Tal como se observa una relación positiva entre la escolaridad y la esperanza de vida, se aprecia una relación negativa entre otros determinantes sociales de la salud, como la pobreza y la pobreza extrema, y la esperanza de vida.

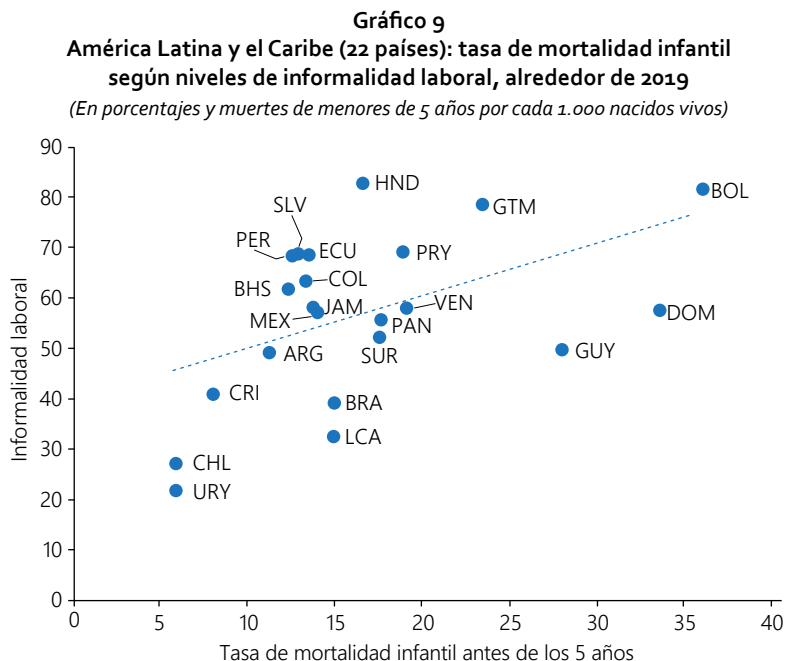
Gráfico 8
América Latina y el Caribe (14 países): esperanza de vida al nacer
y promedio nacional de años de escolaridad^a, alrededor de 2020
(En años)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL/CELADE. División de Población de la CEPAL. Revisión 2022 y Naciones Unidas, División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Panorama Mundial de Población. Revisión 2022, y CEPAL sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG). Nota: Se consideran Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

^a Se considera el promedio de años de escolaridad de la población de 25 a 59 años de edad.

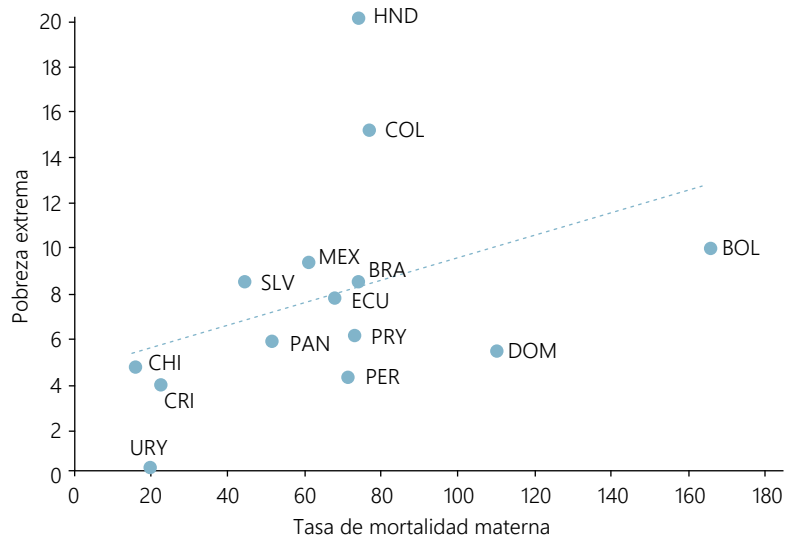
La desigualdad en los resultados de salud también se observa al considerar otros indicadores generales de la salud de la población, como la mortalidad infantil y la mortalidad materna, según diversos determinantes sociales de la salud. Tal como ilustran los gráficos 9 y 10, ambos indicadores epidemiológicos empeoran a medida que aumentan los niveles de informalidad laboral y pobreza extrema. Ello da cuenta de que peores condiciones generales de vida se asocian en mayor medida a las diversas causas de ambos tipos de mortalidad, a saber, mayor exposición a infecciones o situaciones de desnutrición durante los primeros años de vida, menor acceso a servicios de atención materna de calidad y a servicios de salud sexual y reproductiva (OCDE/BM, 2020).



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL/CELADE. División de Población de la CEPAL. Revisión 2022 y Naciones Unidas, División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Panorama Mundial de Población. Revisión 2022 y ODS Base de datos ODS de Naciones Unidas/LFS-Encuesta Permanente de Hogares (Urbano).

Nota: Se consideran Argentina, Bahamas, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Gráfico 10
América Latina y el Caribe (14 países): tasa de mortalidad materna según pobreza extrema, alrededor de 2020
(En porcentajes y muertes por cada 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de ODS/Base de datos ODS de Naciones Unidas/Estimaciones elaboradas por OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Ginebra, OMS 2023 y CEPAL/Sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Nota: Se consideran Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Esta relación se agudiza en momentos de crisis, tales como la pandemia de COVID-19, en que las condiciones generales de vida se vieron fuertemente deterioradas a raíz de la crisis social y económica, reflejadas en el aumento de la pobreza, pobreza extrema y desocupación en América Latina y el Caribe (CEPAL 2022a). De hecho, de acuerdo con los datos disponibles para el primer año de la pandemia, el exceso de mortalidad fue más elevado en aquellos países con niveles más altos de informalidad laboral, pobreza y pobreza extrema (Cid y Marinho, 2022). La relación entre pobreza o informalidad laboral y los indicadores sanitarios es aún más estrecha en la medida en que los sistemas de protección social no tienen cobertura universal y segmentan según pertenencia al sector formal, pues derechos laborales y sociales quedan supeditados a la participación de las personas en el mercado laboral formal y su consecuente generación de ingresos. Ello refuerza la relevancia de avanzar hacia sistemas de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes que aporten a la reducción de la pobreza y amplíen el acceso y cobertura de todas las personas, independientemente de su situación laboral o capacidad de pago, a servicios de protección social y de salud de calidad.

2. Las brechas en salud al interior de cada país: la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud según la matriz de la desigualdad social

Una vez presentado el efecto de los determinantes sociales sobre la salud es posible avanzar hacia el análisis de la desigual distribución de estos según la matriz de desigualdad social al interior de los países, haciéndose más evidente aún la injusticia de las brechas en salud. Para este análisis se utilizaron indicadores epidemiológicos (mortalidad infantil bajo 5 años y años de vida ajustados por discapacidad), y de acceso a los servicios y atención de salud (atenciones prenatales y partos atendidos por personal calificado) para reflejar tanto la desigualdad en términos de resultados de salud como respecto al acceso a los servicios de salud, específicamente.

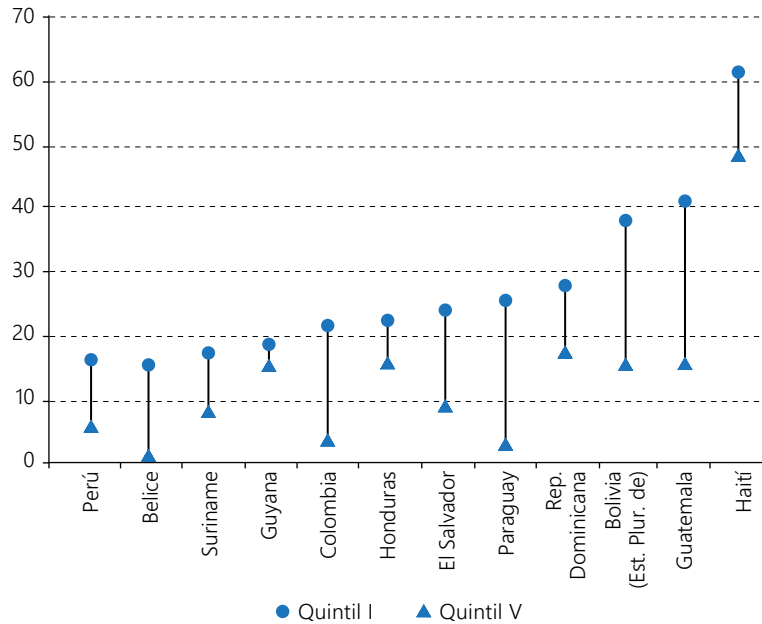
En el gráfico 11 se observa, por ejemplo, que una niña o niño perteneciente al quintil de ingresos más pobre en Haití tiene una probabilidad de fallecer de 6,3% antes de los 5 años, 1,31 veces más veces que una niña o niño que pertenece al quintil de ingresos más rico en el mismo país, en donde el quintil de mayores ingresos tiene una tasa de mortalidad infantil superior a todos los registros de los quintiles de menores ingresos de los otros países. Destacan las brechas de países como el Paraguay, en donde el quintil más pobre tiene una mortalidad infantil 5,7 veces mayor que el quintil más rico, seguido de Belice, con una brecha de 4,9 veces y Colombia, con 4,1 veces. De todas formas, en todos se observan desigualdades que afectan de manera negativa a quienes pertenecen a los estratos más bajos, confirmando lo constatado en otros estudios aplicados a la región (OCDE/BM, 2020; ORAS-CONHU, 2022).

Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de años perdidos de vida saludable o ajustados por discapacidad (AVAD), que representan la pérdida equivalente a un año de plena salud, al sumar los años de vida perdidos por muerte prematura y los años vividos con discapacidad. La preponderancia de enfermedades no transmisibles entre las causas de los AVAD es producto de la transición epidemiológica que se ha desarrollado a nivel mundial y regional, donde las enfermedades transmisibles han disminuido su prevalencia. Es posible que esta situación se haya agudizado a raíz de la pandemia de COVID-19, considerando la interrupción en los servicios esenciales de salud y las respectivas suspensiones o retrasos en tratamientos, debido al efecto de desplazamiento (CEPAL/OPS, 2021). Si bien se observa una alta heterogeneidad en esta materia entre los países de América Latina y el Caribe, existiendo países donde las enfermedades transmisibles aún son mayoritarias y se enfrenta una doble carga epidemiológica, la tendencia regional es evidente.

En este ámbito, es posible observar diferencias y brechas importantes según el género. Se pueden constatar diferencias significativas al considerar la distribución de las causas que disminuyen los años de vida saludables entre hombres y mujeres, dando cuenta de la asociación que existe entre los roles de género y la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud. Como se observa en el gráfico 12, las enfermedades no transmisibles corresponden a más de tres cuartos de la totalidad de los AVAD en el caso de las mujeres, casi 15 puntos porcentuales más que sus pares hombres. Por su parte, más de un quinto de los AVAD de los hombres corresponde a lesiones (no intencionales e intencionales), siendo que en el caso de las mujeres ello equivale a menos de un 7% de sus AVAD.

Gráfico 11
América Latina y el Caribe (12 países): tasa de mortalidad infantil (bajo 5 años)
según quintil de ingresos, alrededor de 2017

(En muertes por cada 1.000 nacidos vivos)

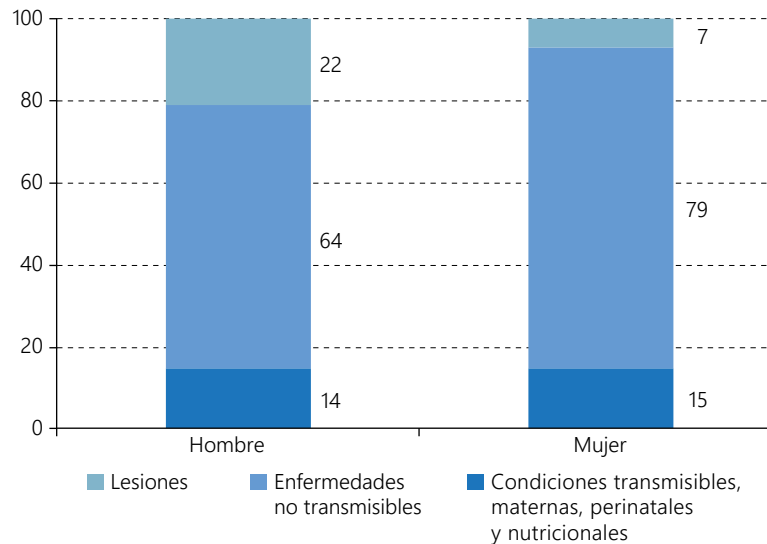


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS, Observatorio Mundial de la Salud (GHO), 2023. Los países están ordenados según la tasa de mortalidad del quintil de ingresos más pobre (quintil I).

Nota: Los datos corresponden a 2020 para Perú y Guyana, 2019 para Honduras y República Dominicana, 2018 para Suriname, 2016 para Belice, Paraguay, Bolivia (Est. Plur. de) y Haití, 2015 para Colombia y Guatemala, y 2014 para El Salvador.

Gráfico 12
América Latina y el Caribe (31 países): causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad,
según género, 2019

(En porcentajes)

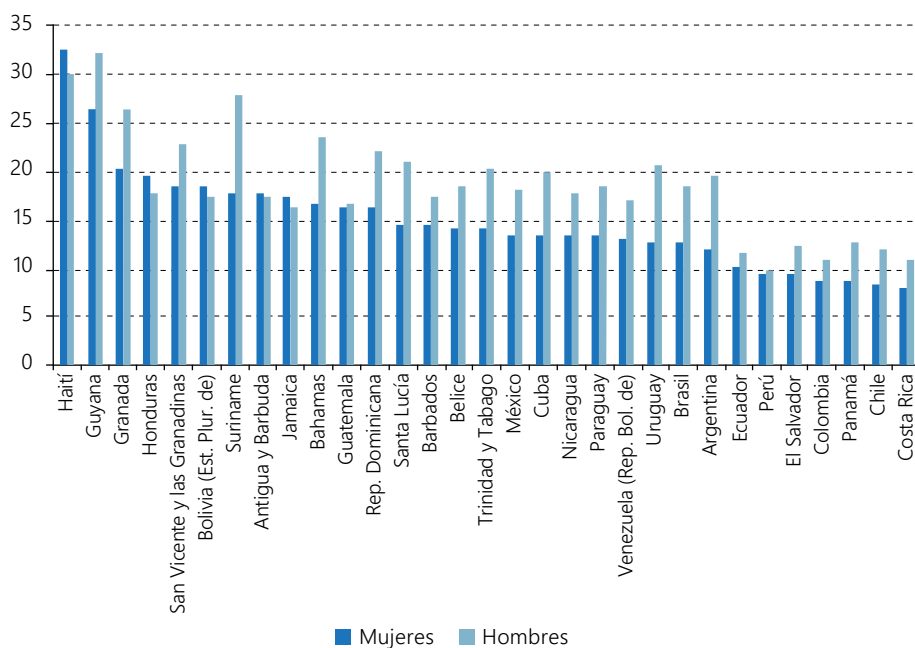


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de estimaciones de Salud Global 2020: Carga de enfermedad por causa, edad, sexo, por país y por región, 2000-2019. Ginebra, OMS, 2020.

