



DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la Región Andina



DOCUMENTO DE TRABAJO



DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Línea de base para una recuperación transformadora
con inclusión social y sostenibilidad ambiental en
los países de la Región Andina

2022

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Desigualdades sociales en salud. Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la región Andina. Documento de Trabajo. ORAS-CONHU; 2022.
254 p.; ilus.tab
DESIGUALDADES/ SALUD ANDINA Y REGIONAL/ Derechos/ Crisis sanitaria/
Políticas públicas/ Economía/ Población / Territorio/Movilidad Humana/Equidad

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-05905
ISBN: 978-612-45468-7-7

Comité editorial

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU
Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta ORAS-CONHU
Dra. Bertha Pineda Restrepo, Coordinadora Áreas Temáticas, ORAS-CONHU
Dr. Ernesto Rodríguez Ignacio. Consultor del ORAS-CONHU responsable del estudio a partir del trabajo colectivo con la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud.

@ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N. ° 3832, tercer piso. San Isidro, Lima, Perú.
Teléfonos: (00-51-1) 611 3700 <http://www.orasconhu.org/> contacto@conhu.org.pe

Coordinación de publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Responsable de Comunicaciones ORAS-CONHU

Diseño y diagramación:

Katherin Sosa | design.sosa.kl@gmail.com

Primera edición digital, junio 2022.

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales. Derechos reservados conforme a Ley.



Ministros de Salud del Área Andina

Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto

Ministro de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. María Begoña Yarza

Ministra de Salud de Chile

Dr. Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Ximena Garzón Villalba

Ministra de Salud Pública del Ecuador

Dr. Jorge Antonio López Peña

Ministro de Salud del Perú

Dra. Magaly Gutiérrez Viña

Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

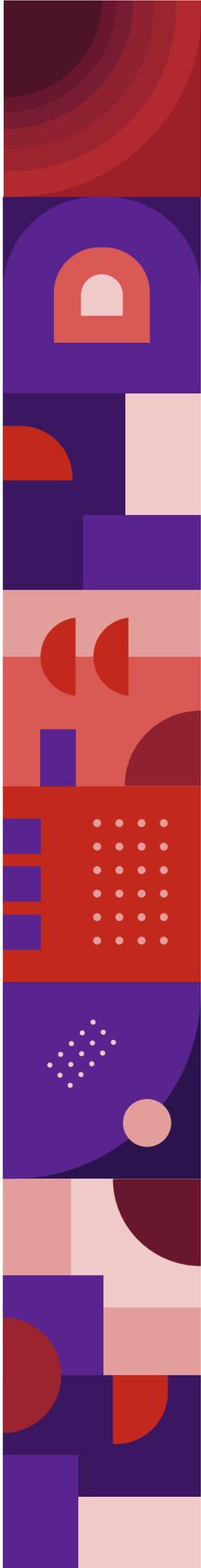
Secretaría Ejecutiva

María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva

Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta



Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud

Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Vivian Tatiana Camacho Hinojosa

Directora General de Medicina Tradicional

Amador Diego Noriega Flores

Responsable de Programa de Salud Intercultural de la Dirección General de Medicina Tradicional

Ministerio de Salud de Chile

Romina Leal Rojas

Jefa Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública

Josefina Silva Fuentealba

Economista. División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Maylen Rojas Botero

Epidemióloga. Dirección de Epidemiología y Demografía

Sonia Guzmán Rodríguez

Epidemióloga. Dirección de Epidemiología y Demografía

Salomé Valencia Aguirre

Epidemióloga. Dirección de Epidemiología y Demografía

Daniela Roldán Restrepo

Socióloga. Oficina de Promoción Social

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Desiré Cecilia Viteri

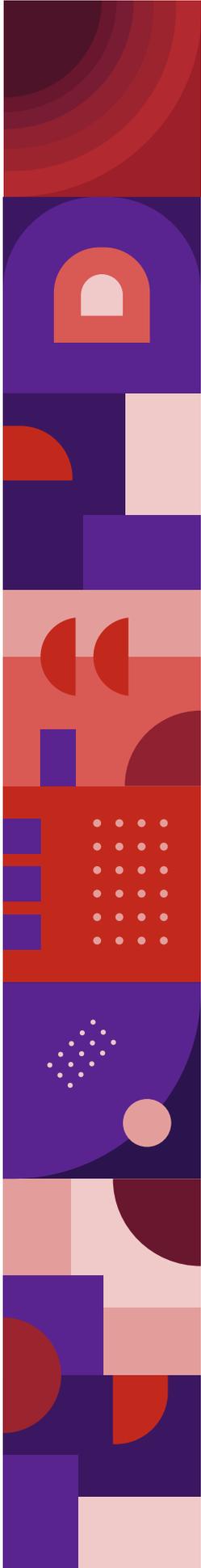
Directora Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión

Geovanna Soledad Cuasés IpiALES

Especialista de Observancia, Investigación y Seguimiento de Casos en Derechos Humanos

Isabel Clavijo Ullrich

Especialista de Articulación de Actores y Espacios de Participación Social en Salud



Ministerio de Salud de Perú

Patricia Díaz Mendoza

Responsable de la Etapa Vida Adulto

Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

María Esperanza Martínez

Directora General de la Oficina de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

Bertha Luz Pineda Restrepo

Coordinadora de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación Contra las Desigualdades en Salud

Ernesto Rodríguez Ignacio

Consultor internacional responsable del Estudio: Línea de base sobre desigualdades sociales en salud

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Carlos Arosquipa Rodríguez

Asesor Programa Subregional para América del Sur OPS/OMS

Óscar Mujica

Asesor Regional en Epidemiología Social del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud [OPS/OMS]

Antonio Sanhueza

Asesor en Información y Análisis de Salud de la Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia [OPS/OMS]

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Camilo Cid

Oficial de Asuntos Sociales. División de Desarrollo Social

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza de Perú

Federico Arnillas Lafert

Presidente



Lima, 11 de junio de 2021

Resolución REMSAA XXXIX/547

MESA ANDINA INTERSECTORIAL DE CONCERTACIÓN CONTRA LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La Ministra y Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

- Que, el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue tiene como visión “avanzar significativamente en el ejercicio efectivo del derecho a la salud de su población”. La misión que rige su razón de ser y acciones que realiza consiste en: “Armonizar, articular e implementar las decisiones en materia de salud, a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para **combatir las desigualdades e inequidades en salud**”.
- Que, varios Comités Técnicos, han identificado como prioridad incorporar el análisis de las desigualdades sociales de salud y trabajar en su reducción.
- Que, en la Declaración de la V Reunión de Representantes de Órganos e Instituciones del Sistema Andino de Integración (25 de marzo, 2021) se reconoce al ORAS-CONHU como el referente en salud, por la labor que realiza en la coordinación y ejecución de acciones conjuntas entre los países miembros para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud de la población de la región y su compromiso para apoyar e impulsar acciones orientadas a fortalecer el Sistema Andino de Integración a partir de las siguientes líneas de trabajo: a) Fortalecimiento de la implementación de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. b) Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, reconociendo la salud como eje prioritario del desarrollo. c) Identificación y desarrollo de acciones encaminadas a favorecer a las personas afectadas por la pandemia de la COVID-19, especialmente de las más vulnerables.
- Que, en cumplimiento de su visión y misión, desde que se inició la pandemia, el equipo del ORAS-CONHU realiza dos reuniones semanales para el análisis de la situación epidemiológica en el mundo y la región; conversatorios con expertos; reuniones virtuales con autoridades nacionales de salud de los seis países andinos, *webinars*, entre otras actividades, en las cuales se ha evidenciado la mayor afectación por las enfermedades y sus consecuencias en grupos sociales en desventaja, asociada con la interseccionalidad de desigualdades (generadas por: ingresos, pertenencia étnica, contexto territorial, razones de género, algún tipo de violencia, generacionales, entre otras) y se ha reiterado como prioridad la necesidad de identificar, prevenir y actuar sobre ellas.
- Que, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son un punto de referencia y una hoja de ruta que reflejan el consenso de los gobiernos y la sociedad en torno al desarrollo sostenible con la igualdad en el centro. Los ODS reafirman el compromiso internacional de poner fin a la pobreza. Su meta es que nadie se quede atrás.



- Que, la experiencia ha demostrado que el trabajo conjunto y la cooperación entre países genera complementariedad, posibilita reconocer las potencialidades de la diversidad y avanzar en la igualdad de los derechos y el bienestar.

Resuelven:

1. Aprobar la conformación de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud, que propicie la creación de un sistema de monitoreo regional con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales de salud y la incidencia en políticas públicas para alcanzar las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*.
2. Encargar a la Secretaría del ORAS-CONHU, para que junto con el Punto Focal designado por cada Ministerio de Salud Andino, el apoyo de la OPS/OMS, otros organismos internacionales y organizaciones sociales articule el desarrollo de un proceso participativo de conformación y fortalecimiento de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud.
3. Encargar al ORAS-CONHU coordinar con la Secretaría General de la Comunidad Andina para la realización de las acciones intersectoriales.

CERTIFICAMOS: *Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXIX REMSAA, realizada de manera virtual el 11 de junio de 2021.*



Firmado electrónicamente por:
XIMENA PATRICIA
GARZON VILLALBA

DRA. XIMENA GARZÓN-VILLALBA
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA
DE ECUADOR
PRESIDENTA DE LA REMSAA XXXIX

DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

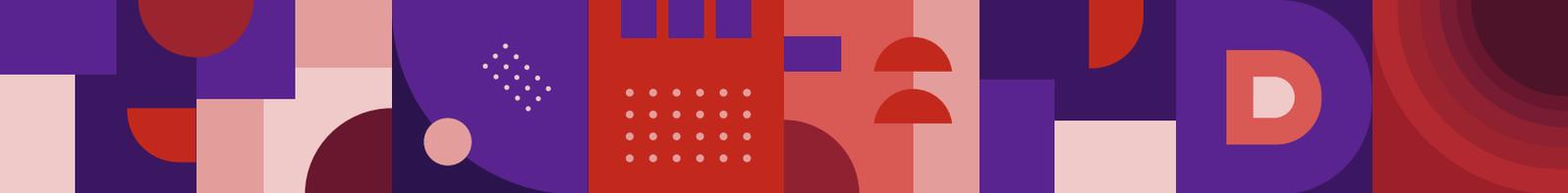
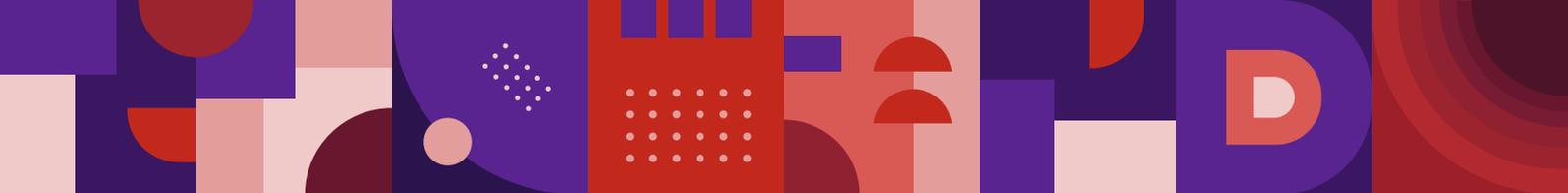


TABLA DE CONTENIDO

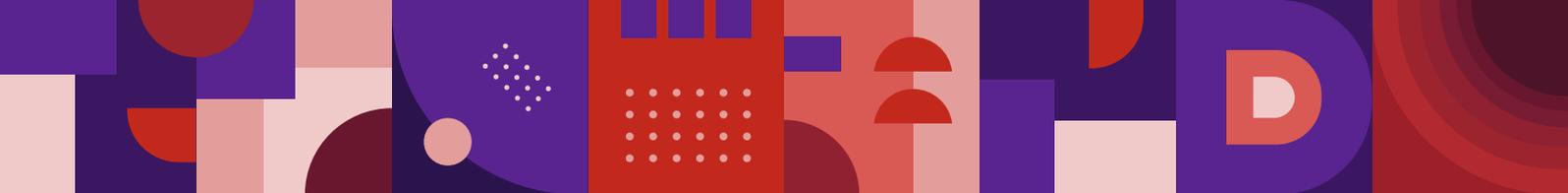
| | |
|--|-----------|
| PRESENTACIÓN | 18 |
| INTRODUCCIÓN | 20 |
| 1 – MARCO DE REFERENCIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD | 23 |
| 1.1 Qué entendemos por Línea de base y cómo construirla | |
| 1.1.1 Construcción de Líneas de base: enfoques, debates y consensos existentes | |
| 1.1.2 Requisitos mínimos para construir una Línea de base | |
| 1.1.3 De la teoría a la práctica: medición e indicadores | |
| 1.1.4 Lo que no se mide no se puede evaluar, pero hay que evitar las simplificaciones | |
| 1.2 Datos del contexto: pandemia, recuperación transformadora y equidad | |
| 1.2.1 La crisis sanitaria y las respuestas brindadas desde el ORAS-CONHU | |
| 1.2.2 Una recuperación transformadora, con igualdad y sostenibilidad | |
| 1.2.3 Diagnósticos regionales disponibles: coincidencias y divergencias | |
| 1.2.4 Considerando a la equidad como el corazón de la salud | |
| 1.3 Principales componentes: crisis, malestar social y respuestas en curso | |
| 1.3.1 Las desigualdades múltiples como desafío prioritario | |
| 1.3.2 Economías devastadas, protección social en crisis y democracias frágiles | |
| 1.3.3 Malestar social y respuestas a la crisis | |
| 1.4 Datos a procesar: ODS 3, indicadores prioritarios y cómo medirlos | |
| 1.4.1 El punto de partida: las metas e indicadores del ODS 3 como referencia central | |
| 1.4.2 Indicadores necesarios a seleccionar: entre lo deseable y lo posible | |
| 1.4.3 Qué medir y cómo: opciones iniciales a ir revisando y ajustando sobre la marcha | |
| 2 – DESIGUALDADES MÚLTIPLES: PERSPECTIVAS DIVERSAS, DESAFÍOS COMPLEJOS | 44 |
| 2.1 Desigualdades múltiples: cuántas, cuáles y cómo considerarlas | |
| 2.1.1 Bases para una posible tipología de las desigualdades | |
| 2.1.2 Desigualdades múltiples: varias, diferentes y acumulativas | |
| 2.2 Desigualdades múltiples y políticas públicas | |
| 2.2.1 Tensiones entre agendas de corto plazo y desafíos de largo plazo | |
| 2.2.2 Respuestas limitadas: entre las carencias, las protestas y las propuestas | |
| 2.2.3 Principales desafíos por encarar desde la inclusión y la sostenibilidad | |
| 3 – ECONOMÍAS EN CRISIS, PROTECCIÓN SOCIAL PRECARIA, DEMOCRACIAS FRÁGILES | 54 |
| 3.1 América Latina: la región más desigual y violenta del mundo | |
| 3.2 Economías en crisis: problemas coyunturales y estructurales | |
| 3.2.1 Devastación total: efectos brutales de la pandemia del COVID-19 | |
| 3.2.2 Retrocesos económicos y sociales: respuestas precarias y costos [mal] repartidos | |
| 3.2.3 Mirando desde otro ángulo: el desarrollo humano en la región Andina | |
| 3.2.4 Estilos de desarrollo: crisis y transformación en un nuevo marco global | |
| 3.3 Desigualdades múltiples en cifras: datos que importan | |
| 3.3.1 Población, territorios y movilidad humana: cambios y permanencias | |
| 3.3.2 Género y generaciones: especificidades y cruces que importan | |
| 3.3.3 Personas afrodescendientes: entre la exclusión y la integración desigual | |



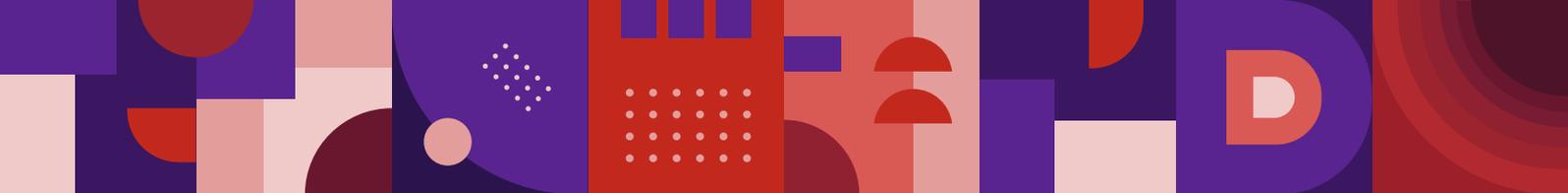
- 3.3.4 Datos disponibles, datos que faltan: otras dimensiones relevantes a trabajar
- 3.4 Sistemas de protección social: avances y desafíos a encarar
 - 3.4.1 Evolución reciente: coberturas escasas, calidades limitadas
 - 3.4.2 Costos y financiamientos de la protección social: potencialidades y limitaciones
 - 3.4.3 Funcionamientos precarios, instituciones débiles, legitimidades cuestionadas
 - 3.4.4 Sistemas de cuidado: experiencias y desafíos a enfrentar a futuro
- 3.5 Democracias frágiles: malestares crecientes, legitimidades cuestionadas
 - 3.5.1 Indignación y frustración: polarización en ascenso y protestas múltiples
 - 3.5.2 Empatías y antipatías: entre discursos de odio y construcción del “común”
 - 3.5.3 Subjetividades diversas: parámetros destacables del estado de la opinión pública
 - 3.5.4 Cambios de Gobierno: ¿época de cambios o cambio de época?

4 – ESTADO DE SITUACIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD 104

- 4.1 El camino recorrido: paradigmas, políticas públicas y resultados
 - 4.1.1 Paradigmas cambiantes en la historia de la salud: miasma, germen, riesgos
 - 4.1.2 Determinantes sociales en salud: propuestas, debates e incidencias
 - 4.1.3 Metas y resultados en el marco de los ODM: promedios y situaciones concretas
 - 4.1.4 Un Balance provisional: avances conceptuales e inercias operativas a encarar
 - 4.1.5 El ODS 3: enfoques sustantivos, metas a cumplir e indicadores a monitorear
 - 4.1.6 Primer quinquenio: avances, retrocesos y asignaturas pendientes [2015 – 2020]
- 4.2 La salud en perspectiva: funciones, sistemas, recursos y políticas
 - 4.2.1 Funciones esenciales de la salud pública: entre los deseos y las realidades
 - 4.2.2 Sistemas de salud: navegando entre lo público, lo privado y los modelos mixtos
 - 4.2.3 Recursos e inversiones en salud: algunos datos sobre los países andinos
 - 4.2.4 Políticas públicas de salud: entre las reformas de mercado y las de derechos
- 4.3 Valoraciones diversas sobre las desigualdades sociales en salud
 - 4.3.1 Las desigualdades sociales de la salud en los planes nacionales de desarrollo: ¿ignorancia o invisibilidad?
 - 4.3.2 Las desigualdades sociales de la salud en las políticas nacionales de salud: ¿relevancia o simple decorado?
 - 4.3.3 Las desigualdades sociales de la salud en los presupuestos nacionales: ¿invisibilidad lógica o deliberada?
 - 4.3.4 Las desigualdades sociales de la salud en las evaluaciones de los avances en la Agenda 2030: ¿imposible?
- 4.4 Incidencia de las lógicas políticas e ideológicas en políticas públicas de salud
 - 4.4.1 ¿A quién [o a quiénes] beneficia la inversión pública en salud?
 - 4.4.2 Entre el Estado y el mercado: grupos de poder y asignación de recursos
- 4.5 Perspectivas y desafíos por encarar con el horizonte del 2030
 - 4.5.1 Marco demográfico general y esperanza de vida al nacer
 - 4.5.2 Mortalidad infantil y materna: promedios auspiciosos, diferencias indignantes
 - 4.5.3 Impacto del COVID-19: contagios, letalidad, respuestas concretadas y desafíos
- 4.6 Desigualdades sociales en salud: qué sabemos y qué no sabemos
 - 4.6.1 Tableros de indicadores por países disponibles: una visión de conjunto
 - 4.6.2 Salud, demografía y desigualdades: género y generaciones como prioridades
 - 4.6.3 Salud, territorios y desigualdades: hábitat, etnias/razas y discapacidades

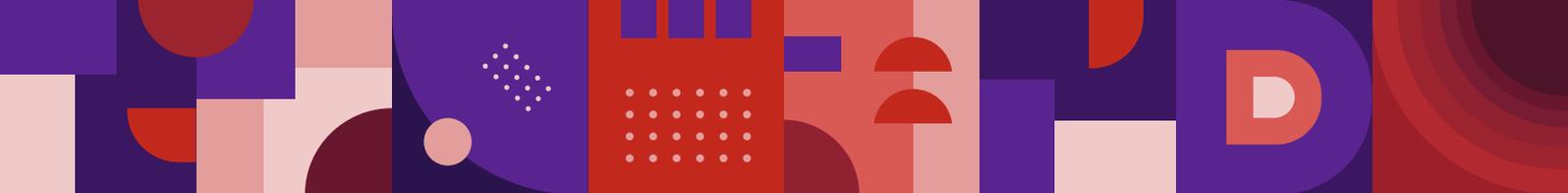


| | |
|---|------------|
| 5 – DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD: PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS | 163 |
| 5.1 Interacciones básicas: de círculos viciosos a círculos virtuosos | |
| 5.1.1 Igualdad y equidad: hacia la construcción de sociedades empáticas | |
| 5.1.2 Políticas públicas: Estado y mercado en una perspectiva humanista | |
| 5.1.3 El futuro del trabajo y los trabajos del futuro como desafíos centrales | |
| 5.1.4 Protección social universal: centralidad, articulación, pertinencia | |
| 5.2 Agenda 2030: los objetivos de desarrollo sostenible como desafío | |
| 5.2.1 El panorama de América Latina y el Caribe en el análisis de la CEPAL | |
| 5.3 Midiendo desigualdades en salud: potencialidades y limitaciones | |
| 5.3.1 Principales fuentes de datos: censos, encuestas y registros administrativos | |
| 5.3.2 Observatorios en salud: sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación | |
| 5.3.3 Telesalud, salud electrónica: limitaciones del presente, posibilidades del futuro | |
| 5.4 Bases para el diseño de un plan de acción regional | |
| 5.4.1 Principales fundamentos para el combate a las desigualdades sociales en salud | |
| 5.4.2 Enfrentando las desigualdades sociales en salud: principales fundamentos | |
| 5.4.3 El sistema de monitoreo y evaluación por construir centrado en procesos y resultados | |
| 5.5 Herramientas disponibles: avances, limitaciones y desafíos | |
| 5.5.1 Análisis de situación de salud: diseños pertinentes versus prácticas inconsistentes | |
| 5.5.2 Percepciones subjetivas: ¿satisfacción de usuarios o participación ciudadana? | |
| 5.5.3 Salud electrónica: fundamentos sólidos versus prácticas limitadas | |
| 5.6 Midiendo desigualdades efectivamente: estudios innovadores para replicar | |
| 5.7 Plan operativo anual institucionalización de la Línea de base Desigualdades Sociales en Salud | |
| ANEXOS | 199 |
| ANEXO 1. UN SET MÍNIMO DE INDICADORES A UTILIZAR COMO PUNTO DE PARTIDA | 199 |
| ANEXO 2: METAS, INDICADORES Y AÑO BASE DEL OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 3 | 123 |
| Indicadores ODS-3 Bolivia | |
| Indicadores ODS-3 Chile | |
| Indicadores ODS-3 Colombia | |
| Indicadores ODS-3 Ecuador | |
| Indicadores ODS-3 Perú | |
| Indicadores ODS-3 Venezuela | |
| Propuesta equipo de Bolivia: Promoción de la medicina tradicional y la salud intercultural | |
| REFERENCIAS | 231 |



Índice de Tablas

- Tabla 1.** Objetivo de desarrollo sostenible 3: metas e indicadores
- Tabla 2.** Región Andina: tasas anuales de crecimiento económico (PIB) 2010 – 2022
- Tabla 3.** Región Andina: producto interno bruto por habitante 2000 – 2020
- Tabla 4.** Región Andina: población bajo la Línea de pobreza según clima educacional del hogar [%]
- Tabla 5.** Región Andina: tasas de desocupación general y por sexo 2010 – 2020
- Tabla 6.** Región Andina: distribución del ingreso per cápita de los hogares 2000 – 2019
- Tabla 7.** Región Andina: índice de desarrollo humano 1990 – 2019
- Tabla 8.** Región Andina: índice de desarrollo humano 2019 por componentes
- Tabla 9.** Región Andina: índice de desarrollo humano ajustado por desigualdad 2019
- Tabla 10.** Región Andina: índice de desarrollo de género 2019
- Tabla 11.** Región Andina: índice de desigualdad de género 2019
- Tabla 12.** Región Andina: población total por países 1990 – 2030 [en miles]
- Tabla 13.** Región Andina: población urbana y rural 1980 – 2020
- Tabla 14.** Región Andina: magnitud de la pobreza 2000 – 2019 según área geográfica
- Tabla 15.** Región Andina: incidencia de pobreza extrema y pobreza, según sexo del jefe de hogar 2000 – 2019
- Tabla 16.** Región Andina: tasas de participación en la actividad económica por sexo y grupos de edad
- Tabla 17.** Región Andina: tasas de participación en la actividad económica por sexo y grupos de edad
- Tabla 18.** Región Andina: relación de ingresos medios de las mujeres respecto del ingreso medio de los hombres entre 2000 y 2019 por grupos de edad
- Tabla 19.** Región Andina: población afrodescendiente [en miles] según último censo y proyecciones a 2020
- Tabla 20.** Incidencia de la pobreza según condición étnico-racial, alrededor de 2018
- Tabla 21.** Incidencia de la pobreza según condición étnico-racial y área geográfica, alrededor de 2018
- Tabla 22.** Incidencia de la pobreza según condición étnico-racial y género, alrededor de 2018
- Tabla 23.** Incidencia de la pobreza por condición étnico-racial y estrato de ingreso per cápita, circa 2018
- Tabla 24.** Personas de 25 años y más que no completaron la enseñanza secundaria y que no estudian, por condición étnico – racial y estrato de ingreso per cápita de los hogares, alrededor de 2018
- Tabla 25.** Población activa de 15 años y más, que no está afiliada o no cotiza en un sistema de pensiones, por condición étnico-racial y estrato de ingreso per cápita de los hogares, alrededor de 2018
- Tabla 26.** Proporción de la población que vive en hogares con disponibilidad de agua potable, por condición étnico-racial y zona de residencia, alrededor de 2018
- Tabla 27.** Proporción de la población que vive en hogares sin acceso a sistemas de alcantarillado, por condición étnico-racial y zona de residencia, alrededor de 2018
- Tabla 28.** Porcentaje de población de 15 años y más con acceso a internet en el hogar, por condición étnico-racial alrededor de 2018
- Tabla 29.** Región Andina: afiliación o cotización de los ocupados a los sistemas de pensiones 2010 – 2019
- Tabla 30.** Región Andina: afiliación o cotización de los ocupados a los sistemas de salud 2010 – 2019
- Tabla 31.** Condiciones para el malestar social
- Tabla 32.** Región Andina: personas que declaran que su ingreso no les alcanza para cubrir satisfactoriamente sus necesidades [en porcentajes]
- Tabla 33.** Región Andina: personas que declaran que la distribución de ingreso en su país es injusta o muy injusta [en porcentajes]
- Tabla 34.** Personas que declaran que el país es gobernado por unos cuantos grupos poderosos en su propio beneficio o para bien de todo el pueblo [en porcentajes]



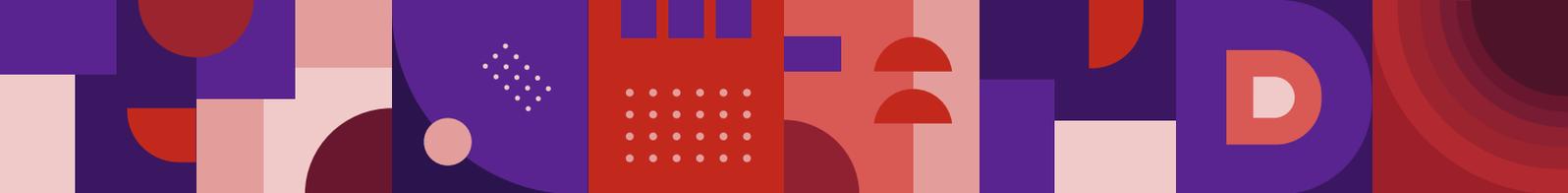
- Tabla 35.** Confianza de las personas de 18 años y más en instituciones seleccionadas (2009 – 2018)
- Tabla 36.** Región Andina: porcentaje de encuestados que piensa que el acceso a estos servicios es injusto
- Tabla 37.** Región Andina: porcentaje de encuestados que piensa que estos derechos y oportunidades no están garantizados
- Tabla 38.** Personas de América Latina y el Caribe que esperan que a sus hijos les vaya mejor, peor o igual que a ellos, por grupo de ingresos percibidos (en porcentajes)
- Tabla 39.** Región Andina: población dispuesta a tener un Gobierno no democrático y a que se controlen medios de comunicación
- Tabla 40.** Actitudes hacia la democracia en la región Andina 2020
- Tabla 41.** Balance democrático en la región Andina 2020
- Tabla 42.** Nivel de cumplimiento de las metas fijadas en los ODM en las Américas
- Tabla 43.** Región Andina: gasto en salud con respecto al PIB y su composición [público / privado] 2018
- Tabla 44.** Región Andina: gasto en salud con respecto al PIB según fuentes de ingreso 2018
- Tabla 45.** Región Andina: recursos humanos en salud, alrededor de 2017
- Tabla 46.** Región Andina: factores ambientales y de riesgo en salud [% alrededor de 2017]
- Tabla 47.** Región Andina: esperanza de vida al nacer al 2000 y al 2017 por sexo
- Tabla 48.** Esperanza de vida al nacer en los seis países andinos 1990 – 2030
- Tabla 49.** COVID-19 en la región Andina [datos acumulados al 14 de abril de 2022]
- Tabla 50.** Vacunas contra COVID-19 en los países andinos
- Tabla 51.** Resumen de indicadores del Informe Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020
- Tabla 52.** Posibilidades de lograr las metas previstas en los ODS, según escenarios
- Tabla 53.** Consultas de medicina tradicional en establecimientos de salud

Índice de Cuadros

- Cuadro 1.** Tablero de indicadores sobre salud en América Latina y el Caribe de la OCDE
- Cuadro 2.** Desagregación desigualdades múltiples
- Cuadro 3.** Los mecanismos de la desigualdad y su dinámica interactiva
- Cuadro 4.** Medidas fiscales adoptadas para enfrentar el COVID-19
- Cuadro 5.** Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública
- Cuadro 6.** Principales resultados y problemas de las reformas sectoriales en salud de las décadas de 1980 y 1990 en los países de América Latina y el Caribe
- Cuadro 7.** Planes nacionales de desarrollo en los países andinos
- Cuadro 8.** Políticas nacionales de salud en los países andinos
- Cuadro 9.** Presupuestos nacionales en los países andinos
- Cuadro 10.** Políticas nacionales de salud en los países andinos
- Cuadro 11.** Información oficial sobre COVID-19 por países en la región Andina
- Cuadro 12.** Revoluciones industriales y desarrollo tecnológico: siglos XVIII a XXI

Índice de Gráficos

- Gráfico 1.** Crecimiento económico general y per cápita en los seis países de la región Andina 1990 – 2020
- Gráfico 2.** Pobreza y pobreza extrema en los seis países de la región Andina 2000 – 2019 [%]
- Gráfico 3.** Matrícula de educación primaria y secundaria en los seis Países de la región Andina [%]



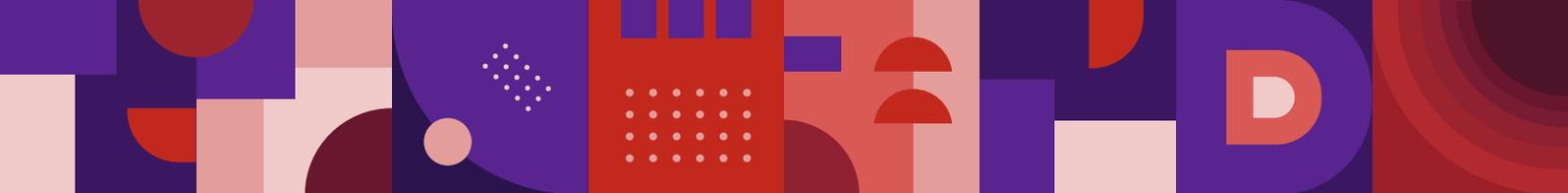
- Gráfico 4.** Tasas de desempleo en los seis países de la región Andina 1980 – 2019 [%]
- Gráfico 5.** Deuda externa de los seis países de la región Andina 1990 – 2020 [% del PIB]
- Gráfico 6.** Inversión extranjera en los seis países de la región Andina [millones de dólares] 1990-2020
- Gráfico 7.** Deuda del Gobierno central de los seis países de la región Andina 1994 – 2020 [% del PIB]
- Gráfico 8.** Ingresos y gastos del Gobierno central de los seis países de la región Andina 1990 – 2020
- Gráfico 9.** Pirámides poblacionales 2020 de los seis países de la región Andina [%]
- Gráfico 10.** Tasas de mortalidad infantil en los seis países de la región Andina 1969 – 2019 [%]
- Gráfico 11.** Mortalidad infantil según factores socioeconómicos y geográficos
- Gráfico 12.** Mortalidad infantil por 1000 nacimientos vivos
- Gráfico 13.** Mortalidad materna en América Latina y el Caribe
- Gráfico 14.** Curvas nuevos casos diarios confirmados de COVID-19 por millón de personas de la región Andina [12 de abril de 2022]
- Gráfico 15.** Fuentes de datos para el monitoreo de las desigualdades en salud
- Gráfico 16.** Determinantes sociales de la salud e inequidades en salud, según la OPS
- Gráfico 17.** Determinantes sociales de la salud
- Gráfico 18.** Ubicando la equidad en el corazón de la salud, según la OPS
- Gráfico 19.** Flujograma del monitoreo de las desigualdades en la salud
- Gráfico 21.** Parto institucional realizado por parteras tradicionales en Bolivia

Índice de Mapas

- Mapa 1.** El mapa de la desigualdad
- Mapa 2.** Tasas de homicidios en América Latina y el Caribe en 2020

SIGLAS Y ABREVIATURAS

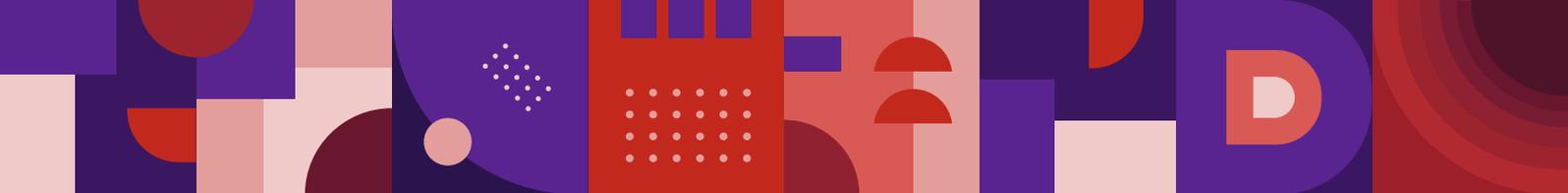
| | |
|-------------|---|
| ACNUR | Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados |
| AGNU | Asamblea General de las Naciones Unidas |
| ALC | América Latina y el Caribe |
| AOD | Asistencia Oficial para el Desarrollo |
| APS | Atención Primaria de Salud |
| ASIS | Análisis de Situación Integral de Salud |
| AWID | Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| CDSS | Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud |
| CELAC | Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños |
| CELADE | Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas |
| CIDH | Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA |
| CIDDM | Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías |
| CIF | Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud |
| CIPPEC | Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento |
| CONEVAL | Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social |
| DUDH | Declaración Universal de los Derechos Humanos |
| DSS | Determinantes Sociales de la Salud |
| EBS | Escala de Bienestar Subjetivo |
| ELB | Estudio de Línea Base |
| ESU | Encuestas de Satisfacción de Usuarios |
| FESP | Funciones Esenciales de la Salud Pública |
| FMI | Fondo Monetario Internacional |
| FPAN | Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sustentable |
| IDG | Índice de Desarrollo de Género |
| IDH | Índice de Desarrollo Humano |
| IDRH | Informe Regional de Desarrollo Humano |
| ILGA | Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex |
| INEC | Instituto Nacional de Estadística y Censos |
| INV | Informe Nacional Voluntario |
| INS | Instituto Nacional de Salud |
| IVA | Impuesto sobre el Valor Agregado |
| LAC | Latinoamérica y el Caribe |
| LB | Línea de Base |
| Mesa Andina | Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| MVCS | Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento |
| NNA | Niños, Niñas y Adolescentes |
| OEA | Organización de los Estados Americanos |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |



| | |
|------------|--|
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| ONS | Observatorio Nacional de Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| ORAS-CONHU | Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue |
| PDSP | Plan Decenal de Salud Pública |
| PIB | Producto Bruto Interno |
| PMD | Planes Municipales de Desarrollo |
| PND | Planes Nacionales de Desarrollo |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PRD | Planes Regionales de Desarrollo |
| PYME | Pequeñas y Medianas Empresas |
| RSI | Reglamento Sanitario Internacional |
| TIC | Tecnologías de la información y comunicación |
| TPFT | Tasa de Participación en la Fuerza de Trabajo |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas [por su sigla en inglés] |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [por sus siglas en inglés] |

A group of people, seen from behind, with their hands raised in a crowd. The image is overlaid with a purple gradient and a white rectangular frame. The word "PRESENTACIÓN" is written in white, bold, uppercase letters inside the frame.

PRESENTACIÓN



PRESENTACIÓN

El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue tiene como visión avanzar significativamente en el ejercicio efectivo del derecho a la salud de su población. La misión que rige su razón de ser y acciones consiste en: armonizar, articular e implementar las decisiones en materia de salud a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para combatir las desigualdades e inequidades en salud.

Precisamente, sobre las acciones para hacer frente a las desigualdades en salud, en la Resolución REMSAA XXXIX/547 del 11 de junio de 2021, los ministros de salud resolvieron: 1] Aprobar la conformación de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud, que propicie la creación de un sistema de monitoreo regional, con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales de salud y la incidencia en políticas públicas, para alcanzar las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Como consecuencia esperada de dicha resolución, en agosto de 2021, se instaló la Mesa Andina con delegados de los ministerios de Salud de los seis países andinos [Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela], el equipo del ORAS-CONHU, el Programa Subregional para América del Sur y asesores regionales de OPS/OMS. Posteriormente, se integraron la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, así como la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza de Perú.

El problema de las desigualdades en salud constituye una prioridad, dado que la distribución desigual de los recursos sociales, económicos y de poder, vulnera derechos y deniega la posibilidad de que las personas desarrollen sus capacidades para alcanzar una vida plena de dignidad, bienestar y salud. Las desigualdades se producen y sostienen socialmente a través de muchos mecanismos de desigualdad [explotación, exclusión, jerarquización, entre otros], no obstante, como afirma el sociólogo Therborn [2015]: todo análisis exhaustivo de la desigualdad debe atender a los modos posibles de superarla. De hecho, para cada mecanismo de desigualdad existe el correspondiente mecanismo de igualdad.

En conclusión, el presente informe sintetiza los resultados del trabajo colectivo de la Mesa Andina, integra lo realizado [hasta el momento] tanto en el análisis conceptual [desigualdades múltiples], contextual y estado situacional, así como datos de avance de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 a nivel nacional y, un set mínimo de indicadores a utilizar como punto de partida. Es mucho el trabajo por delante para lograr tener evidencia científica social de las desigualdades en salud.

Como se he manifestado implícitamente, la meta central de la Mesa Andina reside en la elaboración de una línea de base para, a partir de allí, propiciar un sistema de monitoreo regional con información desagregada, en coherencia con el enfoque de desigualdades múltiples. El propósito es alcanzar las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, centradas en una salud como derecho con justicia social y ambiental para todas las personas, es esencial mejorar el trabajo intersectorial y la incidencia en políticas públicas, con base en evidencia científica relativa a las desigualdades.

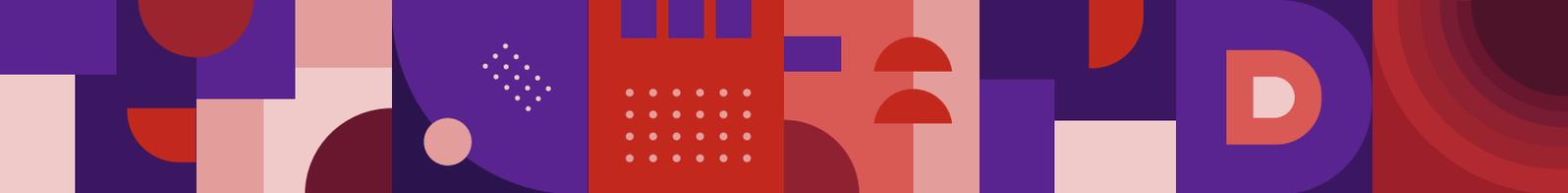
Dra. María del Carmen Calle Dávila

Secretaría Ejecutiva

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue



INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue [ORAS-CONHU] fue constituido por decisión de los ministros de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela en diciembre de 1971. En sus 50 años de existencia mantiene su composición y ha logrado posicionar la salud como eje estratégico de integración andina, gracias a que los Ministerios de Salud se han integrado para sumar esfuerzos y capacidades para enfrentar problemas comunes, como el principio básico de que la salud es un derecho humano y social, fundamental.

La Reunión de los ministros y las ministras de Salud del Área Andina [REMSAA] es la instancia de máxima autoridad. La Secretaría Ejecutiva, con sede en Lima [Perú], tiene como función la ejecución de los mandatos de la REMSAA y el desarrollo de políticas y planes andinos, coordina las actividades con 17 Comités Andinos, 3 Subcomités, siete Grupos de Trabajo, una Red y una Mesa Andina, cada uno constituido por delegados de los Ministerios de Salud de los seis países andinos. Asimismo, mantiene relaciones de cooperación y articulación con otras entidades y organizaciones socias.

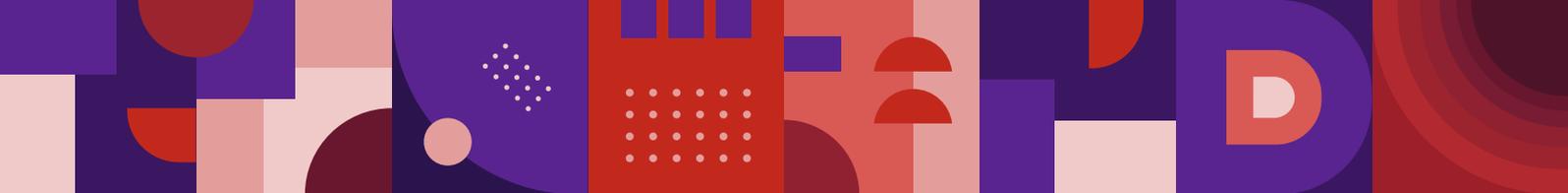
Con miras a la REMSAA de abril de 2022, se publica así el primer informe de Línea de base de desigualdades en salud, surgido de la reflexión originada en el ORAS-CONHU con motivo de la pandemia ocasionada por el coronavirus SARS-CoV-2 [COVID19], un suceso que puso en evidencia la correlación entre las desigualdades sociales y la salud, y que impulsó la creación de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades Sociales de la Salud [en adelante Mesa Andina], y cuyo primer objetivo consiste en la elaboración de una línea de base sobre desigualdades sociales de la salud.

El año 2020 será considerado por los historiadores del futuro como una fecha paradigmática en la historia de la humanidad. La pandemia de COVID19 paralizó el planeta y generó una de las peores crisis globales de las que se tenga memoria colectiva, estableciendo lo que muchos consideran como un cambio de época. Entre otras cosas la pandemia puso en evidencia la crisis de la soberanía sanitaria de los Estados nacionales, ya que insumos básicos para la atención de urgencias médicas en una pandemia como respiradores artificiales, disponibilidad de oxígeno y camas de cuidados intensivos, se convirtieron en bienes escasos en muchos países, incluidos los pertenecientes a la región de América Latina.

A su vez, el tipo de integración económica difundida en la globalización desde los años noventa, centrada en la libre circulación de bienes y servicios y hasta de mercado común, se ha tornado limitado y se ha puesto de relieve la cooperación mutua entre los Estados, dadas las dificultades para mantener soberanía sanitaria. Se precisa, entonces, de una mayor necesidad de integración social para resolver problemas de riesgos comunes, como el de la pandemia, que no se quedan en las fronteras nacionales. Todo el proceso vinculado con las vacunas contra la COVID-19 es una muestra al respecto, pero hay más.

En la apertura de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2021, en el 76º período de sesiones de la Asamblea General, el Secretario General lo expuso en su discurso ante jefes de Estado y de Gobierno de todo el planeta: “... el mundo tiene que salir de su letargo... Las divisiones geopolíticas están socavando la cooperación internacional y limitando la capacidad del Consejo de Seguridad para tomar las decisiones necesarias.” [Naciones Unidas, 2021].

Los países de América Latina y el Caribe, en general, y los que forman parte de la región Andina, en particular, se ubican, para bien o para mal, en medio de esta “tormenta perfecta”. En línea con las palabras del Secretario General, la situación de estos países se caracteriza por crisis en la economía, sistemas de protección social precarios y democracias frágiles. Ante estas circunstancias, resulta evidente la necesidad de fortalecer la integración social regional.



En este marco, el ORAS-CONHU trabaja intensamente en la articulación de esfuerzos en el plano regional, para fortalecer la gestión pública en el campo de la salud y avanzar con justicia social y ambiental, en la garantía del derecho a la salud de la población. Para ello, se han impulsado diversas iniciativas, entre las que se ubica el desafío de encarar las desigualdades sociales en salud -objeto central de este informe- que, con los efectos devastadores de la COVID-19, se han multiplicado y se han hecho más visibles [e intolerables] que nunca antes. La Resolución XXXIX/547 del 11 de junio de 2021, aprobada en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina [REMSAA], establece el marco de trabajo correspondiente:

1. Aprobar la conformación de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud, que propicie la creación de un sistema de monitoreo regional con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales de salud y la incidencia en políticas públicas, para alcanzar las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
2. Encargar a la Secretaría del ORAS-CONHU, para que junto con los Puntos Focales designados por cada Ministerio de Salud Andino, el apoyo de la OPS/OMS, otros organismos internacionales y organizaciones sociales, articule el desarrollo de un proceso participativo de conformación y fortalecimiento de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud.

En consecuencia, la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU, con una Consultoría a cargo de Ernesto Rodríguez¹, ha llevado a cabo un trabajo colectivo con los miembros de la Mesa Andina, cuya primera versión se presenta aquí y constituye el presente informe, el cual consta de cinco partes: [i] marco de referencia, [ii] marco conceptual, [iii] marco contextual, [iv] marco situacional y desafíos, [v] perspectivas futuras, con dos anexos: un set mínimo de indicadores a utilizar como punto de partida y las metas e indicadores del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 [ODS 3] de los países andinos. Son estos los fundamentos para un sistema de monitoreo regional, que enfrente de manera decidida las desigualdades sociales en salud.

En términos conceptuales, se asume la existencia de “desigualdades múltiples” y no solamente las desigualdades de ingresos, sino -además y fundamentalmente- las desigualdades de género, generacionales, étnicas y raciales, territoriales, vinculadas con la movilidad humana y otras de similar relevancia. En términos contextuales, se describe la actual situación signada por economías en crisis, sistemas de protección precarios y democracias frágiles. Respecto al marco situacional, se presenta un análisis del estado actual del sector salud [aspectos institucionales, presupuestales y operativos correspondientes] y se formula una propuesta de trabajo para enfrentar la crisis, con el cometido de “no dejar a nadie atrás”.

Para su redacción, se ha realizado una revisión sistemática de una amplia y calificada literatura especializada, así como el desarrollo de reuniones quincenales de trabajo con los delegados de la Mesa Andina y expertos. El respaldo permanente de la Mesa Andina [delegados de los seis países y organizaciones socias], de la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU ha sido fundamental a lo largo de todo el camino recorrido.

Como se ha mencionado atrás, se tiene como referencia central el ODS 3 y, también, las propuestas de la Comisión Económica para la América Latina [CEPAL], centradas en una “*recuperación transformadora, para la inclusión y la sostenibilidad*” que, a su vez, se alinean claramente con la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 “La equidad, el corazón de la salud” y, por supuesto, la misión y visión del ORAS-CONHU: “*combatir las desigualdades e inequidades en salud y avanzar en el ejercicio efectivo del derecho a la salud*”.

¹ Sociólogo, director del Centro Latinoamericano sobre Juventud creado en 1986. Lleva más de 40 años trabajando como investigador y docente en diseño y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos de educación, empleo, salud, prevención de la violencia y desarrollo social, focalizados en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con perspectiva de género, perspectiva generacional y perspectiva étnica, en todos los países de América Latina. Fue director del Instituto Nacional de la Juventud de Uruguay y presidente de la Organización Iberoamericana de la Juventud; trabaja como consultor internacional de las Naciones Unidas y es especialista en “sociología de las edades”, procurando dotar a todas las políticas públicas de “perspectiva generacional”.



1 | MARCO DE REFERENCIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

1 – MARCO DE REFERENCIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

El tratamiento de temas tan complejos y controversiales como los que se analizan en este informe, implica asumir algunas opciones teóricas, sustantivas, metodológicas y operativas, que importa explicitar en aras de la transparencia y el compromiso. Por ello, en este primer capítulo explicitamos las opciones asumidas.

1.1 Qué entendemos por Línea de base y cómo construirla

Construir una línea de base implica asumir que estamos ante una tarea caracterizada de modos diversos, que va más allá de la selección de indicadores básicos para su concreción, y que debe incorporar diversos componentes, todos relevantes y que respondan a la finalidad buscada.