Nota: Se considera para el promedio regional a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

A pesar de que la morbilidad asociada a enfermedades no transmisibles es más elevada entre las mujeres que entre los hombres, al comparar la probabilidad de muerte prematura por este tipo de enfermedades, se observa que es más alta entre los hombres en gran parte de los países de América Latina y el Caribe (véase el gráfico 13). De esta manera, si bien las mujeres viven en promedio más años que los hombres y tienen menores probabilidades de fallecer a causa de enfermedades no transmisibles antes de los 70 años, dicha sobrevivencia se asocia a niveles más altos de morbilidad. Estas diferencias no se deben a diferencias biológicas entre mujeres y hombres, sino a diferencias en los comportamientos de salud, acceso a la atención sanitaria y exposición a factores de riesgo (Hawkes y Buse, 2013). Por una parte, las mujeres experimentan mayores factores de riesgo relacionados al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas debido a mayores prevalencias de sobrepeso, obesidad y sedentarismo, mientras que los hombres se exponen a riesgos más altos de morir por lesiones o prematuramente por enfermedades no transmisibles debido a comportamientos asociados a la masculinidad en su sentido tradicional, como el consumo excesivo de alcohol y una menor predisposición a seguir tratamientos médicos crónicos (Courtenay, 2000).

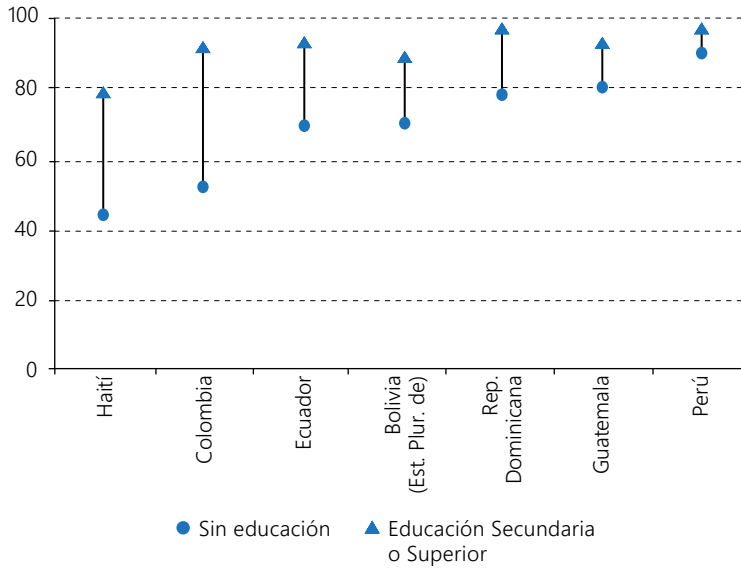
Gráfico 13
América Latina y el Caribe (31 países): probabilidad de muerte prematura por enfermedades no transmisibles entre los 30 y 70 años, 2019
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base del monitoreo de la mortalidad prematura por las cuatro principales enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas) en la Región de las Américas, 2000-2019. OPS, 2021.

De igual manera, los datos muestran brechas en el acceso a atenciones relacionadas con la salud materno-infantil de acuerdo con los niveles educativos y territorios de residencia de las mujeres embarazadas, entregando evidencia sobre cómo los ejes estructurantes de la desigualdad social se entrecruzan y profundizan obstáculos para acceder a servicios de salud que son centrales para la salud de las mujeres. Tal como se refleja en los gráficos 14 y 15, aquellas mujeres que tienen menores niveles de educación tienen un acceso mucho más bajo a las atenciones prenatales que sus pares que tienen educación secundaria, mientras que las mujeres que viven en territorios rurales tienen un menor acceso a partos atendidos por personal calificado. La diferencia respecto al acceso a al menos cuatro atenciones prenatales alcanza 39 puntos porcentuales en Colombia, siendo este el caso de mayor desigualdad entre los países analizados.

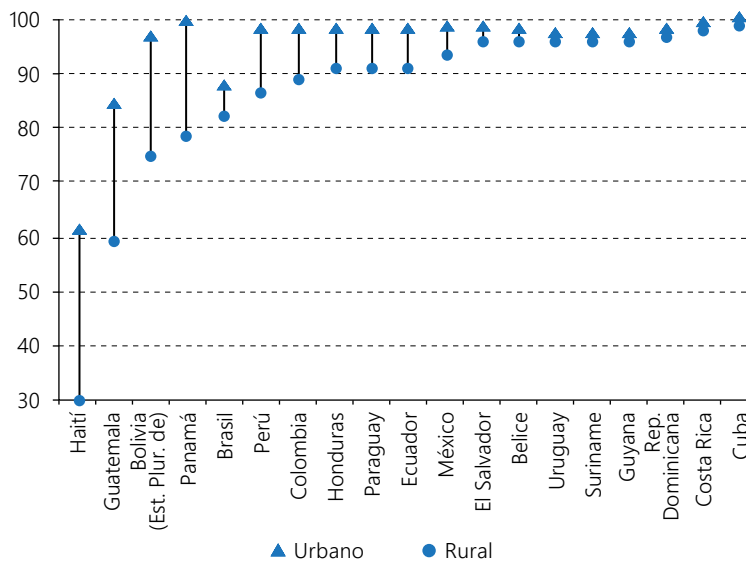
Gráfico 14
América Latina y el Caribe (7 países): acceso a al menos a cuatro atenciones prenatales, según nivel de educación de la madre, alrededor de 2017
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS, Observatorio Mundial de la Salud (GHO), 2023.

Nota: Los países están ordenados según el acceso a al menos cuatro atenciones prenatales para el grupo de madres sin educación. Los datos corresponden al 2020 para Perú, 2018 para Ecuador, 2016 para Haití y Bolivia (Est. Plur. de), 2015 para Colombia y Guatemala, y 2013 para República Dominicana.

Gráfico 15
América Latina y el Caribe (19 países): partos atendidos por personal calificado, según territorio, alrededor de 2017
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS, Observatorio Mundial de la Salud (GHO), 2023.

Nota: Los países están ordenados según la tasa de partos atendidos por personal calificado para el grupo rural. Los datos corresponden al 2020 para Perú y Guyana, 2019 para Cuba, República Dominicana, Honduras y Brasil, 2018 para Ecuador, Suriname y Costa Rica, 2016 para Haití, Belice, Paraguay y Bolivia (Est. Plur. de), 2015 para Colombia, México y Guatemala, 2014 para El Salvador, y 2013 para Uruguay y Panamá.

Las brechas territoriales y educacionales respecto al acceso a atenciones prenatales y a partos atendidos por personal calificado aluden a los obstáculos que ciertos grupos de la población, como mujeres que viven en territorios rurales, y otros condicionados por determinantes sociales, como el nivel educativo y las condiciones de vivienda, enfrentan para gozar de una salud de calidad. Estos factores determinan tanto la capacidad de acceso que tienen las personas para obtener una atención adecuada como de los sistemas para abarcar de manera universal las necesidades de toda la población, independiente de sus condiciones personales y territoriales.

3. La articulación entre la protección social y la Atención Primaria de Salud es fundamental para enfrentar y reducir la desigualdad en la región

La importancia que tienen las condiciones de vida en la salud de las personas se traduce en la necesidad de contar con políticas sanitarias integrales y en estrecha articulación con los demás componentes de los sistemas de protección social. Teniendo en consideración que la protección social está orientada a garantizar el acceso a ingresos adecuados para un nivel de bienestar suficiente de manera universal y el acceso a los servicios sociales –como salud, educación, agua y saneamiento, vivienda y pensiones– así como a promover la inclusión laboral y social y el trabajo decente (CEPAL, 2020c y 2021c), se reconoce que los sistemas de protección social contribuyen de manera significativa al ejercicio del derecho a la salud de todas las personas.

A través de sus acciones y programas, la protección social tiene un impacto directo sobre la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud según la matriz de la desigualdad social, aportando de esta forma a cerrar brechas y mejorar la salud de la población. En la práctica, ello se observa a través de diferentes elementos de la protección social, tanto desde su dimensión contributiva como no contributiva, a lo largo del ciclo de vida y con un énfasis en los grupos de la población en situación de vulnerabilidad. Herramientas y mecanismos de apoyo como licencias laborales pagadas, programas de transferencias monetarias, programas de inclusión laboral, sistemas de pensiones, sistemas y políticas de cuidados, programas de vivienda y acceso a servicios básicos, entre otros, aportan al estado de salud de las personas y la reducción de brechas en salud.

Al considerar el ciclo de vida, el apoyo durante la infancia a través de prestaciones de protección social es fundamental para la salud de las niñas y niños, en particular los primeros años de vida y, por tanto, para su futuro desarrollo. Se ha demostrado que un desarrollo saludable e integral durante la primera infancia, permite que las personas tengan una vida plena en múltiples dimensiones, incluyendo el bienestar social, emocional, cognitivo y físico (ECDKN, 2007; CSDH, 2008). Por ello, es crucial que los sistemas de protección social puedan promover el uso de servicios de salud por parte de niñas, niños y mujeres embarazadas, garantizar los procesos de inmunización, apoyar el desarrollo del apego temprano y lactancia materna por un período adecuado de tiempo y garantizar el acceso a los sistemas de cuidado. Para ello han probado ser centrales las licencias parentales pagadas (UNICEF, 2018) así como también los programas de transferencias monetarias, los que contribuyen a la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil, aumento en las tasas de inmunización y reducción de la desigualdad en resultados de salud (Ramos y otros, 2021). Ello debe ir de la mano con acciones multisectoriales que aborden las distintas dimensiones del bienestar de niñas y niños, con una estrecha coordinación al menos entre los sectores sanitario y educacional, entre otras áreas de la protección social, y bajo un enfoque que sea sensible a la niñez (Castillo y Marinho, 2022).

Los programas de transferencias condicionadas han desempeñado un rol importante en los avances en salud en la región, supeditando el pago de subsidios a acciones por parte de los hogares receptores con el fin de mejorar la salud y educación de los sectores en mayor situación de pobreza (Cecchini y Madariaga, 2011; Cecchini y Atuesta, 2017). Las acciones que condicionan las transferencias incluyen usualmente compromisos con la ingesta de suplementos nutricionales, asistencia de niñas y niños a controles médicos, cumplimiento con esquemas de inmunización y requisitos de asistencia escolar, entre otros. Por ejemplo, el programa Oportunidades en México ha probado tener un impacto

positivo en la reducción de la desnutrición infantil y en mejoras en el desarrollo motor y cognitivo de niñas y niños, al tiempo que aumentaron las vacunaciones en las personas mayores (Fernald, Gertler y L. M. Neufeld, 2008; Salinas-Rodríguez y Manrique-Espinoza, 2013). Por su parte, el programa Bolsa Familia, en el Brasil, contribuyó a reducir la mortalidad infantil, mientras que el programa Familias en Acción, en Colombia, contribuyó a la reducción de la desnutrición y mejoró el acceso a la atención médica (Attanasio y otros, 2005; Rasella y otros, 2013). Estas experiencias muestran que la importancia de los programas de transferencias, condicionadas o universales, radica en el fortalecimiento de los sistemas de atención integral a la primera infancia, con un énfasis en salud, pero asegurando la articulación con otros elementos determinantes del sistema de protección social, como la educación, la formación en habilidades parentales y niveles de ingresos garantizados.

De igual manera, la protección social también es fundamental para abordar las condiciones de vida de las personas jóvenes y mayores. En el primer caso, al considerar que las personas jóvenes enfrentan mayores obstáculos para acceder a empleos decentes y buenas condiciones de trabajo, es central el apoyo para una transición escuela-trabajo que sea exitosa, asegurando las condiciones para la inclusión laboral de las y los jóvenes a empleos decentes y con seguridad de ingresos, así como el apoyo para la formación para el trabajo y acceso a políticas de cuidados para las familias jóvenes (Abramo y otros, 2021). Ello, ya que existe evidencia sobre el impacto negativo que tiene, por ejemplo, la informalidad, contratos temporales o trabajos a tiempo parcial, sobre la salud, tanto física como mental (OMS/CSDH, 2008).

En el caso de las personas mayores, investigaciones en países de la OCDE han demostrado que las pensiones públicas tienen el potencial de retrasar la mortalidad en la vejez a través del aumento de los ingresos de las personas mayores, lo que se traduce en más recursos para invertir en productos y actividades relacionadas con la salud (Norström y Palme, 2010). De igual forma, la entrega integral de apoyo y cuidados es importante para promover mayores niveles de actividad entre las personas mayores, lo que contribuye a tener una población mayor sana (OMS, 2015).

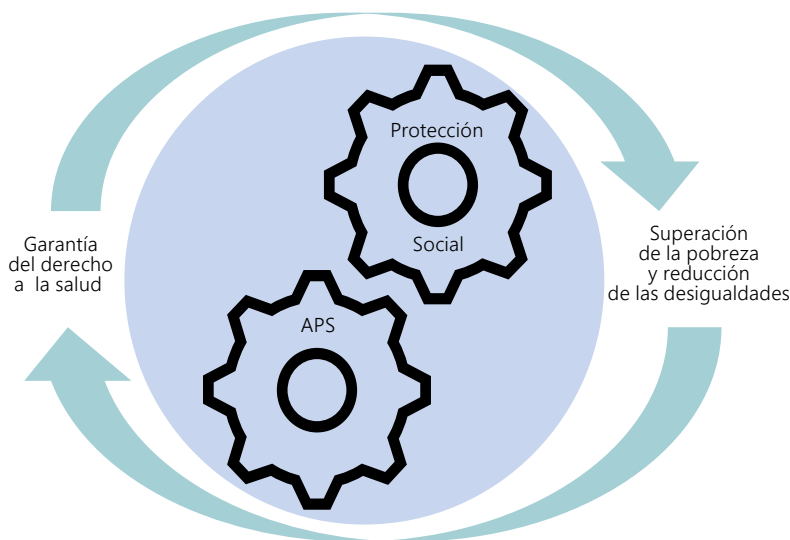
Asimismo, los sistemas de protección social cuentan con herramientas centrales para resguardar la salud de la población a través de la protección de ingresos, prevención de caer en pobreza y garantía de viviendas adecuadas, con acceso a saneamiento y agua potable. Con relación a la protección frente a la pérdida o inseguridad de ingresos, en particular para aquellos grupos en situación de mayor vulnerabilidad, son fundamentales las licencias médicas pagadas; es esencial contar con este recurso toda vez que están asociadas a mayores tasas de recuperación, menores costos de atención en salud, mayores niveles de productividad del o la trabajadora y menores tasas de ausentismo (Scheil-Adlung y Sandner, 2010). Para ello, deben promoverse condiciones de trabajo decente, que garanticen el acceso a licencias médicas pagadas, lo que es un reto significativo en el caso de América Latina y el Caribe debido a que casi el 50% de los ocupados son informales en la región (CEPAL/OIT, 2023). De igual manera, es central asegurar que la población cuente con ingresos mínimos adecuados que le permita estar fuera de riesgo de caer en pobreza (OMS/CSDH, 2008) a través de políticas de protección al desempleo y de ingresos básicos que tiendan a la universalidad (Gibson, Hearty y Craig, 2020).

Por su parte, las desigualdades en salud no sólo son injustas y evitables, sino que limitan las capacidades y oportunidades de las personas, lo que conlleva un conjunto de costos sociales, económicos y ambientales, tal como se desarrolló en la primera sección de este documento. En este sentido, las políticas en salud pueden contribuir a reducir las desigualdades en todas sus dimensiones, más allá del ámbito sanitario, potenciando los esfuerzos que realizan los países desde sus sistemas de protección social. Es por ello que se considera que el sector de la salud puede jugar un rol fundamental apoyando al sector social en sus metas para reducir la pobreza, la desigualdad y la exclusión social (OMS, 2015), a través de una fortalecida articulación entre los sistemas de salud y los sistemas de protección social.

En particular, se ha destacado el estrecho vínculo y complementariedad que existe entre la protección social y la APS para avanzar hacia la garantía de los derechos de las personas, incluido el de la salud (Abramo, Cecchini y Ullmann, 2020). Parte central de la APS está relacionada con los determinantes

sociales de la salud, por lo que su acción contribuye directamente a alcanzar menores niveles de pobreza y desigualdad, tanto en salud como en otras dimensiones (véase el diagrama 3), aportando de esta manera al desarrollo social inclusivo, así como también a diversos objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, más allá del ODS 3 (Hone, Macinko y Millett, 2018).

Diagrama 3
La acción sinérgica entre la Atención Primaria de Salud y la protección social



Fuente: Elaboración propia.

Si bien la APS corresponde a un modelo de atención de salud que se traduce en una estrategia sanitaria más amplia, el primer nivel de atención de salud juega un rol clave en su implementación. Junto con ser el primer lugar de contacto de las personas, familias y comunidades con el sistema de salud, presta servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que incluyen actividades directamente vinculadas con la protección social como, por ejemplo, la acción temprana sobre elementos que determinan la pobreza posteriormente. Algunos ejemplos son el suministro de alimentos y nutrición apropiada así como la salud materno-infantil; provee protección financiera y reduce gastos de bolsillo; otorga acceso a salud sexual y reproductiva, que contribuye a la igualdad de género; abastece de agua potable y saneamiento básico y suministro de medicamentos esenciales; y monitorea la situación de riesgo de vulneración de los derechos, tales como situaciones de violencia de género, trabajo infantil y falta de acceso a la educación, entre otros (OMS, 1978; Hone, Macinko y Millett, 2018; OPS/OMS, 2019).

En este sentido, desde la APS y, en particular, desde el primer nivel de atención de la salud, se implementan acciones que aportan a erradicar la pobreza y enfrentar la desigualdad y vulnerabilidad de la región al intervenir sobre la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud, con base en un enfoque de derechos y siguiendo el principio del universalismo sensible a las diferencias. De esta manera, tanto la APS como la protección social tienen un actuar central sobre los determinantes sociales de la salud y contribuyen a la dinámica recíproca entre la garantía del derecho a la salud y la superación de la pobreza y la reducción de desigualdades.

Asimismo, el lugar central que ocupa la participación social y el compromiso de empoderar a las personas y comunidades (OMS/UNICEF, 2018) implica no sólo la entrega de conocimientos, habilidades y recursos para la prevención y promoción de la salud, sino que también permite un mayor conocimiento de las necesidades y expectativas de las personas, habilitando una atención a la salud con pertinencia cultural y reconocimiento de los Pueblos Indígenas. La consideración de la dimensión intercultural de la salud es fundamental para garantizar el derecho a la salud a toda la población, sin dejar a nadie atrás.

Finalmente, cabe destacar la particular importancia que tiene la acción sinérgica entre la APS y la protección social para proteger el bienestar de la población durante momentos de crisis, tal como se manifestó durante la pandemia de COVID-19 y las diversas crisis que la acompañaron. Durante dicho período, principalmente a lo largo de los dos primeros años cuando los porcentajes de población vacunada contra el virus SARS-CoV-2 aún era bajo, los países debieron realizar grandes esfuerzos para garantizar condiciones de vida básica que permitieran que las medidas sanitarias de confinamiento y cuarentena pudieran ser aplicadas por la población (CEPAL/OPS, 2021). Dichos esfuerzos fueron particularmente relevantes desde la protección social no contributiva, constatándose un gran aumento de estas medidas y del gasto asociado a ellas durante 2020 y 2021 (CEPAL, 2022b). Ello deja entrever la centralidad de operar de manera integral y coordinada entre la APS y la protección social, reconociendo la interdependencia que existe entre las dimensiones de salud, social, económica y ambiental, de tal forma que se implementen respuestas conjuntas y coordinadas a situaciones de crisis (CEPAL/OPS, 2021), que permitan proteger el bienestar de la población y el ejercicio de sus derechos, principalmente para la población en situación de vulnerabilidad.

III. Urge fortalecer los sistemas de salud para disminuir las desigualdades en salud

Para reducir y combatir las desigualdades de la región, tanto en salud como en otras dimensiones, urge que los países debatan sobre cómo fortalecer sus sistemas de salud y avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes. Ello, ya que uno de los principales determinantes de la salud de la población son los propios sistemas de salud, por lo que su organización, financiamiento y coordinación, entre otros factores, tienen un impacto directo en las personas a través del acceso, cobertura, recursos disponibles y oportunidad de atención. La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto, de manera indiscutible, las debilidades estructurales de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, las que serán analizadas en la primera parte de esta sección.

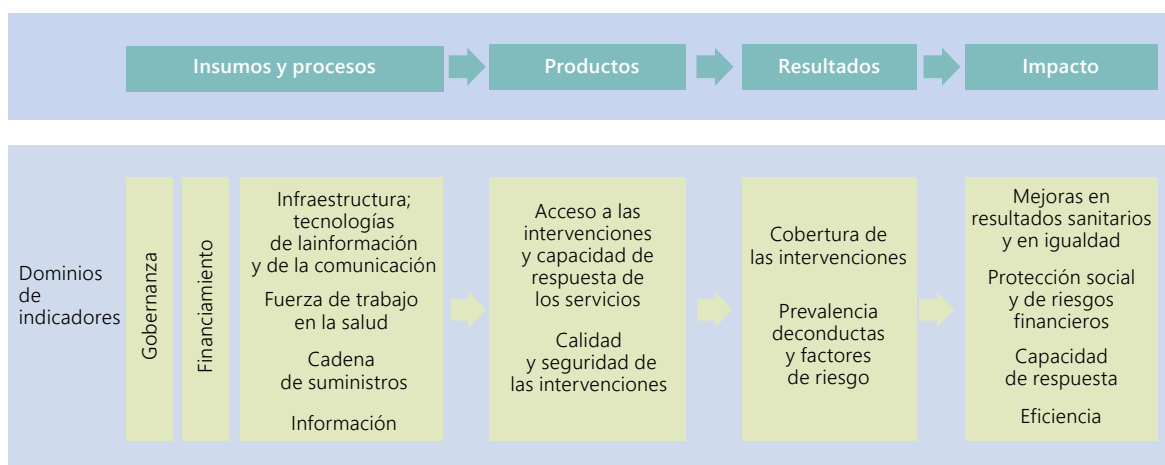
Como consecuencia de lo anterior, los países de la región se encuentran ante una ventana de oportunidad histórica para debatir sobre la necesidad de enfrentar los principales problemas que padecen los sistemas de salud y avanzar hacia transformaciones que garanticen el acceso y cobertura universal. Dichas transformaciones deben asegurar la integralidad de la oferta sanitaria frente a las diversas necesidades de atención de la población y articularse con los demás sectores, a la vez que promueven la sostenibilidad de los sistemas, entendida desde la protección social de manera integral como el equilibrio entre una cobertura adecuada, la suficiencia de las prestaciones y la sostenibilidad financiera (Arenas de Mesa, 2019). Por último, es crucial que las transformaciones apunten a que los sistemas tengan la cualidad de adaptarse a los renovados riesgos y futuras crisis o catástrofes. Para ello, la segunda parte de esta sección propone, desde la perspectiva de la economía política, un conjunto de dimensiones que deberían tenerse en consideración al debatir sobre reformas a los sistemas de salud, para aumentar la probabilidad de éxito en la implementación y garantizar su viabilidad financiera, política y social. Asimismo, se destaca la importancia de iniciar dichas reformas o transformación a través de un fortalecimiento de la estrategia de APS y del primer nivel de atención de salud, tratándose del principal espacio de articulación con la protección social y, a su vez, la puerta de entrada al sistema de salud para la población.

A. Las debilidades estructurales de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: subfinanciamiento crónico, fragmentación y segmentación

Uno de los determinantes sociales de la salud son los sistemas sanitarios (OMS, 2011a). Los sistemas de salud han sido definidos por la OMS como todas las organizaciones, personas y acciones cuya principal intención es promover, restablecer o mantener la salud (OMS, 2000). Asimismo, se plantea que sus objetivos son mejorar la salud, junto con un financiamiento adecuado y justo que provea protección financiera, y responder a las expectativas de la población a través de un trato digno, tanto físico como psicológico (OMS, 2000). Para alcanzar dichos fines, los sistemas de salud se organizan en torno a seis funciones esenciales o subsistemas que operan de manera conjunta e interdependiente. Dichas funciones son: i) entrega de servicios de salud; ii) fuerza de trabajo o recursos humanos; iii) sistemas de información; iv) acceso a medicamentos esenciales; v) financiamiento; y vi) gobernanza (OMS, 2010). A través de la acción en cada una de estas esferas y de la sinergia que se produce entre ellas, los sistemas de salud contribuyen a garantizar el derecho a la salud de las personas.

Al considerar el marco de evaluación y control de gestión de los sistemas de salud propuesto por la OMS (2010) (véase el diagrama 4), que se organiza de acuerdo a insumos y procesos, productos, como reflejo de la capacidad de producción de los sistemas y resultados e impactos, en tanto indicadores de rendimiento de dichos sistemas, es posible comprender diversas debilidades estructurales de los sistemas sanitarios de América Latina y el Caribe, que quedaron nuevamente en evidencia durante la pandemia de COVID-19 (CEPAL-OPS, 2021; CEPAL, 2022a). Dichas debilidades y déficits, presentes desde antes de la pandemia, caracterizan a los sistemas de la región por tener: i) un subfinanciamiento crónico junto a elevados gastos de bolsillo; ii) altos niveles de fragmentación en la provisión de servicios, y iii) una organización que divide a la población en segmentos desvinculados entre sí. Si bien los países han realizado esfuerzos por avanzar hacia sistemas más robustos y con mayores herramientas para alcanzar la universalidad, estas características persisten y se traducen en un conjunto de problemas de acceso, ineficiencia, dificultades de coordinación, ausencia de solidaridad y situaciones de desigualdad.

Diagrama 4
Marco de evaluación y control de gestión de los sistemas de salud

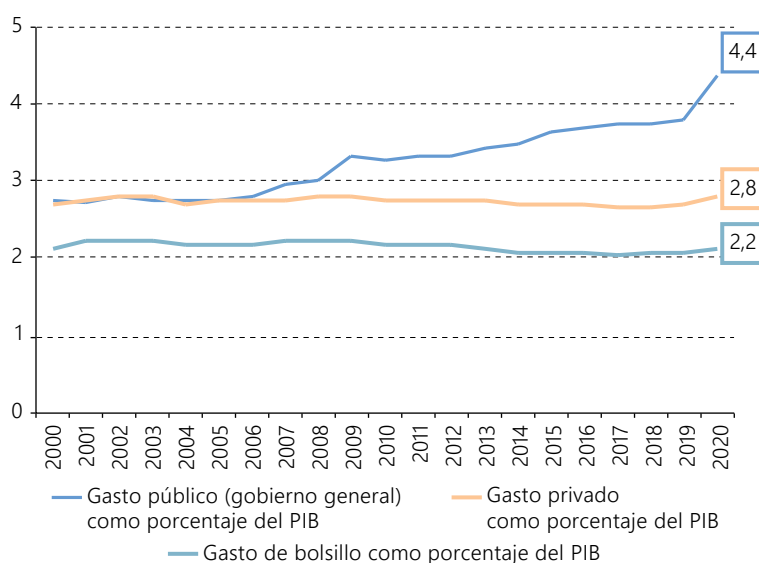


Fuente: OMS (2010).

Los insumos y procesos comprenden indicadores de gobernanza, financiamiento, infraestructura, tecnologías de la información y la comunicación, la fuerza de trabajo en el sector (recursos humanos), la cadena de suministros y la información. A nivel de insumos y procesos se observa una situación de

subfinanciamiento crónico al considerar que el gasto público no supera el 4,4% del PIB en promedio para la región, lo que representa un 73% del gasto recomendado por la OPS, que es de 6% del PIB. Tal como se observa en el gráfico 16⁶, se trata de una situación que se extiende en el tiempo, lo que sin lugar a dudas se traduce en escasez de personal, insuficiente infraestructura y tecnologías de la información y comunicación. Asimismo, ello puede perjudicar el desempeño de los sistemas sanitarios en términos de su cobertura y disminuir su potencial impacto no sólo sobre los resultados de salud de la población y su nivel de satisfacción, sino también sobre la reducción de las desigualdades, tanto en salud como en otras dimensiones. Cabe mencionar que existe una alta heterogeneidad regional, existiendo en 2020 sólo cuatro de los 33 países de la región que alcanzan un gasto público en salud equivalente o superior al 6% del PIB (Cuba, Argentina, Uruguay y Colombia), mientras que seis de ellos no alcanzan un umbral del 3% del PIB (Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, Guatemala, Granada, Venezuela (Rep. Bol. de) y Haití).

Gráfico 16
América Latina y el Caribe (33 países): gasto público, privado y de bolsillo, 2000-2020
(En porcentajes del PIB)

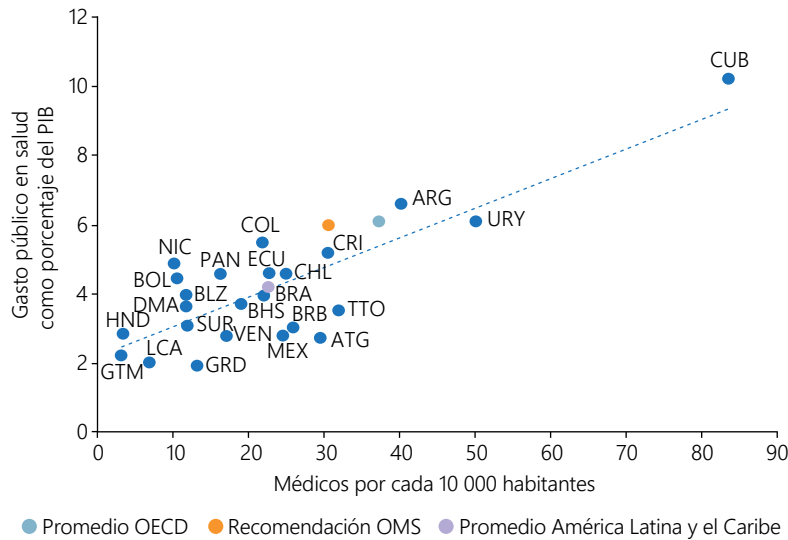


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS, Base de datos global de gasto en salud (Global Health Expenditure Database – GHED), 2023. Nota: El dato regional recoge el promedio simple de Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa 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, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

El subfinanciamiento se traduce, entre otros temas, en una escasez tanto de insumos esenciales como de infraestructura para que el sistema de salud cumpla sus objetivos, generándose barreras de acceso que enfrentan directamente las personas. Tal como se observa en el gráfico 17, existe una relación directa entre el gasto público y otros indicadores de insumos, como los recursos humanos, siendo más alta la disponibilidad de médicos por cada 10.000 habitantes a mayor gasto público. Asimismo, se observa que el promedio de la densidad de médicos de la región, 22,7 médicos por cada 10.000 habitantes, está por debajo de la recomendación de la OMS de 30 médicos por cada 10.000 habitantes y muy por debajo del valor de los países OCDE (36,7 médicos), lo que dificulta garantizar el acceso de la población a los servicios de salud cuando lo necesitan, sobre todo a las personas en situación de mayor vulnerabilidad.

⁶ Las cifras de gasto en salud presentadas en el gráfico 16 tienen una cobertura institucional del gobierno general.