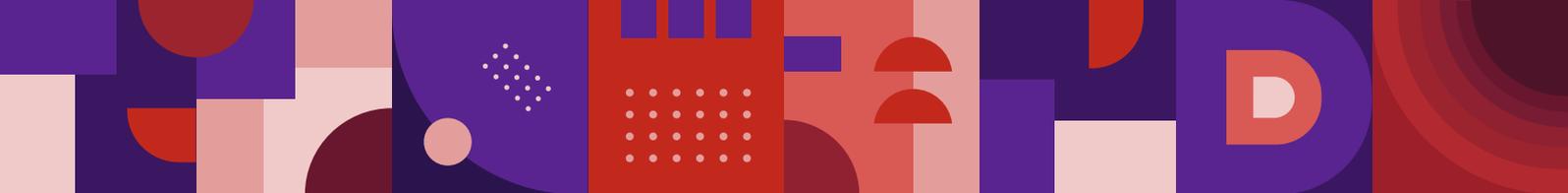
1.1.1 Construcción de Líneas de base: enfoques, debates y consensos existentes

Los diversos enfoques sobre “qué es” y “qué no es” una línea de base, incluyen algunas perspectivas que se concentran en la selección de pocos indicadores representativos, hasta otras que apuestan a la realización de encuestas especiales, aplicadas al comienzo y al cierre al menos de la implementación de las políticas, planes, programas o proyectos correspondientes, incluyendo varias otras perspectivas que se ubican en posiciones intermedias. Pero más allá de la diversidad de enfoques existentes, generalmente, las líneas de base se construyen para tener un punto de referencia inicial, a partir del cual monitorear y evaluar los efectos que se van produciendo sobre la marcha, en el marco de procesos de intervención de las diferentes políticas públicas, en los niveles que correspondan, desde lo micro a lo macro, en estas materias. En dicho marco, suelen distinguirse tres tipos de herramientas para concretar su construcción efectiva: [i] estudios y diagnósticos; [ii] consultas a expertos/as y; [iii] encuestas. Sin duda, se debería trabajar [idealmente] con las tres herramientas, asumiendo que tienen ventajas y desventajas que se deben tener en cuenta, y aceptando que no siempre se pueden concretar todas a la vez.

Delimitado de este modo el punto de partida, la idea fuerza fundamental reside en que la línea de base permite contar con una buena radiografía previa, al comienzo de una intervención que se planifica. Pero, aunque parece simple, no siempre se logra recorrer este camino sin enfrentar dificultades. Sobre ello, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social [CONEVAL] de México, y el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento de Perú [MVCS], identifican tres áreas donde [usualmente] se cometen errores: [i] cuando se formula una línea de base que es igual a alguna de las metas; [ii] cuando se establece una línea de base equivalente a cero y; [iii] cuando no se especifica ninguna línea de base. Evidentemente, hay que extremar los cuidados y evitar estos errores. En ese sentido, la línea de base describe “la situación inicial de la población, así como el cambio que se espera en ella después de que el proyecto se haya iniciado, de modo tal que permita tomar decisiones sustentadas en evidencia” [MVCS, 2020, p. 10].

En definitiva, la línea de base debe permitir responder satisfactoriamente tres grandes preguntas prioritarias: [i] ¿cuál es la situación inicial de la población que va a recibir la intervención?; [ii] ¿qué se debe medir al realizar el monitoreo y la evaluación de la intervención? y; [iii] ¿cuánto se ha avanzado en la consecución de las metas de la intervención?:

El producto de un estudio de línea de base se resume en un conjunto de variables y/o indicadores que se asocian directamente con los objetivos planteados en el diseño de la intervención y los resultados e impactos que se pretende alcanzar, que permitirán contrastar los cambios que se suceden en la



población objetivo de la intervención pública, comparando los cambios frente a una referencia temporal [evaluación antes y después, por ejemplo] o frente a estándares de referencia determinados. [MVCS, 2020, p. 12]

1.1.2 Requisitos mínimos para construir una Línea de base

En general, la elaboración de líneas de base sigue una secuencia de tres fases concretas: [i] etapa preparatoria; [ii] etapa de recolección de información y de trabajo de campo; y [iii] etapa analítica y redacción del informe final. En este marco, importa recordar que la etapa preparatoria incluye, a su vez, tres grandes tipos de tareas: [i] desarrollo y análisis de la teoría de cambio correspondiente a la temática de la intervención pública; [ii] determinación de los objetivos del estudio y el alcance y; [iii] selección de variables y construcción de indicadores [incluye bases de datos, selección de las muestras, y el eventual diseño del cuestionario o conjunto de preguntas a responder]. En particular, en relación con el primero de estos tres puntos, importa tener en cuenta el contrapunto existente entre teoría del cambio, marco lógico y planeamiento estratégico.

De acuerdo con el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento [CIPPEC] de Argentina, la teoría del cambio hace las veces de una guía para el monitoreo y la evaluación: Expone cómo y por qué una política, programa o proyecto logrará los resultados e impactos deseados [...] La teoría del cambio de una política puede definirse como un conjunto de supuestos explícitos y/o implícitos sobre qué acciones son necesarias para resolver un determinado problema y por qué el problema responderá a esas acciones. Intenta desarrollar una explicación sobre cómo funciona esta política y bajo qué circunstancias. [CIPPEC, 2019, p.1]

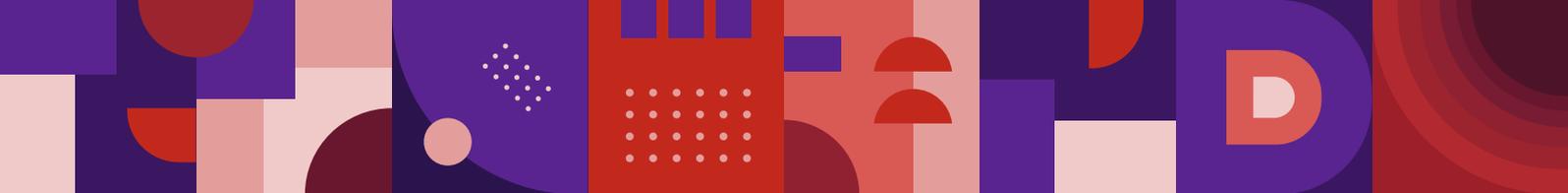
En todo caso, estamos ante una definición amplia, que podría superponerse con otras que se aplican a otras modalidades de trabajo en estas materias, tales como la metodología del “marco lógico” y del “plan estratégico” [ampliamente utilizados].

Por su parte, Martha Farmelo [2014] muestra las diferencias entre teoría del cambio y plan estratégico como aquellas existentes entre teorías explícitas e implícitas de cambio:

Una teoría de cambio -argumenta- es una serie de hipótesis que explica cómo se llegará al cambio que se quiere lograr, incluyendo los vínculos causales y los supuestos entre los resultados de corto, mediano y largo plazo para un proyecto o una organización. Un plan estratégico -por su parte- es un resumen de la misión, la visión, los resultados esperados, las estrategias y las principales actividades de una organización, y la manera en que ellas se relacionan entre sí. [p.4].

1.1.3 De la teoría a la práctica: medición e indicadores

Lógicamente, todo esto se construye sobre la base de la determinación del objetivo y, asimismo, del alcance de la línea de base. El objetivo, siempre será el estudio de la situación inicial de una población, comunidad o grupo organizado antes de iniciar una intervención, mediante variables e indicadores, y que se compararán en un antes/y un después a través del monitoreo y la evaluación. Por su parte, el alcance se definirá con base en la respuesta a tres grandes preguntas: [i] ¿cuáles son los ámbitos geográficos que se considerarán para el estudio? [centros poblados, distritos, provincias, regiones, países]; [ii] ¿cuál es la unidad de análisis? [actor de quien se desea conocer su estado situacional, personas de manera individual, personas agrupadas en asociaciones, o algún tipo de organización comunal y/o personas jurídicas o instituciones] y; [iii] ¿cuál es la dimensión del análisis? [qué características de la unidad de análisis se pretende identificar: sociales, económicas, productivas,



demográficas, tecnológicas, histórico-culturales, políticas, ambientales, entre otras].

En cuanto a las variables, importa recordar que una variable es un atributo o conjunto de atributos o características, que hacen similares y comparables a los individuos o grupos sociales entre sí, como edad, sexo, estado civil, nivel de educación, ocupación, familias con acceso al agua, personas capacitadas, familias que cuentan con vivienda segura, etc. Una variable, como se sabe, puede adoptar diversos valores cuantitativos y cualitativos.

Del mismo modo, importa recordar que un indicador es una medida cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos a través de su comparación, en el tiempo o según lo programado [periodos anteriores, metas o compromisos] y, en particular, que un indicador de desempeño es una comparación de variables o conjunto de características, que permiten verificar los cambios generados por una intervención plasmados en el producto y/o resultado, relativos a la situación inicial o a un proceso de planificación.

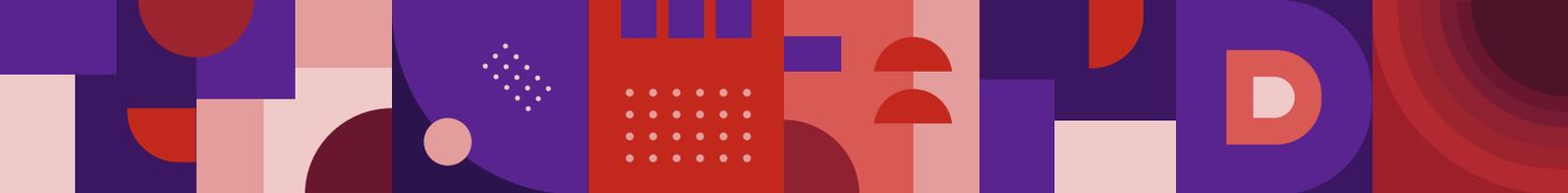
1.1.4 Lo que no se mide no se puede evaluar, pero hay que evitar las simplificaciones

Lo dicho hasta aquí lleva directamente al tema de la “medición”, asociada a las diversas variables seleccionadas para construir una línea de base. Medir, evidentemente, implica contar con indicadores [cuantitativos y cualitativos], asumiendo la complejidad inherente a su propia construcción y recordando que todo indicador tiene [al menos] seis componentes fundamentales: [i] nombre; [ii] fórmula de cálculo; [iii] medios de verificación; [iv] frecuencia de medición; [v] línea de base y; [vi] metas. Como puede apreciarse, hay aquí, al menos, tres elementos relevantes: [i] cada indicador tiene varios componentes [nombre, fórmula de cálculo, etc.]; [ii] los indicadores solo tienen sentido si permiten definir una línea de base [para luego comparar cambios, etc.] y; [iii] están- o deben estar- íntimamente asociados a metas [que puedan contrastarse con la línea de base al evaluar].

En cualquier caso, estas características y elementos sientan las bases para que los indicadores midan el avance en el logro de los objetivos, al mismo tiempo que proporcionan información para monitorear y evaluar los programas, pero el simple cumplimiento de estos elementos no garantiza que se cuente con un indicador de calidad. Por ello, para asegurar un nivel de calidad mínimo en los indicadores, se ha establecido el cumplimiento de, al menos, cuatro características mínimas: [i] claridad [cuando no existen dudas acerca de lo que se busca medir]; [ii] relevancia [aporta información de por lo menos un factor destacado del objetivo asociado]; [iii] monitoreabilidad [la información de sus medios de verificación es precisa e inequívoca] y; [iv] adecuación [aporta información suficiente para emitir un juicio terminal y homogéneo respecto del desempeño del programa].

Estas dinámicas, además, se vinculan directa e indirectamente con el debate -ya clásico- en torno a una de las ideas fuerza de todos los procesos de monitoreo y evaluación conocidos, sintetizado en torno a la frase que afirma que “lo que no se mide no se puede evaluar” o -más positivamente- “lo que se mide se puede mejorar”. Sin duda, es una frase que cuenta con buenos fundamentos, pero a veces se toma con demasiada simplicidad, lo que lleva a que todos estos procesos se queden en la simple elección de indicadores, sin considerar el contexto correspondiente.

En todo caso, lo que importa es no perder de vista que dichos indicadores nunca son neutros y que en torno a los que se seleccionen -de un modo u otro-, siempre existen procesos complejos en los que interactúan diversos actores, cuyas perspectivas están siempre orientadas desde sus particulares miradas e intereses. Por ello, estos indicadores deben -o deberían- estar siempre en línea con los



“mapas de actores”, que se construyan en el marco de cualquier intervención social. En nuestro caso, como sabemos, estamos ante un amplio conjunto de actores que interactúan en el campo de la salud, con sus propias orientaciones y sus particulares intereses.

Todo esto, además, debiera guiarse por las respuestas a algunas preguntas claves: ¿qué tipo de indicadores se deberían seleccionar, por ejemplo, para evaluar las medidas diseñadas e implementadas para enfrentar la pandemia del coronavirus en nuestra región? ¿Con qué teoría del cambio -explícita o implícita- deberíamos trabajar? Las respuestas más inmediatas, seguramente, se centrarían en aquellos más estrictamente sanitarios (cantidad de contagios, etc.), pero a ellos habría que agregar -sin duda-, otros más vinculados con la gestión operativa (cantidad de camas disponibles, etc.) y aún otros más, directamente vinculados con las condiciones de higiene y encierro dispuestas (acceso a agua potable, etc.). Todo esto, incluso, considerando además datos del entorno económico, social, político y cultural, que condicionan significativamente las variables más estrictamente sanitarias, anteriormente mencionadas, y desde luego, la disponibilidad de recursos económicos que permitan hacer frente a este complejo cuadro de situación, en el que actualmente estamos inmersos.

1.2 Datos del contexto: pandemia, recuperación transformadora y equidad

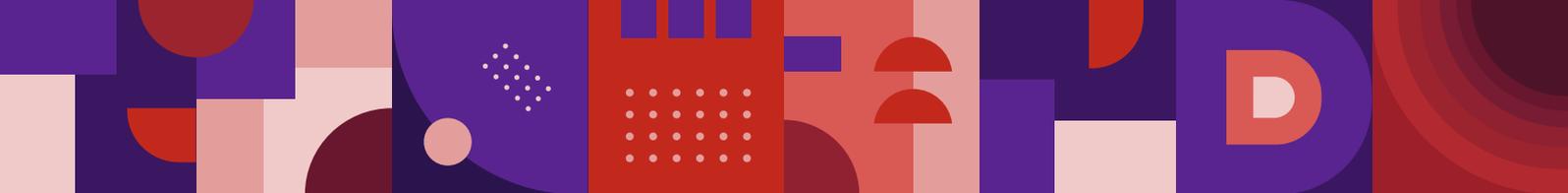
Las políticas públicas centradas en la salud han tenido, últimamente, desafíos de gran relevancia y de una evidente complejidad, especialmente en el marco de la pandemia del COVID-19 que actualmente aqueja al mundo entero. Pero en la mayor parte de los casos, esta pandemia no ha hecho otra cosa que agravar problemas estructurales de larga data, incorporándole componentes nuevos en el marco de la globalización, que hace que lo que suceda en cualquier rincón del planeta, se expanda por todas partes, casi instantáneamente.

1.2.1 La crisis sanitaria y las respuestas brindadas desde el ORAS-CONHU

América Latina en su conjunto y los países de la región Andina en particular, no escapan a este preocupante panorama de crisis, que tiene componentes estrictamente sanitarios, pero también otros vinculados con las dinámicas económicas, sociales, culturales, institucionales y políticas, todos íntimamente interrelacionados. Así, entre los principales dilemas que esta pandemia ha planteado, se destaca claramente el vinculado con las inevitables prioridades que siempre hay que fijar y asumir, en el marco de recursos escasos, entre atender la dinámica económica, los impactos sociales y/o los aspectos estrictamente sanitarios de la misma.

En este marco, el ORAS-CONHU analiza estas particulares dinámicas y las respuestas que se han brindado en los diferentes países de la región, adaptando sus propias dinámicas a las nuevas reglas de juego, que incluyen entre sus principales componentes, las normas de seguridad sanitaria (distanciamiento social, uso de mascarilla, etc.) y que obligan a concentrar una gran parte de las energías y los recursos disponibles en el trabajo virtual, evitando las actividades presenciales, sobre todo cuando estas implican a grandes grupos poblacionales concentrados en lugares cerrados.

Entre sus múltiples actividades de estos dos últimos años de trabajo reconvertido a la virtualidad, se destaca numerosos espacios de encuentro y reflexión colectiva, reuniones mensuales con autoridades nacionales de salud, trabajo continuo con los comités andinos, webinars semanales, conversatorios con expertos, contando con exponentes de primer nivel, tanto en términos de conocimientos como de responsabilidades institucionales, así como la recopilación y sistematización informativa de cuanto se



está haciendo, para encarar los múltiples desafíos que plantea esta compleja pandemia².

Es en este contexto que surge la inquietud por revisar críticamente los impactos de las desigualdades existentes en nuestros países, en el campo específico de la salud, retomando tareas de larga data (en el marco de las acciones conjuntas con la OPS y la OMS) vinculadas con los determinantes sociales de la salud, como variables centrales para asegurar la salud de todas y todos, ahora enmarcadas en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (especialmente en el ODS 3 centrado en salud) bajo la consigna de “No dejar a nadie atrás”.

Para encarar estas importantes tareas analíticas y de reformulación de políticas públicas, se procedió a construir una Línea de base sobre estos temas, y para ello, se conformó la Mesa Andina, con representantes de los Ministerios de Salud de los seis países miembros del ORAS-CONHU (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y otras instituciones (nacionales, regionales e internacionales) afines, para concretar una labor colectiva, que pueda ser asumida como punto de partida para actuar en el futuro inmediato y más allá. Se partió por una caracterización del proceso recorrido en las cuatro últimas décadas, identificando los principales componentes del giro de las acciones centradas en el combate a la pobreza al desafío o “encare” de las desigualdades, se asumió que estamos ante un proceso “relacional”, en cuyo marco no se analiza la exclusión mirando solamente a los excluidos, sino relacionándolos con los no excluidos, y asumiendo dicha relación como un dato central de la realidad a analizar.

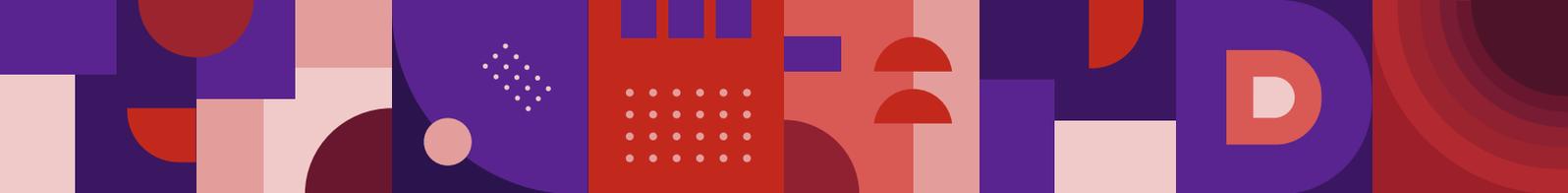
Seguidamente, se procesó un segundo paso, orientado en el pasaje de las acciones centradas en las desigualdades económicas -ampliamente dominantes- a las denominadas “desigualdades múltiples”, asumiendo que son varias y muy diversas, todas relevantes, y que nos imponen la obligación de analizarlas y atenderlas conjuntamente, sin descartar ninguna de ellas, encarando -además-, el complejo dilema planteado (prácticamente siempre y en todas las esferas del desarrollo), entre la pertinencia de los enfoques y el riesgo de la dispersión de esfuerzos que podría desatarse.

El tercer paso se concentró en las diferentes “miradas” ideológicas y políticas sobre estas particulares dinámicas, y en la que se identificaron tres enfoques particularmente dominantes (el enfoque neoliberal, el enfoque neoconservador y el enfoque neodesarrollista). Respecto a dichos enfoques, se asumió que se trata de tres “modelos”, que se concretan en la práctica de modos muy diversos en los diferentes contextos nacionales y locales, y que observan estas “desigualdades múltiples” desde lógicas diferentes y hasta contradictorias, coexistiendo en todos los países de la región, en permanente disputa.

En cuarto lugar, se caracterizaron los principales componentes de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (asumida por todos los países de la región y de la mayor parte del mundo) en estas materias, se procuró caracterizar el marco en el que se desenvuelven estas dinámicas, sobre todo en términos prospectivos, fijando la mirada en esta década (2021-2030), en particular, en cuanto a las grandes metas a lograr, los indicadores con los que se están midiendo los avances correspondientes y las metodologías de evaluación que se están utilizando para concretarlo.

En quinto lugar, se identificaron las principales “desigualdades múltiples” a encarar, como referencia central para la construcción de la línea de base: desigualdades de ingreso, ocupacionales, de

² Véase: ORAS-CONHU. 2021. Informe de gestión. Disponible en: <http://orasconhu.org/>; <https://orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/Informe%20de%20Gesti%C3%B3n%20ORAS%20al%2020%20agosto%202021.pdf>



género, generacionales, étnicas, territoriales, de movilidad humana, de capacidades y ecológicas. En su conjunto, se asumió la pertinencia y la relevancia de contar con un marco teórico que permita visualizarlas articuladamente, interactuando unas con otras y generando impactos múltiples (de muy variada índole) en las personas y las comunidades.

Finalmente, se pasó revista a las relaciones existentes entre desigualdades múltiples y políticas públicas, vinculando las dinámicas estrictamente programáticas, con los procesos sociales y políticos más amplios [se incluyó el análisis de los diferentes “malestares” existentes y las protestas que estos generan], y con la pertinencia de poder contar con respuestas a futuro, centradas en transformaciones estructurales para construir modelos de desarrollo inclusivos y sostenibles, asumiendo que la pandemia afecta de modos muy diversos a los diferentes grupos poblacionales.

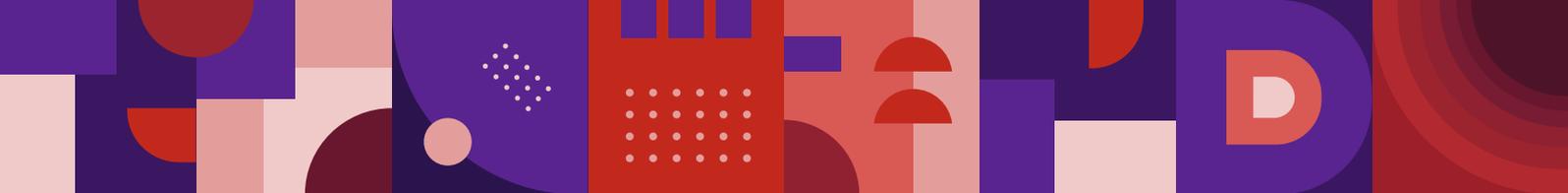
1.2.2 Una recuperación transformadora, con igualdad y sostenibilidad

Como ya se destacó, hemos asumido las propuestas más generales de la CEPAL en relación con la Agenda 2030, aprobada en el seno de las Naciones Unidas en 2015, explicitadas originalmente en el informe presentado a los gobiernos de la región en octubre de 2020, que tiene un título muy pertinente en los tiempos que corren: “Construir un Nuevo Futuro”, y con esa mirada es que se propone impulsar una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad. Dicho de otro modo, no cualquier recuperación, sino una basada en la igualdad y la sostenibilidad, que todos nuestros países están evaluando de un modo u otro. El punto de partida del informe está claramente establecido. La pandemia ha evidenciado problemas estructurales que América Latina y el Caribe enfrentan desde hace décadas: lento crecimiento, estructura productiva heterogénea y poco diversificada, elevados niveles de informalidad y desprotección, desigualdades sociales y asimetrías globales. La región se encuentra ante un cambio de época que entraña procesos de transformación estructural inciertos, largos y complejos, que revolucionan la base tecnológica, la manera de producir, distribuir, habitar, consumir, acumular, pensar y convivir [CEPAL, 2020].

El desafío por encarar, también, está pertinentemente caracterizado, ya que se requiere de un cambio estructural orientado por la sostenibilidad que “sobre la base de objetivos, políticas y metas sociales, sectoriales y ambientales, permita articular las políticas y coordinar las inversiones” [CEPAL, 2020, p. 211]. A su vez, dado que las respuestas son siempre decisiones políticas, tomadas a partir de opciones diferentes de política pública, las que en este marco se formulan asumen el paradigma del desarrollo humano, y se proponen para articular las respuestas de corto y mediano plazo.

Enfrentar este cambio de época requiere de políticas públicas para inducir y propiciar el cambio estructural, pues frecuentemente los mercados no dan las señales que lleven a un cambio orgánico progresivo y, no solucionan los problemas de coordinación cuando la viabilidad de una inversión depende de otras inversiones complementarias. De ahí la propuesta de este documento de un gran impulso para la sostenibilidad que, sobre la base de objetivos, políticas y metas sociales, sectoriales y ambientales, permita articular las políticas y coordinar las inversiones.

En medio de la fragmentación económica, social, política y cultural, actualmente vigente en casi todos los países de la región [con las especificidades nacionales y locales correspondientes], lo central -nos dice la CEPAL- sería asumir la urgencia de concretar pactos sociales amplios, que fomenten sinergias básicas y, para ello, se requerirá mucha madurez y buena voluntad de parte del conjunto de los actores implicados. En este marco, la reformulación de las políticas públicas debe ser impulsada decididamente en lo inmediato, con la mirada puesta en el horizonte del 2030. Esto requeriría un gran protagonismo de los gobiernos [tanto a nivel nacional como subnacional] en el impulso de iniciativas



concretas al respecto, comenzando por el diseño de una estrategia holística para la incidencia en la agenda pública y, en dicho marco, convocando a la formulación de pactos [acuerdos básicos entre todos los actores involucrados en estos dominios], que deberían construirse sobre la base de respuestas concretas para los principales problemas de esta coyuntura de crisis y, simultáneamente, el diseño de propuestas para el mediano plazo, renovando enfoques y estrategias para estar más a tono con los desafíos a enfrentar.

1.2.3 Diagnósticos regionales disponibles: coincidencias y divergencias

Conjuntamente -o en paralelo- con estos aportes de la CEPAL, se han conocido otros dos documentos centrados en las mismas temáticas, generados desde el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), la academia, entre otros, que estudiamos en la Mesa Andina y que se expusieron en las primeras versiones de los documentos de trabajo, en la presente versión se mencionan algunos de estos estudios.

El BID ha centrado la entrega 2020 de su Informe Macroeconómico de América Latina y el Caribe en el tema de la desigualdad, en tanto que el PNUD centró su último Informe Regional de Desarrollo Humano (IDH) en las mismas temáticas. A través de su revisión comparada pueden encontrarse importantes coincidencias, así como también algunas diferencias o matices. El informe del BID comienza con una frase por demás elocuente, subrayando la problemática de la desigualdad:

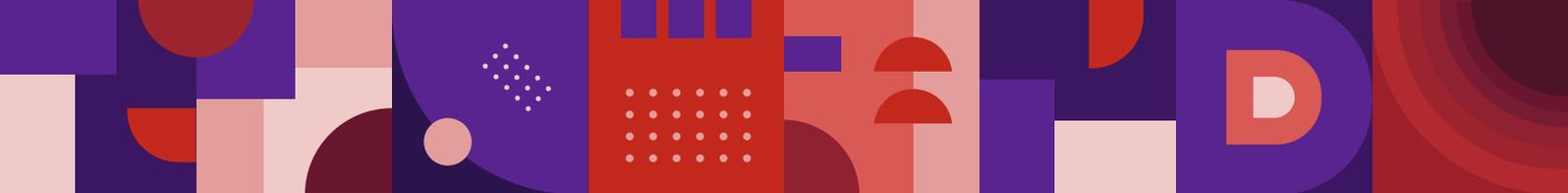
Las sociedades de América Latina y el Caribe empezaron a practicar el distanciamiento social mucho antes de que la pandemia del coronavirus llegara a poner a prueba su resistencia y a exponer sus vulnerabilidades. Se trata de un distanciamiento social causado por la extrema desigualdad en la región, que socava la fe de los ciudadanos en el bien común y amplía la brecha entre ricos y pobres [BID, 2020, p.23].

De igual forma se pronuncia el PNUD, resaltando el contraste entre alta desigualdad y bajo crecimiento, y en lo que denomina “trampa de desarrollo”:

América Latina y el Caribe (ALC) se encuentra en una trampa de desarrollo. A pesar de décadas de progreso, mucho del cual podría desaparecer con la pandemia de COVID-19, dos características de la región se han mantenido en gran medida inalteradas: la alta desigualdad y el bajo crecimiento. Estos dos factores están cercanamente relacionados e interactúan entre sí para crear una trampa de la que la región no ha podido escapar. [PNUD; 2020, p.2]

Asimismo, hay diagnósticos similares respecto a la involución de este último bienio, ya que en el informe del PNUD se destaca la poca movilidad educativa intergeneracional:

Las múltiples crisis de la pandemia del COVID-19 han pesado más sobre los que ya se habían quedado atrás, exacerbando aún más las desigualdades a lo largo de 2020 y 2021 [...] Los impactos desiguales de la pandemia sobre los estudiantes son unos de los más preocupantes en relación con las tendencias de desigualdad a largo plazo. Los cambios hacia métodos remotos de enseñanza y aprendizaje han estado marcados por las disparidades preexistentes en el acceso a herramientas tecnológicas y académicas en el hogar, así como por disparidades en el apoyo al aprendizaje por parte de las madres y los padres, incluidas las disparidades en sus niveles educativos. Antes de la pandemia del COVID-19, América Latina [AL] ya era la región con menor movilidad educativa intergeneracional. Después de considerar el progreso de la expansión educativa a lo largo del tiempo, gracias al cual las cohortes más jóvenes tienen más



escolaridad que las antiguas, el nivel de escolaridad de las personas adultas en AL sigue estando fuertemente determinado por el nivel de escolaridad de las madres y los padres. Es probable que el COVID-19 refuerce aún más este patrón. [PNUD, 2020, p.5]

Mientras que el informe del BID enfatiza en las desigualdades en el curso de vida:

Las desigualdades comienzan temprano en la vida y se hacen más grandes durante la infancia y la adolescencia, dando a los niños de distintos orígenes oportunidades diferentes para crecer y desarrollarse. Los pobres y las clases medias bajas viven en vecindarios diferentes, asisten a escuelas diferentes y visitan clínicas diferentes. [BID, 2020, p. 23]

¿Cómo percibe todas estas dinámicas la propia población? El informe del BID aporta “percepciones subjetivas” relevantes en términos de justicia social:

En primer lugar, la gente es muy consciente de lo desigual que es la región actualmente, muy alejada de la distribución deseada del ingreso. Esto va acompañado de percepciones generalizadas de injusticia, no solo en la distribución del ingreso sino también en el acceso a los servicios públicos y con respecto a las garantías legales. [BID, 2020, p.7]

1.2.4 Considerando a la equidad como el corazón de la salud

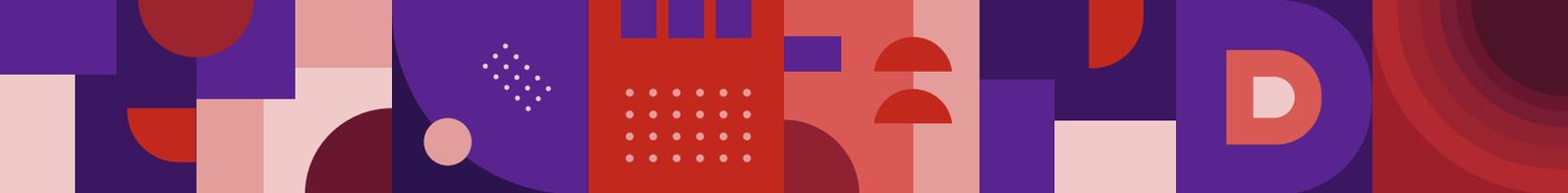
Por su parte, la OPS ha propuesto ubicar a la equidad como el corazón de la salud, en su Plan Estratégico 2020-2025, considerado como el principal instrumento para ejecutar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 [ASSA 2030]:

Bajo el tema La equidad, el corazón de la salud, este plan procura catalizar los esfuerzos en los Estados Miembros para reducir las inequidades en materia de salud entre los países y los territorios y dentro de ellos, a fin de mejorar los resultados en materia de salud. En el plan se señalan medidas específicas para abordar la desigualdad en la salud, incluidas las recomendadas por la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, y se sigue la orientación de la Comisión de Alto Nivel para la Salud Universal. El enfoque que se adopta en este plan para abordar los determinantes de la salud incluye cuatro temas transversales clave: la equidad, el género, la etnicidad y los derechos humanos. [OPS, 2020, p. IX]

El Plan establece la persistencia de desigualdades en salud en la región, y como corolario de dichas constataciones, se asume que los desafíos se tornan mayores “dada la baja capacidad de los servicios de salud y por la falta de datos desglosados sistemáticos para llevar a cabo el seguimiento y poner de manifiesto las disparidades” [OPS, 2020, p. 9].

Lo dicho se basa, por cierto, en evaluaciones colectivas realizadas respecto al camino recorrido en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio [ODM] entre 2000 y 2015, destacándose que no es adecuado tener solo metas con promedios nacionales, y que es esencial establecer metas específicas para los grupos clave afectados [definidos según su lugar de residencia, raza, etnicidad, ocupación, género, sexo, edad, educación o situación socioeconómica, así como por nivel subnacional] y para recopilar, analizar y usar datos desglosados a fin de abordar las inequidades [OPS, 2020].

En su conjunto, entonces, el marco de referencia en el que se formula esta Línea de base nos ubica en el complejo cuadro de crisis estructural en el que se encuentra la región [agravada por la pandemia del COVID-19], considera pertinente la propuesta formulada por la CEPAL [aprobada por los gobiernos



de la región), centrada en la recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad para la construcción de un nuevo futuro, asume el compromiso formulado por la OPS de considerar a la equidad como el corazón de la salud y, por supuesto, el mandato de los ministros de salud de la región Andina para “propiciar la creación de un sistema de monitoreo regional con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales de salud” [ORAS-CONHU. Resolución REMSAA XXXIX/547 de 2021].

1.3 Principales componentes: crisis, malestar social y respuestas en curso

La desigualdad social se entiende como la distribución desigual de los recursos sociales y económicos, incluidos el poder y el prestigio en una sociedad. La desigualdad conspira contra el desarrollo de los países, imposibilita la erradicación de la pobreza, el ejercicio pleno de los derechos y debilita la democracia. El costo de la desigualdad es muy alto no solo para quien la vive, sino para la sociedad en general. Las causas fundamentales de las desigualdades y la “mala salud” están en la sociedad [Rivera y Feo, 2021].

Las desigualdades en salud se identifican con las diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico o cultural; y también, son injustas, puesto que se generan a través de situaciones inaceptables que se deben y pueden evitar. La desigualdad en salud afecta sobre todo a los grupos más oprimidos y explotados de la sociedad, y tiene un importante componente geográfico, ya que estas clases sociales viven muchas veces en barrios “marginados” y sufren una explotación, exclusión y opresión social múltiple: tienen menos recursos económicos, menos poder político, peor atención sanitaria y servicios sociales, están más expuestos a factores de riesgo dañinos para la salud, ya sean estos de tipo social, laboral, o ambiental. Sin embargo, es importante también señalar que el conjunto de la sociedad se ve afectada por la desigualdad social en salud [Benach y Muntaner, 2008].

La Línea de base se construyó considerando este marco y sobre tres pilares fundamentales: [i] el marco conceptual; [ii] el marco contextual y; [iii] el marco situacional.

1.3.1 Las desigualdades múltiples como desafío prioritario

En términos conceptuales [profundizamos este análisis en el capítulo 2] partimos de una afirmación categórica de Göran Therborn [2015]: “la desigualdad mata”. En efecto, las desigualdades impactan devastadoramente en las personas, en las comunidades y en las sociedades en su conjunto, en muy diversas esferas. Therborn distingue tres tipos de desigualdad [vital, existencial y de recursos], una clasificación con fronteras difusas e interrelaciones diversas, pero resulta útil porque los avances o retrocesos en estas formas de desigualdad pueden ser de magnitud y hasta de signo diferentes. El Recuadro 1, ofrece la descripción correspondiente y permite valorar la relevancia y la pertinencia de estas fecundas consideraciones sobre estos temas.

Por lo dicho, parece evidente que más que las pobreza, el gran problema a enfrentar en nuestra región es el que gira alrededor de las desigualdades [ambas en plural, dada la gran variedad de pobreza y desigualdades existentes]. En ambos casos, por cierto, se han diseñado diversas modalidades para caracterizar y tratar de “medir” de la mejor manera posible ambas situaciones. Así, hemos llegado a ciertos consensos respecto al concepto de “pobreza multidimensional” y del mismo modo, hemos estado avanzando hasta llegar a la construcción de otro concepto clave: desigualdades múltiples. Y al mismo tiempo, lo hemos vinculado a otros dos conceptos claves: multidimensionalidad y multisectorialidad.

Recuadro 1. Desigualdad vital, existencial y de ingresos en la óptica de Göran Therborn

La desigualdad vital tiene que ver sobre todo con aspectos como la nutrición o la salubridad de las condiciones ambientales, esfera en la cual los efectos principales de las desigualdades se manifiestan en indicadores como la esperanza de vida o el desarrollo corporal. En este campo, los avances han sido notorios [aunque desiguales] en casi todo el mundo, salvo excepciones relevantes. Hoy por hoy, la esperanza de vida es la más alta de la historia de la humanidad y otro tanto puede decirse de indicadores similares, tales como los vinculados con la mortalidad y la morbilidad humanas. Pero esto está, como se sabe, muy desigualmente distribuido entre grupos sociales, lo que no siempre se toma en cuenta en la medida y del modo en que debería asumirse como desafío.

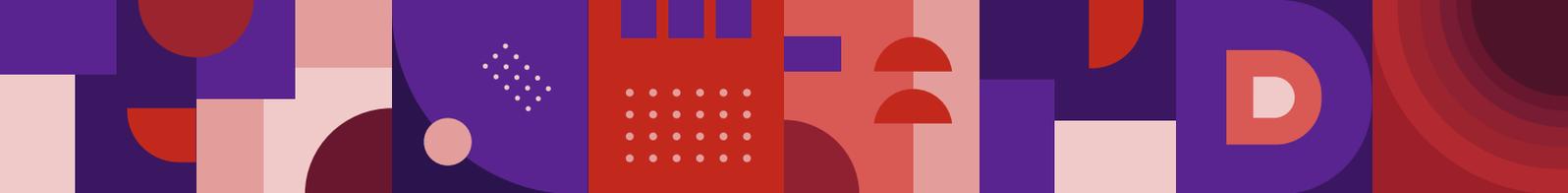
Por su parte, la desigualdad existencial, asociada a los seres humanos como personas, tiene que ver con aspectos de autonomía, respeto y libertad y tiene una multitud de manifestaciones:

[...] el confinamiento de las mujeres, sometidas por el patriarcado y el sexismo; los pueblos colonizados; la explotación de las clases bajas por las altas; los pueblos indígenas; los emigrantes y las minorías étnicas gobernadas por Herrenvölker [razas dominantes]; las personas con discapacidades o lesiones permanentes o simplemente los indigentes tiranizados por los funcionarios de los albergues y por las autoridades socio-médicas paternalistas; los homosexuales encerrados en el armario por heterosexuales intolerantes; y las castas 'contaminadas', que ocupan los peldaños más bajos en la mayor parte de las jerarquías, pisoteados por las castas superiores.

También en este caso, Therborn se manifiesta optimista “el avance en la igualdad existencial en el mundo es uno de los grandes triunfos del último siglo, aunque esté lejos de completarse y no sea irreversible en todos los lugares”, y plantea una pregunta crucial: “¿cuál es el motivo de que, hasta ahora, la tendencia hacia la igualdad existencial se haya mantenido, pero no haya ocurrido lo mismo con la encaminada a la igualdad de los recursos? Una diferencia básica entre ambas” -explica- “es que la segunda es un juego en el que uno gana y el otro pierde y la primera no necesariamente es así [...]. La igualdad existencial no cambia por sí misma las ventajosas condiciones de vida de los potentados, a menos que sean unos sádicos”.

El tercer tipo de desigualdad, por su parte, se refiere a la desigualdad de recursos, en donde la desigualdad económica -y en particular de la renta- es el aspecto que ha generado más debates y estudios, pero no es el único importante. Un recurso esencial, enfatiza Therborn, es el acceso o no a la educación formal y la calidad de esta, pero también el apoyo de los padres, las desigualdades culturales, y las relaciones y contactos sociales. Por ello, insiste en cuestionar los “promedios” nacionales, desconociendo las múltiples desigualdades existentes dentro de los diferentes países [entre territorios, entre clases sociales, entre grupos étnicos, entre géneros y generaciones, etc.] .

En dicho marco, hemos identificado -al menos- nueve clases de desigualdades relevantes: [i] desigualdades de ingreso, [b] ocupacionales, [c] de género, [d] generacionales, [e] territoriales, [f] étnicas y raciales, [g] vinculadas con la movilidad humana, [h] en materia de capacidades y, [i] ecológicas. En su conjunto, estamos ante un amplio y complejo grupo [“multidimensional”] de desigualdades que interactúan entre sí constantemente y que, además, son acumulativas, esto es, se pueden presentar [y, de hecho se presentan] simultáneamente en una misma persona [o un conjunto de ellas, que comparten un mismo perfil] agravando aún más las desigualdades particulares consideradas por separado, sin establecer las correspondientes conexiones e interacciones [esto se presenta en el capítulo 2].



Complementariamente, en nuestros debates hemos rescatado otro concepto de gran relevancia, trabajado sobre todo desde las perspectivas feministas: la “interseccionalidad”. También en este caso, se han desplegado importantes y complejos debates, entre quienes consideran que esta perspectiva puede distraer la atención respecto a los objetivos centrales de los movimientos feministas, y quienes sostienen que -precisamente- solo a través de este enfoque se pueden lograr dichos objetivos, pero para todas las mujeres y no solo para algunas de ellas, todo lo cual, incide en el desarrollo de las dinámicas internas y externas de estos “nuevos” movimientos sociales, al tiempo que explican el sentido y la relevancia de consignas centradas en la “unidad”.

1.3.2 Economías devastadas, protección social en crisis y democracias frágiles

En términos contextuales [profundizamos estos temas en el capítulo 3] los informes de la CEPAL en relación con la dinámica económica y social de América Latina y el Caribe, muestran que los impactos de la pandemia en el crecimiento económico y el desarrollo social han sido devastadores. Así, mientras que la economía mundial retrocedió en 2020 en un - 3.2 %, nuestra región retrocedió en un - 6.8 %, siendo la más afectada de todas [las economías desarrolladas retrocedieron un - 4.6 %, y las emergentes lo hicieron en torno al - 2 %]. Esto tuvo, naturalmente, fuertes impactos en el empleo, una esfera en la cual América Latina y el Caribe volvieron a mostrar los peores indicadores. Mientras en el promedio mundial el retroceso se ubicó en el - 3.5 %, nuestra región retrocedió casi tres veces más, en - 9.0 % [las economías desarrolladas lo hicieron en torno a - 3.7 %]:

La crisis social continúa pese a la reactivación económica, con tasas de desocupación y niveles de pobreza y pobreza extrema mayores a los observados antes de la pandemia de COVID-19. En 2021, la tasa de pobreza extrema habría alcanzado el 13,8% y la de pobreza llegaría al 32,1% [...] Pese a la recuperación económica experimentada en 2021, los niveles relativos y absolutos estimados de pobreza y de pobreza extrema se han mantenido por encima de los registrados en 2019, lo que refleja la continuación de la crisis social. La crisis también ha puesto en evidencia la vulnerabilidad en que vive buena parte de la población en los estratos de ingresos medios, caracterizados por bajos niveles de cotización a la protección social contributiva y muy baja cobertura de la protección social no contributiva [CEPAL, 2022, p. 14].

Asimismo, la crisis ha impactado en la distribución de los ingresos. Así, mientras que en el período 2002-2008 el Índice de Gini registró una disminución de las desigualdades del - 1.2 % y en el período 2008-2014 hizo otro tanto [- 1.0 %], la reducción fue menor entre 2014 y 2019 [- 0.4 %] y cambió de signo en 2019-2020 [+ 0.7 %], tendencia que seguramente continuó durante 2021.

En términos de estratificación social los retrocesos han sido, lógicamente, muy marcados [...] evidentemente, las limitaciones de los sistemas de protección social vigentes en los diferentes países de la región, acotados en su cobertura, precarios en la calidad de los servicios que se prestan y segmentados desde el punto de vista operativo, todo lo cual ha reforzado las desigualdades sociales preexistentes, en todos los niveles. Esto, sin duda, ha sido particularmente visible en el campo de la salud, como resultado de la combinación de los crecientes desafíos generados por la pandemia y las limitaciones de los sistemas institucionales, las prácticas operativas y los financiamientos vigentes al respecto.

1.3.3 Malestar social y respuestas a la crisis

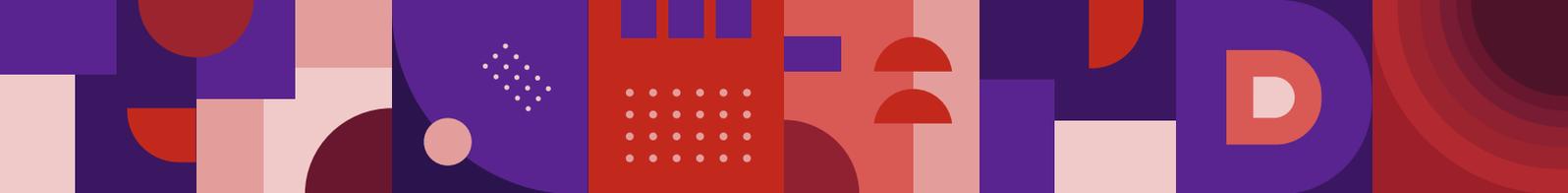
En términos situacionales, por su parte [estos temas se analizan con más profundidad en el capítulo 4] teniendo en cuenta los componentes más estructurales de la crisis [no restringiendo el análisis al último bienio, sesgado por el impacto de la pandemia], los procesos políticos y los estudios especializados disponibles han mostrado reiteradamente el creciente malestar social existente, prácticamente en todos los países de la región, específicamente entre las mujeres y los jóvenes, dos sectores particularmente afectados por la crisis y en gran medida protagonistas centrales de las diversas manifestaciones públicas de dicho malestar, visible en la irrupción de diversos movimientos sociales en las calles, incluyendo también a pueblos originarios y comunidades campesinas.

Aunque en diversas medidas y a través de diversas modalidades, estas expresiones públicas del malestar existente se han visto reflejadas incluso en materia electoral, esfera en la cual prácticamente todos los gobiernos vigentes [independientemente de sus orientaciones políticas] han sido severamente castigados y apartados de sus funciones. La creciente fragilidad democrática actualmente vigente, agrega más elementos preocupantes a un panorama de por sí grave, desde todo punto de vista. Esto ha mostrado también las evaluaciones mayoritariamente negativas de la población, en relación con el encare de la pandemia desde la dinámica de las diferentes políticas públicas, lo que tiene sin duda fundamentos claros, si se tiene en cuenta que [como fruto de lo imprevisto de esta crisis pandémica], las respuestas brindadas hasta el momento han sido en general limitadas.

Los resultados obtenidos han sido dispares, pero al parecer, los impactos devastadores del COVID-19 se hicieron sentir, sobre todo, en aquellos países con sistemas de protección social más precarios, afectando más a los pobres, a los excluidos y a quienes generaban ingresos desde la dinámica de las economías informales. Se agigantaron los problemas en los hogares y en las familias [como resultado del confinamiento obligado por las circunstancias], sobre todo en relación a las violencias, a la desigual distribución de las cargas vinculadas con el cuidado [que recayeron masivamente en las mujeres], y la crisis impactó diferenciadamente en términos generacionales, afectando [en términos de mortalidad] más a las personas mayores, y más a las personas jóvenes en lo relativo a su socialización colectiva [básica en términos de construcción de identidades].

En el proceso, se fueron identificando con más precisión, también, a los ganadores [y no solo a los perdedores], destacándose el caso de los grandes laboratorios y de las grandes empresas transnacionales de la comunicación, en la medida en que todas las esperanzas de algún tipo de recuperación de la normalidad previa, pasaron a centrarse en la eficacia de las vacunas y en la transformación masiva de la dinámica de nuestras sociedades al mundo virtual, en todos los niveles, pero, fundamentalmente, en la educación, el trabajo, la salud y hasta la seguridad. A la fecha [abril de 2022], las apuestas están centradas en la vacunación masiva, y a su vez, la presencia de nuevas variantes torna esencial las vacunas de refuerzo, las medidas de prevención no farmacológicas, así como en el retorno a una “nueva normalidad” que combine presencialidad y virtualidad. Una pregunta clave en relación con todo este proceso de convivencia con la pandemia, es la relacionada con el pago de los costos que esta conlleva, terreno en el que la mayor parte de las respuestas han estado concentradas en ampliar, significativamente, el endeudamiento externo de los países de la región.

El panorama regional en el campo de la salud nos muestra avances y limitaciones relevantes. Así, mientras que algunos datos “duros” han mostrado mejorías sustanciales [como la esperanza de vida al nacer, las tasas de mortalidad y morbilidad, entre otras], esto se ha procesado muy desigualmente y se ha visto limitado por otros datos negativos igualmente relevantes [como las discriminaciones



que sufren las mujeres, la población LGTBIQ, las generaciones más jóvenes, los pueblos originarios, la población afrodescendiente y quienes habitan en territorios rurales o en las periferias urbanas. Así, de acuerdo con la CEPAL, se ha constatado un aumento de la brecha de la cobertura en salud:

[...] los datos sobre afiliación o cotización a los sistemas de salud en América Latina muestran que, en 2019, el 40% de las personas ocupadas en el mercado laboral en 13 países de la subregión no estaban aseguradas. Entre 2010 y 2019 la cobertura aumentó 4 puntos porcentuales, con un incremento en todos los deciles de ingresos. No obstante, la brecha entre los deciles de menores y mayores ingresos se mantiene inalterada a lo largo del período en 47 puntos porcentuales, y solo a partir del cuarto decil de ingresos la cobertura es superior al 50% de las personas ocupadas. Al mismo tiempo, se aprecia un leve incremento en la afiliación o cotización a los sistemas de salud en áreas rurales, con la consiguiente reducción de la brecha entre áreas urbanas y rurales, y un incremento de cobertura entre las personas trabajadoras no asalariadas, pese a que más de la mitad de ellas siguen careciendo de cobertura [CEPAL, 2020, p. 125].

1.4 Datos a procesar: ODS 3, indicadores prioritarios y cómo medirlos

El enfoque conceptual de la Agenda 2030 está asentado en la plena vigencia de los Derechos Humanos, en la meta de construir un desarrollo inclusivo y sostenible, en el reconocimiento del valor de las diferencias y de las potencialidades culturales, en la relevancia de la seguridad humana y la convivencia pacífica, en la equidad de género, en la no discriminación por razones de género, raza, edad, religión, opinión política o de cualquier otra índole, en la necesidad imperiosa de combatir las desigualdades de ingreso, y en la pertinencia de políticas públicas activas que definan claramente reglas de juego a los diferentes actores del desarrollo, entre otros principios importantes.