Gráfico 17
América Latina y el Caribe (24 países): médicos por cada 10.000 habitantes y gasto público en salud, 2017
(En tasas y en porcentajes del PIB)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS, Base de datos global de gasto en salud (Global Health Expenditure Database – GHED), 2023 y OMS, Base de datos mundial de estadísticas de la fuerza laboral en salud, 2023.

Nota: Los datos corresponden al año 2017 y consideran a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de). El promedio de América latina y el Caribe es un promedio simple de los países mencionados. En tanto, el promedio OCDE excluye a los países de América Latina y el Caribe miembros y considera a Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chequia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea del Sur, Letonia, Lituania, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.

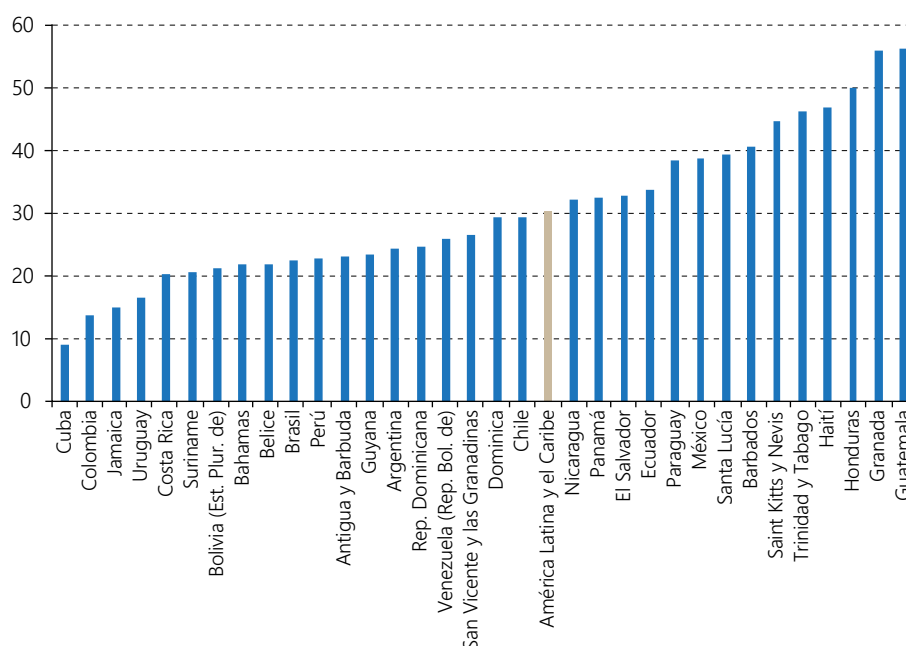
De igual manera, los datos muestran una clara relación entre esta debilidad a nivel de insumos con el impacto de los sistemas de salud en términos de protección financiera, reflejado en los gastos de bolsillo y los gastos catastróficos. La OMS (2011b) define el gasto directo o de bolsillo como aquel 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/BM, 2021). Si bien el gasto público en salud de la región ha aumentado en las últimas dos décadas, esto no se ha traducido en una menor carga financiera para los hogares; el gasto de bolsillo, que carece de cobertura desde la protección social, ha permanecido relativamente estable en el tiempo (véase el gráfico 18).

El gasto de bolsillo promedio de la región alcanzó a un 30,3% del gasto total en salud en 2020, equivalente a un 2,19% del PIB a nivel regional. Esta cifra contrasta con los niveles observados para la OCDE, que alcanzaron en 2020 el 18,3% del gasto total en salud⁷. Como se observa en el gráfico 18, el gasto de bolsillo superó el 30% del gasto total en salud en 14 de los 33 países de la región y en países como Guatemala, Granada y Honduras este correspondió a la mitad o más del gasto total en salud. La mayor parte del gasto privado de bolsillo corresponde a medicamentos (Cid y otros, 2021). El nivel de gasto público en salud junto con el elevado gasto de bolsillo obstaculiza la salud universal; para que los sistemas de salud de la región puedan garantizar la cobertura efectiva y calidad en sus prestaciones a toda la población, enfrentando la desigualdad en temas sanitarios expuesta en la sección anterior, deben contar con los recursos financieros suficientes. La necesidad de incurrir en costos directos para recibir la

⁷ Se realizó el cálculo considerando a Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Chequia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea del Sur, Letonia, Lituania, Países Bajos, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos a partir de la Base de datos global de gasto en salud (Global Health Expenditure Database – GHED), 2023.

atención sanitaria requerida puede llevar a que las personas no accedan al servicio necesario, creándose un círculo vicioso entre la mala salud y el aumento de los gastos directos (OMS, 2023). No obstante, si bien es fundamental para la protección financiera de los hogares que se reduzca el gasto directo o de bolsillo, reducciones en este último no reflejan necesariamente mejoras en los sistemas de salud, pues pueden esconder necesidades de salud desatendidas por falta de recursos para ello. Evidencia de esto es la menor proporción de hogares que incurren en un gasto de bolsillo en salud en estratos de menores ingresos, lo cual puede reflejar restricciones en el ejercicio del derecho a la salud debido al alto costo de algunas prestaciones (Martínez y otros, 2022).

Gráfico 18
América Latina y el Caribe (33 países): gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2020
(En porcentajes)

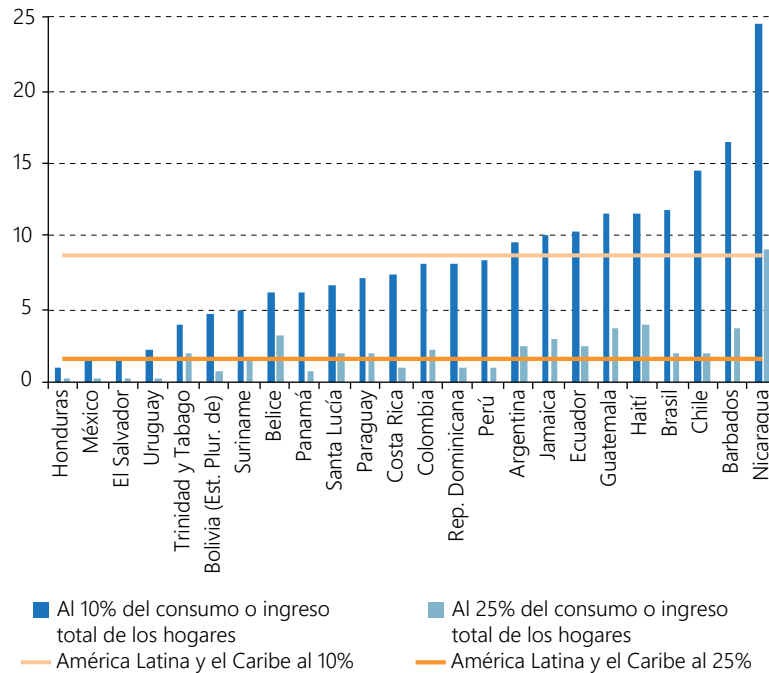


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS, Base de datos global de gasto en salud (Global Health Expenditure Database–GHED), 2023. Nota: El promedio simple considera a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, 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, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de).

Lo anterior refleja la situación de desprotección financiera de las personas ante eventualidades en salud, justamente lo contrario a uno de los objetivos de los sistemas sanitarios mencionados con anterioridad, y da cuenta de las dificultades en el acceso a la atención y de los obstáculos que enfrentan los países para alcanzar la cobertura sanitaria universal de acuerdo con el indicador 3.8.2⁸ de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (OMS, 2023e). En el gráfico 19 puede observarse la incidencia del gasto catastrófico, es decir, aquel gasto de bolsillo que impone una carga sustantiva al presupuesto de los hogares bajo el umbral de aquel que comprende el 10% del ingreso o consumo total de los hogares, y el umbral del 25%. Al 2017, un 8,7% de los hogares incurrieron en un gasto que significaba el 10% de su presupuesto total, mientras que un 1,6% de los hogares gastó un cuarto de su presupuesto en salud como gasto de bolsillo.

⁸ El indicador 3.8.2 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible corresponde a la "proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares".

Gráfico 19
América Latina y el Caribe (24 países): incidencia del gasto catastrófico según umbrales 10% y 25%,
año más reciente disponible^a
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS/BM (2021) - World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, (2021), "Global monitoring report on financial protection in health 2021". Ginebra. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

^a Se considera como año más reciente 2019 para Bolivia (Est. Plur. de) y Perú; 2018 para Belice, Costa Rica y República Dominicana; 2017 para Argentina, Brasil y Panamá; 2016 para Barbados, Chile, Colombia, México, Santa Lucía, Suriname y Uruguay; 2014 para El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Trinidad y Tabago; 2013 para Ecuador y Haití, y 2004 para Honduras y Jamaica.

La cuantía del gasto catastrófico en el que incurren los hogares de los distintos países de la región delata las grandes diferencias en barreras de acceso y costos financieros y sanitarios que enfrenta la población. En Nicaragua, cerca de un cuarto de la población gasta un décimo de su ingreso total en gastos de salud de bolsillo, mientras que un 9,1% gasta el 25% de su ingreso. La evaluación del gasto de bolsillo tiene múltiples dimensiones, pues bajos gastos catastróficos no necesariamente significan bajas necesidades sanitarias o una cobertura pública suficiente, sino que pueden esconder desatenciones en detrimento de la salud de las personas. El análisis de las condiciones que enfrentan los hogares en esta materia debe considerar la estructura completa de los sistemas de salud de cada país y las condiciones que delimitan la salud y la atención de salud de sus poblaciones, identificando las múltiples barreras que se erigen entre las personas y los sistemas de salud, entre las que se encuentran, además de recursos financieros, el territorio, la cultura y la educación.

A nivel de los productos y la provisión de los servicios sanitarios, la principal debilidad de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe se refleja en su fragmentación. Ello se manifiesta a nivel del sistema de salud en la escasa coordinación entre niveles y de la continuidad del proceso de atención, la ausencia o debilidad de redes integradas de servicios de salud, la duplicación de servicios e infraestructura y la subutilización de la capacidad productiva, junto a una concentración en la atención curativa especializada y un primer nivel de atención precario, de baja prioridad y reducida capacidad resolutoria (OPS, 2022; CEPAL, 2022a). Estas debilidades generan una falta de acceso a los servicios, insatisfacción de las necesidades en salud de sus usuarios, desigualdades en la cantidad, calidad y distribución de los recursos, y un uso ineficiente de recursos que es muy preocupante al considerar el subfinanciamiento del sector de la salud (OPS, 2022; OCDE/BM, 2020; CEPAL, 2022a).

La fragmentación y las dificultades que esta genera para asegurar la continuidad de la atención es particularmente preocupante al considerar la prevalencia de enfermedades crónicas en la región, las que requieren de un tratamiento integral y supervisión continua (Sáenz, 2015). De igual manera, la falta de coordinación en la provisión de los servicios sanitarios genera una situación de ineficiencia y desigualdad, que se observa, por ejemplo, en la falta de integración respecto a recursos clave como camas hospitalarias y camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y que fue uno de los aspectos que generó más desafíos durante la gestión de la pandemia de COVID-19 (OPS, 2010 y 2022; CEPAL/OPS, 2021; CEPAL, 2022a; OCDE/OMS, 2020). En última instancia, la fragmentación de la salud también es un reflejo de la debilidad de la APS, toda vez que esta tiene el potencial de integrar los distintos servicios y niveles de atención de la salud de acuerdo con una estrategia de atención integral (OPS, 2022).

Asimismo, al considerar el nivel de los resultados de los sistemas de salud, que comprende tanto la cobertura como la calidad de los servicios, se observan en la región altos niveles de segmentación del financiamiento definida principalmente según la capacidad de pago de las personas, que tienen una incidencia directa sobre la calidad de la atención prestada y la reproducción de las desigualdades en salud.

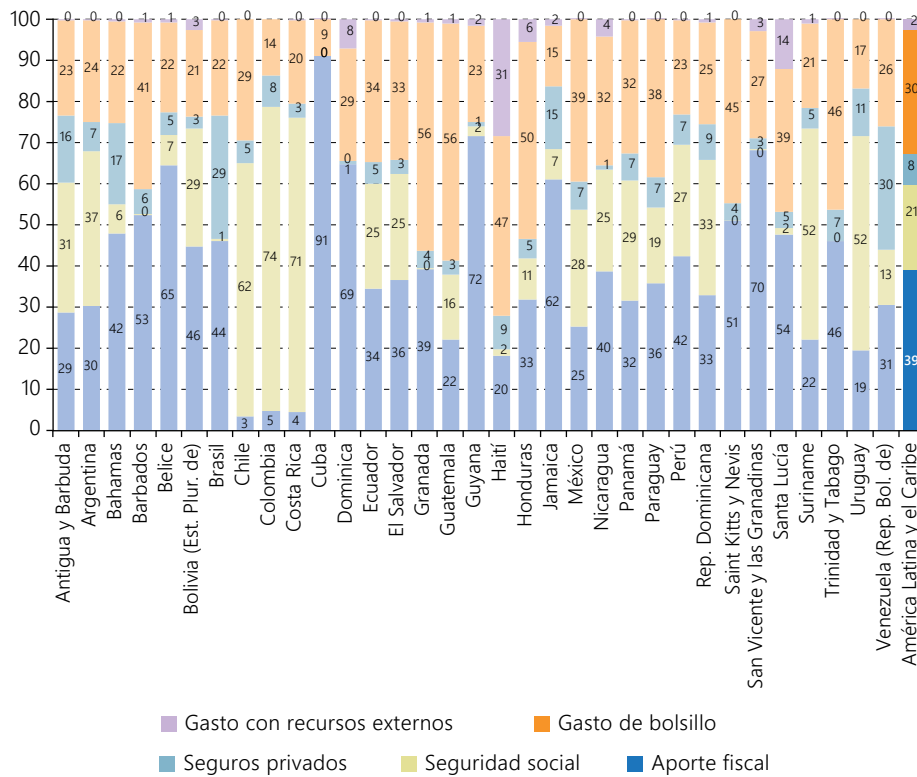
En la mayor parte de los países de la región, la segmentación de los sistemas de salud se refleja en la presencia de subsistemas prácticamente estancos, que carecen de solidaridad y generan desigualdades en términos de acceso, calidad y financiamiento de la salud (CEPAL, 2022b; Atún y otros, 2015). Ello suele reflejarse en sistemas sanitarios que segmentan a la población en tres categorías: i) las personas en situación de pobreza, desempleadas o empleadas sin seguridad social laboral, quienes recurren principalmente al sistema público; ii) las personas empleadas formalmente y sus familiares, que son atendidas por un sector de seguridad social, y iii) las personas que pertenecen a los estratos de mayores ingresos y se atienden a través del sector privado.

Tal como se observa en el gráfico 20, esta segmentación se refleja en la participación de distintos segmentos del sistema de salud en el gasto público. Son pocos los países en que la categoría de aportes fiscales predomina, reflejando la existencia de servicios nacionales de salud, como es el caso de Cuba, mientras que la seguridad social ocupa un lugar preponderante en Chile, Colombia y Costa Rica. Ello va acompañado por altos niveles de gasto de bolsillo que, junto a los seguros privados, corresponde a más de la mitad del financiamiento, como es el caso de Guatemala y Granada.

Los sistemas de salud segmentados se caracterizan por tener altas diferencias de gasto per cápita en salud, con marcadas brechas en términos de calidad de la atención, tiempos de espera e indicadores de salud. Esta situación genera, por una parte, una falta de solidaridad entre los distintos segmentos, principalmente entre la seguridad social contributiva y no contributiva, quedando el acceso y la calidad de la atención sanitaria recibida supeditada a la capacidad de pago de las personas y no a su necesidad. Por otra parte, se generan brechas en términos de protección financiera que también son percibidas por la población de forma negativa y en el sentido contrario de las demandas sociales por mayor igualdad y de la garantía del derecho de acceso a la salud (Coatler y otros, 2016).

En la siguiente sección se abordarán las reformas necesarias a los sistemas de salud de la región, para que sean universales, integrales, sostenibles y resilientes, así como las dimensiones que una reforma debería considerar para aumentar la probabilidad de éxito en su implementación y sostenibilidad. Para que los sistemas de salud avancen en esa línea, es fundamental que superen las situaciones crónicas de desfinanciamiento y el alto gasto de bolsillo, pues sin acceso real la salud universal no es posible y sin financiamiento adecuado los sistemas no son sostenibles financiera ni socialmente. Además, es necesario que se consolide la coordinación al interior del sector sanitario y con otros sectores (integralidad) dejando de lado la fragmentación y segmentación que los caracterizan. Sólo con sistemas de salud debidamente financiados, coordinados y comprensivos puede resguardarse el derecho a la salud de manera resiliente, siendo capaces los sistemas sobreponerse a crisis de naturaleza variante.

Gráfico 20
América Latina y el Caribe (33 países): segmentación en los sistemas de salud, 2020
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS, Base de datos global de gasto en salud (Global Health Expenditure Database—GHED), 2023. Nota: El gasto total en salud incluye el gasto público y privado en salud. El gasto público corresponde al gasto en salud del gobierno general en la nomenclatura de cuentas nacionales de salud y se refiere al gobierno general, gobierno estatal/provincial, gobierno local/municipal, y fondos de seguridad social (véase Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)/Organización Mundial de la Salud (OMS)/Eurostat, A System of Health Accounts: 2011 Edition, Paris, OECD Publishing, 2011). En Chile, el aporte fiscal aparece registrado como gasto de seguridad social y parte del gasto privado aparece como seguridad social, por lo que no resulta comparable con el resto.

B. Reformas sostenibles a los sistemas de salud y la centralidad de la Atención Primaria de Salud para enfrentar y reducir la desigualdad

El panorama de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, como se mencionó en la sección anterior, indica que estos se caracterizan por tener un insuficiente financiamiento, ser fragmentados y segmentados (CEPAL-OPS, 2021; CEPAL, 2022b; Cid y Marinho, 2022). A lo anterior se suma el alto costo de bolsillo (30,3% del gasto total en salud en 2020) y la potencial reproducción y multiplicación de las brechas de desigualdad en la población debido, entre otros factores, a la oportunidad de acceso y a la calidad de la cobertura.

Las desigualdades en salud no comenzaron con la pandemia, sin embargo, se expandieron notable y transversalmente en la región. Los impactos catastróficos de la pandemia en la salud y otras dimensiones (social y económica), también han generado una ventana de oportunidad para debatir sobre la necesidad de enfrentar y resolver los principales problemas que enfrentan los sistemas de salud y, por tanto, avanzar en reformas y transformaciones con miras a la construcción de esquemas sanitarios que sean: i) universales, sensibles a las diferencias y que no dejen a nadie atrás; ii) integrales, con una oferta amplia para cubrir las distintas demandas de la población y con articulación con otros sectores; iii) sostenibles,

que cumplan con los compromisos sanitarios de cobertura y calidad de la atención tanto para las actuales como para las futuras generaciones, y iv) resilientes, teniendo la capacidad de adaptarse a los renovados riesgos, las crisis y las catástrofes (CEPAL, 2022b; Matus-López, 2023).

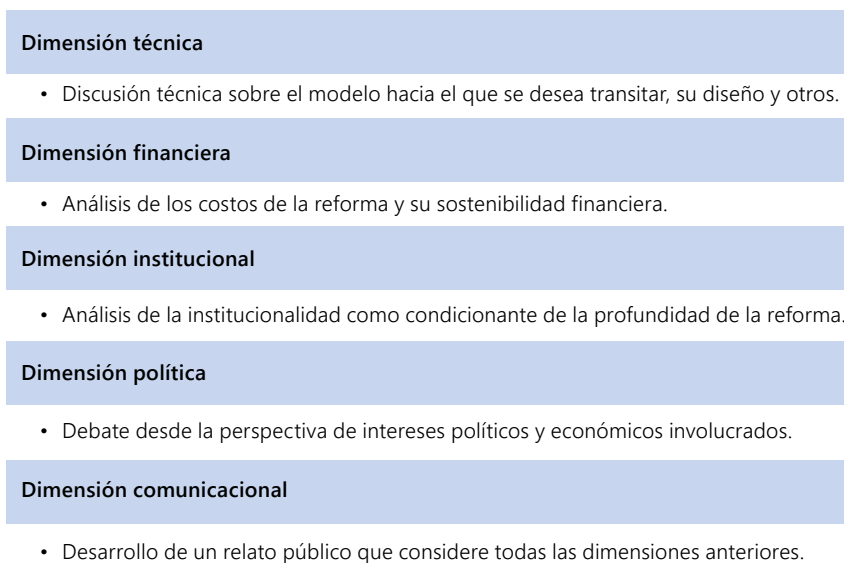
Esfuerzos por reducir el subfinanciamiento crónico de los sistemas de salud y el elevado gasto de bolsillo conversan directamente con la universalidad de los sistemas de salud, reflejada en el ODS 3.8 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y la sostenibilidad financiera de los Estados y los hogares, así como la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en su conjunto. Reformas que apuntan a reducir la fragmentación y segmentación construyen sistemas más integrales, tanto dentro del ámbito sanitario como en la articulación del sector de salud con otros sectores. Por último, sistemas de salud debidamente coordinados y con capacidad presupuestaria y respaldo social pueden hacer frente de mejor forma a las crisis y eventos extremos, consolidándose sistemas de salud más resilientes.

Las reformas estructurales a los sistemas de protección social y, en especial, a los sistemas de salud involucran otras áreas del ámbito social, económico y político; por lo tanto, no dependen exclusivamente de las propuestas y el diseño técnico que se elabore en el sector sanitario. La CEPAL recomienda que estas transformaciones sanitarias estén en el marco de los principios normativos de la seguridad social, a saber, Universalidad, Integralidad, Suficiencia, Solidaridad, Igualdad de trato, y Sostenibilidad financiera (Mesa-Lago, 2008; Uthoff, 2016; CEPAL, 2018a; Arenas de Mesa, 2019).

1. Dimensiones de una reforma al sistema de salud

Las reformas a los sistemas de salud pueden involucrar distintas dimensiones. Las dimensiones destacadas en esta sección (véase el diagrama 5) tienen por objeto relevar la importancia de procesos claves de una reforma sanitaria que, con una eficiente gestión pública, lo más probable es que incrementen la probabilidad de avanzar en transformaciones de los sistemas de salud para que estos sean sostenibles y progresen en la universalidad del acceso y la cobertura, enfrentando la desigualdad en la región.

Diagrama 5
Dimensiones de una reforma al sistema de salud



Fuente: Elaboración propia.

a) Dimensión técnica

Las transformaciones en salud requieren de un diseño técnico que, entre otros factores, señalice a qué modelo sanitario se desea transitar. Establecer acuerdos o consensos técnicos en el modelo sanitario que se quiere alcanzar es una de las variables claves de una reforma a la salud y es una de las bases para

consolidar la sostenibilidad de la reforma. Para esto es fundamental que las cifras, datos y antecedentes basados en registros administrativos o encuestas sean validados por distintos sectores y se transformen en la base técnica para la toma de decisiones. De esta manera, en la dimensión técnica es fundamental que los datos hablen por sí solos y que faciliten el diálogo para la construcción de consensos que habiliten acuerdos técnicos transversales con distintos sectores de la opinión pública.

Como se desarrolla más adelante, las reformas a los sistemas de salud deben aprovechar las ventanas de oportunidad que generan las crisis u otros eventos políticos, económicos o sociales. En este contexto, la dimensión técnica debe intentar anticiparse para coincidir con esta ventana de oportunidad y poder implementar los cambios cuando sean necesarios y factibles a la vez, aumentando así la probabilidad de avanzar en una reforma sanitaria sostenible. Esto requiere de un esfuerzo significativo en el seguimiento y construcción constante de cifras, datos y antecedentes sectoriales, y en la proposición y actualización de planes de reforma.

b) Dimensión financiera

Las reformas a la salud, en especial, las reformas estructurales que buscan instalar un nuevo modelo de salud, usualmente comprometen una cantidad importante de recursos públicos en forma permanente. Por lo anterior, esta dimensión está vinculada a la estimación de los costos de la reforma y su financiamiento sostenible, guardando relación tanto con los temas de salud como con las finanzas públicas. En esta y otras dimensiones, las reformas a la salud dejan de ser sectoriales y requieren del esfuerzo conjunto de múltiples actores.

Los compromisos en salud que se adquieren con una reforma sanitaria tienen relación con las actuales y futuras generaciones y, por tanto, su financiamiento también debería tener la misma lógica. La esencia de la protección social y, en especial, de los sistemas de salud es enfrentar en forma colectiva las inseguridades económicas y sociales que surgen en el ciclo de vida (Arenas de Mesa, 2019). Por lo tanto, la sostenibilidad financiera de una reforma sanitaria es fundamental para su sostenibilidad y la capacidad del sistema de cumplir con sus compromisos de cobertura efectiva y calidad de las prestaciones. Como se menciona más adelante respecto al componente político de una reforma, es central que las políticas públicas cuenten con un pacto fiscal sólido que dé paso a las transformaciones necesarias con sostenibilidad financiera.

Junto a la dimensión técnica, los impactos financieros y fiscales de una reforma de salud deberían ser evaluados y estimados con anticipación; una reforma que requiere esfuerzos fiscales sustantivos y adicionales es muy distinta a una reforma que logra financiarse con el flujo de recursos presupuestarios incrementales y mayor eficiencia del gasto del sector salud. Determinar prontamente en qué escenario financiero se encuentran las transformaciones es parte de la viabilidad y sostenibilidad de la reforma sanitaria.

c) Dimensión institucional

Las reformas a los sistemas de salud requieren incluir en su diseño la transformación y fortalecimiento de la institucionalidad sanitaria, entre otros factores, para que se responda en forma eficiente a las necesidades y demandas que surgirán del proceso de transformación.

La institucionalidad del sistema de salud muchas veces condiciona las potenciales reformas que se desean implementar. En este contexto, la dimensión institucional de una reforma sanitaria debería desarrollar las capacidades de gestión, lo que no sólo implica la asignación de nuevas funciones a nivel normativo sino, además, la transformación de su estructura organizacional, la incorporación de recursos humanos adecuados o capacitación adecuada de los existentes, la reestructuración presupuestaria y del uso dado a los recursos financieros, y la adopción de tecnologías de la información necesaria para alcanzar la consolidación efectiva de las nuevas funcionalidades (Arenas de Mesa y Mosqueira, 2021).

Las trayectorias de las reformas muestran que el establecimiento y efectividad de mayores funciones no es lineal, sino que están sujetas a avances y retrocesos ligados a diversos factores vinculados con la

economía política. La potencial nueva estructura organizacional que proponga una reforma debe promover una visión institucional que se cimiente en la colaboración de todas las instancias institucionales para alcanzar objetivos comunes.

Para que los procesos de fortalecimiento institucional puedan lograr sus objetivos requerirán de la consideración adecuada de al menos cuatro elementos: i) desarrollo e incorporación de recursos humanos suficientes e idóneos; ii) incorporación de tecnologías de la información; iii) desarrollo de la normativa necesaria, y iv) recursos financieros para avanzar en estas dimensiones (Martínez y Maldonado, 2019; Arenas de Mesa y Mosqueira, 2021; CEPAL, 2022a).

Las reformas sanitarias deberían incluir fortalecimientos institucionales y, en este esfuerzo, la mayoría de las veces necesitarán de recursos financieros adicionales. Invertir en el desarrollo institucional de los Ministerios de Salud no sólo tiene efecto sobre el fortalecimiento de la política sanitaria, sino que también en la capacidad y fortaleza institucional del Estado. La transformación institucional de los Ministerios de Salud constituye una precondition para que los Estados puedan atender oportunamente las demandas ciudadanas por mejores y más inclusivos e integrales servicios públicos de salud.

Las tres dimensiones de una reforma al sistema de salud mencionadas hasta ahora (técnica, financiera e institucional) deberían constituir las bases para avanzar en una propuesta legislativa a ser debatida en distintas instancias, incluido el poder ejecutivo y, por cierto, con distintos sectores sociales y el poder legislativo. Alcanzar un acuerdo técnico, que incluya las materias del diseño técnico (modelo de salud) y de los efectos financieros e institucionales, es condición inicial y necesaria para avanzar en un acuerdo político transversal que dé sostenibilidad a una reforma del sistema de salud.

d) Dimensión política

No basta con concebir buenas ideas o tener la razón en la construcción de diseños técnicos; es necesario y fundamental considerar que la dimensión política, desde la perspectiva de la economía política, también influye en la viabilidad y en los potenciales resultados de una reforma al sistema de salud (Arenas de Mesa 2010 y 2016).

La reforma o transformación del sistema de salud gran parte de las veces es también un debate en torno al tamaño y los roles del Estado y, por tanto, la gestión de la economía política de la reforma a la salud es una dimensión que puede condicionar a todas las demás dimensiones. La economía política de una política pública puede ser definida como la distribución del poder y los recursos entre diferentes grupos e individuos, donde se identifican sus preferencias y se intenta explicar las relaciones entre ellos y la manera en que compiten y negocian por el poder, que en buena medida está definido por las fuerzas sociales y económicas.

Las políticas públicas ratificadas en pactos políticos (sociales y fiscales) transversales son la base para desarrollar transformaciones estructurales sostenibles en los países de la región. Estos pactos requieren de acuerdos fiscales (sostenibilidad financiera), que se caracterizan por acuerdos transversales que, entre otros factores, definen la distribución del presupuesto público y su sostenibilidad. También estos pactos incluyen a pactos sociales, caracterizados por el consenso de los modelos de servicios públicos con la debida validación entre los diversos actores de la sociedad, incluyendo el Estado, sector privado, academia y sociedad civil. En este contexto, reformas a la salud apoyadas por un pacto social y fiscal serán las que con mayor probabilidad podrán generar y consolidar escenarios de sostenibilidad y certidumbre, y su transversalidad permitirá que las transformaciones trasciendan períodos gubernamentales.

Un pacto político asociado a una reforma en salud puede transformarse en una poderosa herramienta que permite fortalecer la dinámica relación entre desarrollo, salud y desigualdad, y con ello generar condiciones para alcanzar su sostenibilidad. Para viabilizar estos pactos vinculados a una reforma del sistema de salud e implementarlos en forma exitosa, se requiere de un fino equilibrio entre la economía política y la capacidad de gestión de la política sanitaria. Este equilibrio incluye la habilidad de administrar una compleja ecuación que incorpora, entre otros factores, las ideas, el poder, la ambición de cambios y la negociación de intereses (Arenas de Mesa, 2010).