Sin embargo, cuando se pasa al plano de especificar grupos particularmente afectados por las discriminaciones vigentes a todos los niveles, se los trata, apenas, como grupos “vulnerables”, sin establecer vínculos claros y concretos entre su situación específica y las dinámicas estructurales de nuestras sociedades, con lo que se recorta [seguramente, como resultado de las disputas y las negociaciones entre las diversas partes involucradas] el alcance que las mismas podrían tener. En tal sentido, podría hasta establecerse una cierta contradicción, entre los enfoques de riesgo y los enfoques de derecho que interactúan en todos los países del mundo, lo que deja libre la concreción de estos grandes principios a los países, para operar con sus propias definiciones respecto a “cómo” hacerlo.

En todo caso, lo que está detrás de todas estas contradicciones [reales o aparentes] son las relaciones de poder, que rigen el funcionamiento de todas las sociedades del mundo [y en las relaciones internacionales] y que operan con lógicas particulares, más o menos cercanas o lejanas a las necesidades y aspiraciones de la humanidad, y que interactúan permanentemente, en el marco de relaciones más o menos consensuales o conflictivas, dependiendo de las circunstancias particulares de espacio y tiempo correspondientes.

Por otro lado, a pesar de las restricciones existentes en recolección y tratamiento de información [generalmente, se cuenta con mucha información específica sobre grupos poblacionales y áreas del desarrollo, pero sin que se establezcan los correspondientes cruces, asumiendo la existencia de “desigualdades múltiples”], nos ha importado el tratar de contar con un conjunto básico de indicadores, que nos permitan trabajar operativamente en el campo de las desigualdades sociales en salud, partiendo de los establecidos en el ODS 3 y procurando los mejores equilibrios posibles entre lo deseable y lo posible.

1.4.1 El punto de partida: las metas e indicadores del ODS 3 como referencia central

Como puede apreciarse en la siguiente tabla, los 24 indicadores establecidos oficialmente, correspondientes a las 13 metas acordadas, están eminentemente vinculados con enfermedades y hábitos de conducta, que tienen, directa o indirectamente, relación con tasas de mortalidad y morbilidad general, por lo que no se pueden aplicar, sin más, a la medición de las desigualdades sociales en salud. Para poder hacerlo, es preciso tener en cuenta la nota establecida en la documentación oficial, al pie de dicho cuadro, que establece textualmente lo siguiente: “los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible deberían desglosarse, siempre que fuera pertinente, por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características, de conformidad con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales” [ONU. Comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 2015, p. 1]. La clave para nuestros propósitos, por tanto, ha estado y está centrada en ese “desglose” de la información.

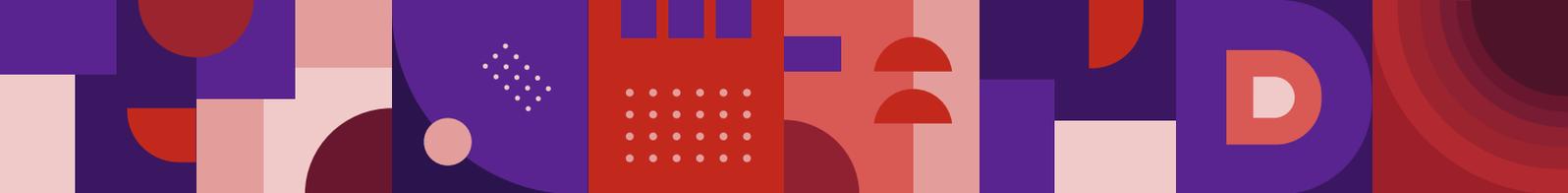
El problema constatado por la Mesa Andina es que, en la mayor parte de los casos, la información que se recoge (y sobre todo la que se difunde o se brinda en acceso abierto) no incluye este tipo de desgloses, con lo cual, hay que ir directamente a las bases de datos y trabajar mancomunadamente con los institutos nacionales de estadística y con los organismos internacionales, que sobre esta base realizan las comparaciones correspondientes entre países. Adicionalmente, aún en los casos en que dicha información está disponible, no se establece sobre la base de indicadores primarios generados con criterios comunes y procesados con los mismos enfoques, por lo que las dificultades prácticas se amplían aún más. A modo de ejemplo, muchos son recogidos sobre la base de encuestas especiales [concentradas en temas y/o sectores poblacionales específicos] sin contar con la “relacionalidad” correspondiente.

Así, por ejemplo, de acuerdo con la revisión realizada, disponemos de estudios sobre población afrodescendiente o de pueblos originarios, pero no de una distribución completa de todo el universo, en términos de raza y etnia, que nos permitan saber en concreto cuantos habitantes censados o encuestados se declaran blancos, afrodescendientes, indígenas, mulatos, mestizos o cualquier otra categorización, que nos permita luego cruzar dichos totales con las otras variables relevantes [ingresos, nivel educativo, tipo de empleo, género, edad, etc.]. En el campo de la salud, en concreto, y aún más específicamente en relación con las desigualdades sociales de la salud, importa desagregar la información con cruces múltiples, que nos permitan comparar en el caso de este ejemplo a la población afro con todas y cada una de las otras categorías, y no solo con la población total o con los “no afros”. De este modo, podríamos disponer de información más precisa y una visión más clara de las desigualdades existentes en general y, no solamente de uno u otro sector poblacional en relación con el conjunto del universo.

Lo dicho requeriría de procesamientos estadísticos adicionales a los actualmente disponibles, por parte de los Institutos Nacionales de Estadística con base en las definiciones teórico-conceptuales que aquí se están exponiendo, por lo que esta sería la tarea prioritaria por desplegar en la segunda etapa de nuestro trabajo colectivo (en 2022 y años siguientes), más allá de los avances parciales que se puedan ir procesando en el marco de esta primera etapa.

Tabla 1. Objetivo de desarrollo sostenible 3: metas e indicadores

| Metas | Indicadores |
|---|--|
| 3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 x 100.000 nacidos vivos. | 3.1.1 Tasa de mortalidad materna. 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. |
| 3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años. | 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal. |
| 3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. | 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados. 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes. 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes. 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes. 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas. |
| 3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental. | 3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, al cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas. 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio. |
| 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. | 3.5.1 Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas. 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol. |
| 3.6 De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo. | 3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico. |
| 3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación. | 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes por cada 1.000 mujeres de ese grupo. |
| 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas de calidad para todos. | 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos). 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares. |



| | |
|--|---|
| <p>3.9 De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación de aire, agua y suelo.</p> | <p>3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente. 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene. 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias.</p> |
| <p>3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.</p> | <p>3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad [edades ajustadas].</p> |
| <p>3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo, y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles.</p> | <p>3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional. 3.b.2 Total neto de AOD destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica. 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible.</p> |
| <p>3.c Aumentar la financiación de la salud y del personal sanitario en los países en desarrollo.</p> | <p>3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario.</p> |
| <p>3.d Reforzar la capacidad de todos los países en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud.</p> | <p>3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud.</p> |

Fuente: ONU. Labor de la Comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible A/RES/71/313. New York. Véase el anexo 2: Metas, indicadores y año base del objetivo de desarrollo sostenible 3 Salud y bienestar en los países andinos.

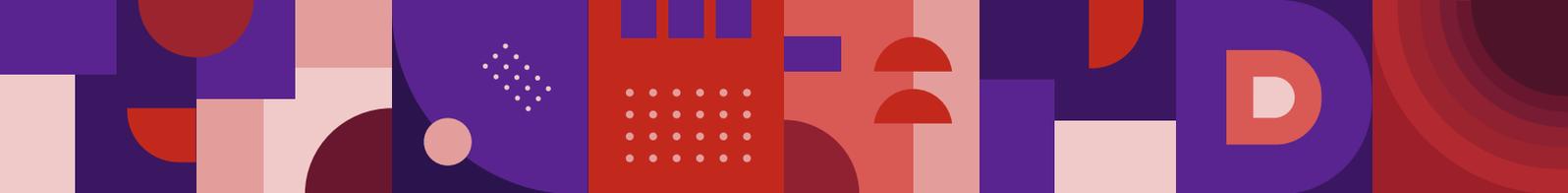
1.4.2 Indicadores necesarios a seleccionar: entre lo deseable y lo posible

Una referencia en estas materias es el Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), donde se sintetiza el cuadro de indicadores (tablero) con el que se trabaja en este campo:

Cuadro 1. Tablero de indicadores sobre salud en América Latina y el Caribe de la OCDE

| Dimensión | Indicador |
|--|---|
| Estado de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida al nacer para mujeres y hombres • Supervivencia hasta los 65 Años para mujeres y hombres • tasa de mortalidad de menores de 5 años |
| Determinantes de la salud | <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo en personas de 15 años y más • Consumo de alcohol (litros per cápita) en personas de 15 años y más • Prevalencia de sobre peso en adultos • Acceso a agua potable básica • Acceso a servicios básicos de saneamiento |
| Cobertura y servicios | <ul style="list-style-type: none"> • Número de camas en hospitales por cada 1.000 habitantes • Médicos por cada 1.000 habitantes • Enfermeros por cada 1.000 habitantes • Psiquiatras por cada 1.000 habitantes • Madres que reciben al menos cuatro visitas prenatales durante el embarazo |
| Protección financiera | <ul style="list-style-type: none"> • Gasto total en salud per cápita • Proporción del gasto total en salud atribuido a los pagos de bolsillo • Proporción de la población que sobregasta en salud • Proporción de la población que cae por debajo de la línea de pobreza debido a gastos de bolsillo en salud |
| Calidad de asistencia | <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina • Cobertura de inmunización contra el sarampión • Indicadores netos de supervivencia a 5 años para el cáncer de mama • Indicadores de supervivencia cruda a 5 años del cáncer cérvico uterino • Indicadores de supervivencia cruda a 5 años para el cáncer de Colon |
| Desigualdades en salud: diferencia entre el quintil más pobre y más rico de la población para: | <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años • Prevalencia de anticoncepción, métodos modernos [% de mujeres 15 a 49 años] • Nacimientos atendidos por personal de salud calificado • Mujeres embarazadas que reciben atención prenatal de al menos 4 visitas • Tratamiento de diarrea [% niños menores de 5 años que recibieron SR0] • Vacunación completa [5 de niños de 15 a 23 meses] |

Fuente: OCDE. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Santiago.



El Informe de la OCDE ofrece información comparada [con base en este “tablero”] de 33 países de América Latina y el Caribe. En cualquier caso, lo más relevante a destacar es que la única forma clara de medición de desigualdades sociales en salud, es la vinculada con niveles de ingreso, lo que se complementa con información por sexo y parcialmente por edades. Esto último es particularmente relevante, en la medida en que la mayor parte de los indicadores utilizados se concentran en la niñez [específicamente en mediciones de mortalidad]. Sumado a ello, no se dispone más que excepcionalmente, de cruces entre niveles de ingreso, por un lado, y sexo y edad por otro. Estos cruces son vitales, para identificar con precisión grupos específicos sobre los que operar desde las políticas públicas, teniendo en cuenta el ciclo de vida grupos de edades y aun, el curso de vida [trayectorias personales a lo largo del ciclo de vida].

Buena parte de la información disponible se procesa, además, diferenciando grandes áreas del territorio, sobre todo distinguiendo áreas urbanas y rurales. Complementariamente, en varios países, la información georreferenciada permite diferenciar algunos indicadores por municipios y por barrios en ciudades medianas y grandes. Todo ello ha permitido avanzar en la comprensión de las múltiples realidades específicas existentes. Sin embargo, estas desagregaciones territoriales solo excepcionalmente se presentan de forma detallada, asumiendo sus propias diversidades de género, generación, raza/etnia, discapacidades y otras variables relevantes. También en este nivel, en el mejor de los casos, se cuenta con información desagregada por niveles de ingreso, por ejemplo, asociando pobreza y exclusión con indicadores específicos de salud, casi siempre concentrados en enfermedades. ¿Cómo viven, por ejemplo, las jóvenes generaciones indígenas sus procesos de hibridación cultural, al dejar transitoriamente sus comunidades originales para ir a estudiar o trabajar a centros poblados más o menos cercanos o lejanos, pero regresando más o menos regularmente a sus lugares de origen? En general, son discriminados en las ciudades por su condición étnica pero también en sus comunidades de origen, por su “desapego” o su cambiante sentido de pertenencia. ¿Cómo se vivencian las relaciones de género o generacionales, con lógicas del entorno tan diferentes?

Otro tema relevante en estas materias es el vinculado con las personas afectadas por diversas discapacidades, el cual sigue sin contar con criterios conceptuales uniformes. Por lo anterior, resulta casi imposible cuantificar y caracterizar este “universo” poblacional, ya que solo se dispone de mediciones parciales y generales [alrededor del 15 % de la población mundial estaría afectada por algún tipo de discapacidad según la OMS, en América Latina y el Caribe existen alrededor de 85 millones de personas discapacitadas, según la OPS] y/o en torno a áreas específicas del desarrollo [condicionantes de la discapacidad en el empleo, la educación, etc.] y/o grupos específicos de población [discapacidad en la niñez, en los adultos mayores, en las comunidades indígenas, etc.]. En otras palabras, estamos ante caracterizaciones de un universo poblacional particular, al que no se lo puede ubicar en el contexto demográfico, social, económico y cultural correspondiente, en términos “relacionales”. Por ello, de dichas caracterizaciones se desprenden propuestas de política pública que tratan de facilitar las condiciones de vida de esta población [accesibilidad, no discriminación, etc.], pero no vinculadas con procesos de integración a la sociedad en su conjunto, interactuando con otros sectores poblacionales en los diferentes espacios comunitarios.

Por todo lo dicho, nos ha resultado evidente que el gran escollo a superar [para medir y caracterizar más y mejor las determinantes y las desigualdades en salud], es el vinculado con la ampliación significativa de los cruces de datos e informaciones disponibles, mejorando sustancialmente las herramientas con las que contamos, ubicando con la mayor precisión posible a las personas y a las familias en sus entornos sociales y culturales, en términos de vida cotidiana. Si la salud es “el estado de completo bienestar” y no solo la “ausencia de enfermedades”, tal como se establece en los consensos

construidos desde la OMS, es imperativo encarar este complejo desafío, desde lo conceptual a lo metodológico e instrumental (Yarza, Sosa y Pérez, 2019) procurando avanzar sustancialmente en estas materias.

1.4.3 Qué medir y cómo: opciones iniciales a ir revisando y ajustando sobre la marcha

A efectos de ir ajustando estos esquemas generales para la construcción de nuestra línea de base, nos propusimos generar un conjunto de variables a medir regularmente, agrupadas en cinco grandes categorías (con sus correspondientes componentes) con indicadores a fijar en cada caso (a ir identificando y/o construyendo colectivamente):

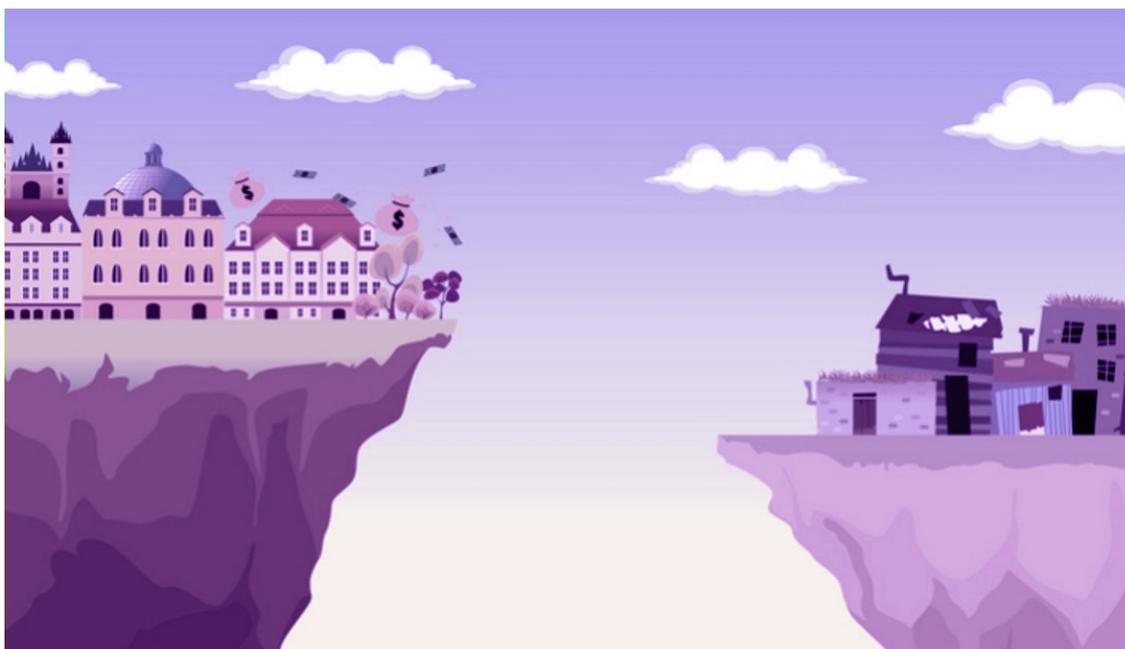
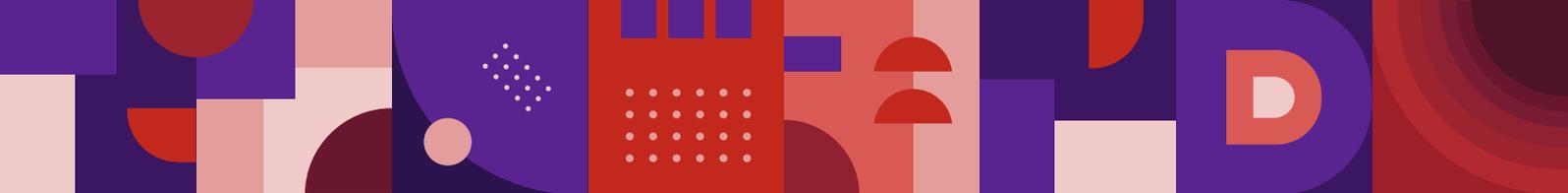
- Oferta (servicios por nivel, acceso por tipo, calidad por nivel)
- Demanda (universo de población, hábitos y modos de vida, enfermedades)
- Problemas (segmentación, áreas no cubiertas, poblaciones no atendidas)
- Resultados (tasas de fecundidad, mortalidad y morbilidad)
- Evaluaciones (percepciones sociales, monitoreo y evaluación, control ciudadano).

En cada caso, se realizaría la desagregación correspondiente incorporando a su vez los cruces prioritarios seleccionados (género, generaciones, etnia/raza y territorio), por ejemplo, desde un esquema de doble entrada como el siguiente:

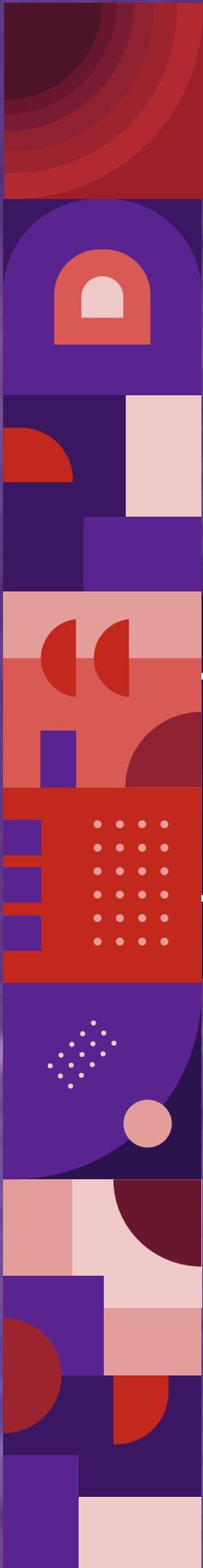
Cuadro 2. Desagregación: desigualdades múltiples

| | Género clasificación | Generaciones clasificación | Etnia/raza clasificación | Territorio clasificación |
|------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Oferta / Demanda / Problemas / Resultados / Evaluaciones | | | |
| Servicios x niveles | | | | |
| • Primaria | | | | |
| • Secundaria | | | | |
| • Terciaria | | | | |
| Acceso a la salud | | | | |
| • Pública | | | | |
| • Privada | | | | |
| • Mixta | | | | |
| Calidad de la atención | | | | |
| • Infraestructura | | | | |
| • Personal de salud | | | | |
| • Calidez humana | | | | |

Fuente: Elaboración Propia. Véase el anexo 1: 1. Un set mínimo de indicadores a utilizar como punto de partida.



Estamos hablando de las temáticas que prioritariamente nos propusimos medir, a efectos de poder monitorear y evaluar las múltiples aristas de las desigualdades sociales en salud, desde una perspectiva teórica que como ya hemos establecido se sustenta en el concepto de “desigualdades múltiples”, que asume la diversidad como un activo y no como un problema. La limitante obvia sería, de nuevo, la no disponibilidad de registros pertinentes en todas las dimensiones propuestas, por lo que durante todo el proceso procuramos ver de qué modo podríamos procesar los ajustes del caso, aunque ello resultó difícil de concretar. Finalmente, en el primer documento de trabajo realizamos aproximaciones generales, fecundas pero parciales, que se exponen más sistemáticamente en el capítulo 5, con este esquema, incluso, mejorado y ajustado para tratar de reflejar más y mejor la realidad sobre la que nos propusimos trabajar activamente.



2

DESIGUALDADES MÚLTIPLES: PERSPECTIVAS DIVERSAS, DESAFÍOS COMPLEJOS



2 – DESIGUALDADES MÚLTIPLES: PERSPECTIVAS DIVERSAS, DESAFÍOS COMPLEJOS

Nuestro punto de partida, en materia de trabajo colectivo, se centró en la caracterización de lo que denominamos “marco conceptual”, fijado en el concepto de “desigualdades múltiples”. Ello nos llevó a revisar la trayectoria de estos enfoques en las últimas décadas, así como la definición de cuáles y cuántas de estas múltiples desigualdades habría que priorizar.

2.1 Desigualdades múltiples: cuántas, cuáles y cómo considerarlas

Si asumimos que estamos ante múltiples desigualdades, importa identificar las más relevantes, procurando caracterizarlas del modo más preciso posible, a efectos de estar en condiciones de encarar respuestas inclusivas y sostenibles, para “no dejar a nadie atrás”.

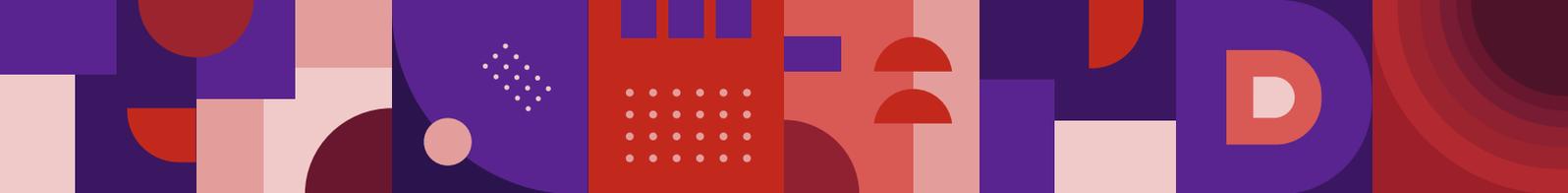
2.1.1 Bases para una posible tipología de las desigualdades

Tal como expone magistralmente François Dubet [2021], “vivimos en un tiempo de pasiones tristes”. Lejos de considerar que todo esto es una “patología”, Dubet trata de comprender el papel de las desigualdades sociales en el despliegue de dichas “pasiones tristes”:

Si antes las grandes diferencias de clase nos permitían pensar nuestro lugar en el mundo [patrones y obreros, empresarios y trabajadores] y sostener luchas políticas o sindicales para dirimir conflictos y negociaciones, hoy las desigualdades se diversifican y se individualizan, transformando profundamente la experiencia que tenemos de ellas y desdibujando los adversarios y las verdaderas causas de los problemas. No duele tanto el 1 % de hiper ricos -una minoría de privilegiados con quienes no interactuamos- sino las múltiples diferencias cotidianas que se expresan en acceso a consumos culturales y esparcimiento, a determinados colegios, barrios, viviendas, empleos, prestaciones de salud o subsidios [...] Por un lado, los grupos afectados por las desigualdades se han multiplicado. Se los define por su actividad profesional, claro está, pero también por status de empleo, edad, generación, sexo, sexualidades, orígenes, pertenencias religiosas, territorios e incluso discapacidades. Por otro lado, los criterios y los bienes a partir de los cuales se perciben las desigualdades se multiplican aún más. Se pueden medir las desigualdades de ingresos, de patrimonio, de consumo, de salud, de acceso a estudios, de prácticas culturales y esparcimientos, de tiempo dedicado a la familia, de movilidad espacial, social o profesional, sin olvidar el riesgo de ser discriminado, el techo de cristal, las desigualdades en materia de seguridad, ambiente natural y humano o felicidad. Y todo ello, sin contar las desigualdades mundiales, que distinguen a las sociedades mismas. [Dubet, 2020, p. 13]

Otro de los grandes especialistas sobre estos temas, al que ya hemos recurrido, es el sueco Goran Therborn [2016], quien, sobre la base de planteos de Amartya Sen y Martha Nussbaum, ofrece una perspectiva complementaria, sosteniendo que

El enfoque de capacidades es la mejor base teórica para los análisis y los combates de las desigualdades, que deben ser vistas como barreras multidimensionales a la igualdad de capacidades humanas necesarias para funcionar en el mundo. Desde este punto de vista, puede decirse que las desigualdades son violaciones a los derechos humanos, ya que impiden el desarrollo humano pleno a miles de millones de seres humanos. [p. 34].



Un Informe especial sobre desarrollo humano recientemente publicado [2022] por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), centrado en “las nuevas amenazas a la seguridad en el Antropoceno”, agrega una nueva dimensión sobresaliente en estas materias, ubicando a las desigualdades sociales en el contexto más amplio de las diversas “pandemias” existentes y a la creciente inseguridad que estas generan en la población. El Informe destaca que antes de la pandemia del COVID-19 se constaban avances importantes en el desarrollo humano, pero que desde su aparición se ha retrocedido significativamente en la materia. En paralelo, se ha comprobado el aumento significativo del sentimiento de inseguridad en la población a escala global y local, lo que a su vez genera importantes interrogantes en lo que atañe a interpretar, de la mejor manera posible, por qué se produce esta brecha entre datos objetivos y sensaciones subjetivas. La respuesta que brinda el Informe es tan simple como relevante:

En el trasfondo de la desconexión entre el desarrollo humano y la seguridad humana se vislumbra la amenaza del Antropoceno, la era de los seres humanos que perturban los procesos planetarios. Los enfoques del desarrollo fuertemente centrados en el crecimiento económico y que prestan una atención mucho menor al desarrollo humano equitativo han producido desigualdades marcadas y crecientes, y cambios planetarios desestabilizadores y peligrosos. [Y agrega:] Además del cambio climático y la mayor frecuencia de brotes de enfermedades vinculados a las presiones planetarias, nos enfrentamos a pérdidas de biodiversidad y a amenazas para ecosistemas clave, desde los bosques tropicales hasta los océanos. Nuestra búsqueda del desarrollo ha descuidado nuestra integración en la naturaleza, lo que ha dado lugar a nuevas amenazas como subproducto del desarrollo: nuevas amenazas para la salud, mayor inseguridad alimentaria y desastres más frecuentes, entre muchas otras. El reconocimiento de que nuestros patrones de desarrollo generan inseguridad humana nos obliga a revisar el concepto de seguridad humana y a entender qué implica para el Antropoceno. [PNUD, 2022, p. 3].

Las evidencias que se destacan en el informe son conocidas, pero no por ello irrelevantes, al contrario:

- a)** El hambre va en aumento (en 2020 afectaba a unos 800 millones de personas, y en la actualidad, unos 2.400 millones sufren inseguridad alimentaria).
- b)** El cambio climático seguirá afectando a los aspectos vitales de las personas (alrededor de 40 millones de ellas, podrían morir en todo el mundo de aquí a finales de siglo, como consecuencia del aumento de la temperatura).
- c)** El número de personas desplazadas por la fuerza se ha duplicado en la última década, alcanzando la cifra sin precedentes de 82,4 millones en 2021.
- d)** Las tecnologías digitales pueden ayudar a hacer frente a muchos de los desafíos del Antropoceno, pero el rápido ritmo de expansión digital viene acompañado de nuevas amenazas que pueden agudizar los problemas actuales relacionados, por ejemplo, con las desigualdades y los conflictos violentos.
- e)** El número de personas afectadas por conflictos está alcanzando máximos históricos (actualmente, 1.2 millones de personas viven en zonas afectadas por conflictos, de las cuales 560 millones no residen en entornos frágiles), lo que refleja la propagación de diferentes formas de violencia.
- f)** Las desigualdades son un ataque a la dignidad humana (las personas LGBTI y de otras minorías sexuales se enfrentan a riesgos particulares de sufrir daños en sociedades donde no se tolera la diversidad).

c

- g) La violencia contra las mujeres y las niñas es una de las formas más crueles de desempoderamiento [las maneras sutiles de violencia y las llamadas microagresiones son formas tan graves de violencia como son la violación y el femicidio].
- h) En lo que respecta a la universalización de los sistemas de atención de la salud, la brecha entre los países con niveles muy altos y bajos del IDH es amplia y está aumentando.

2.1.2 Desigualdades múltiples: varias, diferentes y acumulativas

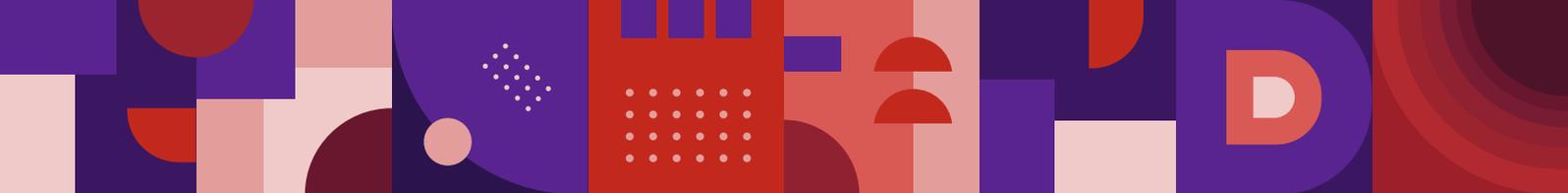
Ahondando en su análisis, Therborn [2015] identifica cuatro mecanismos básicos de la desigualdad y su dinámica interactiva: [i] distanciamiento; [ii] exclusión; [iii] jerarquización y; [iv] explotación. Con ellos, construye el siguiente esquema analítico:

Cuadro 3. Los mecanismos de la desigualdad y su dinámica interactiva

| Mecanismo | Agencia directa | Dinámica sistémica |
|-----------------|---|--|
| Distanciamiento | Ir adelantado/atrasado. Desplazar a otros de la competencia. Psicología social del éxito / fracaso. | Estructuración y normativa de las recompensas. Rendimiento a escala. Estructuración de la información/las oportunidades. |
| Exclusión | Clausura, obstaculización, acaparamiento de oportunidades, discriminación, monopolización. | Admisión limitada de miembros, umbrales de acceso. Acumulación de ventajas. Estigmatización. Derechos de ciudadanía/propiedad. |
| Jerarquización | Supra/subordinación. Relación patrón/cliente. Rebajamiento/deferencia. | Escala organizacional, distancia por estatus / autoridad. Jerarquía de roles familiares. Centro y periferia de sistemas. Jerarquías étnicas/raciales/de género. Generalizaciones de superioridad / inferioridad. |
| Explotación | Extracción. Utilización. Abuso. | Relaciones polarizadas de poder. Dependencia asimétrica. Sistemas tributarios. |

Fuente:Therborn, G. [2015]. Los campos de exterminio de la desigualdad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Lógicamente, Therborn muestra cómo, desde la promoción de la “igualdad”, se pueden y se deben establecer los correspondientes contrarios: [i] aproximación, inclusión, desjerarquización y retribución/ rehabilitación. Esto es significativo para el diseño y la implementación de políticas públicas que se propongan disminuir desigualdades y construir sociedades más igualitarias. Otros aportes, como los de Wilkinson y Piket [2009 y 2019] son de gran relevancia en este sentido. En síntesis, para el contexto latinoamericano, sobre la base de la evidencia acumulada, podrían establecerse las siguientes categorías de análisis, para un observatorio que permita monitorear las desigualdades múltiples aquí esbozadas:

- 
- **Desigualdades de ingreso:** son las más conocidas y más analizadas, sobre todo desde la lógica económica, por lo cual, regularmente se conocen las mediciones que actualizan la distribución de la riqueza, los elevados niveles de concentración de la misma en los más ricos (con la correspondiente pérdida de ingresos en los sectores más vulnerables), contando con índices de fácil construcción altamente legitimados para las mediciones correspondientes (aunque crecientemente cuestionados por sus limitaciones intrínsecas), y también con mecanismos filosóficos, ideológicos y hasta políticos que tratan y logran en buena medida de justificar estas desigualdades, calificándolas de “naturales” y hasta como el fruto del esfuerzo personal de los diferentes sectores poblacionales.
 - **Desigualdades ocupacionales:** asociadas en gran medida a las anteriores, estas dependen en buena parte de las dinámicas económicas. Niveles salariales, condiciones de trabajo, categorías ocupacionales y ramas de actividad (entre otras esferas relevantes), se ven crecientemente desafiadas por cambios estructurales en cuanto a sectores económicos predominantes (en el marco de procesos de ascenso y descenso permanentes), tamaños de empresa, reglas de juego en el campo de la comercialización y un largo etcétera en estas materias, complejizando los cuadros muchos más simples del pasado. En América Latina, en particular, todo esto está atravesado por la dicotomía existente entre el sector “formal” y el sector “informal” de la economía, que funcionan con lógicas diferentes y enfrentan desafíos también diferentes.
 - **Desigualdades de género:** aunque existen desde siempre, estas han logrado visibilizarse notoriamente en las últimas décadas, como resultado, fundamentalmente, de las luchas de los propios movimientos feministas. Pero a pesar de los notorios avances en las condiciones de vida de las mujeres (logrados a través de estrategias pertinentes, tanto en el campo de la denuncia, como en el plano reivindicativo y hasta en la formulación de propuestas alternativas), estas siguen afectadas notoriamente por el denominado “techo de cristal” (ese umbral que no se puede superar, a pesar de los muchos esfuerzos que se realizan), así como por el también denominado “piso de goma” (al que están “pegadas” estructuralmente y del que les cuesta separarse, tanto individual como colectivamente).
 - **Desigualdades generacionales:** fruto de concepciones simplistas sobre el “ciclo de vida” (centradas en elementos puramente biológicos), estas desigualdades siguen contando con una muy escasa visibilidad y el consecuente reconocimiento. Cuesta mucho superar el enfoque centrado en la atención a cada grupo etario en sí mismo, aunque últimamente se están logrando avances relevantes en asumir enfoques más “relacionales” (entre generaciones). En esta óptica, el análisis no gira en torno a tal o cual “generación” que históricamente se destacó por sus particulares propuestas y/o realizaciones, sino a las “relaciones” establecidas entre generaciones (más o menos conflictivas o consensuales, más o menos justas o injustas, etc.) en las mismas coordenadas de espacio y tiempo.
 - **Desigualdades étnicas y raciales:** aunque suelen confundirse, se trata de dos esferas que cuentan con diferencias relevantes. Más allá de las más obvias (color de piel, procesos históricos asociados, etc.), las estrategias que en cada caso se implementan para superar sus respectivas exclusiones sociales y culturales, se distancian notoriamente, más reivindicativas de los orígenes en el primer caso y más centradas en mejoras concretas en el segundo. El conocimiento sobre estas dinámicas ha ido mejorando, pero siguen siendo esferas donde las brechas son significativas, tanto en términos objetivos como subjetivos.

- **Desigualdades territoriales:** en general, se ha trabajado casi desde siempre sobre la dicotomía urbano-rural, pero estamos ante desigualdades más complejas y de una extrema gravedad que no son abarcables con base en ella. El tamaño y el tipo de ciudades que se han ido construyendo agrega nuevas dimensiones a aquella dicotomía original, al tiempo que las “regiones” [dinamizadas en torno a elementos comunes que superan los límites más clásicos] ocupan lugares cada vez más protagónicos en el desarrollo, en un marco donde las comprensiones de estos fenómenos, dista de ser satisfactoria [al igual que las respuestas que se brindan en muy diversos contextos específicos].
- **Desigualdades y movilidad humana:** asociadas, en buena medida, a las anteriores, estas desigualdades tuvieron históricamente visibilidad, sobre todo, en el campo de la migración interna, pero en estos últimos años ha crecido notoriamente la migración internacional. Entre ambos procesos, además, comienzan a identificarse “rutas” comunes, al tiempo que procesos que anteriormente eran estables en el tiempo, ahora se ven afectados por dinámicas de ida y vuelta más complejas y desafiantes desde todo punto de vista. Los múltiples problemas de convivencia entre “diferentes” que estos procesos generan, solo excepcionalmente se conocen de manera rigurosa y casi nunca son atendidos con enfoques proactivos pertinentes.
- **Desigualdades de capacidades:** asociadas históricamente con las desigualdades educativas [centradas en capacidades intelectuales], estas también incluyen a amplios sectores poblacionales calificados como “discapacitados” [incorporando también las desigualdades más estrictamente físicas y biológicas], en el marco del establecimiento de “fronteras” que no siempre son tan claras como parecen y que se fijan, diferenciadamente, en el marco del conjunto de las desigualdades económicas, sociales y culturales anteriormente presentadas, y que no tienen nada de “naturales” o “inevitables” [como se sostiene desde diversos relatos justificadores al respecto].
- **Desigualdades ecológicas:** las desigualdades mundiales de ingresos y riqueza están estrechamente relacionadas con las desigualdades ecológicas y las desigualdades en las contribuciones al cambio climático. Datos de Oxfam (2022), revelan que el 1 % más rico de la humanidad es responsable del doble de las emisiones que el 50 % más pobre. Existe también una considerable desigualdad entre países de acceso a conocimientos y tecnologías para adaptarse a los efectos de la crisis climática, para reducir y evitar las emisiones de gases de efecto invernadero. La crisis climática mata de muy diversas maneras: malnutrición, enfermedades, calor extremo y mayor frecuencia e intensidad de los desastres naturales relacionados con el clima. La inmensa mayoría de estas muertes se producen en los países de renta media y baja, que han contribuido relativamente poco a las emisiones de gases de efecto invernadero.

En su conjunto, estamos ante un amplio y complejo conjunto de desigualdades “múltiples” que interactúan entre sí constantemente y que, además, son acumulativas, esto es, se pueden presentar [y, de hecho, se presentan] simultáneamente en una misma persona [o un conjunto de ellas, que comparten un mismo perfil], agravando aún más las desigualdades particulares consideradas por separado, sin establecer las correspondientes conexiones e interacciones.

1.2 Desigualdades múltiples y políticas públicas

Finalmente, corresponde tratar de extraer las principales consecuencias del análisis realizado en relación con las políticas públicas, revisando problemas prioritarios, respuestas limitadas y desafíos a encarar, para ir acercándonos paulatinamente a los temas centrales de esta Línea de base.

2.2.1 Tensiones entre agendas de corto plazo y desafíos de largo plazo

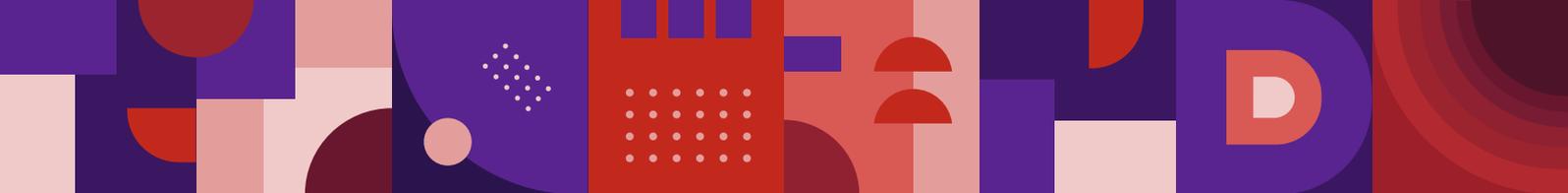
Dado que las cifras evidencian que América Latina es, tal vez, la región más desigual y violenta del mundo, importa mirar hacia adelante, procurando ver cómo se podrían poner en práctica las diversas alternativas expuestas en las páginas precedentes, desde el ángulo de la implementación de nuevos estilos de desarrollo, centrados en la inclusión y la sostenibilidad, procurando que “nadie se quede atrás”. Para ello, importa identificar las principales limitaciones vigentes a lo largo de la historia reciente, en las principales dinámicas de las políticas públicas en los diferentes países de la región.

Una primera limitante, está relacionada con las tensiones [siempre presentes e inevitables desde todo punto de vista] entre las expectativas de mediano y largo plazo, por un lado, y las posibilidades de corto plazo, por el otro. Así, es claro que la clásica contraposición establecida entre la ética de los principios y la ética de las responsabilidades, ha sido particularmente exigente en la gestión de varios de los gobiernos progresistas, que han tenido que compatibilizar ambas dimensiones por primera vez en su historia, a diferencia de los gobiernos neoliberales y neoconservadores, que han pasado por estos dilemas varias veces en la historia contemporánea. Esto es muy claro en relación con la contraposición entre posturas principistas vinculadas con la sostenibilidad ambiental, y las exigencias concretas de tomar opciones que permitan contar con los recursos necesarios, para poner en práctica políticas públicas orientadas a lograr más y mejores estándares de equidad social. Del mismo modo, estos dilemas se plantean al momento de tener que contraponer posturas principistas centradas en la plena vigencia de los derechos humanos, con políticas públicas contingentes que traten de brindar seguridades básicas, tanto en términos de convivencia social como en materia de derechos adquiridos en términos de propiedad de tierras, bienes y activos de diversa índole. Estas y otras dinámicas similares han generado importantes divergencias entre grupos sociales, y agudos conflictos al respecto, en casi todos nuestros países.

Todo esto se expresa, además, en el diseño y la implementación de políticas públicas, enfrentando las lógicas de la planificación de mediano y largo plazo [en general, sustentada en aspiraciones y opciones sustantivas de variada índole], con las lógicas de la programación de corto plazo [en general, sustentadas en las posibilidades reales para alcanzar las metas que se proponen].

Del mismo modo, la inexistencia [o existencia puramente formal] de instancias interinstitucionales de concertación técnica y política para encarar respuestas de mediano y largo plazo, conduce a que los verdaderos problemas no se encaren en tiempo y forma, llevando a que los mismos se posterguen indefinidamente, sin que se procuren soluciones efectivas al respecto. Cada elección es asumida como una instancia de cambio o permanencia de ciertos elencos de gobierno, sin contar con la posibilidad de fortalecer espacios de reflexión y acción colectivas, que vayan más allá de los respectivos períodos de gobierno [más allá de los reclamos para contar con “políticas de Estado”]. Cuando algunos actores relevantes quedan fuera de estos escenarios restringidos de la gestión pública, lo lógico y hasta inevitable es que los mismos cuestionen dichos escenarios y propongan otros alternativos, incluyendo las manifestaciones públicas [ocupando las calles, por fuera de las instancias de participación ciudadana [más restringidas] existentes, la promoción de “soluciones” por fuera de la legalidad establecida, como golpes de Estado, revueltas populares, etc.] y hasta forzando la redefinición de las propias bases de los respectivos sistemas democrático-institucionales, promoviendo la instalación de Asambleas Constituyentes, para procesar nuevos acuerdos fundacionales, a todos los niveles.

La evidencia recogida hasta el momento demuestra, en todo caso, que ninguna de esas vías ha sido plenamente eficaz, al menos desde la perspectiva de construir mayores y mejores niveles de



governabilidad democrática, que permitan encarar políticas públicas de mediano y largo plazo, que cuenten con la legitimidad y los respaldos necesarios para poder implementarlas efectivamente, con ciertas expectativas reales de éxito en el logro de las grandes metas del desarrollo acordadas. En realidad, la mayor parte de los casos nacionales (con sus respectivas especificidades locales) siguen entrapados en elevadas confrontaciones que, en no pocos casos, asumen ribetes sumamente preocupantes, impulsados desde las lógicas corporativas particulares, “secuestrando la democracia”, como advierten varios informes críticos en estas materias.

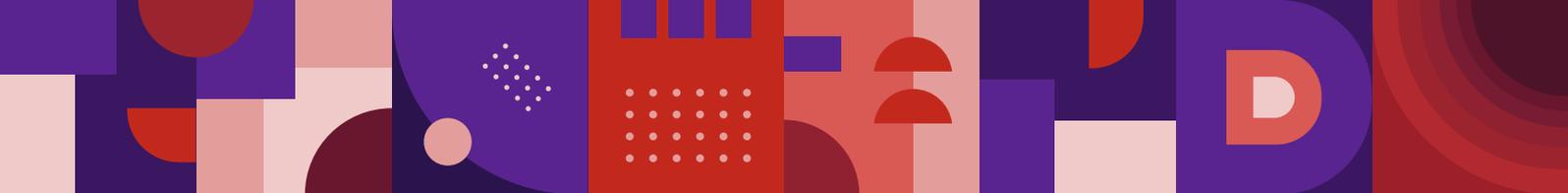
Por todo lo dicho, parece pertinente asumir como punto de partida la existencia de dos grandes lógicas, que limitan la construcción de alternativas construidas colectivamente: (i) las diferencias más estrictamente políticas que alimentan la lógica de los conflictos, más que la lógica de la construcción de consensos y; (ii) la dinámica más propiamente operativa de las políticas públicas, exageradamente centradas en la atención de las “urgencias” de corto plazo, dejando de lado las dinámicas más vinculadas a lo “relevante” en términos de mediano y largo plazo. Lo dicho, importa a los efectos de imaginar los “futuros posibles”, en la medida en que la sola consideración de algunas de estas lógicas, en desmedro de las otras, corren serios riesgos de equivocar la propia construcción de los caminos a recorrer. Así, habría que descartar la lógica restrictiva que adjudica todas las responsabilidades a “la falta de voluntad política”, para impulsar los cambios necesarios, así como la contraria que asume que dicha voluntad política existe (aunque sea diferente en cada coyuntura concreta), y que lo que importa es encarar las limitaciones vinculadas con la gestión operativa propiamente dicha. Importa, por tanto, tener claras las “teorías del cambio” que iluminan las respuestas que se construyan y se implementen, a efectos de evitar frustraciones evitables al momento de evaluar resultados obtenidos, contrastados con las expectativas inicialmente acordadas.

2.2.2 Respuestas limitadas: entre las carencias, las protestas y las propuestas

Un importante informe del BID, editado por Matías Busso y Julián Messina [2020] caracteriza la actual coyuntura de crisis en América Latina, aludiendo a las “sociedades fracturadas” que actualmente definen este preocupante cuadro de situación:

Durante el último trimestre de 2019 estallaron protestas en grandes ciudades de América Latina. Chilenos, colombianos y ecuatorianos salieron a las calles de sus respectivas capitales para exigir, entre otras cosas, un trato igualitario, mejores oportunidades para todos y unas reglas del juego más justas. Las protestas no surgieron de la nada, sino que fueron la erupción de un volcán de ardiente malestar social que había permanecido inactivo durante la primera década del siglo XXI, la década dorada del auge de las materias primas y el progreso social. [Busso y Messina, 2020, p. 1]

En cualquier caso, las respuestas implementadas hasta el momento son limitadas, en particular, en aquellos países que enfrentan crisis y carencias estructurales de larga data (ausencia de sistemas de protección social eficaces, consensos democráticos mínimos para enfrentar esta clase de crisis, etc.), lo que genera un marco poco optimista que centra la “salida” en la vacunación masiva de toda la población (algo imprescindible, pero insuficiente), que en el mejor de los casos brindará un cierto respiro en cuanto a los principales impactos de esta pandemia y, en el peor, seguirá profundizando las brechas que separan a quienes tienen acceso a internet, a la educación, a la salud y a otras esferas de política pública prioritarias, de quienes no cuentan con dichas posibilidades. De no encararse tales brechas (notorias y en agudo proceso de expansión), no será posible aspirar a cambiar ni siquiera mínimamente el actual panorama de crisis, a todos los niveles.



Del mismo modo, otras reivindicaciones centradas en “identidades colectivas” (poblaciones afrodescendientes, grupos de la diversidad sexual, etc.) están incidiendo cada vez más en la agenda pública, en reclamo de más y mejor atención a sus principales demandas particulares, lo que se suma al descontento generalizado que va creciendo en las nuevas generaciones de jóvenes, que ven cerradas sus alternativas de futuro y optan por ubicarse en primera fila en las manifestaciones de protesta, desplegadas en muy diversos rincones del territorio (no solo en las ciudades, por cierto), y al accionar colectivo de los movimientos de mujeres que han crecido y madurado significativamente en todos los países de la región. El informe del BID ya citado, lo expresa claramente:

La desigualdad es un determinante importante de las percepciones de justicia en la sociedad. En promedio, a lo largo de las últimas dos décadas, solo uno de cada cinco latinoamericanos ha considerado que la distribución del ingreso en su país era justa. Y, a medida que la desigualdad cambia, también cambian las percepciones. Cuando la desigualdad disminuyó entre 2000 y 2013, una fracción creciente de la población percibió que la distribución del ingreso era más justa, fracción que llegó casi al 25% hacia 2013. Sin embargo, esta fracción disminuyó con la desaceleración económica entre 2013 y 2019. Actualmente, solo el 15% de la población considera que la distribución del ingreso es justa [BID; 2020, p. 4].