Para alcanzar un pacto social y fiscal que apoye una reforma al sistema de salud se requiere emprender un ejercicio institucional, sanitario, fiscal y político de gran envergadura. La construcción de estos pactos facilitará avanzar hacia el diseño de un modelo de protección social, en particular en su dimensión sanitaria, enfocado en los derechos y la solidaridad para enfrentar la desigualdad, en la búsqueda de una sociedad que consolide los proyectos colectivos por encima de los proyectos individuales (CEPAL, 2015; Arenas de Mesa, 2019).

e) Dimensión comunicacional

La gestión de la dimensión política de una reforma sanitaria, entre otros factores, requiere del eficiente y oportuno manejo de las comunicaciones. Una encuesta a ministros de Hacienda de la región que estuvieron a cargo de negociar e implementar reformas tributarias presenta que entre las principales dificultades que enfrentaron en el proceso de reforma fue la gestión e implementación de las comunicaciones, y entre las recomendaciones más relevantes entregadas para enfrentar este desafío fue contar con un equipo especializado que participara en todo el proceso de reforma (Arenas de Mesa, 2016).

Quién es la o las personas encargadas de la vocería, qué debates inducir o en cuáles involucrarse, cómo desarrollar un relato de reforma sanitaria y cuándo enfrentar el debate comunicacional deberían ser decisiones estrechamente vinculadas con la estrategia de reforma que se desea implementar. Así, la dimensión comunicacional debería ser gestionada y priorizada en los procesos de reforma a los sistemas de salud, con equipos especializados que participen no sólo de las reuniones estratégicas de comunicaciones, sino también de la reforma y su diseño técnico. La gestión de la dimensión política de una reforma sanitaria no estará completa si no se considera e incluye la dimensión comunicacional, que lamentablemente en la mayoría de los casos no es un área fortalecida en los ministerios que impulsan reformas a la protección social en la región.

Al cierre de esta sección de dimensiones de las reformas a los sistemas de salud, es importante destacar que la gestión técnico-política de estas no debería ser implementada en forma secuencial, sino más bien de manera simultánea y, por tanto, la dificultad de su gestión también radica en esta condición. Una reforma estructural al sistema de salud, entre otros factores, implica distintas acciones sanitarias, políticas, económicas, sociales y logísticas que deben considerarse y administrarse de manera paralela para alcanzar el objetivo de aprobar e implementar dicha reforma. Además, debe tomarse en consideración una restricción adicional, cual es la extensión del período de gobierno del ejecutivo que la propone (promedio regional de 4,6 años de duración de los gobiernos). Todo lo anterior sugiere que la capacidad de anticipación en el proceso de una reforma sanitaria es crítica y, por tanto, la sostenibilidad de la reforma, entre otros factores, dependerá de cada una de las dimensiones mencionadas en esta sección.

2. Las reformas a los sistemas de salud y la centralidad de la Atención Primaria de Salud

La clasificación de las reformas a los sistemas de salud en América Latina ha sido estudiada por distintos autores (Almeida, 2002; Mesa-Lago 2005; CEPAL, 2006; Cotlear y otros, 2015; Donato y otros, 2021; Matus-López, 2023). La clásica definición de reformas estructurales o paramétricas aplicadas a la seguridad social indica que aquellas reformas que buscan instalar un nuevo modelo son denominadas estructurales, mientras que aquellas que mantienen el modelo, pero modifican parámetros dentro del mismo son llamadas reformas paramétricas⁹.

Matus-López (2023) propone una clasificación para las reformas de salud en la región con distintas etapas históricas entre 1900 y 2020. A estas etapas las denomina: i) institucionalista (1900-1960); ii) aseguradora (1925-1985); iii) integradora (1960-2020) y iv) reformista (1990-2020). La etapa reformista la divide en reformas de competencia (1990-2000) y reformas de equidad (2000-2020), estas últimas orientadas a la reducción de la segmentación de los sistemas de salud y, por tanto, a enfrentar y disminuir la desigualdad general y las desigualdades en salud.

⁹ Esta definición de reformas estructurales y paramétricas ha sido principalmente utilizada para caracterizar las reformas de los sistemas de pensiones en la región (Mesa-Lago 2004 y 2008; CEPAL, 2006 y 2018; Arenas de Mesa 2010 y 2019).

La OMS declaró en marzo de 2020 el COVID-19 como una pandemia y luego de más de tres años, en mayo de 2023, anunció que el virus ya no es una emergencia de salud pública de importancia internacional y, por tanto, se decretó el esperado fin de la pandemia (OMS, 2023f). Un importante aprendizaje de la pandemia ha sido la necesidad de cooperación y coordinación (nacional e internacional) que se requiere para enfrentar este tipo de catástrofes sanitarias. Los esfuerzos coordinados para enfrentar la pandemia dieron luces de los potenciales avances que pueden tener los sistemas de salud para transitar hacia la universalidad, integralidad, sostenibilidad y resiliencia, así como de los desafíos pendientes, situando a la pandemia de COVID-19 como una ventana de oportunidad para dichos progresos. Otro aprendizaje radica en el reconocimiento de la debilidad institucional de la protección social y, en especial, de los sistemas de salud que caracterizó al sector para enfrentar los impactos de la pandemia.

En la región, los países que estaban en mejores condiciones para enfrentar los impactos de la pandemia fueron aquellos que tenían espacio fiscal para salud (recursos financieros), contaban con una sólida institucionalidad en APS (institucionalidad sanitaria) y sus autoridades sanitarias presentaban una buena reputación para la implementación de estrategias comunicacionales sanitarias. Lo anterior muestra la importancia y centralidad de las dimensiones de reforma mencionadas también para contingencias como la pandemia, que requieren de la transformación de la atención sanitaria y el funcionamiento del sistema en su conjunto.

La debilidad y los déficits, en distintas dimensiones, de la APS en los países de la región fue notable en tiempos de pandemia (CEPAL, 2022b; Cid y Marinho, 2022). Esto generó también una oportunidad para debatir sobre estos temas con otra apertura y disposición para que la presencia pública accediera a mayores responsabilidades en el sector salud. En ese sentido, las reformas de equidad (Matus-López, 2023) implementadas en la región tienen un campo y una apertura mayor a la que tenían antes de la pandemia, tanto por la ventana de oportunidad para debatir sobre estos temas como por la disponibilidad de las autoridades económicas y sociales a invertir en temas vinculados al sector salud durante la crisis social prolongada provocada por la pandemia. La desigualdad en salud ha sido un debate permanente en el sector y, por lo tanto, reformas que coloquen en el centro la APS, y con ello busquen enfrentar y disminuir la desigualdad, deberían tener mayor presencia en las próximas transformaciones del sector salud en la región.

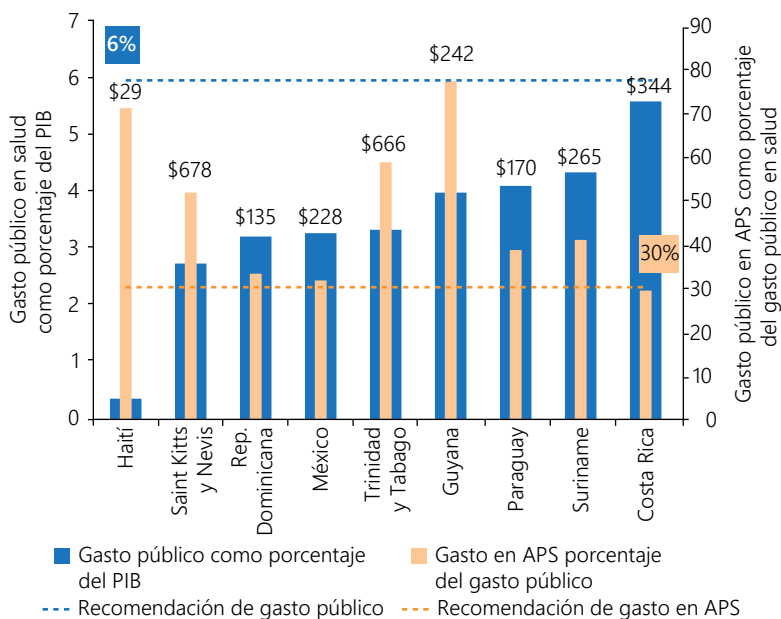
La estrategia de la APS ha sido catalogada como la columna vertebral de los sistemas de salud en la región (OPS, 2014); un sistema de salud basado en la APS avanza en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, al mismo tiempo que enfrenta las desigualdades en salud y permite ampliar la cobertura a poblaciones rezagadas. En este contexto, la APS ha sido definida como la puerta de entrada o puerta principal de la población al sistema de salud y, por tanto, un área prioritaria tanto para enfrentar los impactos de la pandemia como para la necesaria transformación del sector salud en los próximos años.

En este contexto, transcurridos 40 años de la declaración de Alma Ata, se celebró en Astaná la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Un esfuerzo regional a destacar es el Pacto 30-30-30 de la Atención Primaria de Salud propuesto por la OPS en 2019. Este pacto está centrado en acelerar las inversiones para alcanzar la salud universal y es una iniciativa que confirma que la salud es un derecho, donde todas las personas tengan acceso y cobertura de calidad en la región. El Pacto 30-30-30 propone: i) eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo; ii) aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del PIB y destinar al menos un 30% de estos recursos (1,8% del PIB) a la APS, y iii) alcanzar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en salud en 2030 (OPS, 2019).

Como se desarrolló en la sección anterior, el gasto público en salud fue en promedio 4,4% del PIB en 2020 (a nivel del gobierno general) en América Latina y el Caribe, distando de la recomendación regional de gasto público en salud propuesto por la OPS (6% del PIB) y acordada por los países de la región en 2014 (OPS, 2014). Si los países gastaran un 30% del gasto público en salud en APS, se alcanzaría un gasto correspondiente al 1,32% del PIB a nivel regional. En este escenario estimado habría una brecha importante de recursos por cerrar (diferencia entre 1,8% y 1,32% del PIB), además, debería considerarse que actualmente algunos países de la región alcanzan el 30% del gasto público en salud destinado a la APS, como se observa en el gráfico 21. Sin embargo, algunos de ellos tienen un nivel de gasto público

bajo y, por tanto, el gasto per cápita destinado a la APS también es bajo. En consecuencia, es crucial que políticas que apunten a elevar el gasto en APS vayan acompañadas de la recomendación de elevar el gasto público en salud (CEPAL-OPS, 2020; Cid y otros, 2020). Por otra parte, es fundamental que los países cuenten con herramientas concretas para evaluar y monitorear el gasto en APS y consolidar una adecuada rendición de cuentas.

Gráfico 21
América Latina y el Caribe (9 países): gasto público en APS per cápita, gasto público en APS como proporción del gasto público en salud y gasto público en salud como porcentaje del PIB
(En dólares y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS, Base de datos global de gasto en salud (Global Health Expenditure Database –GHED), 2023.

Ante una situación macroeconómica regional marcada por crecientes incertidumbres y donde las proyecciones regionales presentan un crecimiento de 1,2% en 2023 (CEPAL, 2023b), cifra muy baja para dar respuesta a las diversas y múltiples demandas sociales, los países enfrentan una encrucijada con reducido espacio fiscal y alto endeudamiento, y tienen que tomar decisiones sobre dónde invertir sus limitados recursos públicos. Una alternativa que presenta distintos efectos positivos, tanto sanitarios como socioeconómicos, es invertir en la APS. Alcanzar la meta de destinar a la APS recursos públicos equivalentes a 1,8% del PIB en la región implicaría acelerar las inversiones en la salud primaria, enfrentando directamente la desigualdad en salud y las desigualdades. Asimismo, estas inversiones permitirían avanzar en un acceso efectivo de gran parte de la población a los servicios de salud y, por tanto, aumentar la cobertura y los potenciales resultados del sector, beneficiando particularmente a la población en mayor situación de vulnerabilidad, por ejemplo, con menores ingresos o con peores condiciones laborales, quienes no sólo enfrentan desventajas en salud mediante el resto de los determinantes sociales que la permean, sino también enfrentan mayores barreras para acceder a los sistemas de salud.

Invertir en la APS puede involucrar resultados positivos en distintas dimensiones, por ejemplo: i) una mayor rentabilidad económica y social, entre otros factores, pues la estrategia comprende la atención a las personas en el continuo de los cuidados, desde la promoción y prevención hasta el tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación y, por tanto, atender y resolver los problemas sanitarios que corresponden al primer nivel de atención antes de que lleguen a otros niveles más complejos y costosos. También significa ii) avanzar en acceso y cobertura universal, ya que la APS es la base para

alcanzar una cobertura universal efectiva en salud; las economías de escala que requieren los grandes hospitales, mayoritariamente urbanos, no son una alternativa viable de replicar en los distintos territorios y la única opción para una importante proporción de la población es el primer nivel fortalecido por la APS; iii) invertir en programas de prevención efectivos, con lo que se optimizarían las atenciones para detectar los problemas a tiempo, incrementando la expectativa de vida y concentrándose en intervenciones menos costosas, a la vez que se realizan actividades de promoción de la salud con un enfoque de determinantes sociales de la salud; y iv) acceder a zonas extremas y aisladas; la APS puede tener la flexibilidad para ampliar la cobertura y proveer de atenciones en zonas lejanas y de difícil acceso. La pandemia dejó en evidencia y aumentó las brechas en las oportunidades que tiene la población para acceder a la salud, por lo que invertir en APS es una oportunidad para reducir la desigualdad en salud en la región. Cabe mencionar que dichos resultados pueden ser positivamente potenciados a través de la salud digital, toda vez que se garantice la infraestructura para la conectividad necesaria y no se acrecienten las brechas digitales.

Por otra parte, la inversión en APS presenta al menos dos condiciones fundamentales para que se concrete con mayor probabilidad en los países de la región. La primera es la rapidez con que la oferta pública en salud puede expandirse a la población y, en especial, a la población en condiciones socioeconómicas, territoriales o de otro tipo más vulnerables. La inversión en un nuevo centro hospitalario urbano (hospital público) podría tomar más de dos administraciones (varios años) antes de que esté en funcionamiento y entregue atenciones efectivas a la población. Si bien la estrategia de APS aplica en todos los niveles de atención y puede incluir la construcción de nuevos hospitales públicos en zonas urbanas, los mismos recursos pueden emplearse en actividades de prevención y promoción centrada en las personas y comunidades, así como en otros cuidados necesarios dentro del continuo de la atención, entregando atenciones efectivas a millones de personas en distintas zonas geográficas.

La segunda condición es que las inversiones en el primer nivel de atención de la salud, que es fundamental para la implementación de la APS, en general son de una magnitud fiscal abordable con los flujos incrementales presupuestarios anuales del sector, a diferencia de otros niveles de atención que requieren aumentos sustantivos para sus planes de inversión. El primer nivel es menos intensivo en el uso de recursos fiscales y, por tanto, cuenta con una probabilidad mayor de concretarse en las negociaciones presupuestarias regulares y, por tanto, su implementación puede realizarse hasta en escenarios de estrechez fiscal que pudieran enfrentar los países de la región.

A modo de síntesis, implementar reformas sostenibles a los sistemas de salud, que tengan como objetivos avanzar a la cobertura universal y enfrentar la desigualdad, debería ser una política pública prioritaria en el área de la protección social para los países de la región. Entre otras materias, el pacto político (social y fiscal) será fundamental para la sostenibilidad de las reformas sanitarias, y la gestión oportuna y eficiente de las distintas dimensiones (técnica, financiera, institucional, política y comunicacional) será la base de dicho pacto y, por tanto, de la sostenibilidad de la reforma a los sistemas de salud. Una alternativa de política sanitaria que facilita el cumplimiento de estos objetivos es concentrar esfuerzos aumentando la inversión y el fortalecimiento de la APS, avanzando en incrementos de su cobertura hacia la universalidad, en su sostenibilidad financiera, y enfrentando y reduciendo la desigualdad y las desigualdades en salud.

IV. Reflexiones y desafíos para reducir las desigualdades en salud y avanzar hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible: la urgencia de consolidar sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes

La centralidad de la salud para superar las desigualdades y avanzar hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible ha cobrado nuevamente relevancia tras la pandemia de COVID-19, cuando la crisis sanitaria detonó una crisis económica y social de gran envergadura. De igual forma, la crisis permitió visibilizar que las desigualdades en salud obstaculizan el desarrollo social inclusivo y económico y, por ende, abrió una ventana de oportunidad histórica para transformar los sistemas de salud y avanzar hacia sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes. A lo largo de este documento se han presentado diversos argumentos basados en evidencia que explican por qué invertir en salud, con la universalidad como principio, es invertir en fortalecer estrategias que avancen hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible. Quedando apenas siete años para cumplir los objetivos acordados por los países en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es urgente acelerar la acción en salud como dimensión estratégica durante la pospandemia.

El estado de salud de una persona depende directamente de las condiciones en que nace, crece, vive, trabaja y envejece, condiciones que, junto con otras fuerzas y sistemas que condicionan la vida diaria, componen los denominados determinantes sociales de la salud (OMS, 2018). La desigual distribución de estos, condicionada por los ejes estructurantes de la matriz de desigualdad social (CEPAL, 2016) —nivel socioeconómico, territorio, género y condición étnico-racial, entre otros—, se traduce en brechas en el acceso a la salud y en un sinnúmero de resultados sanitarios. La desigualdad en salud es evidente en la región, tanto entre países como dentro de ellos, siendo estas diferencias evitables e injustificables, a la vez que generan ineficiencias e impedimentos en el camino hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible. En vista de la relevancia de las condiciones de vida de las personas sobre su salud, un elemento central de las políticas sanitarias radica en su capacidad de articularse con otros componentes de la protección social, de manera tal que se aborde la salud y se enfrenten las desigualdades multidimensionales de manera efectiva, eficiente y oportuna.

En este sentido, se destaca el lugar estratégico que ocupa la estrategia de APS a través de su acción en los determinantes sociales de la salud junto a la centralidad que otorga a las personas y su capacidad para superar la fragmentación de los sistemas de salud. Por una parte, la APS permite reconocer la realidad de cada persona y comunidad, identificando las barreras de acceso de distinta índole que enfrentan y que impiden la salud universal. Dichas barreras se erigen en la esfera económica, geográfica, cultural y social, y se relacionan entre sí, por lo que, nuevamente, su abordaje debe ser comprehensivo. En consecuencia, el fortalecimiento de la APS contribuye directamente a combatir la desigualdad en la región y avanzar hacia la salud universal.

Por otra parte, la APS cuenta con diversas fortalezas que permiten que los sistemas de salud de la región superen las debilidades estructurales que obstaculizan el derecho a la salud, tales como la fragmentación de los servicios de salud y la segmentación de la demanda de atención en torno a la capacidad de pago de las personas (CEPAL, 2022a). Adoptar una estrategia de APS, superando al mismo tiempo situaciones críticas de subfinanciamiento en el gasto público y su consecuente elevado gasto de bolsillo, cimienta el camino para que los países de la región avancen hacia sistemas de salud que sean efectivamente universales, suficientes en la calidad de la atención, y que puedan dar respuesta oportuna a las necesidades de la población en el marco de una estrategia de desarrollo social inclusivo y sostenible.

Tener a la APS en el centro de los sistemas de salud permite, a la vez, una aproximación costo-eficaz para dar atención universal y reducir desigualdades. Esto es así, pues considera un enfoque preventivo y promocional, dentro del continuo del cuidado y rehabilitación, con articulación con otros sectores, y en complementariedad con una red coordinada e integrada de servicios en todos los niveles. Ello es de suma importancia, por ejemplo, para el desarrollo infantil temprano, resaltando la relevancia de la articulación entre la APS y los sistemas de atención integral a la primera infancia, bajo el marco de un enfoque que educa en la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades. Este enfoque integral se hace cargo de las necesidades de salud de manera temprana y oportuna, en consideración de la heterogeneidad cultural, geográfica, económica y social, entre otras. De esta forma, mediante redes integradas y el universalismo sensible a las diferencias como principio, la APS se considera un espacio privilegiado para reducir la fragmentación de los servicios y la segmentación de la demanda, características estructurantes de los sistemas de salud de la región. El Pacto 30-30-30 de la Atención Primaria de Salud (OPS, 2019), apunta justamente a reducir en un 30% las barreras de acceso a la salud, destinar el 30% del total del gasto público en salud a la APS, gasto público en salud que debería corresponder al 6% del total del PIB, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, y avanzar hacia la salud universal en 2030.

Junto al fortalecimiento de la APS, es urgente implementar transformaciones y reformas estructurales a los sistemas de salud. Con el horizonte del derecho universal a una salud de calidad, y en vista de la realidad regional, la CEPAL plantea que los sistemas de salud de la región deben avanzar hacia: i) la universalidad, dando acceso y cobertura oportunos a toda la población, sin dejar a nadie atrás; ii) la integralidad, mediante la cobertura de distintas demandas de salud y en articulación con otros sectores y políticas públicas, en especial con los sistemas de protección social; iii) la sostenibilidad, cumpliendo compromisos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad financiera para la actual y futuras generaciones, y iv) la resiliencia, adaptándose al cambio y las crisis de diversa índole (CEPAL, 2022a). Considerar estos aspectos en una política sanitaria es de vital importancia para acelerar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, en especial el ODS 3, así como para enfrentar las desigualdades de la región.

Por otra parte, es relevante a nivel global y, en particular, para América Latina y el Caribe, que los sistemas de salud fortalezcan su resiliencia en vista de una estructura de riesgos en reconfiguración. Las metas y estrategias que adoptan las políticas sanitarias deben tener en cuenta elementos constitutivos del escenario actual, como, entre otros, la transición demográfica, la transición epidemiológica y nutricional, la transformación digital y la crisis climática en curso, que afecta de manera desproporcionada a la región (CEPAL, 2021c). Es fundamental que los sistemas sanitarios garanticen el derecho a la salud de

todas las personas, durante todas las etapas de la vida y en momentos de crisis y emergencias, evitando interrupciones en los servicios de salud que perjudican de manera significativa la vida de las personas e incrementan las desigualdades.

Además, dado el impacto que tiene la salud en las distintas dimensiones del desarrollo social inclusivo y sostenible, y en vista de los efectos de los determinantes sociales en la salud, es central que las políticas sanitarias no se concentren únicamente en la esfera sanitaria, sino que tengan un enfoque integral y multisectorial. A esta postura se adhieren los principios de la estrategia de APS —expresados en la Declaración de Alma Ata y, posteriormente, de Astaná— y el enfoque *Salud en Todas las Políticas* (HiAP) de la OMS, que contempla la sinergia entre todos los sectores que tienen alguna implicancia sanitaria. En este contexto, es importante que los Ministerios de Salud tengan como socios estratégicos a los Ministerios de Desarrollo Social, Hacienda y Medio Ambiente, así como a Educación, Agricultura, Vivienda, Deporte y Cultura, entre otros.

Para transitar en concordancia con el desarrollo social inclusivo y sostenible y consolidar sistemas que sean efectivamente universales, integrales, sostenibles y resilientes, urge implementar reformas estructurales a los sistemas de salud de los países de la región. Las reformas a los sistemas de salud, así como a otros componentes de la protección social, están compuestas y condicionadas por distintas dimensiones que contribuyen al éxito o fracaso de los cambios o transformaciones. A la dimensión técnica, que define el modelo de salud, se suma una dimensión financiera que comprende, entre otros factores, los costos y la sostenibilidad financiera de la reforma, una dimensión institucional que, en la mayoría de los casos, delimita las condiciones de implementación de la reforma, una dimensión política que condiciona su alcance, y una dimensión comunicacional que contempla el relato público y la recepción social de las transformaciones propuestas. Estas aristas son interdependientes, se deberían desarrollar de manera simultánea, y su consideración es fundamental por parte de las autoridades que gestionen la política sanitaria. Mientras que la coordinación con otros sectores es clave para abordar los determinantes sociales de la salud, dicha articulación es también central para que una política sanitaria sea exitosa mediante el actuar de sectores complementarios. La armonización de las diversas dimensiones y su abordaje simultáneo es un desafío permanente para que las reformas sean exitosas y sostenibles.

Finalmente, el contexto y coyuntura actual incrementan los diversos desafíos asociados a las necesarias transformaciones de los sistemas de salud de la región. Durante la pandemia, el sector de la salud fue prioridad nacional, regional y mundial, aumentando el acceso a recursos financieros en el sector, lo que se vio claramente reflejado en el incremento del gasto público en salud durante los dos primeros años de pandemia. Una vez finalizada esta, el sentido de urgencia de aumentar la inversión en salud y llevar a cabo reformas ha perdido centralidad en el discurso político y público, aun cuando permanecen los impactos de la pandemia en salud y en otras áreas, así como las injustas desigualdades en salud características de nuestra región. Ante el llamado a fortalecer la estrategia de APS como principal herramienta para combatir desigualdades, junto con la urgente transformación estructural de los sistemas de salud, el principal reto de la pospandemia en esta materia es la construcción de un nuevo relato que permita reposicionar a la salud como prioridad y así, acelerar la toma de decisiones y acciones que permitan consolidar sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes. Sólo de esta manera América Latina y el Caribe podrá hacer frente a las desigualdades que obstaculizan su camino hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible.

Bibliografía

- Abramo L., D. Trucco, H. Ullmann y A. Espejo (2021), "Jóvenes y familias: políticas para apoyar trayectorias de inclusión", *serie Políticas Sociales*, N° 241 (LC/TS.2021/138), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Abramo L., S. Cecchini y H. Ullmann (2020), "Enfrentar las desigualdades em salud en América Latina: el rol de la protección social", *Ciência & Saude Coletiva*, 25(5):1587-1598.
- Ahn, T. (2010), "Attitudes toward risk and self-employment of young workers", *Labour Economics*, 17(2), 434-442.
- 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).
- _____. (2010), *Historia de la Reforma Previsional Chilena: una experiencia exitosa de política pública en democracia*. Santiago, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Arenas de Mesa, A. y E. Mosqueira (2021), "La transformación y el fortalecimiento institucional de los Ministerios de Hacienda en América Latina: del control al uso estratégico de los recursos públicos para el desarrollo", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2021/23), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Arora, S. (2001), "Health, human productivity, and long-term economic growth", *The Journal of Economic History*, 61(3), 699-749.
- Attanasio, O., E. Battistin, E. Ftizsimons y M. Vera-Hernández (2005), *How effective are conditional cash transfers? Evidence from Colombia*. Technical report. IFS Briefing Notes (BN54). Institute for Fiscal Studies, Londres.
- Bagdi, A. y J. Vacca (2005), "Supporting early childhood social-emotional wellbeing: The building blocks for early learning and school success", *Early Childhood Education Journal*, 33, 145-150.
- Bell, C. y M. Lewis (2005), "Economic implications of epidemics old and new". Available at SSRN 997387.
- Bleakley, H. (2010), "Malaria eradication in the Americas: A retrospective analysis of childhood exposure", *American Economic Journal: Applied Economics*, 2(2), 1-45.
- Bloom, D. y D. Canning (2003), "The health and poverty of nations: from theory to practice", *Journal of human development*, 4(1), 47-71.

- 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).
- Castro, A. (2020), "Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe", *PNUD*, 19(30).
- Cecchini, S. y A. Madariaga (2011), *Programas de transferencias condicionadas: balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*, Cuadernos de la CEPAL, N° 95 (LC/G.2497-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cecchini, S. y B. Atuesta (2017), "Programas de transferencias condicionadas en América Latina y el Caribe: tendencias de cobertura e inversión", *serie Políticas Sociales* N° 224 (LC/TS.2017/40), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2023a), *América Latina y el Caribe en la mitad del camino hacia 2030: avances y propuestas de aceleración* (LC/FDS.6/3), Santiago.
- _____ (2023b), *Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe*, 2023 (LC/PUB.2023/5-P), Santiago.
- _____ (2022a), *Panorama Social de América Latina*, 2021 (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- _____ (2022b), *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2022: La transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible*, (LC/PUB.2022/15-P), Santiago.
- _____ (2022c), *La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género* (LC/CRM.15/3), Santiago.
- _____ (2021a), "La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad", *Informe Especial COVID-19* N° 11, Santiago.
- _____ (2021b), "Financiamiento para el desarrollo en la era de la pandemia de COVID-19 y después", *Informe Especial COVID-19* N° 10, Santiago.
- _____ (2021c), *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.
- _____ (2020a), "Medidas de recuperación del sector turístico en América Latina y el Caribe: una oportunidad para promover la sostenibilidad y la resiliencia", *Informes COVID-19*, julio, Santiago.
- _____ (2020b), "Universalizar el acceso a las tecnologías digitales para enfrentar los efectos del COVID-19", *Informe especial COVID-19*, N° 7, Santiago.
- _____ (2020c), *Agenda Regional de Desarrollo Social Inclusivo* (LC/CDS.3/5), Santiago.
- _____ (2019), "Informe de avance cuatrienal: Progreso y desafíos regionales en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", (LC/FDS.3/3/Rev.1), 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.
- _____ (2017), *Brechas, ejes y desafíos en el vínculo entre lo social y lo productivo*, (LC/CDS.2/3/-*), Santiago.
- _____ (2016), *La matriz de la desigualdad social* (LC/G.2690(MDS.1/2)), Santiago.
- _____ (2015), *Pactos para la igualdad: hacia un futuro sostenible*, (LC/G.2639), Santiago.
- _____ (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2023), "Hacia la creación de mejor empleo en la pospandemia", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 28 (LC/TS.2023/70), 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 CEPAL-OPS*, 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 CEPAL-OPS*, Santiago.
- CEPAL/UNICEF/UNICEF TACRO (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Oficina Regional para América Latina y el Caribe) (2007), "La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas", *Desafíos* N° 6: boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, (ISSN 1816-7527).