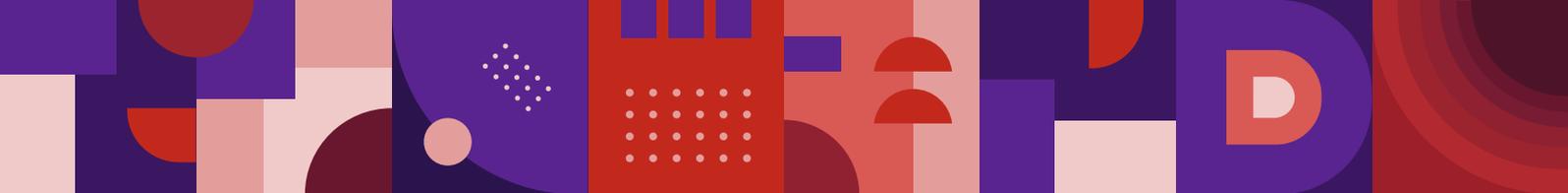
2.2.3 Principales desafíos por encarar desde la inclusión y la sostenibilidad

Desde varios enfoques, actualmente vigentes, y con influencia creciente en los debates a los que se ha estado aludiendo en las páginas precedentes, se sostiene que las alternativas a futuro no podrán limitarse a la simple ampliación de oportunidades, dado que los problemas son como se ha visto, más complejos y difíciles de encarar proactivamente. El informe de Busso y Messina (2020) ya citado, destaca que el problema de fondo es la fractura del denominado contrato social:

La redistribución insuficiente y la desigualdad de oportunidades son las principales características de lo que podría denominarse un contrato social fracturado en América Latina. Un contrato social es un acuerdo implícito entre los miembros de una sociedad para definir derechos y responsabilidades mutuos. Cuánto obtiene cada grupo del gobierno y cuánto contribuye es un aspecto básico del tejido social. En América Latina este contrato social está fracturado y hay segmentos de la sociedad segregados geográficamente que disfrutan de servicios de cantidad y calidad diferentes. Este contrato social fracturado se ha vuelto más inclusivo y cohesivo en las últimas décadas, pero la agenda sigue abierta y algunas tendencias recientes son preocupantes. [p. 14]

Ejemplifican estas tendencias en diversos campos de la dinámica de las políticas públicas, comenzando por la salud y constatan que, aunque se han logrado avances de cobertura, ello no ha ocurrido en el campo de la calidad de los servicios. Otro tanto se constata en el campo de la educación, ya que las brechas socioeconómicas en la matriculación secundaria y terciaria siguen siendo grandes, y los niveles de aprendizaje en las escuelas públicas, medidos a través de pruebas internacionales estandarizadas, son relativamente bajos. Estas dos esferas de gran relevancia no son excepciones a la regla, sino todo lo contrario:

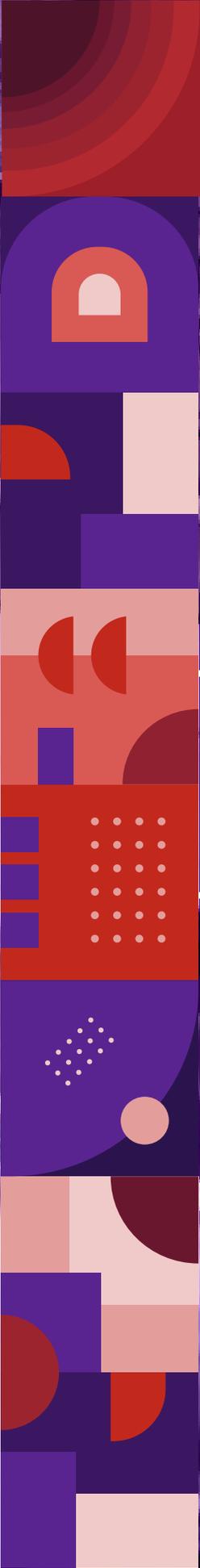
La profunda separación entre ricos y pobres en el tipo y la calidad de los servicios recibidos se extiende a todas las esferas de la sociedad. Los trabajadores formales tienen acceso a redes de protección que incluyen indemnizaciones por despido, pensiones contributivas y, en algunos países, prestaciones de desempleo. Aunque imperfectos y con abundante margen para



mejorar, estos son amortiguadores útiles contra los shocks del ingreso. En cambio, la mayoría de los trabajadores (y sus familias) en los dos quintiles del ingreso más bajos tienen empleos informales y sin acceso a ninguna red de protección. En relación con la seguridad, el 20% más rico tiene acceso a mejores servicios públicos de seguridad. Según los resultados de sondeos de opinión, los grupos de ingreso medio y alto declaran una respuesta más rápida de la policía ante las llamadas de denuncia de robos. Además, estos grupos complementan la vigilancia pública con servicios privados, como la contratación de guardias de seguridad o la adquisición de alarmas y cámaras de video vigilancia”. [Busso y Messina, 2020, p. 16].

La lista podría seguir incluyendo otras muchas esferas de la dinámica de las políticas públicas en las que estas desigualdades se expresan contundentemente, aún más si se penetra en el abanico de las “desigualdades múltiples”, que aquí se han caracterizado genéricamente. Lo esencial es identificar por dónde se puede romper este conjunto de lógicas perversas, con la mirada puesta en la construcción de sociedades más igualitarias e incluyentes. Por ello, en el marco de la actual pandemia y en los escenarios que se pueden visualizar a futuro, en términos de postpandemia, tres parecen ser las esferas en las que habría que trabajar intensamente a futuro:

- En primer lugar, sería imprescindible relativizar el peso abrumador de los estilos de desarrollo centrados en las economías primario-exportadoras, concretando inversiones en sectores dinámicos asociados a los avances tecnológicos en curso, procurando la mayor equidad posible en su desarrollo efectivo. Esto debería ir acompañado de políticas de empleo productivo (en la línea del trabajo decente impulsada por la OIT) que se sustenten en tales avances tecnológicos, así como en políticas tributarias que encaren resueltamente la redistribución de rentas actualmente vigente, a través de impuestos progresivos, acotando la evasión y la elusión fiscal.
- En segundo lugar, sería fundamental establecer y/o fortalecer según corresponda los sistemas de protección social, sustentados en modalidades contributivas y no contributivas de financiamiento, con metas universales en materia de cobertura y de aseguramiento de calidades similares para toda la población, independientemente de sus posibilidades de pago al respecto. Estas deberían tener centralmente en cuenta las desigualdades múltiples que aquí se han caracterizado genéricamente, asumiendo su carácter acumulativo y procesando todos los cruces que correspondan, actuando desde enfoques de derecho y no centrados en riesgos.
- En tercer lugar, todo este conjunto de enfoques y prácticas de política pública deberían ir acompañados del fortalecimiento de prácticas democráticas inclusivas, asumiendo el valor de las diferencias como un activo a potenciar para impulsar “otro” desarrollo, sustentado precisamente en la inclusión y la sostenibilidad, en línea con las propuestas aportadas por la CEPAL. La evidencia disponible, rigurosamente presentada por Wilkinson y Piket [2019] muestra de manera contundente, que solo las sociedades más igualitarias aseguran los mayores niveles de bienestar y convivencia armoniosa de las grandes mayorías, y no solo de las pequeñas élites.



3

ECONOMÍAS EN CRISIS, PROTECCIÓN SOCIAL PRECARIA, DEMOCRACIAS FRÁGILES

3 – ECONOMÍAS EN CRISIS, PROTECCIÓN SOCIAL PRECARIA, DEMOCRACIAS FRÁGILES

Nuestro “marco contextual” está construido sobre tres procesos íntimamente relacionados entre sí: economías en crisis, sistemas de protección social precarios y democracias frágiles.

3.1 América Latina: la región más desigual y violenta del mundo

Los datos sobre desigualdad a nivel global, medidos a través del coeficiente de Gini, son muy elocuentes. Si bien el mayor nivel de desigualdad se registra en Sudáfrica y el menor de dichos niveles se registra en Canadá, y buena parte de los países europeos, América Latina ostenta, como región, los mayores niveles de desigualdad, ya que todos los países de nuestra región se ubican entre el 40 y el 60 % [o 0.4 y 0.6 en relación a 1].

Mapa 1. El mapa de la desigualdad



Estamos ante indicadores típicamente estructurales, evidentes en la evolución constatada durante las últimas décadas. Así, como veremos en detalle más adelante, la distribución del ingreso medido en quintiles [grupos de 20 % del total] de población, ha mejorado en lo que va de este siglo, claramente en el caso de Bolivia, significativa aunque en menores porcentajes en Ecuador y Perú, y menor aún en los casos de Colombia y Chile. Por otra parte, en el caso de Venezuela, se pueden constatar dos elementos relevantes: por un lado, los relativamente bajos niveles de desigualdad, y por otro el importante descenso producido en los primeros 15 años de este siglo [aunque no se dispone de información más reciente, se sabe que estos procesos se han revertido desde entonces].

Por su parte, a todo esto, hay que agregar que América Latina es, también, la región más violenta del mundo. Casi todos los estudios disponibles muestran que esto es así. Es el caso, por ejemplo, del ranking de las 50 ciudades más violentas del mundo que anualmente presenta el Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal de México, que muestra que el 80 % de dichas ciudades son latinoamericanas. Así, en el ranking 2018 se muestra que los primeros diez lugares en el mundo están ocupados [en este orden] por Tijuana y Acapulco [en México], Caracas [en Venezuela], Victoria, Juárez e Irapuato [de nuevo en México], Guyana [de nuevo en Venezuela], Natal y Fortaleza [en Brasil] y Ciudad Bolívar [también en Venezuela]. En total, de las 50 ciudades de este ranking, 15 son mexicanas, 14 son brasileñas, 6 son venezolanas, 2 son colombianas y otras 2 son hondureñas [para más detalles y datos más actualizados, ver la lista de las 50 ciudades más violentas del mundo, según el ranking 2020, en la página siguiente]. Por su parte, si en lugar de comparar ciudades comparamos países, el orden correspondiente muestra algunas variantes relevantes:

Mapa 2. Tasas de homicidios en América Latina y el Caribe en 2020



Fuente: Insight Crime, 2021. Disponible en: <https://es.insightcrime.org/noticias/analisis/balance-insight-crime-homicidios-2020/>

3.2 Economías en crisis: problemas coyunturales y estructurales

En este marco, importa articular aspectos coyunturales y estructurales de las economías de América Latina en general y de la región Andina en particular.

3.2.1 Devastación total: efectos brutales de la pandemia del COVID-19

Nuestros países han sido severamente afectados por la pandemia del COVID-19 [y seguirán así durante un buen tiempo, según parece]. La evolución del Producto Interno Bruto de la última década, lo muestra claramente. Las proyecciones para 2022 son alentadoras, pero distan de ser suficientes como para imaginar una recuperación real en el plano económico.

Tabla 2. Región Andina: tasas anuales de crecimiento económico (PIB) 2010-2022

| Países | 2010 | 2015 | 2020 | 2021 (*) | 2022 (*) |
|-----------|------|------|-------|----------|----------|
| Bolivia | 4.1 | 4.9 | -8.0 | 5.1 | 3.5 |
| Chile | 5.2 | 2.3 | -5.8 | 8.0 | 3.2 |
| Colombia | 4.3 | 3.0 | -6.8 | 5.4 | 3.8 |
| Ecuador | 3.6 | 0.1 | -7.8 | 3.0 | 2.6 |
| Perú | 8.8 | 3.3 | -11.1 | 9.5 | 4.4 |
| Venezuela | -1.5 | -6.2 | -30.0 | -4.0 | 1.0 |

Fuente: CEPAL. [2020]. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2020. Santiago. (*) Estimaciones preliminares.

Del mismo modo, la evolución del Producto Interno por Habitante (una medida más precisa, sin duda) también es elocuente, incluso con una perspectiva centrada en las últimas dos décadas.

Tabla 3. Región Andina: Producto Interno Bruto por Habitante 2000-2020

| Países | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
|-----------|------|------|------|------|-------|
| Bolivia | 0.4 | 2.5 | 2.4 | 3.3 | -9.4 |
| Chile | 3.2 | 4.5 | 4.2 | 1.1 | -6.9 |
| Colombia | 1.2 | 3.1 | 2.9 | 1.8 | -8.1 |
| Ecuador | 1.4 | 4.6 | 2.5 | -1.5 | -10.6 |
| Perú | 1.4 | 5.5 | 7.5 | 2.0 | -14.4 |
| Venezuela | 1.7 | 8.4 | -3.0 | -6.3 | -29.7 |

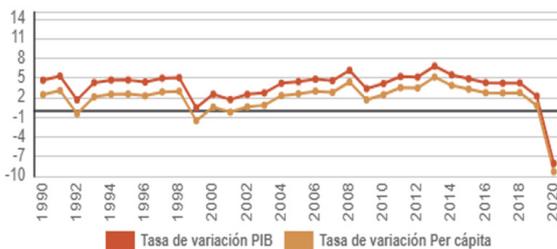
Fuente: CEPAL. [2020]. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2020. Santiago.

Una perspectiva de más largo plazo, cubriendo las últimas tres décadas con mayores detalles, muestra que la evolución de estos indicadores básicos ha sido errática e irregular, desde todo punto de vista, al tiempo que permite valorar más y mejor la caída reciente, a la luz de la evolución correspondiente.

Gráfico 1. Crecimiento económico general y per cápita en los seis países de la región Andina 1990-2020

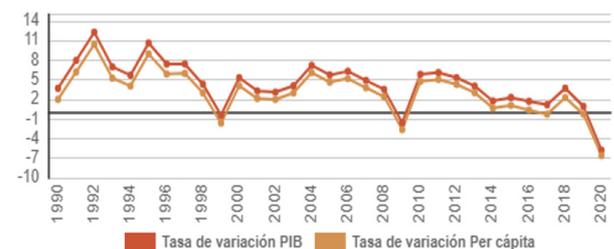
BOLIVIA

Tasas de variación anual a precios constantes de 2010 PIB total & PIB per cápita [En porcentajes] 1990 - 2020



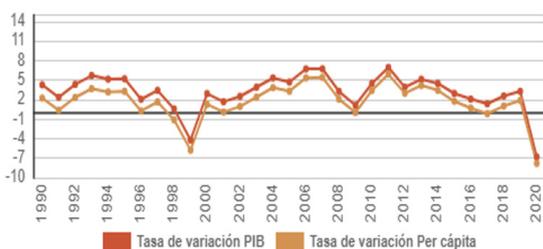
CHILE

Tasas de variación anual a precios constantes de 2010 PIB total & PIB per cápita [En porcentajes] 1990 - 2020



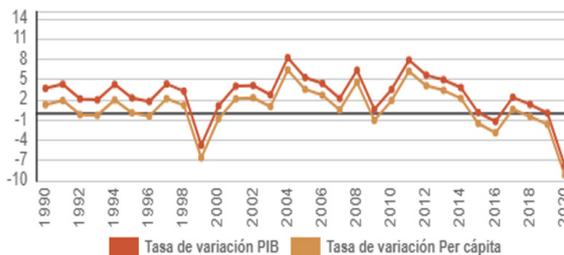
COLOMBIA

Tasas de variación anual a precios constantes de 2010 PIB total & PIB per cápita [En porcentajes] 1990 - 2020



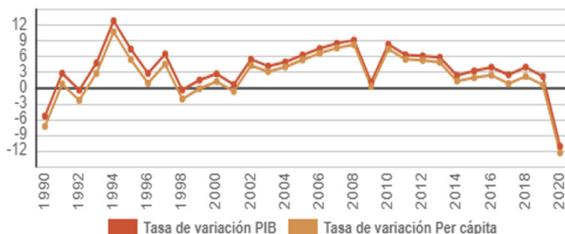
ECUADOR

Tasas de variación anual a precios constantes de 2010 PIB total & PIB per cápita [En porcentajes] 1990 - 2020



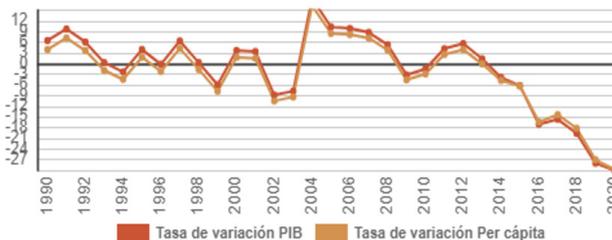
PERÚ

Tasas de variación anual a precios constantes de 2010 PIB total & PIB per cápita [En porcentajes] 1990 - 2020



VENEZUELA

Tasas de variación anual a precios constantes de 2010 PIB total & PIB per cápita [En porcentajes] 1990 - 2020



Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

En este sentido, el efecto más directo y preocupante, ha sido el aumento de los niveles de pobreza [luego de dos décadas de descenso sostenido] visible en las cifras preliminares disponibles: solo entre 2019 y 2020, la pobreza global de América Latina y el Caribe pasó del 30.5 al 33.7 %, lo que significa que pasó de afectar a 187 millones en 2019 a impactar en 209 millones en 2020. Por su parte, la pobreza extrema pasó del 11.3 al 12.5 %, esto es, de 70 a 78 millones de habitantes.

En los países de la región Andina, las estimaciones de la CEPAL establecieron que mientras en Bolivia la pobreza pasó del 32.3 al 36.1 %, en Chile pasó del 9.8 al 15.5 %, en Colombia pasó del 29 al 34.1 %, en Ecuador del 25.7 al 32.7 % y en Perú del 16.5 al 25.8 % [no se reportaron datos de Venezuela]. En lo que atañe a pobreza extrema, las estimaciones muestran retrocesos importantes: así, mientras que en Bolivia se pasó del 14.3 al 15.8 %, en Chile aumentó del 1.4 al 3.4 %, en Colombia del 10.3 al 14.3 %, en Ecuador del 7.6 al 12.7 % y, en Perú del 3.7 al 7.6 % [siempre entre 2019 y 2020]. Los respectivos antecedentes permiten ubicar estos datos en la perspectiva correspondiente.

Gráfico 2. Pobreza y pobreza extrema en los seis países de la región Andina 2000-2019 (%)

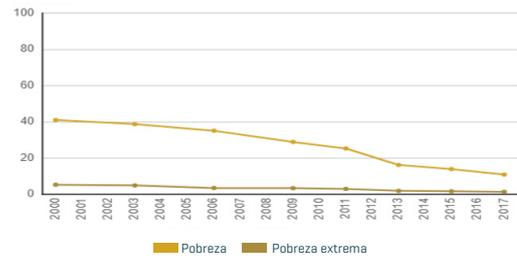
BOLIVIA

Personas en situación de pobreza y extrema pobreza
[En porcentajes]
2000 - 2019



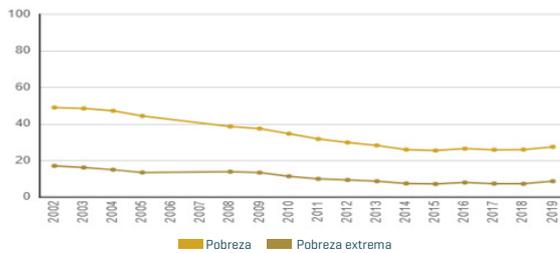
CHILE

Personas en situación de pobreza y extrema pobreza
[En porcentajes]
2000 - 2017



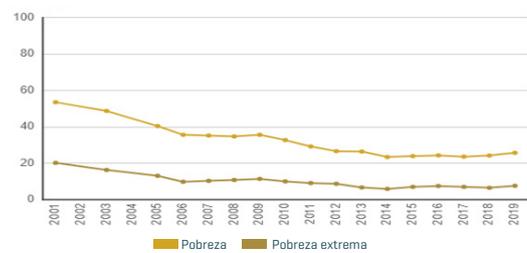
COLOMBIA

Personas en situación de pobreza y extrema pobreza
[En porcentajes]
2000 - 2019



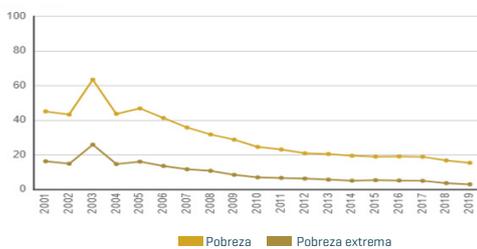
ECUADOR

Personas en situación de pobreza y extrema pobreza
[En porcentajes]
2000 - 2019



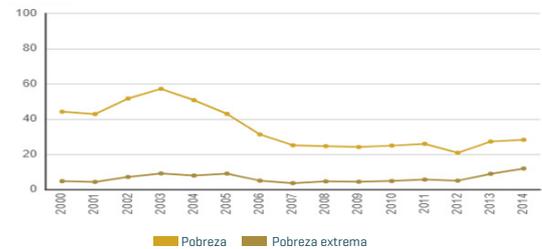
PERÚ

Personas en situación de pobreza y extrema pobreza
[En porcentajes]
2000 - 2019



VENEZUELA

Personas en situación de pobreza y extrema pobreza
[En porcentajes]
2000 - 2014



Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

Por otra parte, cruzando pobreza y educación, por ejemplo, pueden comprobarse las importantes diferencias existentes entre estratos sociales en todos los países de la región, la pobreza en los hogares de clima educativo bajo es elevadísima, en tanto la situación es exactamente la contraria en los niveles educativos altos, aunque ello ocurre en diversas medidas.

Tabla 4. Región Andina: población bajo la línea de pobreza según clima educacional del hogar [%]

| Países | Años | Primaria incompleta | Secundaria incompleta | Secundaria completa | Terciaria incompleta | Terciaria completa | Pobreza total |
|-----------|------|------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------|
| Bolivia | 2000 | 83.0 | 66.4 | 51.0 | 19.0 | 0.0 | 67.4 |
| | 2005 | 79.5 | 70.2 | 53.3 | 22.1 | 0.0 | 66.6 |
| | 2011 | 51.3 | 34.4 | 27.2 | 12.7 | 2.2 | 36.3 |
| | 2015 | 50.0 | 35.6 | 25.3 | 11.0 | 2.0 | 34.7 |
| | 2019 | 44.0 | 37.2 | 27.8 | 11.0 | 1.8 | 31.1 |
| Chile | 2000 | 59.5 | 52.4 | 31.9 | 14.1 | 2.3 | 42.8 |
| | 2006 | 48.6 | 43.9 | 28.2 | 13.6 | 4.1 | 35.9 |
| | 2011 | 30.2 | 32.8 | 23.9 | 9.7 | 2.3 | 25.2 |
| | 2015 | 17.4 | 18.3 | 14.7 | 5.4 | 1.4 | 13.7 |
| | 2017 | 12.9 | 14.1 | 11.8 | 5.5 | 1.9 | 10.7 |
| Colombia | 2002 | 72.1 | 54.7 | 33.3 | 13.4 | 3.8 | 53.8 |
| | 2005 | 68.4 | 51.3 | 32.7 | 12.3 | 3.7 | 49.6 |
| | 2010 | 58.5 | 41.4 | 27.6 | 10.8 | 2.4 | 40.0 |
| | 2015 | 47.3 | 32.7 | 23.2 | 11.0 | 2.6 | 30.5 |
| | 2019 | 48.8 | 35.9 | 28.1 | 13.5 | 3.9 | 31.7 |
| Ecuador | 2001 | 67.2 | 56.6 | 39.6 | 23.2 | 9.7 | 53.5 |
| | 2005 | 56.5 | 42.8 | 20.1 | 10.2 | 4.0 | 40.4 |
| | 2010 | 45.1 | 35.6 | 20.1 | 9.9 | 1.6 | 32.7 |
| | 2015 | 36.0 | 27.2 | 15.4 | 8.5 | 3.0 | 23.9 |
| | 2019 | 36.8 | 30.6 | 16.5 | 6.3 | 1.6 | 25.7 |
| Perú | 2000 | 62.1 | 43.4 | 25.6 | 16.5 | 4.1 | 45.1 |
| | 2005 | 63.2 | 51.7 | 26.6 | 18.1 | 9.0 | 46.8 |
| | 2010 | 39.1 | 26.1 | 14.5 | 6.3 | 2.7 | 24.6 |
| | 2015 | 32.9 | 20.9 | 10.8 | 5.5 | 0.9 | 19.0 |
| | 2019 | 25.1 | 19.5 | 9.5 | 5.2 | 1.9 | 15.4 |
| Venezuela | 2000 | 58.0 | 45.1 | 26.7 | 13.3 | 6.9 | 44.1 |
| | 2005 | 59.9 | 44.5 | 29.7 | 15.7 | 8.0 | 43.0 |
| | 2010 | 37.8 | 28.0 | 18.0 | 10.6 | 3.4 | 25.0 |
| | 2014 | 37.3 | 33.5 | 26.2 | 17.0 | 9.3 | 28.3 |
| | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |

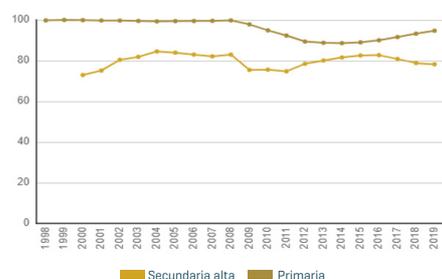
Fuente: CEPAL. [2021]. Panorama Social de América Latina 2020. Santiago

De este modo, pueden comprobarse -una vez más-, las evidentes limitaciones de los promedios, que también en este caso muestran un panorama más optimista.

Gráfico 3. Matrícula de educación primaria y secundaria en los seis países de la región Andina [%]

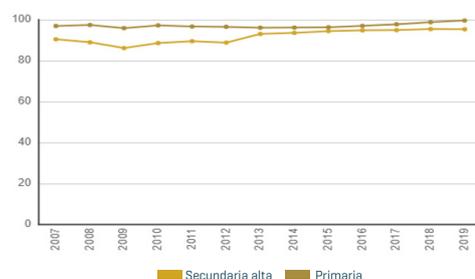
BOLIVIA

Tasa neta de matrícula de educación primaria y secundaria
[En porcentajes]
1998 - 2019



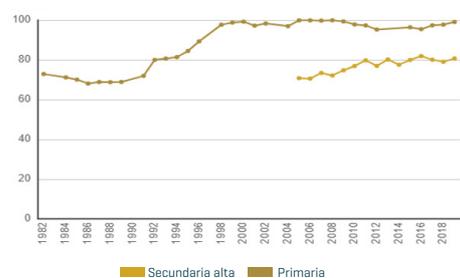
CHILE

Tasa neta de matrícula de educación primaria y secundaria
[En porcentajes]
2007 - 2019



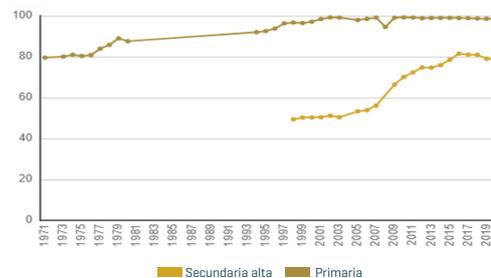
COLOMBIA

Tasa neta de matrícula de educación primaria y secundaria
[En porcentajes]
1982 - 2019



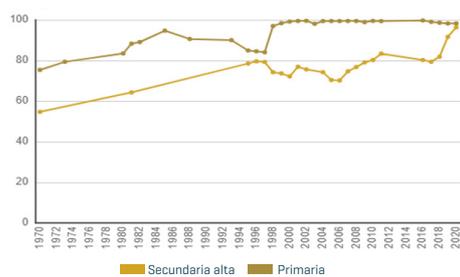
ECUADOR

Tasa neta de matrícula de educación primaria y secundaria
[En porcentajes]
1971 - 2020



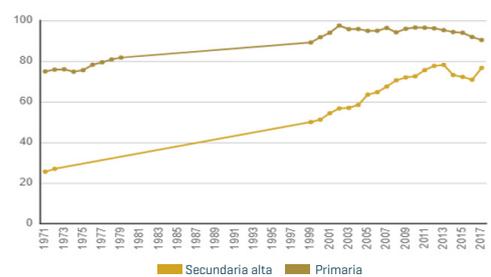
PERÚ

Tasa neta de matrícula de educación primaria y secundaria
[En porcentajes]
1970 - 2020



VENEZUELA

Tasa neta de matrícula de educación primaria y secundaria
[En porcentajes]
1971 - 2017



Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

Esta crisis ha impactado directamente en el mercado de trabajo, tal como se desprende de las cifras sobre tasas de actividad, ocupación y desocupación, correspondientes a la última década. Las diferencias entre países [en un marco de duplicación y hasta triplicación de las tasas de desocupación entre 2015 y 2020, afectando claramente más a las mujeres que a los hombres], se explican -en lo fundamental-, por las elevadas tasas de empleo informal que ostentan aquellos países que muestran las tasas de desocupación abierta más bajas. A continuación, se brinda la información correspondiente de los países andinos, en tres momentos sucesivos: 2010, 2015 y 2020.

Tabla 5. Región Andina: tasas de desocupación general y por sexo 2010-2020

| Países total y por sexo | 2010 | 2015 | 2020 |
|-------------------------|-------|------|--------|
| Bolivia | 2,7 * | 3,0 | 8,3 |
| Hombre | 2,2 * | 4,2 | 7,9 |
| Mujer | 3,2 * | 8,5 | 8,7 |
| Chile | 8,4 | 6,3 | 10,7 |
| Hombre | 7,3 | 5,8 | 10,5 |
| Mujer | 9,9 | 7,0 | 10,9 |
| Colombia | 11,8 | 8,9 | 16,1 |
| Hombre | 9,0 | 6,7 | 12,8 |
| Mujer | 15,6 | 11,8 | 20,6 |
| Ecuador | 5,6 | 4,3 | 8,2 |
| Hombre | 4,5 | 3,5 | 6,9 |
| Mujer | 7,2 | 5,5 | 10,0 |
| Perú | 4,1 | 3,5 | 7,4 |
| Hombre | 3,6 | 3,4 | 7,7 |
| Mujer | 4,7 | 3,6 | 7,6 |
| Venezuela | 8,7 | 7,1 | 6,8 ** |
| Hombre | 8,5 | 6,7 | 6,4 ** |
| Mujer | 9,0 | 7,8 | 7,5 ** |

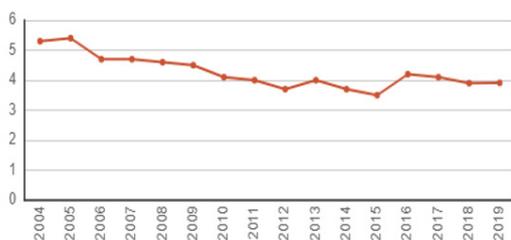
Fuente: CEPAL / OIT. [2021]. Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe N° 24. Santiago.
 (*) Cifras de 2011. (***) Cifras de 2019.

La evolución de las últimas dos o tres décadas -según los casos-, muestra estos datos en la perspectiva correspondiente.

Gráfico 4. Tasas de desempleo en los seis países de la región Andina 1980-2019 (%)

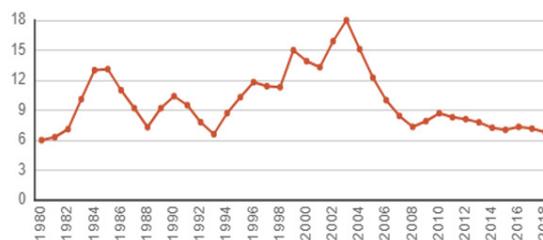
BOLIVIA

Tasa de desempleo
 (En porcentajes)
 2000 - 2019



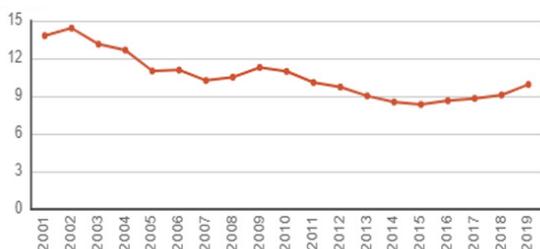
CHILE

Tasa de desempleo
 (En porcentajes)
 1980 - 2019



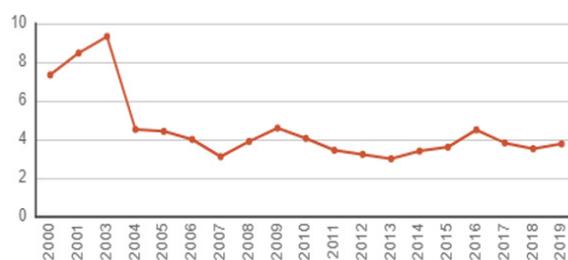
COLOMBIA

Tasa de desempleo
[En porcentajes]
2001 - 2019



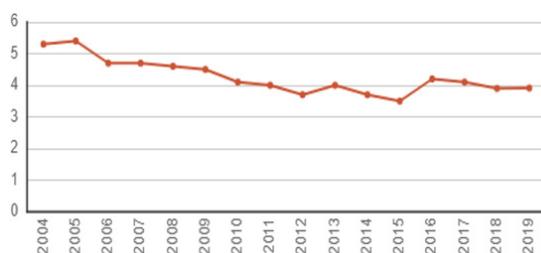
ECUADOR

Tasa de desempleo
[En porcentajes]
2000 - 2019



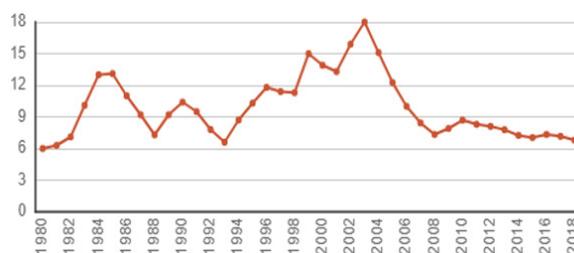
PERÚ

Tasa de desempleo
[En porcentajes]
2004 - 2019



VENEZUELA

Tasa de desempleo
[En porcentajes]
1980 - 2018



Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

En paralelo, la CEPAL estimó que la distribución del ingreso también fue regresiva entre 2019 y 2020, en un margen que va del 1 al 8 % en los 17 países analizados. Dichas estimaciones establecieron que este deterioro se habría concretado con mayor fuerza en las economías más grandes de la región, aunque también se ha comprobado en países de tamaño medio y en los más chicos. En concreto, se estimó que la concentración de los ingresos adicional entre 2019 y 2020 fue de entre 1 y 1.9 % en Guatemala y Paraguay, entre 2.0 y 2.9 % en Honduras y Nicaragua, entre 3.0 y 3.9 % en Bolivia, Costa Rica, Panamá y República Dominicana, entre el 4 y el 4.9 % en Colombia y Uruguay, entre el 5 y el 5.9 % en Brasil, Chile, El Salvador y México, y en un 6 % y más en Argentina, Ecuador y Perú.

Tabla 6. Región Andina: distribución del ingreso per cápita de los hogares 2000-2019

| PAÍSES | AÑOS | QUINTIL 1 | QUINTIL 2 | QUINTIL 3 | QUINTIL 4 | QUINTIL 5 |
|-----------|------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Bolivia | 2000 | 1.3 | 6.4 | 12.1 | 29.9 | 60.3 |
| | 2005 | 1.5 | 6.6 | 12.3 | 21.6 | 58.1 |
| | 2011 | 4.8 | 11.4 | 17.0 | 24.4 | 42.5 |
| | 2015 | 5.1 | 11.9 | 17.7 | 25.1 | 40.2 |
| | 2019 | 6.5 | 12.9 | 18.5 | 24.5 | 37.5 |
| Chile | 2000 | 5.6 | 10.0 | 14.3 | 19.9 | 50.1 |
| | 2006 | 6.3 | 10.7 | 14.7 | 20.3 | 48.0 |
| | 2011 | 6.8 | 11.8 | 14.6 | 19.6 | 47.2 |
| | 2015 | 7.6 | 11.7 | 15.0 | 20.1 | 45.7 |
| | 2017 | 7.7 | 11.7 | 15.1 | 19.7 | 45.7 |
| Colombia | 2002 | 3.8 | 8.8 | 13.6 | 20.6 | 53.1 |
| | 2005 | 4.7 | 9.6 | 14.0 | 20.5 | 51.3 |
| | 2010 | 4.2 | 9.1 | 13.9 | 20.5 | 52.3 |
| | 2015 | 4.8 | 10.1 | 15.1 | 21.3 | 48.7 |
| | 2019 | 4.7 | 10.1 | 15.4 | 21.0 | 48.8 |
| Ecuador | 2001 | 4.6 | 9.4 | 13.2 | 18.8 | 54.1 |
| | 2005 | 4.9 | 9.7 | 14.3 | 20.4 | 50.6 |
| | 2010 | 5.8 | 10.5 | 14.8 | 20.9 | 47.9 |
| | 2015 | 6.6 | 11.5 | 15.7 | 21.7 | 44.3 |
| | 2019 | 7.5 | 12.0 | 15.9 | 22.3 | 42.2 |
| Perú | 2000 | 4.7 | 9.9 | 16.0 | 23.1 | 46.3 |
| | 2005 | 4.3 | 9.1 | 15.5 | 22.4 | 48.9 |
| | 2010 | 4.9 | 10.4 | 16.2 | 23.2 | 45.1 |
| | 2015 | 5.3 | 10.9 | 16.8 | 23.4 | 43.5 |
| | 2019 | 5.8 | 11.6 | 17.2 | 24.0 | 41.5 |
| Venezuela | 2000 | 7.4 | 13.9 | 17.3 | 23.2 | 38.2 |
| | 2005 | 6.1 | 12.7 | 17.1 | 22.9 | 41.2 |
| | 2010 | 8.3 | 14.5 | 19.1 | 23.9 | 34.1 |
| | 2014 | 7.8 | 14.5 | 18.9 | 23.0 | 36.1 |
| | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |

Fuente: CEPAL. (2020). Panorama Social de América Latina 2020. Santiago.

Estas cifras y tendencias de corto plazo, además, deben compararse con las de más largo plazo. Así, la distribución del ingreso medido en quintiles de población, es claro que ha mejorado en lo que va de este siglo, claramente en el caso de Bolivia, significativa (aunque en menores porcentajes) en Ecuador y Perú, y aún menor en los casos de Colombia y Chile. Por otra parte, en el caso de Venezuela, se pueden constatar dos elementos relevantes: por un lado, los relativamente bajos niveles de desigualdad, y por otro el importante descenso producido entre 2000 y 2015 (aunque no se dispone de información más reciente, se sabe que estos procesos se han revertido).

3.2.2 Retrocesos económicos y sociales: respuestas precarias y costos [mal] repartidos

Las respuestas brindadas hasta el momento han sido desarticuladas y limitadas. Cuando la pandemia se hizo presente a comienzos de 2020, las primeras respuestas se agruparon en dos grandes conjuntos: por un lado, las más concentradas en proteger la economía [brindando respaldos a las empresas para que pudieran mantener cierta actividad productiva y los empleos existentes] y por otro, aquellas más concentradas en proteger la salud de la población [con medidas preventivas, para tratar de evitar contagios masivos y descontrolados]. En este marco, son destacables las medidas fiscales adoptadas, una de las áreas clave en respaldo a dichos conjuntos:

Cuadro 4. Medidas Fiscales Adoptadas para Enfrentar el COVID-19

| | Fortalecer el sistema Sanitario | Apoyar el ingreso de los hogares | Proteger la capacidad productiva |
|--|--|--|--|
| Alivio tributario | Reducciones temporales del impuesto sobre el valor agregado (IVA). Eliminación de aranceles de importación. | Reducciones temporales del IVA en productos de primera necesidad. Facilidades para pagar el impuesto sobre la renta. Devoluciones aceleradas. | Facilidades para pagar los impuestos directos o reducción del pago. Reducciones o exoneraciones temporales del IVA en sectores estratégicos. |
| Gasto público | Contrataciones de personal. Bonos extraordinarios destinados al personal de salud. Compras de insumos médicos. Inversión en infraestructura. Transferencias a los gobiernos subnacionales. | Bonos extraordinarios no condicionados. Reforzamiento de programas de transferencias. Incremento del monto o la cobertura de los seguros de desempleo. Subsidios al consumo. Entrega de canastas de alimentos. | Subsidios a la nómina o a la compra de insumos. |
| Apoyo de liquidez respaldado por el Gobierno | | Préstamos en condiciones blandas. | Préstamos en condiciones Blandas. Garantías estatales de créditos. Inyecciones de capital. |

Fuente:CEPAL. (2020). Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones. Informe Especial COVID-19, N.º 5. Santiago.

Los resultados obtenidos han sido dispares, pero al parecer, los impactos devastadores del COVID-19 se hicieron sentir, en mayor medida, en aquellos países con sistemas de protección social más precarios, afectando más a los pobres, a los excluidos y a quienes generaban ingresos desde la dinámica de las economías informales. Se agigantaron los problemas en los hogares y en las familias [como resultado del confinamiento obligado por las circunstancias], sobre todo, en relación a las violencias, a la desigual distribución de las cargas vinculadas con el cuidado [que recayeron masivamente en las mujeres], al tiempo que la crisis impactó diferenciadamente en términos generacionales, afectando [en términos de mortalidad] más a las personas mayores, y más a las personas jóvenes en lo relativo a su socialización colectiva [básica en construcción de identidades].

Así, de acuerdo con lo consignado en el Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021 de la CEPAL, si se compara el endeudamiento externo a diciembre de 2020 con igual mes de 2019 (como porcentaje del PIB), puede constatarse que en Colombia pasó del 48.6 al 61.4 %, al tiempo que en Ecuador pasó del 47.8 al 60.3 %, en Perú pasó del 24.8 al 35.2 % y en Chile pasó del 27.9 al 32.5 % (en este caso, no se dispuso de información ni para Bolivia ni para Venezuela). Seguramente, esta situación se agravó aún más durante 2021 (todavía no se dispone de cifras comparables al respecto) y en varios países de la región, probablemente, el endeudamiento externo esté rondando, ahora, el 100 %.

3.2.3 Mirando desde otro ángulo: el desarrollo humano en la región andina

Frente a las limitaciones que presentan las mediciones exclusivamente centradas en indicadores de crecimiento económico y de medición de la pobreza, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado desde el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), brinda más y mejores elementos para medir la evolución de los niveles de bienestar relativos de la población.

Tabla 7. Región Andina: Índice de Desarrollo Humano 1990-2019

| Países | Puesto | 1990 | 2000 | 2010 | 2015 | 2019 |
|-----------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Bolivia | 107 | 0.551 | 0.627 | 0.667 | 0.697 | 0.718 |
| Chile | 43 | 0.706 | 0.756 | 0.803 | 0.842 | 0.851 |
| Colombia | 83 | 0.603 | 0.666 | 0.729 | 0.756 | 0.767 |
| Ecuador | 86 | 0.648 | 0.675 | 0.726 | 0.764 | 0.759 |
| Perú | 79 | 0.613 | 0.679 | 0.721 | 0.759 | 0.777 |
| Venezuela | 113 | 0.644 | 0.676 | 0.757 | 0.769 | 0.711 |

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2020. New York.

En este sentido, y tal como puede apreciarse, la ubicación de los países andinos está distribuida ampliamente en la lista de países y, en dicho marco, puede verificarse cómo la situación ha mejorado en todos ellos, pero más notoriamente en Bolivia y Ecuador, así como, en menor medida, en Colombia y Chile. En Venezuela, por su parte, se registra el único caso de reversión de dichos avances, entre 2015 y 2019.

Si pasamos a observar los diferentes componentes del Índice de Desarrollo Humano, podemos comprobar que las diferencias entre países son notorias. Así, la esperanza de vida al nacer oscila entre los 71.5 años en Bolivia y los 80.2 en Chile, al tiempo que diferencias similares se registran en relación con los años de escolaridad y más claramente aún, en relación con el Ingreso Nacional Bruto por Habitante, ubicado en más de 23 000 dólares en Chile y en apenas poco más de 7000 en Venezuela, al tiempo que los otros países se ubican en puestos intermedios de la escala correspondiente.

Tabla 8. Región Andina: Índice de Desarrollo Humano 2019 por componentes

| Países | Puesto | Índice de Desarrollo Humano | Esperanza de vida al nacer [años] | Años esperados de escolaridad | Años promedio de escolaridad | INB per cápita USD |
|-----------|--------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Bolivia | 107 | 0.718 | 71.5 | 14.2 | 09.0 | 8.554 |
| Chile | 43 | 0.851 | 80.2 | 16.4 | 10.6 | 23.261 |
| Colombia | 83 | 0.767 | 77.3 | 14.4 | 8.5 | 14.257 |
| Ecuador | 86 | 0.759 | 77.0 | 14.6 | 8.9 | 11.044 |
| Perú | 79 | 0.777 | 76.7 | 15.0 | 9.7 | 12.252 |
| Venezuela | 113 | 0.711 | 72.1 | 12.8 | 10.3 | 7.045 |

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2020. New York.

Estas diferencias varían notoriamente cuando se ajusta el IDH por niveles de desigualdad. Así, los retrocesos son evidentes en Chile y Colombia, más acotados en Ecuador, Perú y Bolivia, y hasta cambian de signo en Venezuela, evidenciando que este es el país donde se registran las menores distancias en materia de desigualdades sociales.

Tabla 9. Región Andina: Índice de Desarrollo Humano ajustado por desigualdad 2019

| Países | Puesto | IDH | IDH-D Valor | Pérdida Total | Diferencia | Coficiente |
|-----------|--------|-------|-------------|---------------|------------|------------|
| Bolivia | 107 | 0.718 | 0.546 | 24.0 | -9 | 23.7 |
| Chile | 43 | 0.851 | 0.709 | 16.7 | -11 | 15.9 |
| Colombia | 83 | 0.767 | 0.595 | 22.4 | -12 | 21.6 |
| Ecuador | 86 | 0.759 | 0.616 | 18.8 | -3 | 18.4 |
| Perú | 79 | 0.777 | 0.628 | 19.2 | -8 | 18.8 |
| Venezuela | 113 | 0.711 | 0.588 | 17.3 | 6 | 17.0 |

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2020. New York.

Por su parte, otro tanto sucede cuando el IDH se ajusta por género, tal como puede visualizarse en los dos cuadros siguientes. Así, en todos los países las cifras vinculadas con desarrollo de género muestran una situación más limitada en el caso de las mujeres, a excepción, nuevamente, de Venezuela, consistentemente con las cifras de los cuadros generales anteriores.

Tabla 10. Región Andina: índice de desarrollo de género 2019

| Países | Puesto | IDH | IDG Valor | IDG Grupo | IDH Mujer | IDH Hombre |
|-----------|--------|-------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Bolivia | 10 | 0.718 | 0.945 | 3 | 0.696 | 0.737 |
| Chile | 43 | 0.851 | 0.963 | 2 | 0.833 | 0.865 |
| Colombia | 83 | 0.767 | 0.989 | 1 | 0.761 | 0.770 |
| Ecuador | 86 | 0.759 | 0.967 | 2 | 0.743 | 0.768 |
| Perú | 79 | 0.777 | 0.957 | 2 | 0.759 | 0.793 |
| Venezuela | 113 | 0.711 | 1.009 | 1 | 0.712 | 0.706 |

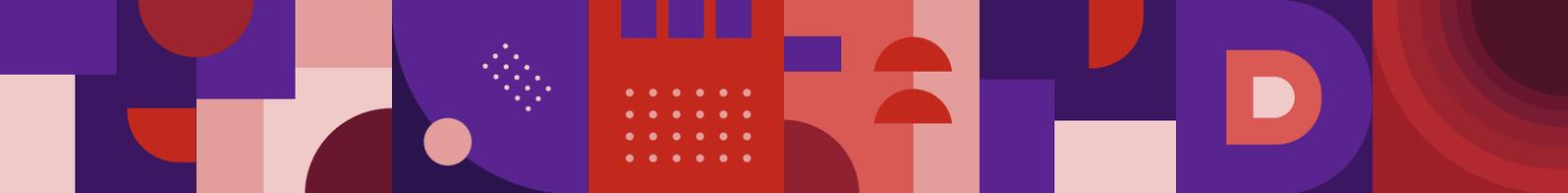
Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2020. New York.

dicionalmente, cuando se comparan las cifras convertidas a índices de desigualdad de género, mientras las cifras de Ecuador muestran un completo equilibrio [ni mejora ni empeora la situación desde este ángulo], en Colombia, Chile y Perú las correspondientes caídas, con relación a sus respectivos puestos en el IDH general son muy notorias. Por el contrario, Bolivia es el único caso en que, desde este ángulo, la situación mejora, subiendo del puesto 107 al puesto 98.

Tabla 11. Región Andina: índice de desigualdad de género 2019

| Países | Puesto | IDG Valor | IDG Puesto | % Escaños en Parlamento | TPFT Mujeres | TPFT Hombres |
|-----------|--------|-----------|------------|-------------------------|--------------|--------------|
| Bolivia | 107 | 0.417 | 98 | 51.8 | 63.2 | 80.5 |
| Chile | 43 | 0.247 | 55 | 22.7 | 51.8 | 74.0 |
| Colombia | 83 | 0.428 | 101 | 19.6 | 57.3 | 80.9 |
| Ecuador | 86 | 0.384 | 86 | 38.0 | 55.2 | 81.1 |
| Perú | 79 | 0.395 | 87 | 30.0 | 70.3 | 85.1 |
| Venezuela | 113 | 0.479 | 119 | 22.2 | 45.4 | 74.9 |

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2020. New York.



En su conjunto, en aquellos países donde el punto de partida es más desigual, los avances son más notorios, ocurriendo lo contrario en aquellos donde las cifras son menos contrastantes.

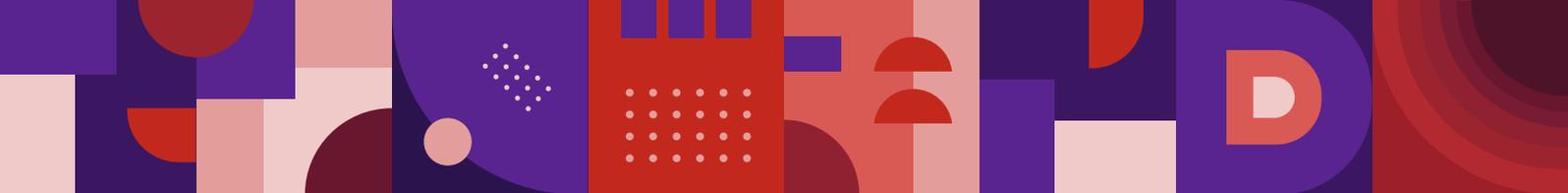
3.2.4 Estilos de desarrollo: crisis y transformación en un nuevo marco global

Nuestra región cuenta, desde hace tiempo, con una abundante literatura centrada en el análisis de los procesos y los modelos de desarrollo, implementados a lo largo de la historia de, al menos, los últimos 200 años. Tanto la obra de Bértola y Ocampo [2016] como la de Pérez Sainz [2014] aportan marcos interpretativos y abundante evidencia al respecto. No es este el espacio para analizar en detalle estos largos procesos, pero importa ubicar el análisis de las últimas décadas en el marco correspondiente, aludiendo al carácter dependiente de la inserción de América Latina en la economía global, para no perder la perspectiva necesaria al respecto.

En este sentido, la primera gran ola globalizadora [o de integración al mundo], se concretó con la llegada de la colonización española y portuguesa [simultáneas pero muy diferentes entre sí], que concretaron una extensa fase del desarrollo en nuestra región [Ferrer, 1999], que algunos autores han catalogado como “acumulación por desposesión” [Harvey 2012] esto es, un modelo basado en el despojo de las principales riquezas naturales [especialmente oro y plata] disponibles en América Latina y escasas en Europa. Paulatinamente, nuestra región se fue especializando en el desarrollo del sector primario de la economía [agricultura, ganadería y minería] sin desplegar esfuerzos industrializadores, dado que el desarrollo del sector secundario de la economía [la industria, precisamente] quedó en manos de las principales potencias europeas. Esto generó, entonces, un modelo de desarrollo altamente dependiente [Cardoso y Faletto, 1978], impuesto en gran medida por las principales potencias europeas e implementado con la colaboración de las élites dominantes locales, prácticamente entre los siglos XV y XIX.

Será recién en pleno siglo XX, y casi que por obligación [dado que las principales potencias europeas reconvirtieron sus economías al servicio de las dos guerras mundiales, y abandonaron el abastecimiento a sus países satélites], que se comenzaron a implementar los primeros esfuerzos industrializadores en América Latina, diversificando de este modo [al menos, en cierta medida] nuestras economías. Pero salidas de las dos guerras mundiales y con el ascenso del poderío norteamericano en el plano mundial que se produjo en dicho marco, las principales potencias europeas volvieron a concentrarse en la reconstrucción primero, y después en el desarrollo de sus economías, desplegando importantes esfuerzos, especialmente, en el sector terciario, esto es, la economía de los servicios, con lo cual, nuestros países siguieron siendo dependientes, ahora no solo de la compra de nuestros productos primarios, sino también de nuestros productos industriales, junto con la recepción subordinada de apoyos en el sector servicios como tal. Dicha dependencia generó, inevitablemente, subdesarrollo o desarrollo precario, sobre la base de la consolidación de sociedades altamente fragmentadas, entre algunos sectores minoritarios con altos niveles de ingreso y amplios sectores con ingresos escasos, acompañados de procesos de inclusión al mundo para los primeros y de exclusión a todos los niveles para los segundos.

Los procesos de industrialización aludidos pretendieron construir algunos niveles, al menos, de autonomía relativa, pero los resultados fueron sumamente acotados. Hoy por hoy, en América Latina, en general, y en la región Andina, en particular, se está volviendo a consolidar el modelo primario - exportador de las primeras etapas, de la mano de las diversas formas que está asumiendo el denominado “neoextractivismo”, sustentado nuevamente en la explotación de la tierra, básicamente



a través de la producción de alimentos y la extracción de minerales que, ahora, tienen una demanda creciente de parte de China, que los necesita en abundancia para sustentar su actual y futuro desarrollo, ya convertida en la nueva segunda potencia mundial [detrás de Estados Unidos] previéndose su paso al primer lugar en plazos no muy lejanos de tiempo.

Adicionalmente, importa tener centralmente en cuenta que al considerar a China como un caso de “capitalismo de Estado”, ya no hay más que capitalismo [Milanovic, 2020]. De este modo, al menos en lo que puede esperarse en el mediano plazo, no es concebible debatir sobre las alternativas “al” capitalismo, sino más bien “en” el capitalismo, terreno en el cual, autores relevantes como Joseph Stiglitz [2020], postulan la pertinencia de construir un “capitalismo progresista”.

Esto tiene implicaciones que no se debieran pasar por alto, para imaginar las posibles salidas de la actual pandemia sanitaria, en la medida en que la misma debería tener otros sustentos (el desarrollo inclusivo y sostenible que se pregona desde las Naciones Unidas, a través de la Agenda 2030), pero que, en realidad, se basará seguramente en este otro modelo [primario-exportador, dependiente y altamente concentrado y globalizado], en cuyo marco se profundizarán problemas estructurales que tendrán impactos tan relevantes como devastadores, desde el punto de vista de la inclusión social y la sostenibilidad del desarrollo. La amplia documentación aportada por la CEPAL y otros organismos de las Naciones Unidas, así como por el BID, brinda mucha evidencia al respecto.

En este marco, es dable esperar que varios problemas actuales se agraven aún más a futuro. En particular, esto ocurrirá en lo que atañe al cambio climático, esfera en la cual se siguen postergando las soluciones de fondo, hipotecando el futuro desde todo punto de vista y concentrando las peores consecuencias en las próximas generaciones, que tendrán que enfrentar graves problemas y a su vez, tendrán que pagar la “factura” que esto implicará para las próximas décadas. Del mismo modo, esto tendrá repercusiones de gran envergadura en el campo del desarrollo social, en la medida en que el despliegue de este modelo neo-extractivista de desarrollo, implicará la devastación de grandes extensiones del territorio de los diferentes países de la región, al tiempo que impactará desigualmente en los diferentes grupos sociales vinculados a estas particulares dinámicas.

Todo esto, a su vez, generará enormes desafíos para las políticas públicas. Así, los sistemas de protección social en general y los de pensiones y jubilaciones en particular, tendrán que encarar resueltamente los graves problemas que se vienen generando, a raíz de las profundas transformaciones demográficas en curso, en momentos en que el denominado “bono demográfico” [la relación positiva entre población activa y población pasiva] se está agotando rápidamente, dando paso al creciente volumen de adultos mayores que en el mediano y largo plazo, se transformarán en el sector poblacional más demandante de protección social. En la misma línea, impactarán las transformaciones en curso en los mercados laborales, en la medida en que la incorporación masiva de tecnología en este campo tornará obsoletos a un amplio conjunto de ocupaciones y puestos de trabajo, que no serán compensados [al menos en la dimensión correspondiente] por la creación de nuevos puestos centrados, precisamente, en el manejo fluido y dinámico de la tecnología.

3.3 Desigualdades múltiples en cifras: datos que importan

En este marco de crisis económica y social [coyuntural y estructural a la vez], importa ubicar las principales desigualdades múltiples, aportando indicadores cuantitativos que permitan dimensionar y precisar el análisis correspondiente, en relación a la población, los territorios, la movilidad humana, el género, las generaciones y la raza, cerrando con algunos señalamientos sobre otras áreas con carencias informativas

a levantar, a medida que podamos ir avanzando en la construcción de nuestra línea de base y el monitoreo correspondiente.

3.3.1 Población, territorios y movilidad humana: cambios y permanencias

Población y territorio

Según datos de la CEPAL, la población de los seis países que componen la región Andina está estimada en 2020, en 160 millones de habitantes, lo que implica un aumento de más del 50 % respecto a 1990. La estimación correspondiente al 2030, ubica este total en más de 175 millones, lo que significa que sigue aumentando, pero a un menor ritmo respecto al pasado.

Tabla 12. Región Andina: población total por países 1990-2030 [en miles]

| País | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Bolivia | 6.865 | 8.418 | 10.049 | 11.673 | 13.240 |
| Chile | 13.275 | 15.342 | 17.063 | 19.116 | 19.458 |
| Colombia | 33.103 | 39.630 | 45.223 | 50.883 | 53.417 |
| Ecuador | 10.231 | 12.681 | 15.011 | 17.643 | 19.819 |
| Perú | 22.071 | 26.460 | 29.028 | 32.972 | 36.031 |
| Venezuela | 19.633 | 24.182 | 28.440 | 28.436 | 33.626 |
| TOTAL | 105.178 | 126.713 | 144.814 | 160.723 | 175.591 |

Fuente: CEPAL. (2020). Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Como puede apreciarse, la población creció en todos los países, aunque a ritmos diferentes, y en el marco de procesos que se fueron haciendo más lentos a lo largo del tiempo. Así, mientras en la última década del siglo pasado y en la primera de este siglo, se contabilizaron 20 millones más de habitantes en cada caso, dicha cifra descendió a 15 millones en las décadas de 2010 y 2020, previéndose que esta tendencia continuará también en esta década.

En este marco, las estimaciones disponibles indican que el grado de urbanización ha ido en aumento en los últimos cincuenta años, partiendo de niveles ya elevados a comienzos de los años ochenta, dado el elevado proceso de migración rural-urbana concretada en las décadas previas, que aquí no consignamos pero que es pertinente tener en cuenta para analizar estas tendencias. En este sentido, la situación entre países también muestra diferencias relevantes, pues mientras en Bolivia y Ecuador se partía de niveles todavía relevantes de población rural y se fue evolucionando a la predominancia de la población urbana, en Colombia y Perú el proceso comenzó de niveles altos de urbanización que siguieron creciendo paulatinamente, al tiempo que en Chile y Venezuela ocurrió otro tanto, pero se registraron aumentos de la urbanización aún más pronunciados.

Tabla 13. Región Andina: población urbana y rural 1980-2020

| Países | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 |
|------------------|------|------|------|------|------|
| Bolivia | | | | | |
| Urbano [%] | 45.5 | 55.6 | 61.8 | 66.4 | 70.0 |
| Rural [%] | 54.5 | 44.4 | 38.2 | 33.6 | 30.0 |
| Chile | | | | | |
| Urbano [%] | 79.0 | 82.8 | 85.3 | 87.5 | 89.0 |
| Rural [%] | 21.0 | 17.2 | 14.7 | 12.5 | 11.0 |
| Colombia | | | | | |
| Urbano [%] | 64.3 | 69.3 | 74.5 | 78.4 | 81.4 |
| Rural [%] | 35.7 | 30.7 | 25.5 | 21.6 | 18.6 |
| Ecuador | | | | | |
| Urbano [%] | 47.0 | 55.1 | 60.4 | 65.0 | 68.7 |
| Rural [%] | 53.0 | 44.9 | 39.6 | 35.0 | 31.3 |
| Perú | | | | | |
| Urbano [%] | 64.2 | 68.7 | 71.9 | 73.3 | 74.4 |
| Rural [%] | 35.8 | 31.3 | 28.1 | 26.7 | 25.6 |
| Venezuela | | | | | |
| Urbano [%] | 79.0 | 83.9 | 90.8 | 93.6 | 94.4 |
| Rural [%] | 21.0 | 16.1 | 9.2 | 6.4 | 5.6 |

Fuente: CELADE. [2005]. Estimaciones y Proyecciones de Población: América Latina 1970-2025.

Pobreza

El otro indicador fundamental en el campo del desarrollo social es, sin duda, el de la pobreza. Las cifras disponibles muestran que, en general, esta ha tenido descensos importantes en lo que va de este siglo, aunque persisten niveles todavía preocupantes en varios países de la región, sobre todo en las áreas rurales. En términos más específicos, puede constatar que aún en 2019, la pobreza afectaba a importantes contingentes poblacionales, que iban del 10 % en Chile al más del 30 % en Colombia y Bolivia, ubicándose Ecuador y Perú en situaciones intermedias. Por su parte, con relación a la pobreza extrema, las distancias también son considerables, especialmente en las áreas rurales, con tasas de van de menos del 2 % en Chile a casi el 30 % en Bolivia y Colombia [con Ecuador y Perú, nuevamente, ubicados en posiciones intermedias].

Tabla 14. Región Andina: magnitud de la pobreza 2000-2019 según área geográfica

| Países | Años | Pobreza | | | Pobreza extrema | | |
|-----------|------|---------|--------|-------|-----------------|--------|-------|
| | | Total | Urbano | Rural | Total | Urbano | Rural |
| Bolivia | 2000 | 67.4 | 56.1 | 87.0 | 38.1 | 17.7 | 73.3 |
| | 2005 | 66.6 | 58.5 | 81.2 | 36.9 | 22.9 | 61.8 |
| | 2011 | 36.3 | 27.0 | 55.0 | 15.7 | 5.9 | 35.5 |
| | 2015 | 34.7 | 26.3 | 53.0 | 14.6 | 5.8 | 33.8 |
| | 2019 | 31.1 | 24.6 | 46.2 | 12.1 | 4.9 | 28.6 |
| Chile | 2000 | 42.8 | 41.0 | 54.2 | 6.3 | 5.3 | 12.2 |
| | 2006 | 35.9 | 35.1 | 41.4 | 4.0 | 3.5 | 7.4 |
| | 2011 | 25.2 | 25.3 | 24.6 | 3.2 | 3.0 | 4.6 |
| | 2015 | 13.7 | 13.9 | 12.7 | 1.8 | 2.7 | 2.5 |
| | 2017 | 10.7 | 10.9 | 9.4 | 1.4 | 1.4 | 1.8 |
| Colombia | 2002 | 53.8 | 49.0 | 67.6 | 23.8 | 17.1 | 42.7 |
| | 2005 | 49.6 | 44.4 | 65.0 | 19.7 | 13.5 | 38.1 |
| | 2010 | 40.0 | 34.7 | 56.9 | 17.0 | 11.4 | 34.7 |
| | 2015 | 30.5 | 25.5 | 47.4 | 11.3 | 7.2 | 25.0 |
| | 2019 | 31.7 | 27.5 | 46.2 | 12.8 | 8.7 | 27.1 |
| Ecuador | 2001 | 53.5 | 48.0 | 63.7 | 20.2 | 14.3 | 30.8 |
| | 2005 | 40.4 | 33.1 | 54.6 | 13.1 | 7.9 | 23.5 |
| | 2010 | 32.7 | 26.4 | 45.2 | 10.0 | 6.2 | 17.6 |
| | 2015 | 23.9 | 19.6 | 33.0 | 7.0 | 4.1 | 13.0 |
| | 2019 | 25.7 | 21.2 | 35.4 | 7.6 | 4.1 | 15.1 |
| Perú | 2001 | 45.1 | 34.3 | 68.4 | 16.3 | 7.3 | 35.7 |
| | 2005 | 46.8 | 26.5 | 71.8 | 16.1 | 7.4 | 37.1 |
| | 2010 | 24.6 | 16.2 | 48.2 | 7.0 | 2.7 | 19.2 |
| | 2015 | 19.0 | 12.3 | 40.7 | 5.4 | 2.0 | 16.4 |
| | 2019 | 15.4 | 11.0 | 31.4 | 3.0 | 1.2 | 9.7 |
| Venezuela | 2000 | 44.2 | ---- | ---- | 4.8 | ---- | ---- |
| | 2005 | 43.0 | ---- | ---- | 9.1 | ---- | ---- |
| | 2010 | 25.0 | ---- | ---- | 4.9 | ---- | ---- |
| | 2014 | 28.3 | ---- | ---- | 12.0 | ---- | ---- |
| | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |

Fuente: CEPAL. (2020). Panorama Social de América Latina 2020. Santiago.

Movilidad humana

Por su parte, en términos de movilidad humana, se cuenta con datos parciales y no siempre comparables, pero de todos modos se pueden identificar algunas tendencias relevantes. El Informe 2021 del Centro Internacional para el Desarrollo de Políticas Migratorias [ICMPD por sus siglas en inglés], por ejemplo, destaca cinco problemas principales a tener en cuenta: [i] el impacto de la pandemia del COVID-19 que, aunque ha dificultado la movilidad, destruido empleos y fuentes de ingreso y aumentado la pobreza, no ha supuesto el fin de la migración; [ii] la relevancia de la masiva migración internacional venezolana, con flujos y reflujos que seguramente seguirán operando a futuro; [iii] los muy visibles flujos migratorios de centroamericanos, vía México, hacia Estados Unidos, que seguramente también seguirán ampliándose a futuro; [iv] la importante migración latinoamericana en general entre regiones y aun entre países vecinos, seguida por los flujos hacia Estados Unidos y [en menor medida] hacia Europa y; [v] la xenofobia hacia los migrantes, que ha ido en aumento, exponencialmente, en muchos países latinoamericanos.

En síntesis, a los originales flujos rural-urbanos de la primera mitad del siglo XX, así como al crecimiento de los flujos entre ciudades y la creciente emigración internacional dominantes en la segunda mitad, le están siguiendo ahora crecientes flujos intrarregionales que, en particular en la región Andina, tiene componentes tan complejos como relevantes, diferentes según los países (mientras Venezuela expulsa, Colombia, Ecuador y Perú son países de paso y receptores, y Chile se consolida como país receptor) lo que plantea desafíos nuevos a encarar en el corto y mediano plazo.

3.3.2 Género y generaciones: especificidades y cruces que importan

En lo que atañe a las desigualdades de género, son muchos los indicadores para tener en cuenta, entre los que importa revisar, por ejemplo, la evolución de los niveles de pobreza, esfera en la cual puede constatarse que, en general, la reducción ha sido históricamente significativa en los seis países de la región, aunque en diferentes medidas. Así, mientras la pobreza se redujo notoriamente en Bolivia y Ecuador, esto ha sido más relativo en Colombia y Venezuela, y aún menos pronunciada en Chile.

Tabla 15. Región Andina: incidencia de pobreza extrema y pobreza, según sexo del jefe de hogar 2000-2019

| País | Año | Pobreza extrema | | | Pobreza | | |
|-----------|------|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| Bolivia | 2000 | 37.8 | 39.0 | 31.1 | 66.9 | 68.1 | 60.6 |
| | 2005 | 36.8 | 38.2 | 30.3 | 66.4 | 67.9 | 59.0 |
| | 2011 | 15.6 | 16.3 | 12.5 | 36.2 | 37.0 | 32.6 |
| | 2015 | 14.5 | 15.5 | 10.8 | 34.7 | 35.9 | 29.7 |
| | 2019 | 12.1 | 12.4 | 10.9 | 31.1 | 31.5 | 29.7 |
| Chile | 2000 | 6.2 | 6.0 | 7.2 | 42.6 | 42.2 | 44.2 |
| | 2006 | 4.0 | 3.5 | 5.5 | 35.9 | 34.7 | 39.0 |
| | 2011 | 3.2 | 2.4 | 4.5 | 25.1 | 22.7 | 29.6 |
| | 2015 | 1.8 | 1.4 | 2.5 | 13.7 | 11.6 | 17.5 |
| | 2017 | 1.4 | 1.1 | 1.9 | 10.7 | 8.9 | 13.5 |
| Colombia | 2002 | 23.6 | 23.8 | 22.7 | 53.4 | 53.7 | 52.4 |
| | 2005 | 19.5 | 19.5 | 19.5 | 49.3 | 49.3 | 49.0 |
| | 2010 | 16.9 | 16.3 | 18.6 | 39.9 | 39.1 | 41.8 |
| | 2015 | 11.3 | 10.4 | 13.0 | 30.5 | 29.0 | 33.3 |
| | 2019 | 12.8 | 12.0 | 14.2 | 31.6 | 30.4 | 33.9 |
| Ecuador | 2001 | 20.1 | 19.6 | 22.9 | 53.4 | 53.1 | 54.7 |
| | 2005 | 13.1 | 13.1 | 13.2 | 40.3 | 40.4 | 39.8 |
| | 2010 | 10.0 | 10.3 | 9.2 | 32.7 | 33.0 | 31.7 |
| | 2015 | 7.0 | 7.2 | 6.2 | 23.8 | 23.8 | 23.9 |
| | 2019 | 7.6 | 8.1 | 5.8 | 25.7 | 26.2 | 24.1 |
| Perú | 2001 | 16.1 | 16.9 | 12.2 | 44.8 | 45.6 | 40.4 |
| | 2005 | 15.9 | 17.0 | 11.3 | 46.4 | 47.7 | 40.8 |
| | 2010 | 7.0 | 7.4 | 5.4 | 24.5 | 25.4 | 21.0 |
| | 2015 | 5.4 | 5.8 | 3.9 | 19.0 | 19.9 | 16.1 |
| | 2019 | 3.0 | 3.5 | 1.7 | 15.4 | 16.4 | 12.5 |
| Venezuela | 2000 | 4.8 | 4.6 | 5.4 | 44.2 | 43.3 | 46.5 |
| | 2005 | 9.1 | 8.1 | 11.2 | 42.8 | 41.3 | 45.9 |
| | 2010 | 5.0 | 4.0 | 6.6 | 25.2 | 24.0 | 27.3 |
| | 2014 | 11.9 | 10.9 | 13.4 | 28.2 | 27.0 | 29.9 |

Fuente: CEPAL. [2020]. Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Tabla 16. Región Andina: tasas de participación en la actividad económica por sexo y grupos de edad

| Hombres | | | | | | | |
|-----------|------|---------|---------|---------|---------|----------|-------|
| Países | Año | 15 a 24 | 25 a 34 | 35 a 44 | 45 a 59 | 60 y más | Total |
| Bolivia | 2000 | 60.0 | 94.0 | 98.6 | 95.0 | 73.6 | 82.2 |
| | 2005 | 55.2 | 95.6 | 99.0 | 96.8 | 66.0 | 80.2 |
| | 2011 | 60.6 | 94.6 | 98.6 | 96.6 | 70.8 | 82.6 |
| | 2015 | 54.2 | 92.8 | 98.2 | 96.6 | 67.4 | 80.2 |
| | 2019 | 57.0 | 93.2 | 99.2 | 98.0 | 64.0 | 81.2 |
| Chile | 2000 | 40.6 | 92.2 | 96.4 | 90.4 | 42.0 | 73.4 |
| | 2006 | 42.8 | 91.8 | 95.8 | 91.0 | 43.0 | 72.6 |
| | 2011 | 42.2 | 89.6 | 94.0 | 91.6 | 40.4 | 70.2 |
| | 2015 | 39.8 | 89.6 | 94.8 | 92.4 | 45.6 | 71.0 |
| | 2017 | 40.6 | 89.6 | 94.4 | 92.2 | 47.8 | 71.6 |
| Colombia | 2002 | 67.0 | 96.6 | 97.2 | 92.0 | 53.8 | 82.2 |
| | 2005 | 62.8 | 96.2 | 97.0 | 91.8 | 51.0 | 80.6 |
| | 2010 | 62.0 | 96.6 | 97.4 | 93.4 | 53.8 | 81.2 |
| | 2015 | 63.4 | 96.2 | 96.8 | 94.0 | 55.0 | 81.6 |
| | 2019 | 58.6 | 95.4 | 96.4 | 93.6 | 53.6 | 80.0 |
| Ecuador | 2001 | 73.2 | 96.6 | 97.8 | 94.8 | 68.4 | 85.8 |
| | 2005 | 66.4 | 97.0 | 98.2 | 95.8 | 66.8 | 83.6 |
| | 2010 | 55.4 | 94.2 | 97.4 | 95.6 | 61.2 | 78.0 |
| | 2015 | 52.6 | 95.8 | 98.4 | 95.4 | 63.2 | 80.0 |
| | 2019 | 50.6 | 94.0 | 98.0 | 95.0 | 59.8 | 77.6 |
| Perú | 2000 | 63.0 | 92.8 | 97.0 | 94.0 | 61.2 | 80.2 |
| | 2005 | 62.2 | 90.0 | 93.4 | 90.6 | 61.8 | 78.4 |
| | 2010 | 66.0 | 93.2 | 96.8 | 94.8 | 67.2 | 82.6 |
| | 2015 | 58.2 | 92.4 | 96.6 | 95.0 | 67.8 | 80.8 |
| | 2019 | 58.8 | 91.6 | 95.6 | 95.6 | 69.0 | 81.0 |
| Venezuela | 2000 | 64.0 | 96.0 | 97.4 | 92.6 | 51.6 | 82.0 |
| | 2005 | 60.0 | 95.6 | 97.0 | 92.4 | 56.0 | 81.0 |
| | 2010 | 55.8 | 94.6 | 97.4 | 92.6 | 51.6 | 79.2 |
| | 2014 | 55.0 | 94.2 | 96.8 | 92.4 | 51.6 | 79.2 |
| | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |

Fuente: CEPAL. [2020]. Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Tabla 17. Región Andina: tasas de participación en la actividad económica por sexo y grupos de edad

| Mujeres | | | | | | | |
|-----------|------|---------|---------|---------|---------|----------|-------|
| Países | AÑO | 15 a 24 | 25 a 34 | 35 a 44 | 45 a 59 | 60 y más | Total |
| Bolivia | 2000 | 44.0 | 69.6 | 73.2 | 71.4 | 44.8 | 59.6 |
| | 2005 | 44.2 | 65.2 | 75.6 | 74.8 | 51.8 | 60.8 |
| | 2011 | 45.4 | 69.6 | 77.6 | 76.8 | 47.4 | 62.4 |
| | 2015 | 35.0 | 61.6 | 69.6 | 70.6 | 45.0 | 55.0 |
| | 2019 | 42.6 | 67.4 | 75.0 | 76.0 | 49.0 | 61.4 |
| Chile | 2000 | 27.2 | 55.2 | 53.4 | 46.0 | 11.8 | 39.8 |
| | 2006 | 29.6 | 61.4 | 58.8 | 52.0 | 15.4 | 43.2 |
| | 2011 | 28.8 | 65.2 | 63.6 | 54.0 | 14.2 | 43.4 |
| | 2015 | 30.4 | 69.4 | 69.2 | 60.0 | 18.0 | 47.4 |
| | 2017 | 30.2 | 73.2 | 71.6 | 61.2 | 19.6 | 49.0 |
| Colombia | 2002 | 48.6 | 68.2 | 68.8 | 53.6 | 18.4 | 53.8 |
| | 2005 | 43.8 | 67.4 | 68.2 | 54.4 | 18.0 | 52.2 |
| | 2010 | 44.2 | 72.8 | 73.4 | 61.6 | 21.8 | 56.0 |
| | 2015 | 46.0 | 75.4 | 76.6 | 66.2 | 26.0 | 58.6 |
| | 2019 | 44.2 | 74.0 | 75.2 | 64.0 | 24.8 | 56.6 |
| Ecuador | 2001 | 54.6 | 68.2 | 71.4 | 63.8 | 34.8 | 59.8 |
| | 2005 | 43.6 | 66.2 | 68.2 | 62.2 | 33.2 | 54.8 |
| | 2010 | 33.6 | 63.4 | 62.8 | 57.8 | 28.0 | 48.0 |
| | 2015 | 31.0 | 62.6 | 67.2 | 63.0 | 33.4 | 51.4 |
| | 2019 | 31.4 | 65.2 | 70.0 | 65.6 | 35.4 | 53.2 |
| Perú | 2000 | 51.6 | 68.8 | 77.8 | 63.6 | 37.4 | 60.0 |
| | 2005 | 49.4 | 68.8 | 73.8 | 65.2 | 39.6 | 59.2 |
| | 2010 | 53.6 | 75.0 | 79.4 | 76.4 | 45.0 | 65.8 |
| | 2015 | 47.0 | 72.8 | 76.4 | 74.2 | 44.8 | 62.6 |
| | 2019 | 48.4 | 72.8 | 78.8 | 79.4 | 47.8 | 65.0 |
| Venezuela | 2000 | 33.8 | 60.4 | 63.8 | 51.8 | 18.6 | 47.2 |
| | 2005 | 35.0 | 66.4 | 70.2 | 58.2 | 20.8 | 51.6 |
| | 2010 | 29.6 | 66.2 | 72.0 | 59.8 | 20.6 | 50.6 |
| | 2014 | 29.2 | 66.6 | 74.0 | 61.6 | 21.4 | 51.8 |
| | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |

Fuente: CEPAL. [2020]. Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Como puede apreciarse en los dos cuadros precedentes, estamos ante un claro contraste entre las dos principales categorías clásicas en este campo: población activa [edades intermedias, entre 15 y 64 años] y población pasiva [menores de 14 años y mayores de 65 años]. Por su parte, la evolución en el tiempo muestra tendencias más o menos estables en el caso de los hombres, conjuntamente, con cambios significativos en el caso de las mujeres, que continuaron entrando masivamente al mercado de trabajo, visible especialmente en los grupos más jóvenes. Lo dicho, constatable en términos cuantitativos en otras muchas esferas del desarrollo, se ha constatado también a través de múltiples estudios cualitativos, que se sumergen en las implicancias que estas transformaciones estructurales tienen en la vida cotidiana de las personas y los grupos.

Tabla 18. Región Andina: relación de ingresos medios de las mujeres respecto del ingreso medio de los hombres entre 2000 y 2019 por grupos de edad

| Países | Años | Total | 15 – 24 | 25 – 34 | 35 – 44 | 45 – 54 | 55 y más |
|-----------|------|-------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Bolivia | 2000 | 69.4 | 68.6 | 84.2 | 69.4 | 65.9 | 41.3 |
| | 2005 | 69.3 | 65.6 | 73.8 | 63.4 | 96.9 | 38.9 |
| | 2011 | 70.1 | 72.5 | 67.8 | 68.7 | 71.3 | 69.3 |
| | 2015 | 78.9 | 66.9 | 80.5 | 80.3 | 79.6 | 73.0 |
| | 2019 | 73.0 | 72.1 | 72.2 | 75.1 | 71.1 | 71.4 |
| Chile | 2000 | 68.4 | 92.3 | 81.0 | 66.2 | 58.5 | 62.5 |
| | 2006 | 76.9 | 92.3 | 86.2 | 73.4 | 70.8 | 71.0 |
| | 2011 | 74.0 | 86.6 | 78.5 | 74.1 | 67.9 | 68.5 |
| | 2015 | 72.6 | 90.9 | 80.4 | 68.6 | 67.6 | 66.1 |
| | 2017 | 76.2 | 87.2 | 84.6 | 75.8 | 66.5 | 70.6 |
| Colombia | 2002 | 86.0 | 109.0 | 92.0 | 80.0 | 82.0 | 71.0 |
| | 2005 | 85.5 | 103.3 | 93.8 | 80.8 | 80.4 | 65.0 |
| | 2010 | 82.0 | 100.9 | 90.4 | 78.3 | 73.5 | 65.4 |
| | 2015 | 83.0 | 94.6 | 88.3 | 82.0 | 77.1 | 67.2 |
| | 2019 | 87.1 | 94.4 | 91.0 | 85.2 | 84.6 | 78.3 |
| Ecuador | 2001 | 66.6 | 89.1 | 71.7 | 64.0 | 58.5 | 49.2 |
| | 2005 | 75.2 | 91.4 | 83.1 | 72.5 | 64.0 | 65.4 |
| | 2010 | 80.0 | 96.0 | 84.0 | 75.0 | 75.0 | 77.0 |
| | 2015 | 76.7 | 84.4 | 85.9 | 77.6 | 65.8 | 63.8 |
| | 2019 | 82.8 | 92.9 | 89.3 | 81.5 | 75.8 | 74.1 |
| Perú | 2001 | 67.6 | 109.1 | 80.2 | 57.3 | 49.9 | 45.7 |
| | 2005 | 70.3 | 86.6 | 84.9 | 64.2 | 63.5 | 51.4 |
| | 2010 | 62.8 | 79.8 | 63.4 | 60.6 | 57.0 | 57.2 |
| | 2015 | 69.9 | 83.2 | 73.8 | 72.1 | 64.0 | 58.5 |
| | 2019 | 72.2 | 80.2 | 73.0 | 72.6 | 68.8 | 68.8 |
| Venezuela | 2000 | 80.2 | 96.9 | 82.7 | 78.2 | 73.8 | 58.7 |
| | 2005 | 80.8 | 90.1 | 81.1 | 84.0 | 76.3 | 58.2 |
| | 2010 | 82.9 | 95.8 | 85.9 | 80.4 | 75.9 | 71.5 |
| | 2014 | 81.9 | 87.5 | 85.3 | 79.3 | 76.7 | 74.2 |
| | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |

Fuente: CEPAL. (2020). Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Por su parte, si observamos la relación entre las remuneraciones que reciben las mujeres, en relación con los hombres [por el mismo tipo de trabajo], pueden constatar que son -prácticamente siempre- menores, pudiendo constatar también, ciertas mejorías relevantes [Ecuador] junto con situaciones de permanencia de las diferencias [Colombia]. En términos generacionales, por su parte, se constatan menores diferencias entre las más jóvenes [en relación con las más adultas] en casi todos los casos [muy marcadas en el caso de Perú], con algunas excepciones [como en Bolivia].

3.3.3 Personas afrodescendientes: entre la exclusión y la integración desigual

Entre los muchos estudios producidos, últimamente, respecto de las personas afrodescendientes, destaca uno en particular [CEPAL, 2020], sobre todo, por la actualidad de los datos que maneja y las comparaciones que establece. Una síntesis apretada de la abundante información aportada, permite caracterizar a este grupo. En primer lugar, importa dimensionar, genéricamente, su importancia relativa, a partir de los datos censales disponibles y las proyecciones correspondientes, teniendo en cuenta que los criterios con los que se han ido recogiendo estos datos han ido variando en el tiempo [actualmente, el criterio dominante es la auto identificación de las personas al momento de ser censadas].

Tabla 19. Región Andina: población afrodescendiente [en miles] según último censo y proyecciones a 2020

| Países y años de censos | Afrodescendientes censados | % de población afrodescendiente | Población total estimada 2020 | Población afro estimada 2020 |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Bolivia 2012 | 23,3 | 0,2 | 11.673,0 | 27,1 |
| Chile 2017 | 9,9 | 0,1 | 19.116,2 | 11,5 |
| Colombia 2018 | 2.982,2 | 6,8 | 50.882,9 | 3.482,9 |
| Ecuador 2010 | 1.041,6 | 7,2 | 17.643,1 | 1.268,8 |
| Perú 2017 | 1.049,9 | 3,6 | 32.971,8 | 1.178,1 |
| Venezuela 2011 | 936,8 | 3,4 | 28.435,9 | 978,3 |

Fuente: CEPAL. (2021). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

Como puede apreciarse, estamos ante un conjunto poblacional que dista de ser irrelevante [casi tres millones y medio en Colombia, alrededor de un millón en Ecuador, Perú y Venezuela] y que, además, están más afectados que la población no afro por la pobreza.

Tabla 20. Incidencia de la pobreza según condición étnico-racial, alrededor de 2018

| Países | Población | Pobreza extrema | Pobreza no extrema | Pobreza total |
|----------|----------------------|-----------------|--------------------|---------------|
| Brasil | Afrodescendientes | 7.1 | 18.4 | 25.5 |
| | No afrodescendientes | 3.1 | 8.4 | 11.5 |
| Colombia | Afrodescendientes | 17.4 | 23.4 | 40.8 |
| | No afrodescendientes | 9.2 | 18.6 | 27.8 |
| Ecuador | Afrodescendientes | 9.0 | 22.5 | 31.5 |
| | No afrodescendientes | 4.4 | 15.0 | 19.4 |
| Panamá | Afrodescendientes | 2.1 | 8.4 | 10.5 |
| | No afrodescendientes | 6.7 | 8.3 | 15.0 |
| Perú | Afrodescendientes | 4.2 | 15.4 | 19.6 |
| | No afrodescendientes | 1.7 | 8.2 | 9.9 |
| Uruguay | Afrodescendientes | ---- | 7.7 | 7.7 |
| | No afrodescendientes | ---- | 2.7 | 2.7 |

Fuente: CEPAL. (2021), Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

Si, además, se desagrega la información teniendo en cuenta el territorio, es constatable que la pobreza afecta más agudamente a las poblaciones afrodescendientes que viven en entornos rurales.

Tabla 21. Incidencia de la pobreza según condición étnico-racial y área geográfica, alrededor de 2018

| Países y población | | Áreas urbanas | | | Áreas rurales | | |
|--------------------|----------------------|-----------------|--------------------|---------------|-----------------|--------------------|---------------|
| | | Pobreza extrema | Pobreza no extrema | Pobreza total | Pobreza extrema | Pobreza no extrema | Pobreza total |
| Brasil | Afrodescendientes | 5.3 | 17.7 | 23.0 | 15.9 | 21.6 | 37.5 |
| | No afrodescendientes | 2.6 | 7.9 | 10.5 | 7.7 | 12.0 | 19.7 |
| Colombia | Afrodescendientes | 12.3 | 24.6 | 36.8 | 30.5 | 20.1 | 50.6 |
| | No afrodescendientes | 6.6 | 18.0 | 24.6 | 18.8 | 20.9 | 39.7 |
| Ecuador | Afrodescendientes | 7.9 | 20.9 | 28.8 | 12.3 | 27.1 | 39.4 |
| | No afrodescendientes | 3.1 | 14.0 | 17.1 | 8.1 | 17.7 | 25.8 |
| Panamá | Afrodescendientes | 8.7 | 23.6 | 32.3 | 12.6 | 30.2 | 42.8 |
| | No afrodescendientes | 3.2 | 14.8 | 18.0 | 8.6 | 18.6 | 27.2 |
| Perú | Afrodescendientes | ---- | 12.5 | 12.5 | 12.1 | 22.3 | 34.4 |
| | No afrodescendientes | 0.8 | 6.7 | 7.5 | 7.9 | 18.9 | 26.8 |

Fuente: CEPAL. (2021). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

Asimismo, la pobreza y la raza tienen componentes de género muy claros: afecta más a los hogares que cuentan con jefatura femenina.

Tabla 22. Incidencia de la pobreza según condición étnico-racial y género, alrededor de 2018

| Países | Tasa de pobreza general | | Tasa de Pobreza en Hogares Monoparentales con Jefatura Femenina | |
|----------|-------------------------|------------------|---|------------------|
| | Ni indígena ni afro | Afrodescendiente | Ni indígena ni afro | Afrodescendiente |
| Brasil | 11.5 | 25.5 | 19.5 | 35.5 |
| Colombia | 27.7 | 40.8 | 31.8 | 47.9 |
| Ecuador | 19.5 | 31.5 | 23.2 | 47.3 |
| Panamá | 15.0 | 10.5 | 15.3 | 20.7 |
| Perú | 9.9 | 19.6 | 8.8 | 13.6 |
| Uruguay | 2.7 | 7.5 | 4.9 | 14.4 |

Fuente: CEPAL. [2021]. Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

Incluso, si el análisis se lleva al campo de la distribución de los ingresos [aunque en este caso no se cuenta con información para todos los países andinos, y el informe de la CEPAL incluye otros países no andinos], puede constatarse que la pobreza afecta más a los sectores de menores ingresos [en Colombia, Ecuador y Perú], cambiando de signo [en la comparación con la población no afrodescendiente] en los estratos medios y altos.

Tabla 23. Incidencia de la pobreza por condición étnico-racial y estrato de ingreso per cápita, circa 2018

| Países | Población | Estratos bajos | Estratos medios | Estratos altos |
|----------|----------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Brasil | Afrodescendientes | 51.6 | 45.8 | 2.7 |
| | No afrodescendientes | 28.6 | 60.7 | 10.7 |
| Colombia | Afrodescendientes | 67.9 | 30.9 | 1.2 |
| | No afrodescendientes | 55.9 | 41.1 | 3.0 |
| Ecuador | Afrodescendientes | 64.2 | 34.7 | 1.1 |
| | No afrodescendientes | 49.4 | 48.6 | 2.0 |
| Panamá | Afrodescendientes | 29.1 | 64.1 | 6.8 |
| | No afrodescendientes | 31.9 | 61.3 | 6.9 |
| Perú | Afrodescendientes | 38.7 | 50.1 | 1.2 |
| | No afrodescendientes | 32.1 | 64.4 | 3.5 |
| Uruguay | Afrodescendientes | 34.5 | 64.8 | 0.7 |
| | No afrodescendientes | 17.2 | 75.7 | 7.1 |

Fuente: CEPAL. [2021]. Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

Datos adicionales que importan, refieren a niveles de enseñanza y sistemas de pensiones.

Tabla 24. Personas de 25 años y más que no completaron la enseñanza secundaria y que no estudian, por condición étnico-racial y estrato de ingreso per cápita de los hogares, alrededor de 2018

| Países | Estratos bajos | | Estratos medios | |
|----------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| | Afrodescendientes | No afrodescendientes | Afrodescendientes | No afrodescendientes |
| Brasil | 68.7 | 61.4 | 52.4 | 43.9 |
| Colombia | 62.4 | 64.1 | 39.7 | 41.3 |
| Ecuador | 65.3 | 69.7 | 46.7 | 41.6 |
| Panamá | 77.1 | 80.1 | 47.0 | 47.4 |
| Perú | 80.2 | 56.9 | 52.2 | 28.9 |

Fuente: CEPAL. (2021). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

Tabla 25. Población activa de 15 años y más, que no está afiliada o no cotiza en un sistema de pensiones, por condición étnico-racial y estrato de ingreso per cápita de los hogares, alrededor de 2018

| Países | Estratos bajos | | Estratos medios | |
|----------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| | Afrodescendientes | No afrodescendientes | Afrodescendientes | No afrodescendientes |
| Brasil | 60.1 | 51.2 | 33.4 | 26.7 |
| Colombia | 81.9 | 80.1 | 50.2 | 47.9 |
| Ecuador | 68.5 | 70.3 | 49.6 | 45.9 |
| Panamá | 66.8 | 76.6 | 33.2 | 35.9 |
| Perú | 85.0 | 81.2 | 60.3 | 50.1 |
| Uruguay | 62.1 | 57.6 | 27.9 | 21.0 |

Fuente: CEPAL. (2021). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

Como puede apreciarse, en Perú las diferencias en educación son desfavorables para las personas afrodescendientes, tanto en estratos bajos como en estratos medios. En cuanto a las pensiones, hay menos diferencias y de diferente signo. Por su parte, el acceso a agua potable y a sistemas de alcantarillado, también muestran diferencias notorias, en detrimento de las personas afrodescendientes, especialmente en entornos rurales. Esto es todavía más marcado en cuanto a acceso a internet.

Tabla 26. Proporción de la población que vive en hogares con disponibilidad de agua potable, por condición étnico-racial y zona de residencia, alrededor de 2018

| Países | Población | Total | Rural | Urbana |
|----------|----------------------|-------|-------|--------|
| Brasil | Afrodescendientes | 86.9 | 69.0 | 90.6 |
| | No afrodescendientes | 93.6 | 84.0 | 94.8 |
| Colombia | Afrodescendientes | 74.9 | 47.9 | 85.6 |
| | No afrodescendientes | 91.4 | 73.8 | 96.0 |
| Ecuador | Afrodescendientes | 81.9 | 53.7 | 91.2 |
| | No afrodescendientes | 88.8 | 70.9 | 95.4 |
| Perú | Afrodescendientes | 85.7 | 72.7 | 91.1 |
| | No afrodescendientes | 91.2 | 72.2 | 93.9 |
| Uruguay | Afrodescendientes | 95.4 | 82.0 | 95.7 |
| | No afrodescendientes | 98.0 | 91.7 | 98.3 |

Fuente: CEPAL. (2021). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

Tabla 27. Proporción de la población que vive en hogares sin acceso a sistemas de alcantarillado, por condición étnico-racial y zona de residencia, alrededor de 2018

| Países | Población | Total | Rural | Urbana |
|----------|----------------------|-------|-------|--------|
| Colombia | Afrodescendientes | 29.6 | 43.2 | 24.2 |
| | No afrodescendientes | 9.1 | 22.3 | 5.6 |
| Ecuador | Afrodescendientes | 27.3 | 45.8 | 24.5 |
| | No afrodescendientes | 19.5 | 23.2 | 18.1 |
| Perú | Afrodescendientes | 26.2 | 49.0 | 16.7 |
| | No afrodescendientes | 16.5 | 51.6 | 11.5 |

Fuente: CEPAL. (2021). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

Tabla 28. Porcentaje de población de 15 años y más con acceso a internet en el hogar, por condición étnico-racial alrededor de 2018

| Países | Afrodescendientes | No afrodescendientes |
|----------|-------------------|----------------------|
| Brasil | 35.4 | 56.4 |
| Colombia | 31.0 | 45.2 |
| Ecuador | 32.6 | 44.1 |
| Perú | 24.4 | 43.2 |
| Uruguay | 52.3 | 70.2 |

Fuente: CEPAL. (2021). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago.

3.3.4 Datos disponibles, datos que faltan: otras dimensiones relevantes a trabajar

Para cerrar esta sección, importa consignar que la disponibilidad de datos comparables para toda la región Andina es muy diversa y, aunque ya contamos con aperturas y desagregaciones de gran utilidad para nuestros propósitos, todavía tenemos grandes vacíos que llenar en estas materias. Entre las más relevantes, deberían destacarse las vinculadas con pueblos originarios y con personas con discapacidad, tanto por su relevancia como por los escasos desarrollos informativos.

Pueblos originarios

Respecto a los pueblos originarios, en general, se cuenta con una amplia y rigurosa literatura analítica, pero la mayor parte está concentrada en aspectos más cualitativos [centrados en procesos históricos de gran trascendencia, dinámicas culturales, lenguas originarias, vigencia y violación de derechos humanos y otros temas conexos], son menos los registros más cuantitativos [además de estar en gran parte desactualizados], y, sin embargo, resultan centrales para nuestra línea de base.

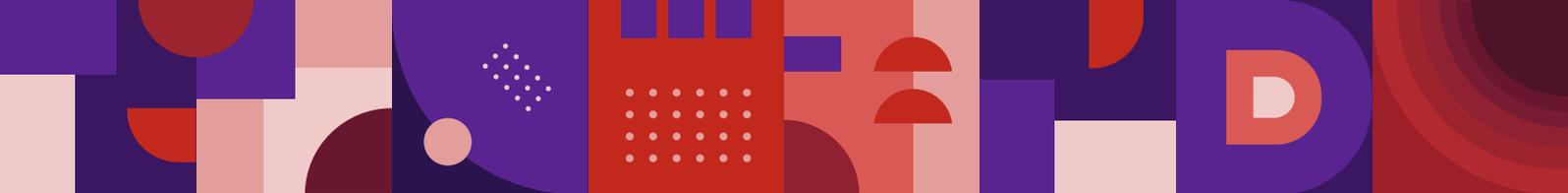
De acuerdo con las estimaciones más recientes [provenientes de los censos de la ronda de 2010], existen más de 800 pueblos indígenas en América Latina y el Caribe, a los que pertenecen 60 millones de personas, representando el 8 % de la población total de la región y el 14 % de la población en situación de pobreza, condición que afecta al 43 % de los pueblos indígenas. Esto se ha agravado significativamente como efecto de la pandemia sanitaria en la que nos encontramos.

Respecto con lo establecido por una fuente como la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2020), las personas indígenas tienen menores oportunidades de conseguir un empleo de calidad y tienen un 31.5 % más de probabilidades de trabajar en la economía informal, que las personas no indígenas, lo que supone la mayor brecha de informalidad en el marco de todas las regiones del mundo. El salario de las personas indígenas con empleo remunerado se sitúa en un 31 % por debajo de las personas no indígenas, la mayor brecha salarial en el mundo. Las mujeres indígenas dependen desproporcionadamente de un empleo informal, y más del 85 % de ellas solo consigue trabajo en la economía informal. Se estima que el 7 % de las mujeres indígenas vive con menos de 1.90 dólares americanos diarios.

En el campo educativo, por su parte, el porcentaje de personas indígenas que acceden a la enseñanza formal no supera el 20 % de los que están en edad escolar, en ninguno de los países de la región. Esto es aún más grave en la educación superior. Y como la mayor parte de las personas indígenas habitan en medios rurales, donde la conectividad a internet es baja y muy baja, el pasaje a la enseñanza virtual en medio de la pandemia ha dejado a la gran mayoría fuera de la educación.

Por su parte, 23 millones de mujeres indígenas son afectadas por las persistentes brechas de género y discriminación, en un contexto donde la demografía aún plantea serios desafíos, tanto en lo que atañe a las altas tasas de mortalidad como a los bajos niveles de esperanza de vida al nacer. En dicho marco, las violencias contra las mujeres [en particular contra las niñas y las adolescentes] son elevadas [y se han ampliado durante esta pandemia], en el marco de uniones tempranas en las que priman modelos sexistas y machistas de fuerte impacto en la vida cotidiana, así como en el contexto de las medidas de aislamiento puestas en práctica para prevenir contagios.

Adicionalmente, tanto en zonas selváticas, periurbanas o desérticas, el acceso a agua segura [no



contaminada] por parte de las poblaciones indígenas es muy bajo, lo que amplifica los problemas de saneamiento e higiene, incrementando los riesgos de contraer enfermedades. A ello se suman los riesgos de la inseguridad alimentaria [cuadros de aguda desnutrición, deforestación de amplias áreas agrícolas y ganaderas, interrupción de la cadena de suministros, etc.] sumamente graves.

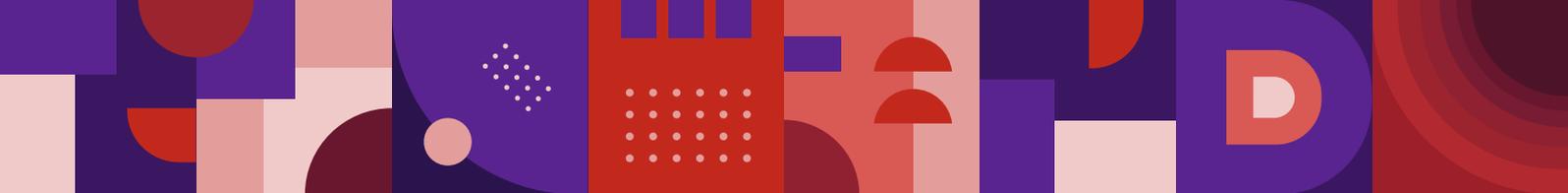
Los pueblos indígenas ubicados en zonas rurales poco habitadas, cerca de pasos fronterizos, o controladas por redes de narcotráfico y del crimen organizado, tienen mayores dificultades de acceder a los centros de atención o a los sistemas de protección social. Asimismo, los problemas de discriminación étnica, violencia de género, violencia no convencional, minería ilegal, y deforestación acelerada son otras marcas importantes que afectan en gran medida a los pueblos indígenas. Además, como la información sobre auto identificación étnica no siempre es considerada en el momento de captura de datos epidemiológicos, se incrementan las dificultades para el análisis y la comprensión sobre la afectación de la pandemia a estas comunidades.

Importa recordar que el ORAS-CONHU cuenta con la Política Andina de Salud Intercultural (2019), cuyas líneas estratégicas son: fortalecimiento de las competencias del recurso humano con enfoque intercultural en salud [reconocimiento, protección y fortalecimiento de la medicina tradicional]; desarrollo de mecanismos que permitan la articulación de la medicina occidental con la medicina tradicional y ancestral, en la prestación de servicios de salud con pertinencia cultural; sistemas de información; investigación en salud intercultural; transversalización del enfoque intercultural en el marco de la determinación social de la salud y de los programas de salud; alianzas estratégicas y participación social en el desarrollo de políticas, estrategias y acciones.

Personas con discapacidades

Por otro lado, en cuanto a personas con discapacidades, en general, estamos ante un grupo poblacional que todavía no cuenta con definiciones precisas y consensuadas, tanto en términos conceptuales como en materia de caracterizaciones y mediciones [generales y/o específicas], aún en el terreno de las políticas públicas correspondientes. En el plano global, se cuenta con Informes Anuales o bianuales confeccionados por diferentes organismos internacionales, destacándose los confeccionados periódicamente por la OMS [en el campo de la salud] y por ACNUR [en relación con poblaciones migrantes], entre otros. La OMS (2021) estima que entre 110 y 190 millones de adultos tienen dificultades para funcionar, y observa que las tasas de discapacidad van en aumento, debido al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas.