- Cid, C., G. Flores, A. del Riego y J. Fitzgerald (2021), "Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe"; *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45.
- Cid, C., C. Pescetto, J. Fitzgerald y A. del Riego (2020), "How much do countries spend on primary care in the Americas?", *Tracking Resources for Primary Health Care, World Scientific Series in Global Health Economics and Public Policy*, vol. 8.
- 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, CEPAL.
- Cotlear, D., O. Gómez-Dantés, F. Knaul, R. Atun, I. Barreto, O. Cetrángolo, M. Cueto, P. Francke, P. Frenz, R. Guerrero, R. Lozano, R. Marten y R. Sáenz (2015), "Overcoming social segregation in health care in Latin America", *The Lancet*, vol. 385, N° 9975, pp. 1248–1259.
- Courtenay, W. H. (2000), "Constructions of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health", *Social Science & Medicine* 50 (10): 1385–1401.
- Crippa, M., E. Solazzo, D. Guizzardi, F. Monforti-Ferrario, F.N. Tubiello y A. Leip (2021), "Food systems are responsible for a third of global anthropogenic GHG emissions", *Nature Food*, 2(3), 198-209.
- Cutler, D.M. y A. Lleras-Muney. (2007), "Education and health: evaluating theories and evidence", NBER Working Papers 12352, National Bureau of Economic Research, Inc.
- Dillon, A. (2013), "Child labour and schooling responses to production and health shocks in northern Mali", *Journal of African economies*, 22(2), 276-299.
- Donato, L., L. Camilo, C. Mavrot y M.L. Mollo (2021), "As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável", *Ciencia e Saude Coletiva*, vol. 26, N° 10, pp. 4383–4396.
- Drewnowski, A. (2009), "Obesity, diets, and social inequalities", *Nutrition reviews*, 67 (suppl_1), S36-S39.
- ECDKN (Early Child Development Knowledge Network) (2007), "Early child development: a powerful equalizer". Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Etienne C.F. (2018), "Promoting universal health through primary health care", *Rev Panam Salud Publica*; 42:e145. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.145>.
- Evans-Lacko, S., M. Knapp, P. McCrone, G. Thornicroft y R. Mojtabai (2013), "The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries", *PLoS one*, 8(7), e69792.
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) (2016), "Influir en los entornos alimentarios en pro de dietas saludables". Recuperado el 9 de mayo de 2023 de <https://www.fao.org/3/i6491s/i6491s.pdf>.
- 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*, 371(9615):828-37.
- Fogel, R.W. (1997), "New findings on secular trends in nutrition and mortality: some implications for population theory", en M.R. Rosenzweig y O. Stark (eds). *Handbook of population and family economics*, Vol.1A. Amsterdam, Elsevier Science, 1997: 433–481.
- Gibbs, J. y F. P. Cappuccio (2022), "Plant-based dietary patterns for human and planetary health", *Nutrients*, 14(8), 1614.
- Gibson, M., W. Hearty y P. Craig (2020), "The public health effects of interventions similar to basic income: a scoping review", *The Lancet Public Health*, 5(3), e165-e176.
- Grimm, M. (2011), "Does inequality in health impede economic growth?", *Oxford Economic Papers*, 63(3), 448-474.
- Halla, M. y M. Zweimüller (2013), "The effect of health on earnings: Quasi-experimental evidence from commuting accidents", *Labour Economics*, 24, 23-38.
- Handa S. y M. Neitzert (1998), "Chronic illness and retirement in Jamaica". Washington DC, The World Bank, 1998 (Living Standards Measurement Study, Working Paper No.131).
- Hawkes, S. y K. Buse (2013), "Gender and global health: evidence, policy and inconvenient truths", *The Lancet*, Vol. 381, Issue 9879, 1783-1787.
- 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*, 2018 Oct 20;392(10156):1461-1472.

- Huenchuán, S. (2013), *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*, Libro CEPAL N° 117 (LC/G.2553-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huepe, M, A. Palma y D. Trucco (2022), "Educación en tiempos de pandemia: una oportunidad para transformar los sistemas educativos en América Latina y el Caribe", *Serie Políticas Sociales*, N° 243 (LC/TS.2022/149), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Jack, W. y M. Lewis, M. (2009), *Health investments and economic growth: Macroeconomic evidence and microeconomic foundations*. Washington, DC, USA: World Bank.
- Jamison, D. T., L. J. Lau y J. Wang (2005), "Health's contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress" in *Health and economic growth: Findings and policy implications*, 67-91.
- Karliner, J., S. Slotterback, R. Boyd, B. Ashby, K. Steele y J. Wang (2020), "Health care's climate footprint: the health sector contribution and opportunities for action", *European journal of public health*, 30(Supplement_5), ckaa165-843.
- Kasuga, H. eY. Morita (2022), "The health gap and its effect on economic outcomes", *Journal of Macroeconomics*, 74, 103461.
- Kingston, D. y S. Tough (2014), "Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review", *Maternal and child health journal*, 18, 1728-1741.
- Kristiansen, I. L. (2021), "Consequences of serious parental health events on child mental health and educational outcomes", *Health Economics*, 30(8), 1772-1817.
- Latulippe, K., C. Hamel y D. Giroux (2017), "Social health inequalities and eHealth: a literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies"; *Journal of medical Internet research*, 19(4), e136.
- Lucas, A. M. (2010), "Malaria eradication and educational attainment: evidence from Paraguay and Sri Lanka", *American Economic Journal: Applied Economics*, 2(2), 46-71.
- Maldonado, C., M.L. Marinho, C. Robles y V. Tromben (2022), "Cohesión social y desarrollo social inclusivo en América Latina: una propuesta para una era de incertidumbres" (LC/TS.2021/133/Rev.1), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).
- Markevych, I., J. Schoierer, T. Hartig, A. Chudnovsky, P. Hystad, A. Dzhambov, S. de Vries, M. Triguero-Mas, M. Brauer, M. Nieuwenhuijsen, G. Lupp, E. A. Richardson, T. Astell-Burt, D. Dimitrova, X. Feng, M. Sadeh, M. Standl, J. Heinrich y E. Fuerte (2017), "Exploring pathways linking greenspace to health: Theoretical and methodological guidance", *Environmental research*, 158, 301-317.
- Marmot, M. (2015), *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.
- Martínez, R. y C. Maldonado (2017), "Institucionalidad y desarrollo social", en R. Martínez (ed.) *Institucionalidad Social para América Latina y el Caribe*, Libros de la CEPAL, N° 146 (LC/PUB.2017/14-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Matus-López, M. (2023), "La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: avanzar hacia la salud universal en América Latina", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2023/22), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Mayer, D. (2001), "The long-term impact of health on economic growth in Latin America", *World development*, 29(6), 1025-1033.
- Maza-Arnedo, F., A. Paternina-Caidedo, C. Sosa, B. de Mucio, J. Rojas-Suárez, L. Say, J. Cresswell, L. de Francisco, S. Serruya, D. C. F. P. Lic, L. Urbina, E. S. Hilaire, C. V. Munayco, F. Gil, E. Rousselin, L. Contreras, A. Stefan, A. V. Becerra, E. Degraff, F. espada, V. Conde, G. Mery, V. H. Álvarez Castaño, A. L. Torres Umbarila, I. L. Talavera Romero, Y. C. Rodríguez Alfonso, R. Lovato Silva, J. Calle, C. M. Díaz-Viscensini, V. N. Bataglia Frutos, E. V. Laguardia, H. Padilla, A. Ciganda y M. Colomar (2022), "Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths", *The Lancet Regional Health-Americas*, 12, 100269.
- McIntyre, D., M. Thiede, G. Dahlgreen y M. Whitehead (2006), "What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts?", *Social science & medicine*, 62(4), 858-865.
- Mesa-Lago, C. (2008), *Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Healthcare Reforms in Latin America*, Oxford, Oxford University Press.

- _____ (2005), "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social", *Documentos de Proyectos* (LC/W.63), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Naciones Unidas (1987), Informe «Nuestro futuro común» de 1987, Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Disponible [en línea] https://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_1/CMMAD-Informe-Comision-Brundtland-sobre-Medio-Ambiente-Desarrollo.pdf.
- Norström, T. y J. Palme (2010), "Public pension institutions and old-age mortality in a comparative perspective", *Int. J. Soc. Welfare* 2010:19.
- OCDE/BM (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos/Banco Mundial) (2020), *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2023a), *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- _____ (2023b), "Agua para consumo humano". Recuperado el 8 de mayo de 2023 [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>.
- _____ (2023c), "Cambio climático y salud". Recuperado el 8 de mayo de 2023 [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>.
- _____ (2023d), "Desechos de las actividades de atención sanitaria". Recuperado el 9 de mayo de 2023 [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>.
- _____ (2023e), "Reorientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria como base resiliente para la cobertura sanitaria universal y preparativos para una reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria Universal", Informe del Director General, 76° Asamblea Mundial de la Salud, Punto 13.1 del orden del día provisional, A76/6.
- _____ (2023f), "Statement on the fifteenth meeting of the IHR (200%) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic", *Statement* 5 may 2023, Recuperado el 9 de mayo de 2023 [en línea] [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
- _____ (2022), *Global analysis of healthcare waste in the context of COVID-19: status, impacts and recommendations*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- _____ (2019a), *Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano*. Organización Mundial de la Salud. Disponible [en línea] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327897>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- _____ (2019b), *World Health Statistics 2019, Monitoring health for the sustainable development goals*.
- _____ (2015), "Nota descriptiva sobre Alimentación sana", *Nota descriptiva N° 394*. Disponible [en línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>.
- _____ (2011a), "Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud", *Documento de trabajo*, Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- _____ (2011b), *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud-El camino hacia la cobertura universal*. World Health Organization.
- _____ (2010), *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva.
- _____ (2000), *The World health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva.
- _____ (1999), *The World health report: 1999: making a difference*. World Health Organization.
- _____ (1949), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, Diario Oficial, tomo LVI, número 32, de 9 de septiembre de 1949.
- OMS/BM (Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial) (2021), "Global monitoring report on financial protection in health 2021". Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- OMS/CSDH (Organización Mundial de la Salud/Commission on Social Determinants of Health) (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra, OMS.
- OMS/UNICEF (Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2018), "A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals". World Health Organization. Disponible [en línea] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2022), "Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud", 30ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 74ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, CSP30/10.
- ____ (2021), La protección financiera de la salud en la Región de las Américas. Métodos para medir el gasto catastrófico y empobrecedor. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.37774/9789275323823>.
- ____ (2019), Pacto 30.30.30. APS para la Salud Universal.
- ____ (2014), "Estrategias para el acceso universal de la salud y la cobertura universal de salud" (CD53/5, Rev. 2), 53 Consejo Directivo, 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C.
- ____ (1978), "Declaración de Alma-Ata", Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- OPS/UNICEF (Organización Panamericana de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2022), Desigualdades en la salud en América Latina y el Caribe: Una línea de base de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para mujeres, niños y adolescentes. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.37774/9789275325742>.
- ORAS-CONHU (Organismo Regional Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue) (2022), Desigualdades sociales en salud. Línea base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la región Andina. *Documento de trabajo*, Lima.
- Poore, J. y T. Nemecek (2018), "Reducing food's environmental impacts through producers and consumers", *Science*, 360(6392), 987-992.
- Prüss-Ustün, A., J. Bartram, T. Clasen, J. M. Colford Jr., O. Cumming, V. Curtis, S. Bonjour, A. D. Dangour, J. De France, L. Fewtrell, M. C. Freeman, B. Gordon, P. R. Hunter, R. B. Johnston, C. Mathers, D. Mäusezahl, K. Medlicott, M. Neira, M. Stocks, J. Wolf y S. Cairncross (2014), "Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low-and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries", *Tropical Medicine & International Health*, 19(8), 894-905.
- Ramos, D., N. B. da Silva, M. Y Ichihara, R. L. Fiaccone, D. Almeida, S. Sena, P. Rebouças, E. P. Pinto Júnior, E. Paixao, S. Ali, L. C. Rodrigues y M. L. Barreto (2021), "Conditional cash transfer program and child mortality: A cross-sectional analysis nested within the 100 Million Brazilian Cohort", *PLoS Med* 18(9): e1003509.
- Rasella, D., R. Aquino, C. A. T. Santos, R. Paes-Sousa y M. L. Barreto (2013), "Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities", *The Lancet*, 382(9886), 57-64.
- Ravindrane, R. y J. Patel (2022), "The environmental impacts of telemedicine in place of face-to-face patient care: a systematic review", *Future Healthcare Journal*, 9(1), 28.
- Robles, C. y R. Holz (coords.) (2023), "El futuro de la protección social ante la crisis prologada en América Latina: claves para avanzar hacia sistemas universales, integrales, resilientes y sostenibles", *serie Políticas Sociales*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (en prensa).
- Sáenz Madrigal, M. R. (2015), "Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina", *Colección Estudios*, N°16, Serie Análisis, Área Salud, EUROsociAL.
- 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*, 13(1), 1-10.
- Scheil-Adlung, X. y L. Sandner (2010), "Evidence on paid sick leave: Observations in times of crisis", *Intereconomics: Review of European Economic Policy*, 45, (5), 313-321.
- Sirven, N., y T. Debrand (2012), "Social capital and health of older Europeans: Causal pathways and health inequalities", *Social Science & Medicine*, 75(7), 1288-1295.
- The Lancet Public Health (2020), "Education: a neglected social determinant of health", *The Lancet Public Health*, Vol. 5, issue 7.
- UNESCO/UNICEF/PMA (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Programa Mundial de Alimentos) (2023), *Aprender y prosperar: Salud y nutrición escolar alrededor del mundo*. LIC: CC BY-SA 3.0 IGO.

- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2023), *Levels and Trends in Child Mortality, Report 2022*. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund.
- _____(2022), "Child health and well-being dashboard". Disponible [en línea] <https://data.unicef.org/resources/child-health-and-well-being-dashboard/>.
- _____(2018), *Breastfeeding. A mother's gift, for every child*, New York.
- Uthoff, A. (2016), "Aspectos institucionales de los sistemas de pensiones en América Latina", *Serie Políticas Sociales*, N° 221 (LC/L.4282), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Victora, C. G., L. Adair, C. Fall, P. C. Hallal, R. Martorell y L. Richter (2008), "Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital", *The Lancet*, 371(9609), 340-357.
- Zissimopoulos, J. M. y L.A. Karoly (2007), "Transitions to self-employment at older ages: The role of wealth, health, health insurance and other factors", *Labour economics*, 14(2), 269-295.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

Políticas sociales

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones

244. Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible (LC/TS.2023/115), 2023.
243. Educación en tiempos de pandemia: una oportunidad para transformar los sistemas educativos en América Latina y el Caribe, Mariana Huepe, Amalia Palma y Daniela Trucco (LC/TS.2022/149), 2022.
242. Pensiones de capitalización individual en América Latina: efectos, reformas, impacto del COVID-19 y propuestas de política, Carmelo Mesa-Lago (LC/TS.2022/99), 2022.
241. Jóvenes y familias: políticas para apoyar trayectorias de inclusión, Lais Abramo, Daniela Trucco, Heidi Ullmann, Andrés Espejo (LC/TS.2021/138) Santiago, 2021.
240. Políticas para enfrentar los desafíos de las antiguas y nuevas formas de informalidad en América Latina, Lais Abramo, (LC/TS.2021/137), 2021.
239. Ciudadanía digital en América Latina: revisión conceptual de iniciativas, Magdalena Claro y otros (LC/TS.2021/125), 2021.
238. América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social, Fernando Filgueira, Luis Miguel Galindo, Cecilia Giambruno y Merike Blofield, (LC/TS.2020/149), 2020.
237. COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina: mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana, Sergio Meresman y Heidi Ullmann, (LC/TS.2020/122), 2020.
236. La matriz de la desigualdad social en Panamá, Simone Cecchini, Raúl Holz y Alexis Rodríguez, (LC/TS.2020/121), 2020.
235. Policy expansion in compressed time: assessing the speed, breadth and sufficiency of post-COVID-19 social protection measures in 10 Latin American countries, Merike Blofield, Cecilia Giambruno and Fernando Filgueira, (LC/TS.2020/112), 2020.

POLÍTICAS SOCIALES

Números publicados:

- 244 Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe
La centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible
María Luisa Marinho, Antonia Dahuabe y Alberto Arenas de Mesa
- 243 Educación en tiempos de pandemia
Una oportunidad para transformar los sistemas educativos en América Latina y el Caribe
Mariana Huepe, Amalia Palma y Daniela Trucco
- 242 Pensiones de capitalización individual en América Latina
Efectos, reformas, impacto del COVID-19 y propuestas de política
Carmelo Mesa-Lago
- 241 Jóvenes y familias
Políticas para apoyar trayectorias de inclusión
Laís Abramo, Daniela Trucco, Heidi Ullmann y Andrés Espejo