La misma fuente destaca ocho elementos centrales de la realidad de este sector poblacional: [1] la discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones excluidas; [2] las personas con discapacidad no suelen recibir la atención sanitaria que necesitan; [3] los niños con discapacidad tienen menos probabilidades de ser escolarizados; [4] las personas con discapacidad tienen más posibilidades de estar desempleadas; [5] las personas con discapacidad son vulnerables a la pobreza; [6] la rehabilitación ayuda a potenciar al máximo la capacidad de vivir normalmente y a reforzar la independencia; [7] las personas con discapacidad pueden vivir y participar en comunidad; y [8] los obstáculos discapacitantes se pueden superar. Asimismo, se establecen cinco tipos básicos de discapacidades: [i] motriz o física; [ii] intelectual; [iii] mental, [iv] sensorial y [v] múltiple. [OMS, 2021]. En América Latina, en particular, la CEPAL estimó [en 2014] que existen alrededor de 70 millones de personas con discapacidad, cifra que es recogida para dimensionar esta temática en el Informe 2021 de la OPS sobre personas con discapacidad intelectual. Basándose en encuestas en línea [a



instituciones, personas y familiares de personas con discapacidad], el Informe destaca que el 91 % de la población encuestada vive en áreas urbanas y que el 51 % son hombres. Adicionalmente, informa que las discapacidades intelectuales se concentran en la población joven (23 % en el grupo de 20 a 24 años, 18 % en el grupo de 25 a 29 años y 15 % en el grupo de 15 a 19 años).

La encuesta informa que solo el 25 % de los encuestados que trabajaban antes de la pandemia, continuó haciéndolo, en tanto el 31 % perdieron sus puestos de trabajo; por su parte, otro 30 % informa no haber trabajado nunca o solo haber realizado tareas domésticas. En el campo educativo, por su parte, el 54 % de los encuestados ha continuado con sus estudios en línea, el 5 % en forma presencial y otro 5 % en modalidades mixtas (20 % dejó de estudiar y 15 % nunca lo hizo). Un dato notable en este campo es el que muestra bajos porcentajes de personas discapacitadas que se sienten incluidas (por parte de docentes, compañeros y compañeras) en las clases virtuales, con cifras que van del 16 y el 19 % en Perú y Brasil respectivamente, al 86 % en Colombia y Ecuador, con cifras intermedias en Bolivia y Chile [no hay datos para Venezuela].

El ORAS-CONHU cuenta con la Política Andina en salud para la prevención de la discapacidad y para la atención, habilitación/rehabilitación integral de las personas con discapacidad [2011], que desarrolla los siguientes principios: la dignidad, la inclusión, la autonomía personal, vida independiente, igualdad ante la ley, progresividad, equidad, equiparación de oportunidades, respeto por las diferencias, accesibilidad universal, participación, solidaridad, universalidad, calidad. Las líneas estratégicas son: promoción de la salud y funcionamiento humano, prevención de la discapacidad, atención integral y recuperación de la salud, habilitación/rehabilitación integral, participación comunitaria, equiparación de oportunidades, abogacía, gestión de la información y vigilancia, fortalecimiento del recurso humano, gestión y movilización de recursos, investigación, desarrollo de tecnologías, monitoreo y evaluación.

3.4 Sistemas de protección social: avances y desafíos a encarar

Para enfrentar los problemas coyunturales y estructurales de la crisis, nuestros países muestran desarrollos diversos entre sí pero precarios en todos los casos de sus sistemas de protección social, que ostentan coberturas escasas, calidades limitadas, segmentaciones injustas y funcionamientos precarios, que importa revisar al menos esquemáticamente en el marco de estas notas.

3.4.1 Evolución reciente: coberturas escasas, calidades limitadas

Tal como se sostiene en el Panorama Social de América Latina 2020 de la CEPAL [2021]:

[...] la región enfrenta la pandemia de COVID-19 con grandes brechas de cobertura de los sistemas de protección social y señales recientes de deterioro. Previo a la crisis, solo el 47,2% de las personas ocupadas estaban afiliadas o cotizaban a los sistemas de pensiones, y el 60,5% estaban afiliadas o cotizaban a los sistemas de salud. En 2019, un cuarto de las personas de 65 años y más no percibía pensiones. En el mismo año, los programas de transferencias condicionadas cubrían, en promedio, el 18,5% de la población de los países de América Latina y el Caribe.

En este sentido, la información disponible muestra que mientras en los primeros años de este siglo hubo ciertos avances en estas materias, entre 2014 y 2019 se produjeron retrocesos acotados, que se profundizaron en 2020, proceso que continuó al parecer durante 2021. En lo que atañe a las

cotizaciones a la seguridad social, en el quinquenio señalado la cobertura bajó del 48.1 al 47.2 %, al tiempo que la proporción de la fuerza de trabajo cubierta bajó del 43.4 al 41.7 %.

Además, persisten múltiples desigualdades en la afiliación y cotización a los sistemas de pensiones. En 2019, la brecha en la afiliación o cotización a sistemas de pensiones entre las personas ocupadas del decil de menores y mayores ingresos era de 63 puntos porcentuales, y en el primer decil de ingresos la cobertura ascendía solo al 8% [el mismo nivel de 2010]. Cabe destacar también la amplia diferencia en la cobertura de pensiones entre los trabajadores asalariados y no asalariados, y que la afiliación o cotización a sistemas de pensiones era considerablemente menor en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Si bien esta brecha se redujo levemente entre 2010 y 2019 [de 34 a 31 puntos porcentuales], la información para 14 países alrededor de 2019 muestra que, en promedio, tan solo el 21,4% de las personas ocupadas en áreas rurales estaban afiliadas o cotizaban, en comparación con el 52,4% en áreas urbanas. [CEPAL, 2020, p. 121]

Por otra parte, las personas ocupadas jóvenes, de entre 15 y 29 años, cuentan con menor cobertura que las personas ocupadas de 30 a 64 años. Entre los jóvenes la cobertura bajó del 44.1 al 42.8 % entre 2010 y 2019, al tiempo que, entre los adultos de 30 a 64 años, subió del 44.8 al 51.2 % en el mismo período. A su vez:

[...] la cobertura del conjunto de pensiones contributivas y no contributivas entre las personas mayores se incrementó casi 10 puntos porcentuales entre 2010 y 2019, con una reducción de la elevada brecha de acceso entre los quintiles de menores y mayores ingresos, que pasó de 40 a 22 puntos porcentuales. No obstante, un cuarto de las personas de 65 años y más aún no tenían acceso a una pensión en 2019. El principal factor detrás de los avances en la cobertura es la expansión de las pensiones no contributivas, cuyos montos son muy menores en comparación con los de las pensiones contributivas. [CEPAL, 2020, p. 123]

La evolución en los países de la región Andina fue la siguiente:

Tabla 29. Región Andina: afiliación o cotización de los ocupados a los sistemas de pensiones 2010-2019

| Países | Años | Total | Hombres | Mujeres | Urbano | Rural | Asalariados | No asalariados |
|---------|------|-------|---------|---------|--------|-------|-------------|----------------|
| Bolivia | 2011 | 17.5 | 19.6 | 14.8 | 25.3 | 5.4 | 40.0 | 3.0 |
| | 2013 | 21.2 | 23.1 | 18.7 | 29.3 | 6.4 | 47.2 | 4.7 |
| | 2018 | 19.3 | 20.6 | 17.5 | 26.1 | 6.8 | 47.2 | 4.0 |
| Chile | 2011 | 68.4 | 70.2 | 65.6 | 69.8 | 57.0 | 81.8 | 22.3 |
| | 2013 | 69.3 | 71.0 | 66.9 | 71.0 | 56.3 | 82.6 | 21.6 |
| | 2017 | 68.2 | 69.4 | 66.5 | 69.5 | 57.2 | 82.7 | 22.7 |

| | | | | | | | | |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Colombia | 2010 | 30.4 | 30.2 | 30.6 | 36.0 | 10.5 | 56.5 | 8.0 |
| | 2014 | 35.0 | 35.1 | 34.8 | 40.9 | 13.2 | 61.9 | 10.0 |
| | 2018 | 37.4 | 37.0 | 37.9 | 43.6 | 14.6 | 65.3 | 11.3 |
| Ecuador | 2010 | 34.8 | 34.2 | 35.7 | 40.1 | 24.4 | 49.7 | 16.5 |
| | 2014 | 45.7 | 47.0 | 43.7 | 48.2 | 40.5 | 62.5 | 23.4 |
| | 2019 | 39.5 | 39.6 | 39.4 | 43.4 | 31.9 | 58.2 | 22.2 |
| Perú | 2010 | 16.4 | 19.2 | 13.0 | 21.4 | 3.1 | 36.2 | 0.2 |
| | 2014 | 20.0 | 22.6 | 16.8 | 25.4 | 4.3 | 42.1 | 0.3 |
| | 2019 | 20.7 | 23.4 | 17.6 | 25.7 | 4.2 | 44.4 | 0.3 |
| Venezuela | 2010 | 70.7 | 66.7 | 76.4 | ---- | ---- | 70.7 | ---- |
| | 2014 | 72.6 | 68.7 | 77.9 | ---- | ---- | 72.6 | ---- |
| | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |

Fuente: CEPAL. [2021]. Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Como puede apreciarse, las diferencias entre países son notorias. Así, mientras que Chile y Venezuela muestran elevados niveles de cotización, Bolivia y Perú se ubican en las antípodas, en tanto Colombia y Ecuador se ubican en posiciones intermedias. Por su parte, mientras el contraste entre hombres y mujeres muestra diferencias acotadas en casi todos los casos, en lo que atañe al contraste urbano-rural las distancias son abismales, en detrimento de las áreas rurales, sobre todo en Bolivia y Perú, en tanto las distancias correspondientes en los casos de Colombia, Ecuador y Chile son más acotadas, pero igualmente relevantes. Contrastes similares se observan, por su parte, en cuanto a las distancias en las cotizaciones entre asalariados y no asalariados. De nuevo, las distancias son muy significativas en Perú y Bolivia, pero también significativas en Chile, Colombia y Ecuador.

Complementariamente, en 2019, los datos de afiliación mostraban que un alto porcentaje de la población carecía de aseguramiento:

[...] los datos sobre afiliación o cotización a los sistemas de salud en América Latina muestran que, en 2019, el 40% de las personas ocupadas en el mercado laboral en 13 países de la subregión no estaban aseguradas. Entre 2010 y 2019 la cobertura aumentó 4 puntos porcentuales, con un incremento en todos los deciles de ingresos. No obstante, la brecha entre los deciles de menores y mayores ingresos se mantiene inalterada a lo largo del período en 47 puntos porcentuales, y solo a partir del cuarto decil de ingresos la cobertura es superior al 50% de las personas ocupadas. Al mismo tiempo, se aprecia un leve incremento en la afiliación o cotización a los sistemas de salud en áreas rurales, con la consiguiente reducción de la brecha entre áreas urbanas y rurales, y un incremento de cobertura entre las personas trabajadoras no asalariadas, pese a que más de la mitad de ellas siguen careciendo de cobertura. [CEPAL, 2020, p. 125]

La situación en los países de la región Andina, en este sentido, era la siguiente:

Tabla 30. Región Andina: afiliación o cotización de los ocupados a los sistemas de salud 2010-2019

| Países | Años | Total | Hombres | Mujeres | Urbano | Rural | Asalariados | No asalariados |
|----------|------|-------|---------|---------|--------|-------|-------------|----------------|
| Bolivia | 2011 | 29.7 | 28.1 | 31.7 | 35.0 | 20.3 | 45.7 | 19.4 |
| | 2013 | 38.0 | 37.6 | 38.4 | 41.2 | 32.0 | 50.5 | 30.0 |
| | 2018 | 35.0 | 32.7 | 37.9 | 37.9 | 29.7 | 53.3 | 25.0 |
| Chile | 2011 | 72.2 | 72.5 | 71.7 | 74.2 | 56.8 | 80.0 | 45.3 |
| | 2013 | 76.4 | 76.2 | 76.7 | 78.4 | 61.1 | 83.9 | 49.8 |
| | 2017 | 82.3 | 82.1 | 82.6 | 83.7 | 71.8 | 90.4 | 57.1 |
| Colombia | 2010 | 88.8 | 87.1 | 91.3 | 89.3 | 87.1 | 91.8 | 86.2 |
| | 2014 | 91.9 | 90.3 | 94.2 | 92.0 | 91.6 | 94.3 | 89.7 |
| | 2018 | 92.5 | 91.0 | 94.7 | 92.7 | 91.7 | 94.2 | 90.9 |
| Ecuador | 2010 | 39.0 | 37.0 | 42.2 | 44.4 | 28.3 | 52.6 | 22.1 |
| | 2014 | 45.9 | 47.3 | 43.9 | 48.6 | 40.6 | 62.6 | 23.9 |
| | 2019 | 39.8 | 39.9 | 39.8 | 43.9 | 32.0 | 58.2 | 22.7 |
| Perú | 2010 | 58.1 | 54.8 | 62.0 | 54.4 | 68.0 | 63.3 | 53.8 |
| | 2014 | 66.3 | 63.1 | 70.2 | 63.5 | 74.4 | 71.6 | 61.7 |
| | 2019 | 74.6 | 71.3 | 78.3 | 71.7 | 84.2 | 77.7 | 71.8 |

Fuente: CEPAL. (2021). Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Como puede apreciarse, la cobertura es muy amplia en Colombia y Chile, mientras que es muy baja en Bolivia y Ecuador. Perú se ubica en una posición intermedia, pero con una evolución positiva, a diferencia de los otros países, en los cuales las dimensiones relativas se mantienen o cuentan con cambios menos relevantes. Llama la atención el caso de Ecuador, que muestra una evolución positiva entre 2010 y 2014, que luego se invierte entre 2014 y 2019, lo que pareciera estar vinculado con los cambios concretados en las políticas públicas gubernamentales en esta década. Por su parte, las diferencias de género son escasas y juegan a favor de las mujeres. Las diferencias territoriales, en cambio, son más relevantes y tienen signos diferentes, en la medida en que -dentro de un cuadro general con mayores coberturas urbanas, el caso de Perú muestra un sesgo a favor de las áreas rurales, que se mantiene en todo el período analizado. Las diferencias entre asalariados y no asalariados (en la población ocupada) no son muy significativas en Colombia y en Perú, pero sí lo son en los casos de Bolivia, Ecuador y Chile. No se dispuso de datos para Venezuela.

Por otra parte, y a diferencia de los sistemas contributivos, los sistemas no contributivos concretan inversiones más acotadas. Es el caso de las transferencias monetarias condicionadas (que han oscilado muy levemente entre 2010 y 2019, en torno al 19 %) así como las pensiones de vejez (que también han oscilado levemente en torno al 22 % en el mismo período), para el conjunto de la región latinoamericana. Las transferencias a personas con discapacidad son aún más acotadas (en 2019 apenas cubrían al 0.9 %). En este marco, un sector particularmente afectado por este tipo de limitaciones es el de los hogares con niños, niñas y adolescentes: el 33 % no tenía cobertura de ningún tipo en 2019, al tiempo que el 41 % contaba con protecciones contributivas y, un 19 % con protecciones no contributivas (el

6 % restante contaba con protecciones mixtas]. Todo este cuadro, extremadamente preocupante, se agravó notoriamente en 2020 y no se recuperó en 2021.

3.4.2 Costos y financiamientos de la protección social: potencialidades y limitaciones

Naturalmente, uno de los puntos más críticos de las políticas públicas que estamos analizando, es el vinculado con los recursos necesarios para implementarlas efectivamente. Esto, a su vez, tiene dos grandes componentes: los ingresos [vía recaudación de impuestos y endeudamiento externo] y los egresos [vía inversión social, a través de diversas modalidades específicas].

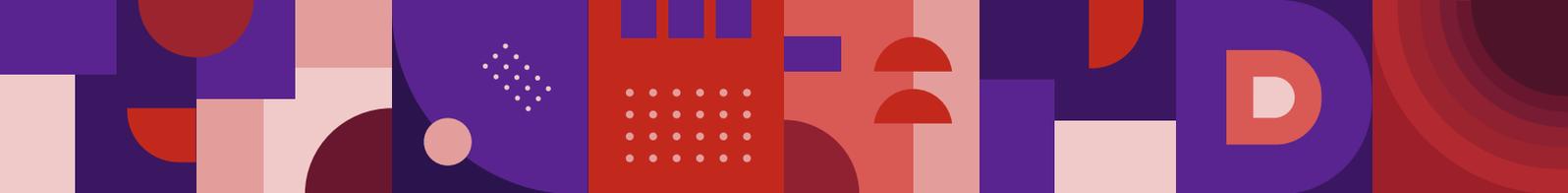
De acuerdo con lo expresado en el Panorama social de América Latina 2020 de la CEPAL:

[...] en la región, las estadísticas de 2019 sobre inversión de recursos de los gobiernos centrales en políticas sociales mantienen la tendencia observada en las últimas dos décadas. En el promedio de América Latina se mantiene un crecimiento relativamente estable del gasto como porcentaje del PIB, que desde el año 2000 acumula un incremento del 36%, si bien con una relativa estabilización en los últimos años. En este contexto, la heterogeneidad sigue siendo una característica de la región, con ocho países que asignan menos del 10% del PIB al gasto público social del gobierno central y tres que en 2019 superaron el 17%, con montos que a su vez varían entre menos de 200 y más de 2.500 dólares per cápita al año. Estos montos son más elevados en aquellos países que reportan gastos de coberturas institucionales mayores que la cobertura del gobierno central. (CEPAL, 2020, p. 158)

En su conjunto, el gasto público social [como porcentaje del PIB] creció del 8.5 % en 2010 al 11.5 % en 2019, en tanto, como porcentaje del gasto público total, también creció levemente, oscilando entre el 45.7 y el 52.7 %. En este marco, si se concentra la mirada en el gasto social concretado en 2019, por países, puede notarse que en América del Sur el promedio se ubica en el 13.5 %, con tres países que se ubican por encima [Chile con el 17.1 %, Brasil con el 17.6 % y Uruguay con el 17.7 %], en tanto el resto de los países se ubican por debajo de aquel promedio, con cifras que equivalen al 10.5 % en Ecuador, al 11.5 % en Perú, al 12.0 % en Bolivia y al 12.4 % en Colombia. Según esta fuente:

[...] la distribución del gasto del gobierno central por funciones sociales en 2019 presenta una distribución similar a la de años anteriores. Así, las funciones con mayor cantidad de recursos asignados en dicho año en América Latina fueron las de protección social, educación y salud, con montos promedio equivalentes al 4,3%, el 4,0% y el 2,3% del PIB, respectivamente. A su vez, entre 2000 y 2019, estas funciones mostraron los mayores niveles de crecimiento del gasto en términos de puntos porcentuales del PIB: la protección social aumentó 1,1 % del PIB; la educación, 0,9 %, y la salud, 0,8 %. Este último dato representa un incremento relativo del 52% en el período. (CEPAL, 2020, p. 164)

La situación particular de los países de la región Andina muestra que la estructura distributiva del gasto social varía de país a país. Así, mientras la partida más importante en Bolivia, Ecuador y Perú se ubica en educación, en los casos de Chile y Colombia la inversión más relevante se concentra en protección social. En salud, por su parte, la proporción del gasto social invertida es relativamente más baja en Bolivia y Perú, en tanto es más elevada en Chile, ubicándose Ecuador y Colombia en posiciones intermedias [estos temas se retoman con más profundidad en el capítulo siguiente].



En este marco, importa destacar el gasto social en salud, contrastando las cifras indicadas como necesarias por parte de la OPS y las efectivamente verificadas en la práctica. En este sentido, el informe de la CEPAL señala que según la OPS para universalizar la salud se requiere concretar un gasto equivalente al 6 % del PIB, en tanto el promedio de los 23 países considerados en el Panorama Social de América Latina 2020, dicha cifra llega apenas al 2.4 %. Excepcionalmente, Chile invierte el 5.1 % del PIB en esta esfera, en tanto Colombia se ubica por encima del 3 %, mientras que el resto de los países andinos se ubican por debajo del promedio regional.

En conclusión, la CEPAL señala el gasto social se mantuvo estable:

[...] la información disponible muestra que, entre 2000 y 2019, en promedio, los países de América Latina mantuvieron un crecimiento relativamente estable del gasto público social del gobierno central como porcentaje del PIB y acumularon un 36% de avance. En los últimos años, se destaca una estabilización relativa del gasto público social del gobierno central, en torno al 11,4% del PIB, con montos cercanos a los 950 dólares anuales por persona". [...] La cantidad de recursos que los países destinan a la política social -agrega la CEPAL- es mayor cuando se consideran coberturas institucionales más amplias que el gobierno central y se incluyen instituciones autónomas, en particular las referidas a pensiones contributivas. Además, en muchos casos, así se modifica de manera importante la distribución de dichos recursos entre las distintas funciones sociales. Sin embargo, en la actualidad solo es posible analizar datos de nueve países latinoamericanos en algunos años, por lo que se mantiene el desafío de continuar trabajando para ampliar la disponibilidad de estos datos y permitir una mejor comparabilidad del gasto público social en toda la región. Ello es particularmente importante en los países que cuentan con sistemas de recaudación y gasto a nivel subnacional que son autónomos del gobierno central. [CEPAL, 2020, p. 183]

Pero, asimismo, advierte que los montos comprometidos durante este período duplicarán el costo de los programas de 2018:

[...] se pone de relieve el monto de los recursos comprometidos por los países de América Latina y el Caribe para responder con medidas de protección social no contributiva, de transferencias monetarias y en especie, a la crisis económica y social resultante de la pandemia. Se estima que el promedio simple de estos compromisos superará en cerca de 0,6 puntos porcentuales del PIB el gasto en programas de transferencias condicionadas y en pensiones sociales de los países de la región, que en 2018 representó el 0,65% del PIB. En el caso de América Latina, los montos comprometidos, equivalentes en promedio al 1,55% del PIB de 2019, son más del doble del gasto que representaron dichos programas en 2018". [El informe agrega que] el incremento en el gasto de los países de la región en protección social, en particular en medidas no contributivas de transferencias monetarias y en especie, se dirigió principalmente a los hogares y personas que vieron sus ingresos afectados por la crisis. Este aumento amplió la magnitud de los apoyos de quienes eran usuarios de programas no contributivos antes de la pandemia, principalmente hogares en situación de pobreza o pobreza extrema, pero también supuso un aumento de coberturas hacia la población no pobre y los estratos de ingreso medio, por la vulnerabilidad en que vive un gran número de hogares de la región, que normalmente no son contemplados por la protección social no contributiva. [CEPAL, 2020, p. 184].

3.4.3 Funcionamientos precarios, instituciones débiles, legitimidades cuestionadas

La combinación de problemas crecientes, con respuestas acotadas, ha resultado, inevitablemente, en un creciente malestar social. Este malestar tiene diversas aristas y explicaciones, tanto objetivas como subjetivas, pero en todos los casos la tendencia hacia el agravamiento de la crisis es muy clara. En este sentido, el Panorama social de la CEPAL aporta un buen esquema interpretativo en estas materias, visibilizado en el siguiente esquema conceptual:

Tabla 31. Condiciones para el malestar social

| Condiciones objetivas | | Malestar social |
|---|--|---|
| Estructura socioeconómica | Distribución justa/injusta de recursos y activos | Nivel de insatisfacción con la distribución del bienestar y cuestionamiento al privilegio y la desigualdad |
| Dimensión política e institucional | Distribución y ejercicio del poder político legítimo / ilegítimo | Nivel de insatisfacción con el ejercicio del poder público, la representación política y el funcionamiento de las instituciones |
| Relaciones sociales | Vínculos sociales e interacción positiva / negativa entre las personas | Evaluación negativa de las relaciones sociales y vivencias de discriminación |

Fuente: CEPAL. (2021). Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Con base en este esquema, la CEPAL presenta el “estado de situación” caracterizado por un malestar:

En América Latina existe un creciente malestar respecto de las principales dimensiones que estructuran la vida social. Antes de la pandemia, la población ya se sentía muy vulnerable e insatisfecha con la distribución de los recursos. Asimismo, en 2018, un 48,3% de las personas afirmaba que los ingresos que percibía eran insuficientes para cubrir sus necesidades, a lo que se suma un sobreendeudamiento de los hogares que va en aumento. La población también expresaba una insatisfacción cada vez mayor con el funcionamiento de la democracia y el 78,8% de las personas consideraba que su país era gobernado por unos cuantos grupos poderosos en su propio beneficio. Todo esto en un contexto de relaciones sociales marcadas por la desconfianza y la discriminación, donde en 2018 apenas un 14,1% de las personas declaraba confiar en los demás. [CEPAL; 2020, 227]

Seguramente, estas “muestras” del malestar existente se deben haber agudizado desde entonces, pero el Informe no dispuso de cifras actualizadas. En cualquier caso, importa recorrer las dimensiones aludidas de este fenómeno, con las evidencias aportadas por la CEPAL. Un primer indicador al respecto, es el porcentaje de quienes declaran (en las encuestas correspondientes) que su ingreso no les alcanza para cubrir satisfactoriamente sus necesidades: mientras en el año 2000 se ubicaba en el 48 %, llegó al 62 en 2003, bajó al 50 en 2007, subió nuevamente al 56 en 2009, para ubicarse en el 45 % entre 2011 y 2015, para subir nuevamente al 48 % en 2018. La situación por

países es variada. Así, comparando 2013 y 2018, se verifica que en Argentina crece del 32 al 45 % y en Brasil del 36 al 43 %, mientras que en varios países centroamericanos baja. La situación en la región Andina, por su parte, fue la siguiente:

Tabla 32. Región Andina: personas que declaran que su ingreso no les alcanza para cubrir satisfactoriamente sus necesidades [en porcentajes]

| Año | Bolivia | Chile | Colombia | Ecuador | Perú | Venezuela |
|------|---------|-------|----------|---------|------|-----------|
| 2013 | 38 | 50 | 52 | 37 | 40 | 37 |
| 2018 | 44 | 45 | 52 | 37 | 50 | 87 |

Fuente: CEPAL. [2021]. Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

En la misma línea, importa considerar la proporción de la población que declara que la distribución del ingreso en el país es injusta o muy injusta: para el conjunto de América Latina, mientras en 1997 se ubicaba en el 80 %, subió al 89 % en 2001, bajó hasta el 73 % en 2013 y desde entonces subió sostenidamente hasta ubicarse en el 83 % en 2018. A nivel de países, y comparando nuevamente 2013 con 2018, mientras en Argentina pasó del 75 al 90 %, en Brasil pasó del 81 al 92 % y, en México pasó del 80 al 88 %. Por su parte, la evolución en los países de la región Andina es la siguiente:

Tabla 33. Región Andina: personas que declaran que la distribución del ingreso en su país es injusta o muy injusta [en porcentajes]

| Año | Bolivia | Chile | Colombia | Ecuador | Perú | Venezuela |
|------|---------|-------|----------|---------|------|-----------|
| 2013 | 63 | 90 | 85 | 39 | 82 | 56 |
| 2018 | 70 | 91 | 85 | 70 | 87 | 92 |

Fuente: CEPAL. [2021] Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Los porcentajes son elevadísimos en todos los casos, con diferencias relevantes en la evolución correspondiente [con crecimientos marcados en Ecuador y Venezuela]. En paralelo, el otro dato importante es el porcentaje de mayores de 18 años que declaran su acuerdo con que el país está gobernado por unos cuantos grupos poderosos, con distintos fines. En este sentido, para el conjunto de América Latina, mientras el 60.9 % declaraba en 2009 que dichos grupos gobiernan para beneficio propio, la cifra pasaba al 67.5 % en 2013 y al 78.8 % en 2018. Los porcentajes de quienes creen que gobiernan en beneficio de todo el pueblo cayeron a la mitad, pasando del 32.5 % en 2009 al 27.8 % en 2013 y, al 17.2 % en 2018. La situación en los países de la región Andina era la siguiente:

Tabla 34. Personas que declaran que el país es gobernado por unos cuantos grupos poderosos en su propio beneficio o para bien de todo el pueblo [en porcentajes]

| Año | Bolivia | Chile | Colombia | Ecuador | Perú | Venezuela |
|------|---------|-------|----------|---------|------|-----------|
| 2009 | 81 | 76 | 73 | 66 | 67 | 80 |
| 2013 | 76 | 82 | 75 | 81 | 71 | 93 |
| 2018 | 66 | 81 | 65 | 68 | 53 | 73 |

Fuente: CEPAL. [2021]. Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

Como puede apreciarse, las cifras son altas y oscilan en diversas medidas a lo largo del período considerado, pero en general se nota una tendencia al descenso, más marcado en Ecuador, Perú y Venezuela [entre 2013 y 2018], en tanto que es menos pronunciado en Bolivia y Colombia, y es más estable en el caso de Chile.

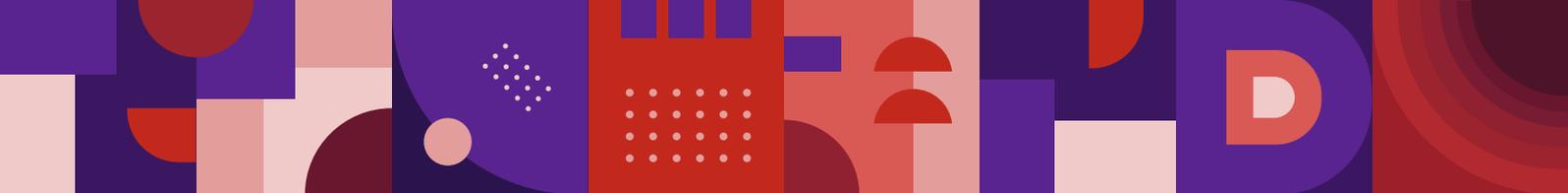
3.4.4 Sistemas de cuidado: experiencias y desafíos a enfrentar a futuro

Las conclusiones de la CEPAL [2020] son muy claras:

Frente al escenario actual, urge escuchar a la ciudadanía y considerar al malestar también como un factor positivo para el cambio y el progreso social. En particular, es necesario avanzar hacia políticas sociales centradas en el goce de derechos, la igualdad, el reconocimiento y el trato digno, y hacia la construcción de pactos sociales orientados a la construcción de sociedades más justas, inclusivas y cohesionadas. [p. 254]

En este marco, los sistemas de protección social en la región están siendo interpelados desde muy diversas ópticas, en función de sus diversos componentes, al tiempo que también se acumulan los cuestionamientos respecto a la falta de articulación efectiva entre dichos componentes diversos. En particular, esto se plantea cada vez con más fuerza con relación a los componentes contributivos y no contributivos de dichos sistemas, que siguen funcionando en cada caso con sus propias lógicas y con coberturas muy disímiles, según ya se ha analizado.

Esto tiene directa relación, además, con los elevados porcentajes de población que vive y sobrevive en el marco de las economías informales, contando con pocas o ninguna cobertura efectiva de seguros sociales, para enfrentar las diversas contingencias que se presentan cada vez más, y en dimensiones cada vez más preocupantes, especialmente en la región Andina y en Centroamérica. Son muchos y muy numerosos los grupos poblacionales que quedan por fuera de la protección social contributiva [en la medida en que ella cubre apenas a trabajadores formales], y las respuestas que se brindan desde la protección no contributiva, es escasa y de baja calidad. Por ello, en varios países latinoamericanos [en particular, los que cuentan con sistemas de protección social más maduros] se viene trabajando intensamente en el fortalecimiento de las políticas públicas, que tienden a confluir en los denominados “sistemas de cuidado”, entendiendo por tales, aquellos que incluyen la protección y la promoción de grupos poblacionales que forman parte de la denominada “población inactiva” [niñez y vejez, en particular], así como de las poblaciones que enfrentan diversos tipos de discapacidades.



Lo que se está intentando [en particular en países como Uruguay, Costa Rica, Argentina, Chile y Colombia] es una mayor y mejor articulación, entre las múltiples iniciativas programáticas dirigidas a tales grupos poblacionales, asumiendo que para asegurar sus derechos, las políticas públicas tienen que responsabilizarse más y mejor por su desarrollo pleno, protegiéndolos de los riesgos que enfrentan y potenciando su capacidad de agencia, participando de las dinámicas del desarrollo en su conjunto, en su calidad de actores estratégicos del mismo. Una dimensión particular que tienen estos sistemas de cuidados en construcción es la vinculada con la perspectiva de género, en la medida en que gran parte de los cuidados que se brindan a estos sectores poblacionales, están a cargo de las mujeres en el seno de sus propios hogares, sin contar con los respaldos ni los reconocimientos correspondientes. Por ello, en este marco, se trabaja cada vez más en torno al reconocimiento del trabajo no remunerado de las mujeres, propiciando incluso en algunos casos, la asignación de una remuneración efectiva para cubrir tales funciones de cuidado, como parte de las responsabilidades del Estado en estas materias. Frente a esta caracterización del tema, se postula que “el concepto de ‘economía del cuidado’ comprende todo el trabajo que se realiza de forma no remunerada en los hogares:

[...] así como el trabajo doméstico y de cuidados que se realiza de forma remunerada en el mercado laboral. En este último, destaca en particular la provisión de bienes y servicios para los hogares que realizan las trabajadoras domésticas remuneradas, cuyas condiciones de empleo siguen siendo reflejo de la subvaloración de las tareas de cuidado llevadas al ámbito mercantil. En este concepto se consideran los cuidados en su escala más micro: las labores fundamentales para la reproducción de la fuerza de trabajo que se realizan en los hogares. También se consideran las dinámicas de los cuidados situadas en los mercados [empleo y prestación de servicios], la provisión de infraestructura y la formulación de políticas públicas. [Esto] implica que el cuidado es una función social que involucra a personas destinatarias y proveedoras y que debería entenderse como un derecho, específicamente: a cuidar, a ser cuidado, a no cuidar y a auto cuidarse. Quien cuida asume responsabilidades hacia la otra persona y realiza diferentes tipos de esfuerzos físicos, mentales y emocionales. El cumplimiento de esta responsabilidad crea un vínculo emocional entre quien cuida y quien recibe el cuidado. A su vez, la ‘organización social del cuidado’ se refiere a la manera en que se organiza socialmente la reproducción de las personas. Es decir, la manera en que, las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, de modo interrelacionado, producen y distribuyen el cuidado. [CEPAL, 2020, p. 35].

La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de los cuidados para la sostenibilidad de la vida y de la economía en su conjunto. En términos sociales, la pandemia ha hecho evidente que en el trabajo de cuidados se reproducen desigualdades y ha generado un llamado de atención, sobre su relevancia en las medidas que se vienen implementando. Es evidente, además, que los potenciales beneficios de reconocer, valorar y redistribuir el trabajo de cuidado, podrían superar ampliamente los costos de su omisión en las respuestas a la crisis. Sin duda, todo un desafío.

3.5 Democracias frágiles: malestares crecientes, legitimidades cuestionadas

El otro gran componente de las dinámicas que estamos analizando como “contexto” para nuestra Línea de base es, sin duda, el vinculado con la democracia. En particular, con su creciente deterioro y con los complejos desafíos que enfrentará en esta tercera década del siglo XXI, el tema debe ser considerado rigurosamente, como un componente central de esta Línea de b.

3.5.1 Indignación y frustración: polarización en ascenso y protestas múltiples

Como corolario de largos procesos de deterioro democrático y previo a la entrada en escena de la pandemia del COVID-19, las protestas se expandieron por muy diversos rincones de la región. Con la irrupción de la pandemia sanitaria, todo esto se ha complicado todavía más, al punto que ya se habla de “pandemocracia”. Daniel Innerarity (2020) lo plantea muy claramente:

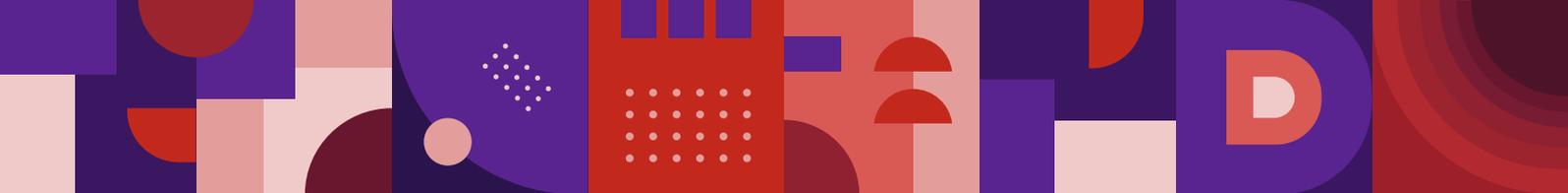
Decimos que esta crisis sanitaria pondrá a prueba muchas cosas y que algunas de ellas no volverán a ser lo que eran, entre las cuales estaría la democracia. Ya se ha suscitado un intenso debate entre quienes piensan que esta crisis supondrá un revulsivo que derribará el capitalismo y quienes presagian un sistema de control que consolidará las tendencias autoritarias inscritas en eso que llamamos democracias iliberales [...] La democracia, que ha ido sobreviviendo a los cambios de formato y a los cambios de problemas, se encuentra ahora en una encrucijada para la que no tiene precedentes. La supervivencia de la democracia está condicionada a que sea capaz de actuar en los actuales entornos de complejidad, compatibilizando las expectativas de eficacia y los requerimientos de legitimidad [p. 1]

Los indicadores disponibles lo muestran claramente, sobre todo en términos de “confianzas” en las instituciones y aún en las propias relaciones interpersonales. Así lo evidencian, también este ámbito, los datos del Panorama social de América Latina 2020 de la CEPAL, para el conjunto de la región en los planos aludidos. En primer lugar, importa destacar que la confianza en las principales instituciones es significativamente baja y lo es cada vez más pronunciadamente.

Tabla 35. Confianza de las personas de 18 años y más en instituciones seleccionadas (2009-2018)

| Año | Nivel de confianza | Fuerzas Armadas | Policía | Iglesia | Congreso | Gobierno | Poder Judicial | Partidos Políticos |
|------|--------------------|-----------------|---------|---------|----------|----------|----------------|--------------------|
| 2009 | Mucha | 12 | 7 | 36 | 8 | 15 | 7 | 4 |
| | Algo | 33 | 27 | 33 | 27 | 30 | 26 | 20 |
| | Poca | 32 | 37 | 19 | 36 | 32 | 38 | 37 |
| | Ninguna | 20 | 28 | 10 | 26 | 22 | 26 | 37 |
| 2013 | Mucha | 22 | 11 | 49 | 7 | 12 | 8 | 5 |
| | Algo | 33 | 29 | 25 | 22 | 27 | 22 | 19 |
| | Poca | 24 | 31 | 14 | 32 | 31 | 32 | 31 |
| | Ninguna | 20 | 28 | 11 | 36 | 28 | 35 | 43 |
| 2018 | Mucha | 16 | 10 | 38 | 4 | 6 | 6 | 2 |
| | Algo | 27 | 25 | 26 | 16 | 17 | 18 | 11 |
| | Poca | 30 | 35 | 20 | 34 | 32 | 34 | 29 |
| | Ninguna | 25 | 29 | 15 | 41 | 44 | 38 | 55 |

Fuente: CEPAL. (2021). Panorama social de América Latina 2020. Santiago.



Complementariamente, importa consignar los niveles de confianza interpersonal. En tal sentido, la CEPAL [2021] destaca que, en las últimas dos décadas, la proporción de personas en América Latina que afirma que se puede confiar en la mayoría de la gente oscila entre el 13.8 % y el 23.1 % de la población. La desconfianza generalizada indicaría una debilidad del ‘nosotros’, del sentido de pertenencia a una comunidad, lo que no solo se traduce en menores niveles de colaboración y reciprocidad, sino que también refleja una debilidad en la cohesión social. Todo esto redundaría en una sensación de malestar.

En este marco, un dato significativo a destacar es el vinculado con los niveles de confianza en las autoridades de gobierno, en lo que atañe al manejo realizado con relación a la pandemia del COVID-19. En tal sentido, los datos del Panorama social de América Latina 2020 muestran que, entre abril y agosto de dicho año, los respaldos correspondientes cayeron significativamente en Perú [pasando del 91 al 23 %], así como en Chile [pasando del 71 al 43 %] y en Bolivia [pasando del 52 al 19 %]. En cambio, dicho descenso fue menos pronunciado en Ecuador [pasando del 54 al 48 %] y en Colombia [pasando del 74 al 70 %]. No hay datos para Venezuela.

El Informe Regional de Desarrollo Humano 2021, según ya vimos, formula planteos similares:

La gente es consciente de lo desigual que es actualmente la región y piensa que esto es injusto. Percibe injusticia, no solo en la distribución del ingreso sino también en el acceso a los servicios públicos y a las garantías de sus derechos. La gente también se siente frustrada por la injusticia en los procesos, particularmente por la influencia política descomunal de unos cuantos grupos poderosos. [IDH, 2021, p. 104]

Todo este conjunto de valoraciones subjetivas, muestran claramente el “estado de situación” de la democracia en América Latina en general y en la región Andina en particular. Estamos, evidentemente, ante un cuadro tan complejo como preocupante, donde la polarización social y política se ha ido agudizando significativamente, al tiempo que la confianza en las principales instituciones democráticas ha caído significativamente, restando grandes cuotas de legitimidad a las diversas iniciativas de gobierno, tanto a nivel nacional como departamental y local. Y a todo esto, por si fuera poco, se suma además la intensificación de la crisis sanitaria, económica y social, que afecta a todos nuestros países y que agrava aún más el panorama esquemáticamente descrito.

3.5.2 Empatías y antipatías: entre discursos de odio y construcción del “común”

Desde luego, todo otro “condimento” para explicar estos crecientes deterioros democráticos, es el vinculado con la creciente presencia de discursos de odio en amplios sectores de la población. Michael Sandel [2021] lo plantea muy bien, aportando elementos de juicio sumamente valiosos: “Corren tiempos peligrosos para la democracia. Puede apreciarse dicha amenaza en el crecimiento de la xenofobia y del apoyo popular a figuras autocráticas que ponen a prueba los límites de las normas democráticas”. [p. 19].

Desde este ángulo, lo que subyace a todo este debate [recordemos el contrapunto con Dubet, a propósito de las diferencias entre “igualdad de oportunidades” e “igualdad de posiciones”], se ubica en las consecuencias prácticas de las estrategias con las que se implementan las fórmulas meritocráticas, los argumentos con las que se trata de legitimarlas y las consecuencias que generan. Así, lo que en principio es un enfoque totalmente compartible, también tiene su “lado oscuro”, en la medida en que -a diferencia de las dinámicas de las etapas previas del desarrollo capitalista tanto los que están

“arriba” como los que están “abajo”, ya no tienen clara conciencia de por qué se ubican de ese modo [antes, la herencia era clave para explicar el lugar de los ricos, al tiempo que lo era la conciencia de las injusticias del sistema para los sectores subordinados], y justifican ahora con otros argumentos [los ricos lo son por su esfuerzo y los pobres por su falta de esfuerzo] dichas diferencias.

En un esquema de “ganadores” y “perdedores” como el que predomina actualmente, prácticamente en todo el mundo, esto es fundamental, porque ensancha y hasta legitima las brechas entre incluidos exitosos y excluidos fracasados, en el marco de un esquema que, en principio, les ofreció a todos las mismas oportunidades. Si esto es así, no hay nada que cambiar en términos sistémicos, y lo que corresponde es, apenas, fortalecer las capacidades de quienes están más desfavorecidos en el “reparto” correspondiente, y garantizar la igualdad de oportunidades. El planteo, que puede ser criticado desde muy diversos ángulos, sin duda, genera soberbia en los ricos y rabia en los pobres, dos ingredientes nefastos para construir el “bien común”, por muy pasada de moda que esté esta “utopía”.

En todo este marco de análisis, hay un componente que no se está teniendo en cuenta y resulta fundamental: la autoestima. El planteo de Sandel viene a advertir que lo que está detrás del ascenso de los populismos extremos es, ante todo, un reclamo de los sectores subordinados ante quienes “mandan” sin tomarlos en cuenta e, incluso, menospreciándolos por completo. Y, por si fuera poco, en el campo de los excluidos, esta lógica perversa alimenta permanentemente la asignación de “culpas” entre sus propios miembros [los migrantes, las mujeres, los jóvenes, los gays...] exculpando a los verdaderos responsables de la calamitosa situación en la que nos encontramos, [la tecnocracia, las élites, los superricos...] ocultos tras los “relatos” que el sistema genera constantemente y, que ahora difunde masiva e impunemente a través de “noticias falsas” y “posverdades”.

3.5.3 Subjetividades diversas: parámetros destacables del estado de la opinión pública

¿Qué tanta consistencia existe entre la realidad objetiva y las percepciones subjetivas de la gente? Algunos datos correspondientes a 2020, contruidos desde la Corporación Latinobarómetro y reprocesados por el PNUD, permiten formular algunas respuestas iniciales, que importa consignar. En primer lugar, parece pertinente saber qué piensa la gente sobre el acceso a la justicia, a la salud y a la educación. A continuación, se brinda la información correspondiente a la región Andina.

Tabla 36. Región Andina: porcentaje de encuestados que piensa que el acceso a estos servicios es injusto

| Países | Acceso a la justicia | Acceso a la salud | Acceso a la educación |
|-----------|----------------------|-------------------|-----------------------|
| Bolivia | 89 | 72 | 65 |
| Chile | 94 | 96 | 92 |
| Colombia | 86 | 75 | 74 |
| Ecuador | 83 | 67 | 61 |
| Perú | 91 | 78 | 76 |
| Venezuela | 90 | 83 | 67 |

Fuente: PNUD. [2021]. Informe Regional de Desarrollo Humano: América Latina y el Caribe 2021.

Como puede apreciarse, las percepciones de injusticia en el acceso a estas tres esferas de política pública son elevadísimas en todos los casos, aunque con variantes que importa destacar. Así, mientras los promedios para América Latina se ubican en 80, 66 y 60 % respectivamente, todos los países andinos se ubican por encima de dichos promedios. Asimismo, los consensos en estas materias son abrumadores en justicia y un poco más acotados en salud y educación. Por países, en tanto, llaman la atención los elevados porcentajes registrados en Chile [en los tres ámbitos], al tiempo que en los otros casos nacionales dichos porcentajes disminuyen en diversas medidas. Complementariamente, importa analizar las percepciones de la gente, en relación con si ciertos derechos y oportunidades relacionados con la igualdad, están o no garantizados.

Tabla 37. Región Andina: porcentaje de encuestados que piensa que estos derechos y oportunidades no están garantizados

| Países | Igualdad ante la Ley | Igualdad de oportunidades | Igualdad entre hombres y mujeres |
|-----------|----------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Bolivia | 70 | 66 | 52 |
| Chile | 90 | 75 | 70 |
| Colombia | 77 | 69 | 63 |
| Ecuador | 79 | 64 | 54 |
| Perú | 83 | 67 | 57 |
| Venezuela | 79 | 62 | 43 |

Fuente: PNUD. (2021). Informe Regional de Desarrollo Humano: América Latina y el Caribe 2021.

Como puede apreciarse, también en este caso los países andinos se ubican por encima del promedio latinoamericano [ubicado en el 77, 64 y 57 % respectivamente], a excepción de Venezuela en igualdad de oportunidades y entre hombres y mujeres [así como Bolivia y Ecuador en esto último].

Otro asunto relevante tiene que ver con las expectativas de movilidad intergeneracional a futuro, esfera en la cual, se registran cifras muy llamativas, tal como queda evidenciado en el siguiente cuadro, en el que, además, pueden percibirse patrones diferentes según niveles de ingreso auto percibidos, con situaciones sustantivamente contrastantes entre ambos extremos.

Tabla 38. Personas de América Latina y el Caribe que esperan que a sus hijos les vaya mejor, peor o igual que a ellos, por grupo de ingresos percibidos (en porcentajes)

| | 20 % más Pobre | 2º Quintil | 3º Quintil | 4º Quintil | 20 % más Rico |
|-------|----------------|------------|------------|------------|---------------|
| Peor | ---- | 5 | 8 | 16 | 25 |
| Igual | 65 | 49 | 56 | 55 | 75 |
| Mejor | 35 | 46 | 37 | 29 | ---- |

Fuente: PNUD. (2021). Informe Regional de Desarrollo Humano: América Latina y el Caribe 2021.

Como puede apreciarse, a medida que se avanza en los niveles de ingresos auto percibidos, aumentan los pronósticos pesimistas y disminuyen los pronósticos optimistas. Ante esto, podría decirse que, en el caso de los más pobres, sus opiniones reflejan más aspiraciones que pronósticos, en tanto entre los más ricos, el “realismo” parece más evidente. El Informe del PNUD no brinda información abierta por países en todos estos niveles, pero sí lo hace en el caso de quienes se auto ubican en el 20 % más pobre y esperan que a sus hijos les vaya mejor en el futuro, mostrando que Bolivia y Colombia se posicionan por encima del promedio regional [el 35 %] ubicándose en el 46 y el 38 % respectivamente.

En cambio, Chile, Perú, Venezuela y Ecuador, se ubican por debajo de dicho promedio [32, 32, 25 y 18 % respectivamente]. En relación con la democracia, se cuenta con información desagregada por países en dos indicadores relevantes: [i] disposición a tener un gobierno no democrático, con tal de que sea eficaz y; [ii] porcentaje que cree que está bien que el presidente de la República controle los medios de comunicación.

Tabla 39. Región Andina: población dispuesta a tener un Gobierno no democrático y a que se controlen medios de comunicación

| Países | Gobierno no democrático | Control de medios |
|--------------|-------------------------|-------------------|
| Bolivia | 57 | 35 |
| Chile | 33 | 18 |
| Colombia | 50 | 34 |
| Ecuador | 57 | 32 |
| Perú | 49 | 41 |
| Venezuela | 57 | 21 |
| Promedio ALC | 55 | 36 |

Fuente: PNUD. [2021]. Informe Regional de Desarrollo Humano: América Latina y el Caribe 2021.

Como puede apreciarse, las valoraciones dominantes sobre la democracia son bastante relativas, destacando Chile por sus bajos niveles de tolerancia en ambos indicadores y de Venezuela, con relación al control de medios de comunicación por parte del gobierno.

Por su parte, el Informe de Latinobarómetro 2020 muestra indicadores similares, contruidos desde la formulación de preguntas parecidas, con el objetivo de medir los cambios en las percepciones de la opinión pública con relación a la democracia, entre 2018 y 2020. Así, el apoyo a la democracia aumentó en Perú [del 43 al 46 %], en Chile [del 58 al 60 %] y en Bolivia [del 53 al 54 %], en tanto disminuyó en Venezuela [del 75 al 69 %], marcadamente en Colombia [del 54 al 43 %] y en Ecuador [del 50 al 33 %]. El “balance democrático 2020” del Latinobarómetro, muestra enormes déficits en estas materias [ver cuadros 42 y 43]:

Tabla 40. Actitudes hacia la democracia en la región Andina 2020

| | Bolivia | Chile | Colombia | Ecuador | Perú | Venezuela |
|---------------------------------|---------|-------|----------|---------|------|-----------|
| Apoyo a la democracia | 54 | 60 | 43 | 33 | 46 | 69 |
| Apoyo al autoritarismo | 10 | 12 | 11 | 16 | 16 | 7 |
| Democracia churchiliana | 64 | 74 | 57 | 45 | 52 | 66 |
| Rechazo a Gobierno militar | 62 | 72 | 67 | 59 | 48 | 80 |
| Apoyo a Gobierno militar | 34 | 18 | 27 | 36 | 48 | 15 |
| Apoyo a Gobierno no democrático | 55 | 30 | 47 | 54 | 47 | 55 |
| Control medios de comunicación | 34 | 18 | 33 | 32 | 40 | 20 |

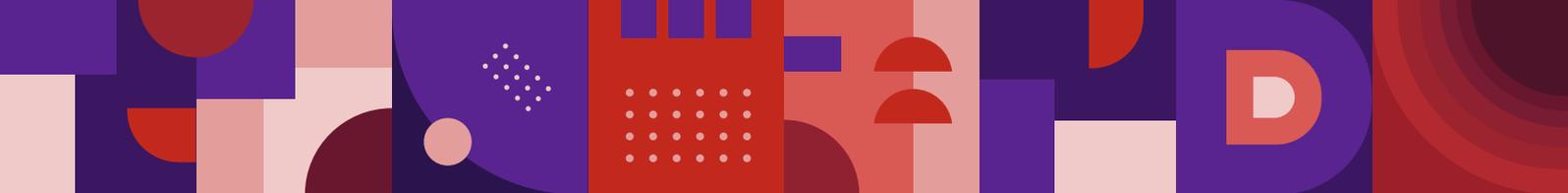
Fuente: Latinobarómetro. Informe 2021.

Notas: Democracia churchiliana: "la democracia puede tener problemas, pero es el mejor sistema de gobierno". Gobierno no democrático: "populismos, autocracias..."

Tabla 41. Balance democrático en la región Andina 2020

| País | Apoyo a la democracia | Satisfacción con la democracia | Demócratas insatisfechos | No demócratas |
|-----------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Bolivia | 54 | 26 | 28 | -46 |
| Chile | 60 | 18 | 43 | -40 |
| Colombia | 43 | 17 | 26 | -57 |
| Ecuador | 33 | 10 | 23 | -67 |
| Perú | 46 | 11 | 36 | -54 |
| Venezuela | 69 | 15 | 53 | -31 |

Fuente: Latinobarómetro. Informe 2021.



Nota: La suma de la segunda y la tercera columna equivale a las cifras de la primera. La última es la diferencia entre la primera y el total [100].

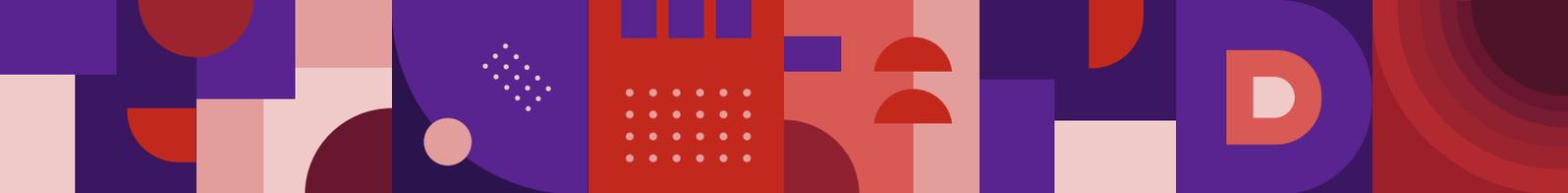
De este modo, por vías diferentes [sustantivas, metodológicas y operativas] se llega a conclusiones similares: el apoyo a la democracia es cada vez más bajo, y las opciones alternativas [gobiernos autoritarios, iliberales, populistas o como se les llame] ascienden en términos relativos, de modos consistentes a lo largo del tiempo. Estamos, por tanto, ante “democracias frágiles”, que enfrentan serios cuestionamientos en términos de legitimidad, aceptación y/o respaldos efectivos, lo cual genera respuestas disruptivas variadas, pero igualmente preocupantes.

3.5.4 Cambios de Gobierno: ¿época de cambios o cambio de época?

Si de los indicadores objetivos y subjetivos que reflejan el “estado de situación” en general, pasamos al análisis de la actual coyuntura política en la región, podremos constatar fácilmente que estamos ante un escenario de cambios generalizados de gobierno, dinamizados a través de fórmulas diferentes, pero compartiendo argumentos explicativos, con lo cual, se podría especular razonablemente sobre el futuro inmediato y de mediano plazo en estas materias. Así, con la instalación de nuevos gobiernos en Bolivia, Ecuador y Perú en 2021 y más recientemente en Chile, junto con las elecciones previstas para este año en Colombia y Venezuela, parece evidente que estamos ante cambios que pueden modificar sustancialmente las respectivas dinámicas nacionales y locales en muy diversos planos, en el marco de grandes incógnitas respecto a cuál puede ser la actitud de los respectivos respaldos ciudadanos.

En este marco, una nota particularmente destacable es la referida a la elevada polarización planteada en casi todos los casos, aunque sustentada en alineaciones diferentes, especialmente en el plano de los respaldos gubernamentales existentes en los poderes legislativos respectivos. Del mismo modo, pesan las distancias [más o menos significativas según los casos] entre los gobiernos nacionales, regionales y municipales [así como las distancias entre gobierno y sociedad civil]. Sumado a ello, a estos nuevos elencos gubernamentales les está tocando [como ya hemos analizado en forma reiterada] la peor coyuntura económica y social en décadas, signada por la pandemia sanitaria, la crisis económica, y el malestar social que hemos venido comentando en las páginas precedentes. Todo lleva a pensar que lo más probable es que los precarios cuadros de gobernabilidad existentes continúen deteriorándose, al menos en estos primeros años veinte. La pregunta clave es si estamos ante simples recambios de elencos gubernamentales [época de cambios] o si, por el contrario, estamos ante desafíos más directamente relacionados con transformaciones más profundas [cambio de época], pero el análisis de estos eventuales “cursos” futuros de la historia recién está comenzando y todavía no se cuenta con miradas más o menos rigurosas al respecto, entre otras cosas, por la elevada incertidumbre reinante a todos los niveles.

En cualquier caso, a los efectos de imaginar respuestas pertinentes a implementar a futuro, en las diferentes esferas del desarrollo en general y con relación a las desigualdades sociales en salud en particular, resulta imperioso intentar la formulación de escenarios prospectivos que permitan ubicar estas tareas específicas en el contexto correspondiente, arriesgando algunos juicios de valor, en términos de la eventual viabilidad efectiva de las diferentes propuestas existentes en este sentido. Para ello, se podrían distinguir dos planos diferentes: por un lado, lo más directamente relacionado con la eventual salida de la pandemia del COVID-19, y por otro, lo vinculado con el tipo de estrategias de desarrollo a mediano plazo, con las que se podrían encarar los desafíos correspondientes, recordando



siempre que estamos ante dos dimensiones claramente interrelacionadas y que solo pueden diferenciarse en términos analíticos.

En términos más estructurales, los análisis que centran la mirada en los intereses en juego ven con gran preocupación, cómo las grandes corporaciones transnacionales vinculadas a estas dinámicas siguen especulando con la situación, priorizando siempre sus propios intereses específicos, sobre todo en el caso de los grandes laboratorios productores de vacunas y de las empresas ligadas a la virtualización de nuestras sociedades. Desde este ángulo, preocupa, en particular, que los gobiernos sigan sin hacerse cargo de estos problemas, con perspectiva de mediano y largo plazo, promoviendo -por ejemplo- alternativas estatales más sólidas y pertinentes. Por otro lado, tal como ya hemos consignado en las páginas precedentes, están en discusión las propias estrategias de desarrollo a mediano y largo plazo, sin que se vislumbren -por el momento- síntesis más o menos virtuosas, sino todo lo contrario. Mientras que prácticamente todos los organismos internacionales insisten en recorrer caminos de transformación estructural [asumiendo los problemas previos a la pandemia], la mayor parte de los elencos gubernamentales siguen concentrados -casi exclusivamente- en los desafíos de corto plazo, apostando a que lo único relevante es superar esta caótica coyuntura pandémica [suponiendo que ello es posible].

En el mediano y largo plazo, solo se puede aspirar a mejorar la situación con base en nuevos “pactos” económicos, sociales y políticos; el mantenimiento de los actuales solo conducirá al empeoramiento de esta. Desde este ángulo, es claro que una pieza clave se ubica en el plano de los recursos necesarios para impulsar estrategias inclusivas y sostenibles. Por ello, se deberían promover acuerdos para que los ricos contribuyan más y mejor en estas materias, aceptando una mayor carga contributiva en materia de impuestos. Por su parte, del lado de las inversiones a procesar, habrá que generar condiciones para que las mismas logren mayor cobertura y mejores impactos en sus destinatarios. Solo así se lograrán implementar respuestas inclusivas.



4 | ESTADO DE SITUACIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

4 – ESTADO DE SITUACIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Ahora, luego de describir el marco conceptual y el marco contextual de nuestra labor colectiva, nos sumergimos en la caracterización del marco situacional y analizamos específicamente, las desigualdades sociales en salud.

4.1. El camino recorrido: paradigmas, políticas públicas y resultados

El camino recorrido hasta el momento, muestra situaciones contrastantes en términos de avances y limitaciones, tanto en términos conceptuales como en las prácticas desplegadas en el campo de las políticas públicas.

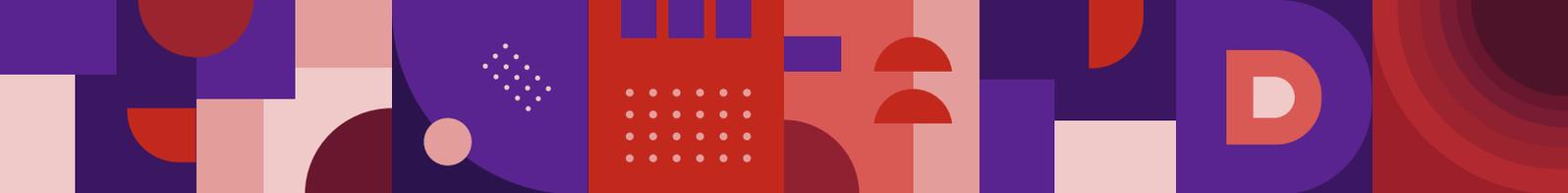
4.1.1 Paradigmas cambiantes en la historia de la salud: miasma, germen, riesgos

La literatura científica generada en el campo de los paradigmas centrales en la historia de la salud en las últimas décadas [con antecedentes más remotos, por cierto], es tan amplia como imposible de abarcar en el marco de un informe como este. No obstante, apoyándonos en algunos esfuerzos de síntesis comparada al respecto, se pueden resumir algunas grandes tendencias que permitan ubicar el presente en el marco histórico estructural correspondiente. En este sentido, el informe, presentado originalmente en 2006 y actualizado en 2019 por Marcelo Urquía, y publicado por la Universidad Nacional de La Plata [Argentina], ofrece un riguroso y a la vez didáctico análisis de los tres grandes “paradigmas epidemiológicos”, que han tenido mayor incidencia en estas dinámicas a lo largo de la historia, sobre todo en los siglos XIX y XX, constituidos a su vez en la base de desarrollos que aún tienen plena vigencia: miasma, germen y riesgos. Se trata de grandes paradigmas explicativos y operativos, que tuvieron cierta vigencia dominante en etapas diferentes de la historia y en diversos espacios geográficos, con semejanzas y diferencias relevantes en muy diversos planos, de los que aquí importa destacar los referidos al vínculo entre dinámicas sanitarias y socioculturales, contrastando los enfoques dominantes y los alternativos. Respecto a las teorías dominantes, Urquía (2019) sostiene que no se ha desarrollado teoría alguna que pretenda dar cuenta de la articulación de la dimensión sociocultural con los estados de salud:

Lo sociocultural ha sido incluido de manera residual con respecto a las hipótesis fundamentales de cada teoría dominante; en la teoría miasmática, la pobreza era causada por la enfermedad y ésta por las emanaciones nocivas del ambiente físico; en la teoría del germen, lo sociocultural aparece reducido y contenido en el ambiente, al cual se apelaba cuando la relación entre agente y huésped no era tan fuerte como para ignorar otras influencias; finalmente, en la teoría del riesgo no solo la dimensión sociocultural es residual, sino también la biológica ya que lo que importa es la asociación estadística y no los mecanismos y procesos causales, cualquiera sea su naturaleza. [p. 156]

En cambio, las teorías alternativas se caracterizan, en general, por hacer frente a una mayor complejidad y por tener una mayor densidad conceptual, requisitos sin los cuales la consideración de lo sociocultural se revela pobre. En este sentido, Urquía sostiene que este desinterés por lo sociocultural de las teorías dominantes no es casual:

[...] la asociación encontrada entre teorías dominantes y desinterés por lo sociocultural y entre teorías alternativas e interés por lo sociocultural no es casual, y puede entenderse como parte de un fenómeno histórico más amplio. La apertura hacia lo sociocultural ha estado vinculada a



lo largo del periodo histórico moderno a posiciones no dominantes, a vanguardias intelectuales desprovistas de poder político que encarnaron la crítica a la organización de la sociedad y al funcionamiento de las instituciones de su momento. No parece ser distinto el caso de lo que sucedió con lo sociocultural en el contexto de la epidemiología. [2019, p. 155]

Finalmente, Urquía [2019] se dedica a enunciar algunos de los desafíos a encarar en este campo, primero, evitar el reduccionismo de la dimensión sociocultural en los diseños epidemiológicos, segundo, incluir en los diseños epidemiológicos la perspectiva de la población bajo estudio, tanto en la definición de los estados de salud a estudiar como en la definición de la estrategia de intervención, así como la de otros actores involucrados y tercero, hacer operacionales los conceptos de la dimensión sociocultural, minimizando la distorsión y maximizando su poder explicativo, aclarando que tales desafíos pueden ser mejor encarados por equipos multidisciplinarios o interdisciplinarios, dado que “solo una colaboración interdisciplinaria bien entendida puede conciliar la profundidad de varias especializaciones con una visión integrada de los problemas de salud” [p. 158].

Desde luego, todo esto está planteado en términos muy agregados, por lo que importa tener presente que estos tres grandes paradigmas han tenido mayor o menor vigencia a lo largo de la historia de la salud. Así, el paradigma del “miasma” fue dominante durante el siglo XIX [a partir básicamente de la revolución industrial], al tiempo que el paradigma del “germen” fue dominante en gran parte del siglo XX [hasta los años sesenta, aproximadamente] siendo sustituido desde entonces [en ese rol] por el paradigma del riesgo. En cierto sentido, además, se han establecido ciertas continuidades entre el paradigma del miasma y el de riesgo, así como entre el paradigma del germen y los enfoques más recientes centrados en las condicionantes sociales de la salud, lo que nos lleva directamente al tema central de este informe, partiendo de la coexistencia [diferencial] de todos estos paradigmas en la dinámica concreta de la salud en este siglo XXI.

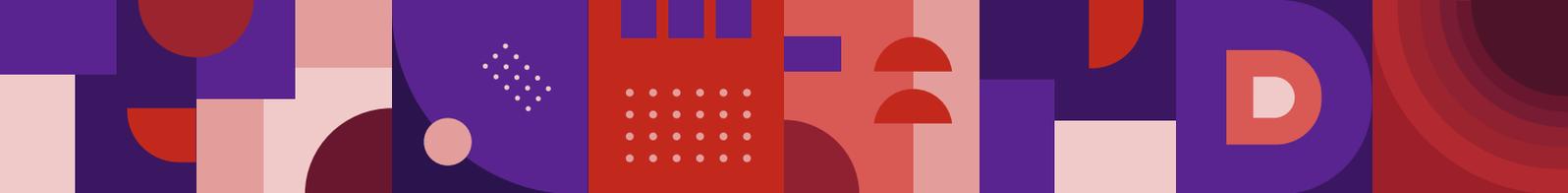
4.1.2 Determinantes sociales en salud: propuestas, debates e incidencias

Conformada en 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, dirigida por Michael Marmot, quien entregó su informe en agosto de 2008, bajo un título por demás expresivo: Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Fue, sin ninguna duda, un hito en la historia de la salud a nivel mundial, en la medida en que, por primera vez [de manera sistemática a nivel de un organismo internacional], se le brindó al tema un importante realce y una ubicación destacada en la agenda pública. El enfoque general tenía una impronta muy clara:

La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Vemos maravillados como la esperanza de vida y el estado de salud, mejoran de forma constante en algunas partes del mundo, mientras nos alarmamos ante el hecho de que eso no ocurra en otros lugares. [OPS/OMS, p. 3]

Y las principales causas estaban bien identificadas:

Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. [OPS/OMS, 2009, p. 3]



En este marco, se formularon tres grandes recomendaciones: [i] mejorar las condiciones de vida, especialmente de niños, niñas y mujeres; [ii] luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y; [iii] medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. En términos más precisos, sobre los determinantes sociales advertía:

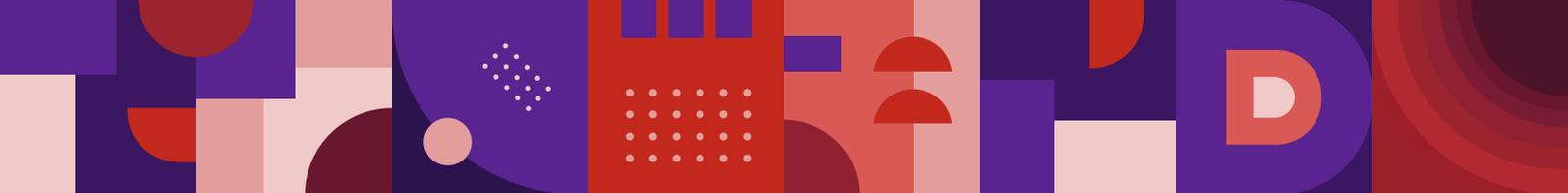
Para crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud en la investigación en materia de salud pública. [OMS, 2009, p. 10]

El desarrollo del informe brinda la información, el análisis y la base sustantiva de cada una de las propuestas concretas que formula, y no es este el espacio para detallarlas. Importa, en cambio, revisar qué pasó con dicho Informe en los años siguientes, recordando que tuvo amplios respaldos en sectores de la propia salud y de buena parte de la sociedad, pero también recibió críticas cruzadas. Así, mientras por un lado los enfoques más “neoliberales”, dominantes en aquella etapa, criticaron el énfasis exagerado en la justicia sanitaria y el rol del Estado [acotando que el informe no tomaba en cuenta adecuadamente el impacto del crecimiento económico general en la salud] por otro, también fue criticado “por la izquierda”, desde el ángulo de las perspectivas “críticas” en salud, agrupadas en torno a enfoques centrados en la salud colectiva más que individual, argumentando, en este caso, que el informe no establecía rigurosamente una explicación causal de las desigualdades y se sustentaba en una visión “ahistórica” y “asocial”.

De este modo, se fueron conformando tres grandes enfoques o posturas frente al informe: [i] la más estrictamente neoliberal, centrada en la privatización de la salud; [ii] la más radical, empeñada en señalar que habría que hablar de “determinaciones” sociales y no de “determinantes” y; [iii] la más complaciente o de respaldo al informe, más “socialdemócrata” –para simplificar-. Mientras la primera enfatizaba el rol central del mercado y la segunda se concentraba en el rol central de los actores sociales, la tercera hacía una apuesta más claramente sustentada en el rol central del Estado, siempre con relación a combatir las desigualdades sociales en salud.

Del mismo modo, mientras que en la perspectiva neoliberal correspondía separar el financiamiento –público- de la prestación de servicios –privada-, en la perspectiva crítica se hacía un hincapié especial en la inclusión de la salud en el marco de los sistemas de protección social de los trabajadores, al tiempo que en la perspectiva socialdemócrata se insistía en la estructuración de sistemas integrados de salud. En definitiva, mientras el neoliberalismo consideraba a la salud como una “mercancía” más, los enfoques críticos la consideraban centralmente como un “derecho”, y la óptica socialdemócrata caracterizaba a este sector como un “servicio” eminentemente público.

Paulatinamente, la esencia del informe original se fue perdiendo, tanto en el plano global como en la mayor parte de los países, en particular, de América Latina. Se impuso el paradigma dominante de la época el neoliberal, se acallaron las voces más “críticas” y se naturalizó el enfoque que se centró en los determinantes en salud no en las determinaciones, operando con lógicas más tecnocráticas, alejadas de las interpretaciones históricas y estructurales de las desigualdades. Por esta vía se continuó consolidando sistemas de salud fragmentados, en torno a dos grandes conjuntos: [i] el régimen contributivo para la población activa formal y sus familias; y [ii] el no contributivo, para las familias pobres y excluidas. En paralelo, se fortaleció un tercer sector, concentrado en la atención sanitaria de



las clases sociales más adineradas [con mayor capacidad de pago de los servicios privados de salud], lo que llevó a que la salud pública quedara reducida -en buena medida- a una “salud pobre para pobres”, como veremos más adelante. En la actualidad, los acuerdos que se vienen construyendo en torno a la pertinencia de concentrar los esfuerzos -a todos los niveles-, en el combate a las desigualdades sociales y no solo en el combate a la pobreza -como hemos estado analizando-, justifican ampliamente una rigurosa evaluación de todo este proceso -enfoques, disputas, resultados- en el marco de la actual situación coyuntural y estructural de América Latina, incorporando centralmente el análisis de las relaciones de poder entre los diferentes actores involucrados en estas complejas dinámicas institucionales y políticas.

4.1.3 Metas y resultados en el marco de los ODM: promedios y situaciones concretas

Para poder corroborar -o desmentir- los alcances de estos “contrapuntos”, hay que ir a los hechos, lo que en este caso significa revisar las propuestas y los resultados de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [ODM], en la medida en que estos se definieron como el eje central de la Estrategia Global de las Naciones Unidas para el desarrollo, entre los años 2000 y 2015 (tomando como “línea de base” al año 1990). Existe una abundante literatura sobre estos temas, imposible de sintetizar en el marco de este estudio, pero, de todos modos, importa revisar sus principales parámetros.

Como se recordará, se definieron ocho ODM: [1] erradicar la pobreza extrema y el hambre; [2] lograr la enseñanza primaria universal; [3] promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer; [4] reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años; [5] mejorar la salud materna; [6] combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades; [7] garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y; [8] fomentar la alianza mundial para el desarrollo. Claramente, tres de los ODM [4, 5 y 6] se ubican directamente en el ámbito de la salud, al tiempo que los otros cinco tienen vínculos más indirectos pero reales con dicho ámbito.

En su balance global, la OMS resumió los principales logros obtenidos, en el Informe sobre la salud en el mundo 2015, bajo el título: La Salud en 2015: de los ODM a los ODS. El comunicado de prensa correspondiente destacó lo siguiente:

Aunque con los ODM relacionados con la salud no se alcanzaron algunas de las metas mundiales, los resultados generales fueron impresionantes. Los últimos 15 años han sido testigo de importantes descensos en la mortalidad materna e infantil y de avances en la lucha contra el VIH, la tuberculosis y el paludismo en los países en desarrollo. Los principales elementos para lograr los objetivos deseados han sido la duplicación en la financiación mundial para la salud, la creación de nuevos mecanismos y asociaciones de financiación, y la función crucial de la sociedad civil en la lucha contra enfermedades como el VIH/sida. [OMS, 2015]

Por su parte, en la región de las Américas, la OPS realizó su balance específico, constatando que “se lograron adelantos notables con respecto a algunos objetivos básicos de salud. Hubo, pues, motivos para celebrar algunos logros, como también para fomentar la aplicación de medidas más enérgicas y propicias”. A continuación, se muestran los detalles correspondientes en torno a los indicadores seleccionados para medir dichos avances, los cuales, en la óptica de este informe, “destacan la necesidad imperiosa de mejorar nuestro manejo institucional de estos factores para conseguir que afecten a la salud de un modo más favorable” [OPS, 2017, p. 3].

Tabla 42. Nivel de cumplimiento de las metas fijadas en los ODM en las Américas

| ODM 1 | | |
|-----------|--|---------|
| 1990 | Indicador | 2013 |
| 7.3 % | Proporción de niños menores de 5 años con peso inferior al normal en América Latina y el Caribe | 2.3 % |
| 15.3 % | Proporción de la población total con hambre y sin acceso a suficientes alimentos para satisfacer las necesidades energéticas mínimas en América Latina y el Caribe | 6.1 % |
| ODM 4 | | |
| 1990 | Indicador | 2015 |
| 43 % | Tasa de mortalidad de menores de 5 años por 1000 nacidos vivos en las Américas | 15 % |
| 34 % | Tasa de mortalidad de menores de 1 año por 1000 nacidos vivos en las Américas | 13 % |
| 54 % | Tasa de mortalidad de menores de 5 años por 1000 nacidos vivos en ALC | 18 % |
| 43 % | Tasa de mortalidad de menores de 1 año por 1000 nacidos vivos en ALC | 15 % |
| ODM 5 | | |
| 1990 | Indicador | 2015 |
| 102 | Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos en las Américas | 52 |
| 138 | Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe | 68 |
| ODM 5 | | |
| 1990 | Indicador | 2014 |
| 74,0 % | Proporción de partos atendidos por personal calificado en las Américas | 94,0 % |
| 61.1 % | Proporción de la prevalencia general del uso de métodos anticonceptivos en ALC | 73.1 % |
| 61.1 % | Proporción de mujeres casadas o en unión consensual que utilizan algún método anticonceptivo en América Latina y el Caribe | 73.1 % |
| 17.3 % | Proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad, casadas o en unión consensual, con una necesidad insatisfecha de acceso a métodos anticonceptivos en ALC | 10.6 % |
| ODM 6 | | |
| 2003 | Indicador | 2013 |
| 15.0 % | Proporción de la población portadora del VIH que tuvo acceso al tratamiento con antirretrovíricos | 44.0 % |
| ODM 6 | | |
| 2000 | Indicador | 2013 |
| 390 | Defunciones por malaria en 21 países y territorios endémicos de las Américas | 84 |
| 1.181.104 | Casos de malaria en 21 países y territorios endémicos de las Américas | 428.483 |
| ODM 6 | | |
| 2000 | Indicador | 2013 |
| 56 | Tasa de incidencia de la tuberculosis por 100 000 habitantes en las Américas | 26 |
| ODM 7 | | |
| 1990 | Indicador | 2015 |
| 85.0 % | Proporción de personas con acceso a agua potable en América Latina y el Caribe | 95.0 % |
| 67.0 % | Proporción de personas que usan instalaciones de saneamiento mejoradas en ALC | 83.0 % |

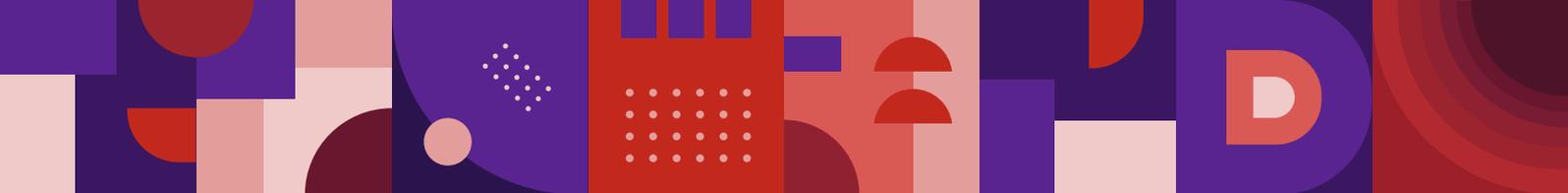
Fuente: OPS. (2017). Informe final sobre los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud en la región de las Américas. Washington.

4.1.4 Un balance provisional: avances conceptuales e inercias operativas a encarar

En el tránsito de los ODM a los ODS [aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015], se procuró ajustar las estrategias globales de cooperación para el desarrollo, recogiendo las lecciones aprendidas de la experiencia de los primeros 15 años de este siglo, con el fin de precisar el alcance de las metas a proponerse en los siguientes 15 años, en el marco de la Agenda 2030.

Así, los trabajosos acuerdos construidos terminaron en la aprobación de 17 ODS, lo que comparado con los 8 anteriores, muestra una diferencia cuantitativa y cualitativa de gran relevancia. Estos temas -en sí mismos- serán analizados con más profundidad en la sección siguiente; lo que aquí interesa es revisar este “tránsito” entre ambas agendas globales, realizando un balance más específico en el marco de este informe- sobre la experiencia desplegada entre 2000 y 2015. En tal sentido, podrían destacarse los siguientes elementos de juicio:

- En términos conceptuales, se lograron algunos avances relevantes, en particular con relación a los “determinantes sociales en salud” [más allá de los debates que ya hemos consignado]. Así, se afirmaron los enfoques más “sociales” y menos “biologicistas” [más clásicos o tradicionales], aunque no se pudieron sostener [tal como estaban definidos originalmente] en las prácticas concretas, con la mirada puesta en los objetivos vinculados con la salud universal.
- Asimismo, en lo referente a los componentes más estratégicos de las agendas globales definidas, parece claro que la vinculada con los ODM simplificó exageradamente las grandes metas a alcanzar, organizándose en torno a grandes políticas sectoriales y a metas que, en lo fundamental, debían cumplir los países menos desarrollados, dejando fuera de los compromisos correspondientes a los países altamente industrializados.
- Pasando del “qué” al “cómo”, pudo constatar que los debates pasaron a procesarse en torno a dos lógicas diferentes: por un lado, los enfoques centrados en variables económicas, y por el otro, enfoques centrados en variables sociales y hasta culturales, primando [en la mayor parte de los países de nuestra región] los primeros, en detrimento de los segundos, sesgando en gran medida las propias prácticas operativas.
- En este marco, se pudo constatar claramente que los enfoques centrados en las “soluciones de mercado”, no lograron responder a los múltiples desafíos planteados, en la medida en que la consideración básica de la salud como una “mercancía”, llevó a que en varios espacios concretos [áreas rurales y periurbanas], así como en varios sectores poblaciones concretos [pueblos originarios, personas afrodescendientes, mujeres rurales, etc.] esto no fuera “rentable”.
- Asimismo, todo parece indicar que en una buena parte de los planes nacionales y locales diseñados para implementar los ODM, se trabajó bastante desarticuladamente, generándose varias asincronías relevantes, en particular: [i] entre la planificación y la implementación, [ii] entre el diseño y la asignación de recursos y, [iii] en la asignación general de responsabilidades institucionales, sin criterios claros en materia de evaluación de desempeños.
- En términos más operativos, se pudo constatar que mirar estas complejas dinámicas exclusivamente a partir de “promedios”, no permite visualizar adecuadamente todo lo que hay en la denominada “caja negra” correspondiente, esto es, las múltiples diferencias existentes en torno a cada uno de



dichos promedios, en particular, en lo que atañe a las desigualdades múltiples con las que venimos trabajando en esta Mesa Andina.

- Finalmente, en este plano operativo pudo constatarse, también, que cuando las estrategias globales se centran exclusivamente en grandes metas en cuanto a “qué” hacer y se deja todo lo que tiene que ver con el “cómo” hacerlo a los propios operadores (en particular, los gobiernos y los grandes actores económicos que operan en estos espacios de política pública), los resultados pueden ser muy diferentes y no siempre se pueden asociar a un enfoque u otro.

En su conjunto, además, podría afirmarse que toda la labor vinculada con el monitoreo y la evaluación de los avances concretados entre 2000 y 2015, se ciñó casi exclusivamente al cumplimiento de metas cuantificables, dejando de lado otras estrategias y metodologías, más centradas en procesos y en diversas “medidas” para calificar los resultados obtenidos. Esto ha tenido varias implicancias relevantes, que también conviene consignar brevemente:

- En primer lugar, parece claro que apenas se evaluaron metas cuantificables homogéneas para todos los países, basadas exclusivamente en la comparación de las situaciones verificadas en dos o más puntos del tiempo, sin considerar otras posibles comparaciones (entre países similares o entre países con orientaciones gubernamentales de un tipo u otro, por ejemplo).
- En segundo lugar, parece claro que todo el trabajo desplegado en este campo se apoyó casi exclusivamente en el denominado “marco lógico” (adoptado por la mayor parte de los países, como requisito para obtener cooperación externa) procurando evaluar “resultados”, siempre en la comparación de “punto de partida” y “punto de llegada”.
- Esto acotó las evaluaciones más sustantivas y cualitativas, vinculándolas casi exclusivamente con la eficiencia y la eficacia (uso de recursos y cumplimiento de metas), descuidando otras variables (como la pertinencia, la relevancia, el impacto y la sostenibilidad) que hubieran permitido generar aprendizajes adicionales de gran relevancia.
- En dicho marco, no se recurrió a evaluaciones de aspectos institucionales y de las “teorías del cambio”, con que fueron formuladas -explícita o implícitamente- las diferentes estrategias nacionales y hasta locales, lo que también limitó el alcance de los “aprendizajes”, al no poder vincular dinámicamente enfoques conceptuales con estrategias operativas.
- Por último, todo parece indicar que las evaluaciones fueron realizadas -mayoritariamente- por las Oficinas de Planificación de los diferentes países, con pocas o nulas consultas, por ejemplo, con el conjunto de los poderes del Estado, con los diferentes niveles de la administración pública en el territorio y con la sociedad civil organizada.

Varias de estas limitaciones se han intentado levantar en el diseño y en la implementación inicial de la Agenda 2030 (como veremos con más detalle a continuación), pero lo cierto es que estamos ante aprendizajes importantes, que en los papeles han sido destacados en general (sin entrar en los detalles más relevantes) pero que no han sido asumidos resueltamente por los países, para la implementación de esta nueva agenda global.

4.1.5 El ODS 3: Enfoques sustantivos, metas a cumplir e indicadores a monitorear

En el marco de este documento de trabajo, importa concentrarse, lógicamente, en el ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades [ver el anexo 2] pero teniendo en cuenta al conjunto de los ODS, en general, y al ODS 10 [reducir la desigualdad en los países y entre ellos], en particular.

Como puede apreciarse, los criterios para el establecimiento de metas son diversos, incluyendo algunas en las que se propone “erradicar”, junto a otras para las que se fijan cifras absolutas también en las que se fijan cifras relativas. En todo caso, estas diferencias inciden centralmente en el diseño y la implementación de planes de acción.

Complementariamente, corresponde destacar que, en el conjunto de las metas, se contemplan criterios de diversidad de género en términos equitativos, pero ello no ocurre en términos etarios, en la medida en que las mismas están concentradas en la niñez y en las personas adultas, mientras que no existen metas relacionadas con las personas adultas mayores, en circunstancias en que la transición demográfica está planteando serios desafíos vinculados al crecimiento de este sector poblacional, con tendencias y en plazos diversos, pero siempre exigentes.

Recuadro 2. ODS 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

- 3.1** De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- 3.2** De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- 3.3** De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- 3.4** De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.
- 3.5** Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- 3.6** De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- 3.7** De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

- 3.8** Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- 3.9** 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.
- 3.a** Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- 3.b** Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo, y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio, respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.
- 3.c** Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- 3.d** Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Por su parte, el ODS 10 incluye 9 metas, que van desde algunas definidas en términos generales [potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas; garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados; adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social] centradas en los países, hasta otras más directamente ligadas con las desigualdades entre países [asegurar una mayor representación e intervención de los países en desarrollo, en las decisiones adoptadas por las instituciones económicas y financieras internacionales; facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas; aplicar el principio del trato especial y diferenciado para los países en desarrollo].

Recuadro 3. ODS 10: reducir la desigualdad en los países y entre ellos

- 10.1** De aquí a 2030, lograr progresivamente y mantener el crecimiento de los ingresos del 40% más pobre de la población a una tasa superior a la media nacional.
- 10.2** De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia,

origen, religión o situación económica u otra condición.

10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.

10.4 Adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad.

10.5 Mejorar la reglamentación y vigilancia de las instituciones y los mercados financieros mundiales y fortalecer la aplicación de esos reglamentos.

10.6 Asegurar una mayor representación e intervención de los países en desarrollo en las decisiones adoptadas por las instituciones económicas y financieras internacionales para aumentar la eficacia, fiabilidad, rendición de cuentas y legitimidad de esas instituciones.

10.7 Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas.

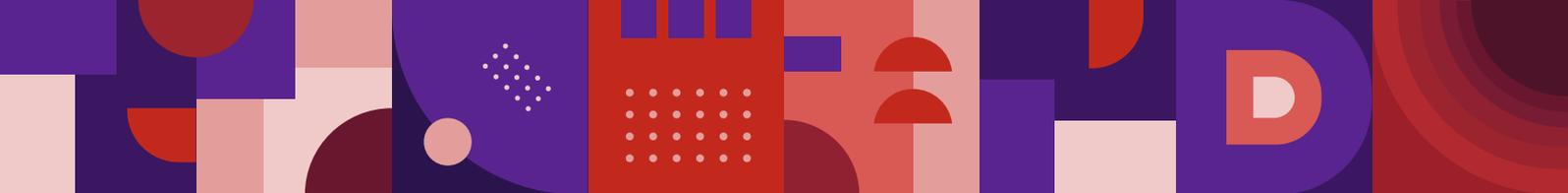
10.a Aplicar el principio del trato especial y diferenciado para los países en desarrollo, en particular los países menos adelantados, de conformidad con los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio.

10.b Fomentar la asistencia oficial para el desarrollo y las corrientes financieras, incluida la inversión extranjera directa, para los Estados con mayores necesidades, en particular los países menos adelantados, los países africanos, los pequeños Estados insulares en desarrollo y los países en desarrollo sin litoral, en consonancia con sus planes y programas nacionales.

4.1.6 Primer quinquenio: avances, retrocesos y asignaturas pendientes [2015-2020]

Desde la aprobación de la Agenda 2030 en septiembre de 2015, el Secretario General de las Naciones Unidas informa anualmente sobre los avances. El último de dichos informes [del 30 de abril de 2021], es particularmente preciso en los efectos devastadores de la pandemia del coronavirus:

El año 2020 fue realmente extraordinario en la historia de la humanidad [...] la pandemia de enfermedad por coronavirus [COVID-19] se ha cobrado más de 3 millones de vidas, ha devastado la economía mundial y ha trastornado todas las esferas de la vida humana". [...] Antes de la pandemia de COVID-19 [se especifica] se estaban produciendo avances en la implementación de los Objetivos en esferas importantes como la reducción de la pobreza, la mejora de la salud materno-infantil, el aumento del acceso a la electricidad y la promoción de la igualdad de género. Sin embargo, en muchos casos esos avances no se producían con suficiente rapidez. Además, en ámbitos verdaderamente transformadores centrados en reducir la desigualdad, disminuir las emisiones de carbono y luchar contra el hambre, los progresos se habían estancado o se



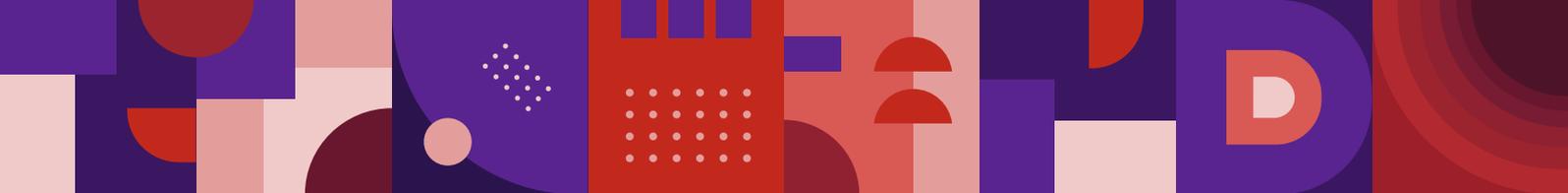
habían producido reveses. Por ello, a principios de 2020 el mundo no iba camino de alcanzar los objetivos y las metas fijados para 2030. [ONU, 2021, p. 2]

En relación con el ODS 3, el Informe destaca que las perturbaciones ocasionadas por la pandemia han detenido los avances alcanzados:

[...] antes de la pandemia de COVID-19, se había avanzado en muchas esferas de la salud, pues había mejorado la salud de las madres y los niños y aumentado la cobertura de inmunización y se había reducido la incidencia de las enfermedades transmisibles, aunque no lo suficientemente rápido como para cumplir las metas para 2030. Las perturbaciones causadas por la pandemia han detenido el progreso e incluso han echado por tierra algunos de los logros alcanzados. Según un estudio reciente, cerca del 90 % de los países y territorios siguen informando de una o más interrupciones en los servicios sanitarios esenciales: trastornos de la salud mental, neurológicos y por abuso de sustancias; enfermedades tropicales desatendidas; tuberculosis; VIH y hepatitis B y C; detección del cáncer de cuello uterino; servicios para otras enfermedades no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes; planificación familiar y anticoncepción; asistencia odontológica urgente; malnutrición; vacunación; y malaria. [ONU, 2021, p. 6].

El informe se expresa en la presentación de indicadores particulares y específicos, respecto a cada una de las metas establecidas, y cierra el balance del ODS 3 con temas vinculados con los sistemas sanitarios y la asignación de recursos a las políticas de salud, que importa consignar aquí, textualmente:

- Aunque la cobertura de vacunación de los lactantes aumentó del 72 % en 2000 al 85 % en 2015, luego se estancó hasta 2019; se estima que en este último año 19,7 millones de niños no recibieron vacunas esenciales durante el primer año de vida. Además, los niveles de cobertura mundial de la vacuna antineumocócica conjugada, que puede reducir significativamente la incidencia de neumonía, aún no han alcanzado el 50 %. El sarampión es una enfermedad sumamente contagiosa y el 71 % de cobertura de la vacuna en dos dosis en 2019 era insuficiente para prevenir brotes de esa enfermedad.
- Se produjeron mejoras en los servicios de salud esenciales, reflejadas en el índice de cobertura de servicios de la cobertura sanitaria universal, que aumentó de una media mundial de 45 [sobre 100] en 2000 a 66 en 2017. Los países y territorios de ingreso bajo avanzaron más, gracias sobre todo a las intervenciones dirigidas contra las enfermedades infecciosas. Sin embargo, el ritmo de los avances ha venido disminuyendo desde 2010, y los países y territorios más pobres y los afectados por los conflictos son, en general, los más rezagados.
- Se calcula que antes de la pandemia 927 millones de personas, el 12,7 % de la población mundial, dedicaban más del 10 % de su presupuesto familiar a pagar gastos médicos por cuenta propia y que 209 millones de personas [el 3% de la población] gastaban más del 25 % de su presupuesto familiar en la atención de la salud, lo que afectaba todavía más el gasto en otros bienes y servicios esenciales, como la alimentación y la educación.
- La asistencia oficial para el desarrollo [AOD] destinada a servicios básicos de salud por todos los donantes oficiales aumentó un 59 % en valores reales desde 2010 y ascendió a 11.000 millones de dólares en 2019. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza Gavi y los Estados Unidos de América aportaron más de la mitad de ese total, con 2.400 millones



de dólares, 1.900 millones de dólares y 1.800 millones de dólares, respectivamente. En 2019, se gastaron 3.400 millones de dólares en la atención sanitaria básica, 2.200 millones en el control de enfermedades infecciosas, excluido el VIH/sida, y 2.200 millones en el control de la malaria.

- Los países y territorios, especialmente los que cuentan con poco personal de salud, se ven aún más limitados en la prestación de servicios sanitarios esenciales. Según datos del período 2013-2018, la densidad de personal de enfermería y partería en América del Norte es de más de 150 por cada 10.000 habitantes, cifra que es más de 15 veces superior a la de África subsahariana y 8 veces superior a las del Norte de África y Asia Meridional. La densidad de médicos en América del Norte, Oceanía y Asia Central sigue siendo de unos 25 por cada 10.000 habitantes, frente a 2 por cada 10.000 en los países de África subsahariana. [ONU, 2021, p. 10]

En su conjunto, un panorama preocupante, que muestra estancamientos (incluso previos a la aparición del COVID-19) junto con retrocesos graves por el impacto de esta pandemia, lo que lleva a suponer que el cumplimiento de las metas al 2030, será difícil de concretar. Sumado a todo esto, es obvio que estamos ante promedios que esconden situaciones muy disímiles, tanto entre países como dentro de los mismos. Se torna imperioso, el desarrollo de estrategias que permitan alcanzar las metas propuestas.

4.2 La salud en perspectiva: funciones, sistemas, recursos y políticas

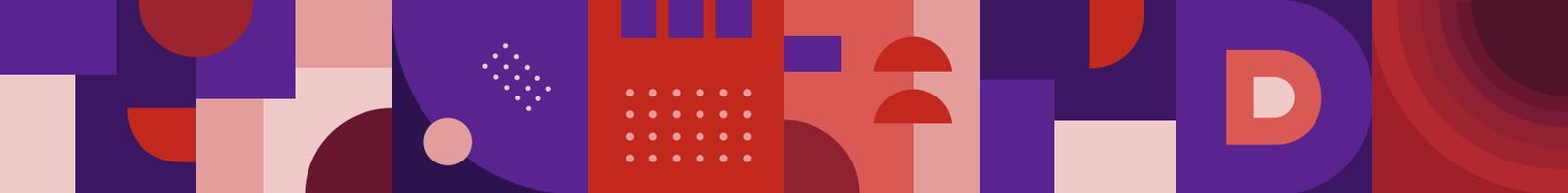
4.2.1 Funciones esenciales de la salud pública: entre los deseos y las realidades

El camino recorrido en las últimas décadas ha mostrado contrastes importantes en varios planos. Por ejemplo, en lo que ha dado en llamarse “funciones esenciales de la salud pública” (FESP). Recientemente, la OPS ha actualizado la conceptualización de estos enfoques estratégicos (OPS 2020), a la luz de las múltiples transformaciones procesadas en las últimas cuatro décadas. La propia introducción ubica el tema:

Las funciones esenciales de la salud pública (FESP) constituyen el núcleo de la agenda de fortalecimiento del sector de la salud en la Región de las Américas desde la década de 1980. Su desarrollo conceptual y medición regional se dio en respuesta a reformas sectoriales que amenazaban con reducir el papel del Estado y la salud pública, especialmente el ejercicio de la función rectora de las autoridades de salud. En ese contexto, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se propusieron en el año 2000 promover un marco conceptual y metodológico de la salud pública y de sus funciones esenciales, y así surgió la iniciativa regional denominada La salud pública en las Américas. [p. 1].

Así mismo, se afirma que los primeros pasos lograron resultados ambivalentes durante las décadas de 1980 y 1990, y que el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de salud, con su ejercicio de la salud pública como una responsabilidad social e institucional, fue en gran medida descuidado.

Por su parte, en las dos primeras décadas de este siglo, a partir de propuestas generales y específicas de la OPS, varios países se dieron a la tarea de precisar el alcance de las FESP, bajo modalidades diferentes, procurando responder a las diferentes estrategias implementadas en la etapa anterior, atravesadas en buena medida por procesos de reforma del sector salud, centradas en la reformulación de los roles del Estado y de los mercados, en este campo, con marcadas inclinaciones hacia la



privatización de servicios, básicamente sobre la separación del financiamiento [público] y la gestión [privada] correspondiente, a la luz de concepciones neoliberales.

La OPS se dio a la tarea de actualizar las FESP, teniendo en cuenta los cambios que se procesaron en el campo demográfico [envejecimiento creciente de la población y de las dinámicas migratorias, en particular], en el campo estrictamente sanitario [aparición de nuevos virus, en particular], los efectos del cambio climático y, sobre todo, la agudización o descuido del deterioro de la salud pública como tal. En este sentido, la OPS [2020] brindó un panorama claro del “estado de situación”:

Es necesario advertir que intervenciones como los programas relacionados con la seguridad alimentaria, el agua potable, la inmunización y el control de las enfermedades transmisibles se han visto desprotegidas en los últimos años, con menor inversión en ellas y reducción en el valor percibido de dichas intervenciones. En algunos países de la Región, la carga atribuible a las enfermedades transmisibles y el número de muertes maternas e infantiles, incluidas las causadas por carencias nutricionales, son aún altos. La persistencia y reemergencia de algunas enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza y los cambios socioeconómicos y ambientales, como las enfermedades arbovirales y la reemergencia del cólera, ponen de relieve la necesidad de reforzar actividades de la salud pública [...]. A lo anterior se suma la fragilidad persistente de los sistemas de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual tiene repercusiones sobre la salud individual y colectiva. Los sistemas inadecuados de vigilancia, respuesta e información de salud, la ejecución deficiente de las estrategias de prevención y promoción, la falta de profesionales de la salud, la persistencia de las distintas barreras de acceso y la existencia de instituciones de salud que no disponen de la infraestructura adecuada, sumado todo ello a la baja inversión, enfatiza la OPS, constituyen importantes deficiencias estructurales que continúan estando presentes en los sistemas de salud actuales. [...] Estas deficiencias representan también la falta de coherencia y capacidad de cumplimiento en la planificación de actividades de salud pública, incluyendo la falta de vinculación y coordinación necesarias entre los servicios de salud individual y los servicios de salud colectivos y, de forma más amplia, las dificultades que enfrentan las autoridades de salud para actuar de manera coherente y sistemática con una interpretación integrada de sus funciones de rectoría del sistema de salud. Las acciones de salud pública generalmente se gestionan desde diferentes organismos gubernamentales que operan bajo estructuras institucionales fragmentadas, y a menudo de forma incoherente, con distintas intervenciones y programas de salud pública. Al mismo tiempo, muchas políticas de salud pública siguen siendo verticales, con su foco exclusivo en enfermedades específicas, y no están bien coordinadas con otros campos sociales relacionados, lo cual limita su impacto en la salud de la población. En ese panorama, resulta necesario fortalecer un abordaje integrado para ayudar a los programas individuales de salud pública a lograr rigor y coherencia en su planificación. [p. 6]

En el campo de las respuestas implementadas, por su parte, la OPS destaca el impacto de la *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de la Salud*, aprobada en 2014, y de la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región*, aprobada en 2017, alineadas a la Agenda 2030 y reforzadas con las resoluciones vinculadas con la respuesta al COVID-19, más recientemente. En este marco, la OPS propone reformular las bases conceptuales de las FESP, ahora sustentadas en cuatro pilares: [1] aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas; [2] abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones;

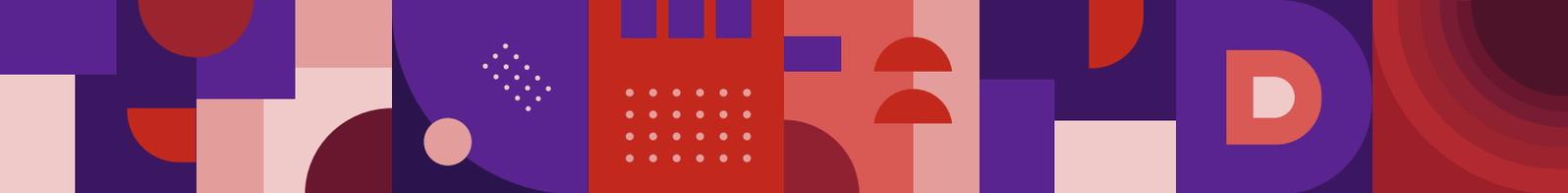
[3] garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos; y [4] expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública.

En un plano más operativo, la OPS propone diseñar estas nuevas FESP en torno a cuatro grandes áreas de trabajo dinámicamente relacionadas, incluyendo a su vez once funciones esenciales, de acuerdo con el siguiente esquema descriptivo:

Cuadro 5. Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública



Fuente: OPS. [2020.] Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington.



Desde luego, estamos ante una propuesta con una importante carga de deseos y buenas intenciones, pero que luego resulta difícil implementar efectivamente en los diferentes países donde las condiciones locales son muy diversas y, no siempre se cuenta con la voluntad política y los recursos necesarios para “aterrizar” estos planteos generales y promover su implementación efectiva. En tal sentido, la OPS [2020] destaca algunos de los problemas centrales:

A pesar de que las actividades e intereses del sistema de prestación de servicios de salud y la salud pública se superponen claramente, la concepción frecuente es identificar los sistemas de salud con el sistema de prestación de servicios médicos, con un menor reconocimiento de la interacción que existe, o debería existir, entre esto último y las demás actividades de salud pública. Dicha concepción es el reflejo de la estructura actual de la mayoría de los sistemas de salud de la Región, en donde la separación de los arreglos financieros, institucionales y de prestación de los servicios colectivos de salud pública respecto de los servicios de atención a las personas contribuye de forma importante a la fragmentación de los sistemas de salud. [p. 19]

Es más, esto tiene que ver centralmente con concepciones específicas al respecto:

La separación operativa entre la salud pública y la atención individual resultan del predominio del modelo de atención centrado en la enfermedad, la atención de pacientes agudos y el manejo intrahospitalario, sumado a una concepción de la cobertura restringida a servicios clínicos preventivos y un abordaje limitado de los determinantes de la salud. Como disciplinas y campo profesional, la medicina y la salud pública han evolucionado de forma divergente y separada, con mínimos niveles de interacción, y frecuentemente sin reconocimiento de las oportunidades perdidas para mejorar la salud de los individuos y de la población. [OPS, 2020, p. 19]

4.2.2 Sistemas de salud: navegando entre lo público, lo privado y los modelos mixtos

Lo dicho, lleva directamente al análisis de los sistemas de salud como tal, ampliamente estudiados en la región y catalogados claramente, del modo en que lo hace, por ejemplo, la CEPAL (2021e), como entidades complejas:

Los sistemas de salud son entidades complejas con estructuras conectadas con diversos sectores de la actividad económica, la administración del Estado y la población. En América Latina y el Caribe, se caracterizan por problemas como la infrafinanciación pública crónica y la consiguiente alta dependencia del gasto de bolsillo, la fragmentación en varios subsistemas estancos y la segmentación que sufre la población con distintos niveles de acceso a servicios de salud, con escaso desarrollo de estrategias de atención primaria de salud. [p. 34].

Si se analizan pormenorizadamente estas particulares dinámicas, el panorama se completa más y mejor, ya que se muestra que países de América Latina mejor posicionados en cuanto al desempeño de las funciones asociadas a los sistemas de salud, y los indicadores de resultados en salud (mortalidad materna e infantil y esperanza de vida, entre otros) presentan menos segmentación.

Países como Cuba, Uruguay y Costa Rica, no solo se destacan por estar cerca de la meta del 6 % del PIB o haberla superado, sino también por los bajos niveles de gasto de bolsillo. Esto redundo en sistemas de salud más avanzados, prácticamente únicos y universales, con grandes fondos de administración de los recursos financieros y con una organización de servicios en red que impulsan la estrategia de atención primaria. [CEPAL, 2021e, p. 36]

El cuadro se completa si se tienen en cuenta otras variables igualmente relevantes:

Los recursos clave de la oferta de servicios, como la infraestructura, los recursos humanos y la tecnología, se ven limitados por su escasez y el desarrollo desregulado. En consecuencia, los países de la región presentan déficits con respecto a las normas y los estándares de las regiones más avanzadas. El promedio de 20 médicos por cada 10.000 habitantes en la región está muy por debajo del promedio de 35 médicos por cada 10.000 habitantes en los países de la OCDE y de los parámetros recomendados por la Organización Mundial de la Salud. Algo similar ocurre con respecto al personal de enfermería. La diferencia en cuanto al número de camas de hospital disponibles también es muy marcada, con tasas medias de 2,0 por cada 1.000 habitantes en América Latina y el Caribe y 4,8 en los países de la OCDE. [CEPAL, 2021e, p. 36]

Los problemas, además, no se presentan solamente por el lado de la oferta, sino también por la demanda:

Una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud por el lado de la demanda es la desprotección financiera, que puede sumir a las familias en la pobreza o profundizar la pobreza en la que ya se encontraban, e incluso generar catástrofes financieras en familias que no necesariamente son pobres. A la larga, esto limita los niveles de salud que la población puede alcanzar. La falta de cobertura con protección financiera conduce a que los hogares busquen solucionar sus problemas de salud mediante el gasto de bolsillo, que constituye la mayor proporción del gasto privado. En parte, como consecuencia del insuficiente financiamiento público, el gasto de bolsillo en salud es muy elevado y constituye el componente principal del gasto total de salud en la región [33.6 %]. Solo unos pocos países están por debajo del 20 % de gasto de bolsillo en salud: a los ya mencionados, cuyo gasto público supera el umbral del 6 % del PIB, se suman Colombia y Jamaica. En algunos países, estos gastos pueden conducir a la pobreza a más del 2 % de la población, cifra que se duplicaría en Haití. [CEPAL, 2021e, 37]

Destacamos que se han realizado diversas propuestas [véase *Sistematización seminarios web: hacia una nueva normalidad. Sistemas de salud universales y resilientes*]³, para superar estos problemas con una visión integrada e integral de la salud de las personas y las comunidades, con énfasis en la prevención, el trabajo intersectorial en el territorio y la participación social. También se enfatiza la adecuada asignación de recursos y los elementos esenciales del derecho a la salud [acceso, disponibilidad, aceptabilidad y calidad] enunciados en la Observación General 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud⁴ [ONU, 2000].

4.2.3 Recursos e inversiones en salud: algunos datos sobre los países andinos

Aunque no siempre se dispone de información actualizada y desagregada por países y por áreas de intervención, algunos de los datos disponibles pueden ayudar a documentar las significativas diferencias existentes entre países en la región Andina. Es el caso, por ejemplo, del gasto en salud, tanto en términos de su distribución entre sectores -público y privado-, como en su composición por fuentes de ingresos. Las dos tablas siguientes brindan la información correspondiente:

³ ORAS-CONHU, 2021, Informe de gestión. P. 64-67. Disponible en: <https://orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/Informe%20de%20Gesti%C3%B3n%20ORAS%20al%2020%20agosto%202021.pdf>

⁴ Observación General 14. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

tanto en términos de su distribución entre sectores -público y privado-, como en su composición por fuentes de ingresos. Las dos tablas siguientes brindan la información correspondiente:

Tabla 43. Región Andina: gasto en salud con respecto al PIB y su composición [público / privado] 2018

| Países | Gasto público | Gasto privado | Gasto total |
|-----------|---------------|---------------|-------------|
| Bolivia | 4.5 | 1.8 | 6.3 |
| Chile | 4.6 | 4.5 | 9.1 |
| Colombia | 5.5 | 2.2 | 7.7 |
| Ecuador | 4.2 | 3.9 | 8.1 |
| Perú | 3.3 | 2.0 | 5.3 |
| Venezuela | 1.7 | 1,9 | 3.6 |

Fuente: CEPAL. [2021]. Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. Santiago.

Tabla 43. Región Andina: gasto en salud con respecto al PIB y su composición [público / privado] 2018

| Países | Aporte fiscal | Seguridad social | Seguros privados | Gastos de bolsillo | Recursos externos |
|-----------|---------------|------------------|------------------|--------------------|-------------------|
| Bolivia | 42 | 29 | 4 | 23 | 2 |
| Chile | 1 | 49 | 16 | 33 | 0 |
| Colombia | 3 | 68 | 13 | 15 | 0 |
| Ecuador | 30 | 22 | 8 | 40 | 0 |
| Perú | 33 | 29 | 8 | 29 | 0 |
| Venezuela | 41 | 6 | 14 | 38 | 0 |

Fuente: CEPAL. [2021]. Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. Santiago.

Como puede apreciarse, mientras el gasto público en salud es eminentemente público en Bolivia, Colombia y Perú, su distribución es más equilibrada [entre ambos sectores] en Chile, Ecuador y Venezuela. Asimismo, puede comprobarse que la magnitud del gasto total es muy desigual en la región, con situaciones extremas entre Chile [que dispone de más del 9 %] y Venezuela [que está por debajo del 4 %], con los otros cuatro países ubicados en posiciones intermedias diversas.

En cuanto a la distribución por fuentes de financiamiento, mientras en Bolivia y Venezuela la principal está constituida por los aportes fiscales, en Chile, Colombia, Ecuador y Perú, la principal fuente es la seguridad social. Por su parte, los seguros privados son bajos en Bolivia, Ecuador y Perú, mientras que son más elevados en Chile, Colombia y Venezuela. Los gastos de bolsillo, en tanto, son altos en Ecuador, Venezuela y Chile, y más bajos en Perú, Bolivia y Colombia. Por su parte, en el campo de los recursos humanos, se cuenta con indicadores sobre cantidad de médicos y enfermeras por cada 1.000 habitantes, que muestran que la disponibilidad es mayor en Chile, Colombia, Ecuador y Perú, mientras que es más precaria en Bolivia y Venezuela.

Tabla 45. Región Andina: recursos humanos en salud, alrededor de 2017

| Países | Aporte fiscal | Seguridad social | Seguros privados | Gastos de bolsillo | Recursos externos |
|-----------|---------------|------------------|------------------|--------------------|-------------------|
| Bolivia | 42 | 29 | 4 | 23 | 2 |
| Chile | 1 | 49 | 16 | 33 | 0 |
| Colombia | 3 | 68 | 13 | 15 | 0 |
| Ecuador | 30 | 22 | 8 | 40 | 0 |
| Perú | 33 | 29 | 8 | 29 | 0 |
| Venezuela | 41 | 6 | 14 | 38 | 0 |

Fuente: OCDE. (2020). Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2020. París. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Indicadores Talento Humano Sector Salud. Datos abiertos ⁵.

A su vez, se dispone de cifras sobre factores ambientales y comportamientos de riesgo que importa consignar. Así, mientras el acceso al agua potable está bastante generalizado en todos los casos, la disponibilidad de saneamiento básico es todavía escasa en Bolivia y Perú. Por su parte, los niveles de tabaquismo y consumo de alcohol son altos [en particular] en Chile, al igual que el sobrepeso.

⁵ Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/INDICADORES-TALENTO-HUMANO-SECTOR-SALUD/7rp7-atms>

Tabla 46. Región Andina: factores ambientales y de riesgo en salud [% alrededor de 2017]

| Países | Saneamiento básico | Acceso a agua potable | Niveles de tabaquismo | Consumo de alcohol | Sobrepeso en hombres | Sobrepeso en mujeres |
|-----------|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| Bolivia | 61 | 93 | ---- | 5 | 38 | 34 |
| Chile | 100 | 100 | 25 | 8 | 49 | 44 |
| Colombia | 90 | 97 | 13 | 5 | 39 | 35 |
| Ecuador | 88 | 94 | 7 | 4 | 38 | 35 |
| Perú | 74 | 91 | ---- | 6 | 40 | 36 |
| Venezuela | 94 | 96 | ---- | 6 | 41 | 35 |

Fuente: OCDE. (2020). Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2020. París.

Todo este conjunto de datos sobre “recursos” disponibles y de factores asociados -ambientales y de riesgo-, han impactado diferenciadamente en cada uno de los países de la región, medido -por ejemplo- a través de la esperanza de vida al nacer, que ha mejorado en todos los casos entre 2000 y 2017, al tiempo que se evidencian las diferencias por sexo, favorables a las mujeres.

Tabla 47. Región Andina: esperanza de vida al nacer al 2000 y al 2017 por sexo

| País | Años | | Sexo [En 2017] | |
|-----------|------|------|----------------|---------|
| | 2000 | 2017 | Hombres | Mujeres |
| Bolivia | 60.7 | 69.5 | 67.0 | 72.1 |
| Chile | 76.8 | 80.2 | 77.4 | 83.1 |
| Colombia | 71.0 | 74.6 | 71.0 | 78.2 |
| Ecuador | 72.9 | 76.6 | 73.9 | 79.3 |
| Perú | 70.5 | 75.2 | 72.6 | 77.9 |
| Venezuela | 72.3 | 74.7 | 70.8 | 78.9 |

Fuente: OCDE. (2020). Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2020. París.

4.2.4 Políticas públicas de salud: entre las reformas de mercado y las de derechos

Lógicamente, todos estos procesos previamente analizados, interactúan permanentemente con las políticas de salud y estas, a su vez, interactúan con los procesos de reforma de los sistemas de salud, incluyendo sus mecanismos de financiamiento. Para analizar las actuales políticas, hay que contar con la perspectiva histórica correspondiente en el plano de las reformas del sector.

Parece claro que, como se estableció en el informe sobre la Salud en las Américas 2007 de la OPS, la referencia más relevante son las reformas que se procesaron en las décadas de 1980 y 1990 del siglo pasado, en el marco de los procesos de reforma estructural más amplios de la época. El siguiente esquema hace un preciso balance de estas, comparando resultados obtenidos y problemas generados:

Cuadro 6. Principales resultados y problemas de las reformas sectoriales en salud de las décadas de 1980 y 1990 en los países de América Latina y el Caribe

| Resultados | Problemas |
|---|---|
| Se identificaron las diversas funciones que realizan los sistemas de salud y, en muchos países se separaron tales funciones. El sector privado adquirió mayor importancia en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud. | La creación, promoción y desregulación de los mercados de aseguramiento y la provisión de servicios de salud condujeron a la multiplicación de agentes intermediarios en competencia. Ello intensificó la segmentación del sistema, elevó los costos de transacción y debilitó la función rectora del Ministerio de Salud. |
| Se introdujo la idea de disciplina fiscal en el sector público de salud, haciendo hincapié en la sostenibilidad financiera. Se inició la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento en salud. | El gasto público se redujo drásticamente en la mayoría de los países. La aplicación de mecanismos estrictos de control de costos condujo a pérdidas en infraestructura pública de salud y en recursos humanos, lo que a su vez se tradujo en el empeoramiento de los resultados de salud. La introducción de cuotas de cobro a los usuarios y otros mecanismos de pago en el punto de atención aumentaron el gasto directo o de bolsillo. |
| En muchos países mejoró la gestión de servicios, en algunos casos a través del establecimiento de compromisos de gestión. Se inició la aplicación de criterios de eficiencia en la provisión de servicios de salud. | La introducción de la lógica de cuasi-mercados en el sector público de salud deterioró las funciones de salud pública. La promoción de la competencia entre aseguradores y proveedores para captar clientes con capacidad de pago profundizó la segmentación. La incorporación de incentivos económicos a la provisión de servicios de salud individuales llevó a priorizar los servicios curativos frente a las acciones preventivas. |

Se aplicaron diversos mecanismos, procedimientos e instrumentos para extender la cobertura y alcanzar a las poblaciones marginadas. Muchos países adoptaron la idea de crear “paquetes básicos” para los pobres o para grupos específicos de la población.

La introducción de paquetes básicos para los pobres profundizó la segmentación de los sistemas de salud. La creación de fondos separados para la población con capacidad contributiva y para los que no pueden contribuir, condujo a la pérdida de solidaridad dentro del sistema y profundizó la inequidad en materia de acceso a los cuidados de salud y de resultados de salud. La cobertura no aumentó como se esperaba, y en muchos casos, el incremento de la demanda de servicios de salud no se pudo satisfacer debido a la escasez de recursos asignados a mejorar la oferta de servicios.

En la mayoría de los países se buscó aumentar la participación local en la administración de servicios mediante procesos de descentralización.

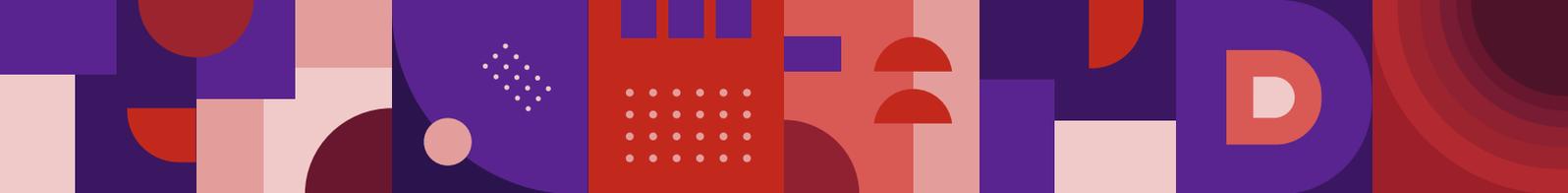
Los procesos incompletos de descentralización profundizaron el debilitamiento de la capacidad rectora del Ministerio de Salud y la inequidad geográfica en la provisión de servicios de salud.

Fuente: OPS. [2007]. Salud en las Américas 2007. Volumen I-Regional. Washington.

Tal como sostiene aquel informe de 2007, aquellas reformas estructurales generaron cambios orientados por la efectividad:

[...] introdujeron una serie de cambios en sus sistemas de salud dirigidos fundamentalmente a incrementar la efectividad, garantizar la sostenibilidad financiera, promover la descentralización y asignar un papel más importante al sector privado [...] dichas reformas no consideraron las características propias de cada país en cuanto a su estructura geográfica, social y demográfica, su historia y cultura política, y el grado de desarrollo de las instituciones del sector, sino que, sobre todo, tendieron a adoptar los modelos promovidos de manera normalizada por los organismos multilaterales de asistencia financiera, centrados en los cambios financieros y de gestión, la desregulación del mercado laboral, la privatización y la descentralización. Estas reformas también prestaron poca atención al efecto de los cambios sobre los actores y grupos de interés del sector salud, en particular los trabajadores de la salud; no promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, descuidando sus complejas interrelaciones, y no estimularon la definición de objetivos sanitarios nacionales. De este modo, aunque los propósitos de los procesos de reforma estuvieron orientados al desarrollo de una agenda regional centrada en el logro de mayor pluralismo, eficiencia y calidad en la entrega de servicios de salud, en la práctica se produjo una reducción de la capacidad rectora del Estado, se debilitó en su conjunto el funcionamiento del sistema de salud, y los temas de la esfera sanitaria quedaron relegados a un segundo plano. [OPS, 2007, p. 319]

Diez años más tarde, el Informe sobre la Salud en las Américas 2017 de la OPS [2017], observó los cambios introducidos desde aquel entonces, para tratar de levantar aquel conjunto de problemas, destacando, en particular, los acuerdos logrados para pasar a ubicar a las personas como el centro de



las políticas de salud, para proponerse el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud como metas centrales a mediano y largo plazo. El enfoque, evidentemente, es muy diferente:

El fundamento de la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura sanitaria universal requiere una comprensión de la protección social que esté explícitamente alineada con el derecho a la salud. Esto significa que el enfoque debe permanecer en las personas y las comunidades en todas las etapas del ciclo de vida, y los determinantes sociales de la salud deben ser un componente indispensable. En este marco, una protección social más sólida ayuda a crear sociedades más inclusivas y justas en las que todas las personas puedan ejercer sus derechos relacionados con la salud. Esto ocurre en un contexto de respeto a todos los derechos económicos, políticos, sociales y culturales, impulsado por políticas públicas que favorecen el desarrollo humano sostenible [...] Esta perspectiva asume que las condiciones de crecimiento económico no son suficientes para abordar los desafíos de la inequidad. Por el contrario, se deben realizar cambios de gran alcance en las estructuras institucionales de los sistemas de salud [el modelo de financiamiento, cómo se organizan los servicios de salud, recursos humanos, tecnología y determinantes sociales de la salud] para asegurar que tengan un impacto en la salud [...] Los cambios de la última década se caracterizan por dos tipos de reformas: las orientadas a ampliar el acceso y las orientadas a ampliar la cobertura.

Queda, por tanto, mucho por hacer a futuro para lograr las transformaciones estructurales [“refundación” desde la perspectiva crítica] de los sistemas de salud, para lograr que sean universales y garanticen los elementos esenciales del derecho a la salud.

4.3 Valoraciones diversas sobre las desigualdades sociales en salud

¿Cómo son consideradas las desigualdades sociales en salud en las principales herramientas de la planificación del desarrollo, esto es, los planes nacionales de desarrollo, las políticas nacionales de salud, los presupuestos públicos y las evaluaciones correspondientes?

4.3.1 Las desigualdades sociales de la salud en los planes nacionales de desarrollo: ¿ignorancia o invisibilidad?

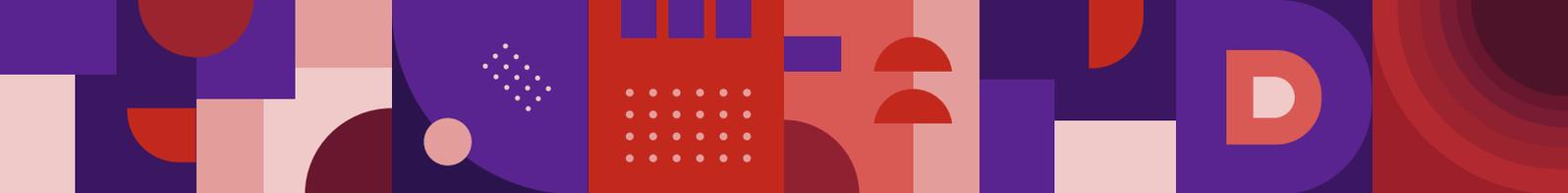
En lo que atañe a los planes nacionales de desarrollo, la CEPAL cuenta con un Observatorio que hace un seguimiento permanente de los mismos, aportando información y documentación oficial, así como su análisis. La lista correspondiente a los países de la región Andina es la siguiente:

Cuadro 7. Planes nacionales de desarrollo en los países andinos

| País | Nombre del plan nacional de desarrollo | Enlace |
|-----------|---|---|
| Bolivia | Agenda Patriótica 2025: Plan de Desarrollo General Económico y Social para el Vivir Bien | https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/agenda-patriotica-2025-plan-de-desarrollo-general-economico-y-social-para-el-vivir-bien |
| Chile | Programa de Gobierno 2018 – 2022: Construyamos Tiempos Mejores para Chile | https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/programa-de-gobierno-de-chile-2018-2022 |
| Colombia | Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia, pacto por la equidad” 2018 – 2022 | https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-nacional-de-desarrollo-pacto-por-colombia-pacto-por-la-equidad-2018-2022 |
| Ecuador | Plan de Creación de Oportunidades 2021 – 2025 | https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf |
| Perú | Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021 | https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-bicentenario-el-peru-hacia-el-2021 |
| Venezuela | Plan de la Patria. Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019 – 2025 | https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-de-la-patria-2019-2025-de-venezuela |

Fuente: CEPAL. Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es>

Como sabemos, los planes nacionales de desarrollo (PND) se construyen sobre la base de grandes definiciones y orientaciones estratégicas generales, que les dejan [-inevitablemente- poco espacio a las especificidades correspondientes, pero, de todos modos, transmiten las orientaciones centrales de los gobiernos de turno, por lo que ocupan un lugar privilegiado, como referencia central de la planificación del desarrollo de los diferentes países de la región. Una rápida revisión, de los correspondientes a la región Andina, permite contar con algunas impresiones iniciales acerca de cómo estos PND presentan a las desigualdades sociales de la salud. Entre ellas, con base a referencias muy generales -que habría que especificar más y mejor-, cabe destacar las siguientes:

- 
- En primer lugar, el combate a las desigualdades sociales, en general, no está explicitado como una meta central de los PND. Apenas -en algunos pocos casos- se propone trabajar para concretar un crecimiento económico con “equidad”, sin que quede claramente establecido el razonamiento lógico que lleva a fijar dicha prioridad. Así, en el caso de Colombia, la equidad está presente en el propio título general del PND, en tanto que, en el caso de Bolivia, la centralidad del “vivir bien” es otra muestra clara en este sentido.
 - En segundo lugar, cuando el combate a las desigualdades sociales aparece [en la mayor parte de los casos, en algunas de las políticas sectoriales] se hace referencia explícita a las desigualdades de ingreso, siendo más acotadas las referencias a las de género, a las de raza/etnia y a las territoriales, e inexistentes -prácticamente- las que refieren a las desigualdades generacionales. Así, por ejemplo, en el caso de Ecuador, se mantienen las referencias a la promoción de la igualdad de género y de generaciones, al tiempo que, en el caso del Perú, se hacen referencias explícitas relevantes a la dimensión territorial del desarrollo.
 - Asimismo, cuando se establecen referencias explícitas a las desigualdades sectoriales, en general, estas se concentran en el campo de la educación y del trabajo, siendo más escasas las referencias que se explicitan en el campo de otras políticas públicas relevantes [como las de vivienda, salud y seguridad social, entre otras]. Sin embargo, aún en los casos en que esto ocurre, casi siempre las desigualdades sectoriales están vinculadas con los ingresos del hogar respectivo, mostrando como, por ejemplo, entre los diferentes quintiles o cuartiles, se constatan diferencias relevantes, en cuanto al acceso a la educación o al empleo, entre otras.
 - Por último, en esta rápida y esquemática presentación de “limitaciones” de los PND, cabe destacar que, en muchos casos, la planificación más detallada se deja en manos de las políticas sectoriales o de los Planes Regionales [PRD] o Municipales [PLD] de Desarrollo. Pero, lejos de lo que suele suponerse, las limitantes de los PND se vuelven a plantear -a veces aún más fuertemente- en los PRD y/o los PLD, por lo que el problema no solo se mantiene, sino que, en no pocos casos, se acrecienta, lo que torna aún más difícil el encare correspondiente.

En suma, estamos ante la principal herramienta de la planificación del desarrollo [PND] de cada país, constatando que en la mayor parte de los casos los temas que se abordan y las estrategias que se definen, toman a la sociedad en su conjunto como un todo prácticamente homogéneo, lo que lleva a que, en muchos casos, se generen reclamos de un tipo u otro, argumentando que estos PND “no tienen perspectiva de género” [como han sostenido en la mayor parte de los casos los movimientos de mujeres], y mucho menos “perspectiva generacional” [limitante que casi no ha generado reclamos], lo que muestra otra importante limitación que habría que superar a futuro.

Todo esto puede dimensionarse más y mejor, si se tienen en cuenta lo que podríamos llamar las principales “ideas-fuerza” o “principios rectores”, que se plantean en cada uno de los PND que estamos considerando. Los destaques correspondientes dicen mucho en estas materias. Desde este ángulo, bien podría afirmarse que, en el caso boliviano, el concepto básico es “soberanía”, mientras que en el caso chileno es “libertad”. Por su parte, en Colombia la idea-fuerza fundamental es “pacto” [se plantea esto explícitamente en todas las áreas del desarrollo], destacándose asimismo el pacto por la “equidad” [la otra gran idea fuerza, que se explicita a través de una importante desagregación poblacional y territorial] al tiempo que, en el caso del Ecuador, se destacan dos grandes principios rectores: sustentabilidad ambiental y desarrollo territorial equitativo, al tiempo que se explicitan

claramente objetivos vinculados con la reducción de las desigualdades y la promoción de la igualdad de género, entre otros. En Perú, se destaca la “equidad social”, que se debe sustentar en la “igualdad de oportunidades” y en el “acceso universal a servicios básicos”, en tanto en Venezuela se destacan “soberanía e independencia”. En suma, “visiones” diferentes pero convergentes, solo parcialmente vinculadas con las desigualdades.

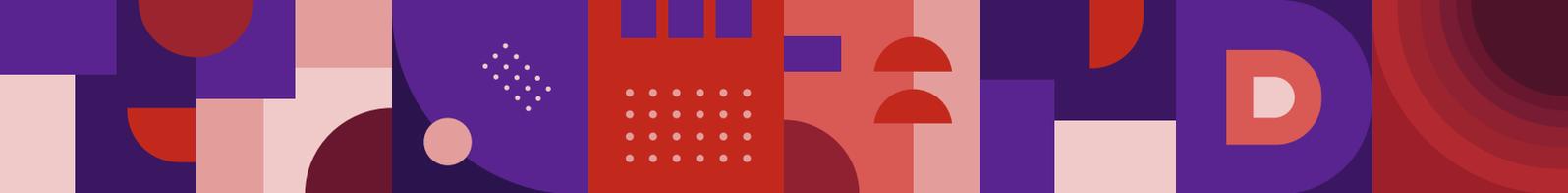
4.3.2 Las desigualdades sociales de la salud en las políticas nacionales de salud: ¿relevancia o simple decorado?

Si pasamos al campo de las políticas públicas en salud, el panorama es más auspicioso, al menos en algunos de los países de la región. Para esta sección, hemos considerado especialmente entre muchos otros, los siguientes documentos oficiales:

Cuadro 8. Políticas nacionales de salud en los países andinos

| País | Nombre de la política nacional de salud | Enlace |
|-----------|--|---|
| Bolivia | Plan Estratégico Institucional 2016 – 2020. Ministerio de Salud 2017 | https://www.minsalud.gob.bo/images/pdf/PLAN_ESTRA_INS_MS_16_20.pdf |
| Chile | Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 | https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf |
| Colombia | Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: la Salud en Colombia la Construyes Tú | https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf |
| Ecuador | Plan Decenal 2022-2031 | El documento se encuentra en status de borrador, en proceso de edición y correcciones finales. Consiste en la propuesta del Gobierno Nacional, para mejorar la salud y las condiciones de vida de las personas que habitan en Ecuador. |
| Perú | Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. Perú, País Saludable | https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/374690/version-preliminar-de-la-politica-nacional-multisectorial-de-salud.pdf |
| Venezuela | Plan Nacional de Salud 2014 – 2019: Documento para el Debate Público | https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/venezuela_bolivarian_republic_of/plan_nacional_de_salud_2014-2019_national_health_plan_2014-2019_.pdf |

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental.

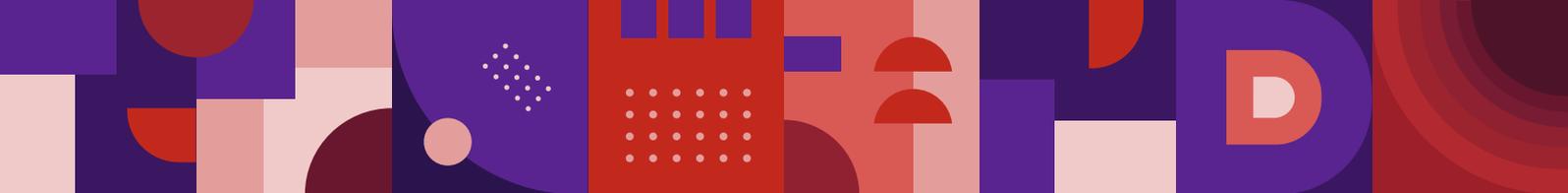


De la revisión realizada se desprenden varias apreciaciones relevantes, entre las que cabría destacar las siguientes:

- En casi todos los casos, los lineamientos de la OPS en general y los relativos a los determinantes sociales en salud [DSS] en particular, son tenidos en cuenta, al menos, como una referencia general y en algunos casos, asumiéndolos como propios, lo que no siempre se complementa con las consecuencias lógicas de la planificación, esto es, la determinación de metas, indicadores de medición y medios de verificación, consecuentes con tales orientaciones conceptuales. De este modo, se destaca una de las principales limitaciones de diseño de este tipo de “políticas nacionales de salud”, en términos de la propia consistencia interna de las mismas.
- En el caso particular de Colombia, esto es más explícito y asumido que en el resto de los casos nacionales considerados. Así, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se describe el “marco conceptual”, incluyendo los enfoques de derecho, diferencial, ciclo de vida, género, étnico, poblacional y, en particular, el enfoque de “determinantes sociales de la salud”, estableciendo que el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, retoma la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009) y se orienta a: 1) la afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud [equidad social]; 2) sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud [capital social y desarrollo humano]; y 3) mejorar las condiciones de vida y salud [determinantes intermediarios de la salud]. La elaboración de dicho Plan Decenal, como el diseño del nuevo a 2030, consideran una amplia consulta ciudadana, cuyos resultados fueron sintetizados en el propio documento, destacando en las conclusiones, lo siguiente:

Desde la perspectiva ciudadana, el PDSP 2012-2021 debe garantizar un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acojan, reconozcan, respeten y protejan la diversidad. Debe explicitar las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc., para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población, en el entendimiento de la salud como un derecho fundamental en permanente interdependencia con los demás. También debe distinguir entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho y, en ese mismo contexto, de especial protección, y las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto. [MinSalud, 2021, p. 111]

- Otro tanto ocurre con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 del Perú, en la que se incluyen los siguientes enfoques transversales: derechos humanos, enfoque diferencial, equidad y determinantes sociales de la salud, género, discapacidad, inclusión social, intercultural, territorial, y gestión de riesgos ante desastres. En relación con las desigualdades, en el borrador inicial se define la situación futura deseada: “contribuir a un adecuado cuidado integral de la salud en la persona, familia y comunidad por medio de la intervención multisectorial en los determinantes sociales de la salud”. Aunque en la versión finalmente aprobada se define -más limitadamente- como “al año 2030, se han reducido los años de vida saludables perdidos por causas evitables en un 5 %, disminuyendo así la prevalencia de discapacidad y muertes prematuras.” [Minsa, 2021, p. 135]. Con este cambio -relevante- entre ambos textos, se pierden varios componentes centrales vinculados con las desigualdades en la versión aprobada, que figuraban en la versión preliminar, asumiendo que “es importante la participación e intervención de los otros sectores identificados para el abordaje de estos determinantes sociales de la salud”.

- 
- Por su parte, en el caso de la Estrategia de Salud 2021-2030, en Chile, publicada en febrero de 2022, se afirma que se amplió la visión y esto implica la transversalización del enfoque de equidad, perspectiva de curso de vida, modelo de salud integral e intersectorialidad. Cada uno de estos componentes transversales se explica, por ejemplo, para abordar la equidad, se considera establecer mecanismos para evitar diferencias injustas y evitables en salud en personas y grupos poblacionales. Esto, a partir de identificar y abordar la presencia de las condiciones sociales subyacentes que determinan la salud y el bienestar, así como las desigualdades particulares asociadas al territorio, la condición socioeconómica, el género, y la pertinencia cultural y étnica. Se afirma que requieren considerar la interrelación de estos entre sí, o con otro tipo de condiciones de afectación a la salud como la edad, las etapas o situaciones de la vida.

En su conjunto, estamos ante un abanico de situaciones diferentes pero convergentes en algunos planos relevantes, caracterizadas por referencias generales a las desigualdades sociales en salud sin las consecuentes definiciones operacionales al respecto, en el campo de la fijación de objetivos, metas, indicadores y medios de verificación, en esta esfera en particular. En su conjunto, queda la imagen de políticas pretendidamente integrales, pero en la práctica fragmentadas, con lo cual, las políticas nacionales de salud dejan importantes flancos débiles en consistencia interna.

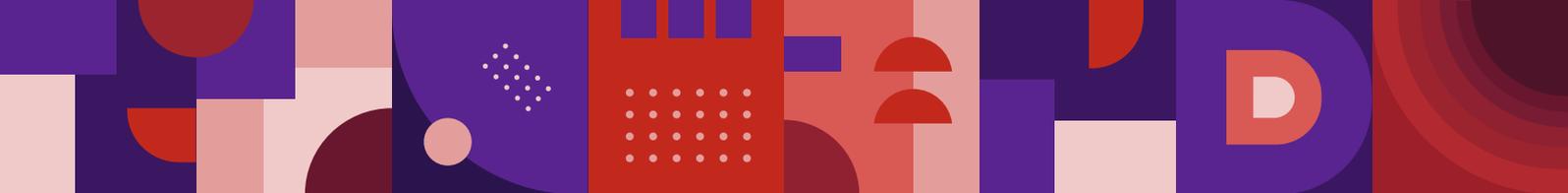
4.3.3 Las desigualdades sociales de la salud en los presupuestos nacionales: ¿invisibilidad lógica o deliberada?

Un tercer campo fundamental en estas materias es el vinculado con la asignación de recursos a las políticas públicas, acción que se explicita en los presupuestos públicos, en general, a partir de propuestas del Poder Ejecutivo, que finalmente aprueba -con modificaciones o no- el Poder Legislativo. Para esta sección hemos considerado, en particular, la siguiente documentación:

Cuadro 9. Presupuestos nacionales en los países andinos

| País | Nombre del plan nacional de desarrollo | Enlace |
|-----------|--|--|
| Bolivia | Ley N° 1356 de Presupuesto General del Estado Gestión 2021. <i>Gaceta Oficial de Bolivia</i> , 28 de diciembre de 2020. | www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo |
| Chile | Ley N° 21.289 de Presupuesto 2021. <i>Diario Oficial</i> , 16 de diciembre de 2020. | https://www.dipres.gob.cl/597/articles-229524_doc_pdf.pdf |
| Colombia | Presupuesto General de la Nación 2022. Resolución 1793 de 2021 y modificaciones posteriores. Ministerio de Hacienda 2021. | https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-183655%2F%2FidcPrimaryFile&reversion=latestreleased https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntOrdenNacional/pages_presupuestogralnacion/pgn2022/modificacionespresupuestales2022 |
| Ecuador | Presupuesto General del Estado para 2018. Registro Oficial N° 145, 13 diciembre 2017. | https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/01/2018-1-90.pdf |
| Perú | Ley N° 31084 de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021. Diario Oficial <i>El Peruano</i> , 6 de diciembre de 2020. | https://www.mef.gob.pe/es/normatividad-sp-9867/por-instrumento/leyes/24383-ley-n-31084-1/file |
| Venezuela | Ley de Presupuesto para el Ejercicio Económico 2016. Oficina Nacional de Presupuesto. | http://www.onapre.gob.ve/index.php/publicaciones/descargas/viewcategory/54-ley-de-presupuesto-ejercicio-fiscal-2016 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental.

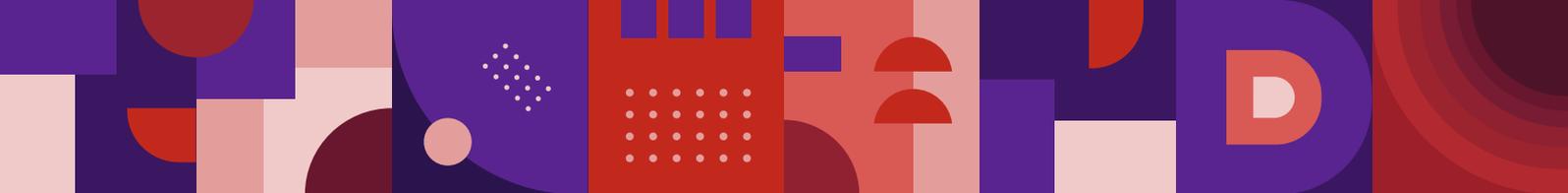


Por definición y como se sabe, los presupuestos públicos son herramientas generales y de gran complejidad, que suelen estar fuera de la comprensión de la inmensa mayoría de la población, incluyendo buena parte de los propios operadores de políticas públicas. En realidad, el propio formato con el que se construyen es eminentemente técnico [tanto en lo económico, como en lo administrativo y en lo jurídico, y se sustenta en una amplia gama de supuestos o de antecedentes de similares características] que hay que conocer cabalmente, para comprender los cambios que se introducen con cada formulación.

Adicionalmente, son textos que cuentan con varias versiones y revisiones: [i] la propuesta original [en general, sujeta a controversias que se van zanjando a través de complejas negociaciones]; [ii] la versión aprobada [que suele tener modificaciones importantes, pero siempre en “los márgenes”]; [iii] la ejecución efectiva [que suele estar sometida a complejos procesos que incluyen restricciones de todo tipo, para que las unidades ejecutoras puedan utilizar, efectivamente, los recursos que le han asignado] y; [iv] los ajustes que regularmente se van haciendo [por la vía, en particular, de las “rendiciones de cuenta” del Ejecutivo ante el Legislativo]. En todos los casos, además, no estamos ante una “falta” de información, sino ante una superabundancia de esta.

Dado que, en el marco de este informe, el objetivo es acotado [revisar cómo se consideran las desigualdades sociales de la salud en el marco presupuestal], no entramos en el análisis de todos estos procesos efectivamente [eso requeriría un informe especial, o varios, en sí mismo]. Por ello, apenas tenemos en cuenta las leyes aprobadas más recientes, a efectos de tener una referencia general y actualizada al respecto. En todos los casos, de todos modos, hicimos una revisión más amplia de antecedentes, que permiten formular comentarios generales y específicos, desde esta “mirada” restringida pero suficiente para nuestros propósitos. Con estas “acotaciones”, importa destacar las siguientes observaciones:

- La información presupuestal está organizada, en general, por “incisos” o “entes ejecutores” y, en dicho marco, la información se desagrega en general por tipos de ingresos [impuestos, etc.] y egresos [funcionamiento, inversiones, etc.]. En algunos casos no todos, la información se presenta en términos programáticos [en los casos en que se presupuesta “por resultados”] y, en dicho marco [en algunos casos más y en otros menos] la información se desagrega aún más. Sin embargo, solo excepcionalmente las partidas presupuestarias se especifican lo suficiente, como para identificar -en nuestro caso- las inversiones en el encare de las desigualdades.
- Un caso excepcional es el correspondiente al Ecuador, dada la existencia de varios Consejos Nacionales para la Igualdad [de género, de generaciones, de discapacidades, de pueblos y nacionalidades] que cuentan con sus propias partidas presupuestarias. Así, en el caso del presupuesto 2018 [aprobado en diciembre de 2017], se incluyen las cifras correspondientes [agrupadas en la categoría “otras instituciones del ejecutivo”], que se suman [en varios de los casos mencionados] a las existentes en las Secretarías de Estado correspondientes [de la Mujer, etc.]. Aunque no hemos podido ubicar, hasta el momento, información más actualizada, asumimos el supuesto de que estas fórmulas se mantienen, con eventuales ajustes más o menos relevantes, lo que muestra la importancia de contar con instituciones transversales como estas.
- Por su parte, en el caso del presupuesto 2021 del Perú, se incluye un capítulo centrado en “disposiciones especiales en materia de salud”, en el que se establecen varios artículos relevantes, destinados a realizar transferencias a los gobiernos regionales, desarrollo de la telesalud, compra



centralizada de productos farmacéuticos, transferencias para la compra de medicamentos a través de la OPS, atención de la emergencia sanitaria, y fortalecimiento de la formación de médicos, pero no se especifica nada en particular, relacionado con las desigualdades sociales en salud. Asimismo, el capítulo IV está centrado en la focalización del gasto público “en temas prioritarios y mejora de la calidad del gasto”, en cuyo marco se incluyen directrices relacionadas con la reducción de la violencia contra la mujer, el desarrollo infantil temprano y el enfrentamiento a los riesgos vinculados con desastres climáticos, pero tampoco se mencionan explícitamente las desigualdades sociales de la salud.

- Algo similar ocurre en el caso del Presupuesto 2021 de Chile, en concreto, en la partida “Ministerio de Salud”, donde se despliega toda la información clasificada por unidades ejecutoras y tipo de gasto, al tiempo que se incluyen recursos asignados a varios programas especiales [salud adolescente, pueblos indígenas, adultos mayores, etc.] que se pueden asumir como componentes de una estrategia no explicitada de encare, de algunas de las desigualdades sociales en salud que estamos considerando.

Otro tanto ocurre con la asignación de recursos al Fondo Nacional de Salud (diferenciando el Programa de Atención Primaria, el de Prestaciones Institucionales, y el financiamiento de Hospitales) así como al Instituto de Salud Pública y a los diferentes Servicios Municipales de Salud siempre con el mismo formato, pero tampoco allí se destacan temas específicos [como las desigualdades en particular].

En suma, un panorama general que no permite saber, sustantivamente, en qué se usan los recursos, más allá de la lógica de las “unidades ejecutoras”.

4.3.4 Las desigualdades sociales de la salud en las evaluaciones de los avances en la Agenda 2030: ¿imposible?

Finalmente, para cerrar este análisis de las diferentes “valoraciones” sobre las desigualdades sociales de la salud, hay que incorporar las dinámicas vinculadas con la rendición de cuentas, a partir del monitoreo y la evaluación de la implementación de políticas, que se realiza regularmente en los diferentes países de la región. Pero al momento de identificar la documentación más pertinente en estas materias, nos hemos encontrado con un panorama signado por la ausencia de estudios rigurosos e independientes al respecto, existiendo, apenas, informes administrativos más formales que sustantivos, mayoritariamente fragmentados y en general carentes de integridad.

Por ello, hemos optado por utilizar los Informes Nacionales Voluntarios que los países presentan a las Naciones Unidas, en relación con los avances que se vienen registrando en el cumplimiento de los ODS. En tal sentido, aunque revisamos muchos otros, hemos seleccionado -para comentar- los más recientes en cada caso, de acuerdo con el siguiente detalle:

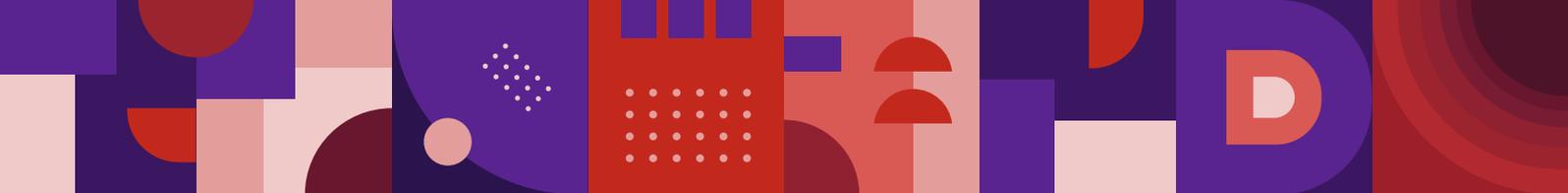
Cuadro 10. Políticas nacionales de salud en los países andinos

| País | Nombre de la política nacional de salud | Enlace |
|-----------|---|---|
| Bolivia | Informe Nacional Voluntario 2021 | https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/28230Bolivias_VNR_Report.pdf |
| Chile | 2º Informe Nacional Voluntario: Chile 2019 | https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/23507Informe_Nacional_Voluntario_CHILE_Junio_2019_final_1.pdf |
| Colombia | Reporte Nacional Voluntario 2021 | https://downloads.ctfassets.net/27p7ivvbl4bs/5QHMJWk16oeBlbmAuhlka0/346d94400d11453bc9523ee63be7cacd/VNR_2021_Colombia.pdf |
| Ecuador | Examen Nacional Voluntario. Ecuador 2020 | https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26393VNR_2020_Ecuador_Spanish.pdf |
| Perú | Informe Nacional: Perú a mayo 2020. la Protección de la Vida en la Emergencia y Después | https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26326VNR_2020_Peru_Report_Spanish.pdf |
| Venezuela | Presentación Nacional Voluntaria (PNV) ante el Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sustentable (FPAN) de Naciones Unidas | https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/10527Venezuela-%20PNV%20DEFINITIVO%20JUNIO%202016%20%20DEFINITIVO%2017062016%20[1].pdf |

Fuente: CEPAL. Plataforma Regional de Conocimiento. Disponible en: <https://agenda2030lac.org/es>

Tal como puede apreciarse, contamos con dos INV presentados en 2021 (Bolivia y Colombia), otros dos presentados en 2020 (Ecuador y Perú), al tiempo que los otros dos países han presentado los suyos anteriormente (Chile en 2019 y Venezuela en 2016). Los datos de estos informes se toman como fuente para el anexo 2 y constituyen una línea de base regional.

Su revisión general permite constatar que, si bien se elaboraron con base en la propuesta formulada desde Naciones Unidas, su confección fue concretada con diversos grados de flexibilidad: (i) algunos siguen casi completamente las directrices recibidas e informan sobre el conjunto de los ODS (como Bolivia y Colombia); (ii) otros se apartan levemente del formato propuesto e informan solo en relación a algunos de los ODS (como en Chile y Ecuador) y; (iii) otros asumen sus propios formatos (como en los casos de Perú y Venezuela). Esto complica, en cierta medida, los análisis comparados, pero no los impide de ningún modo, por lo que pueden, en el marco de este informe, destacarse las siguientes observaciones generales y específicas:

- 
- En su conjunto, pero sobre todo en los informes más actualizados, se muestra cierta evolución favorable entre 2015 y 2019, exponiendo cómo en 2020 se produjeron retrocesos como resultado del impacto de la pandemia del coronavirus, de modo que, en general, las cifras muestran cambios insignificantes en la mayor parte de los casos e incluso retrocesos, lo que lleva a concluir que los desafíos a futuro se han ampliado mucho.
 - Esto es particularmente notorio con relación a la pobreza [ODS 1] y el hambre [ODS 2], en cuyo marco, todos los indicadores muestran deterioros muy significativos, cuando en el diseño original en 2015 de la Agenda 2030, se apostaba fuertemente por la “erradicación” de las situaciones más extremas, a diferencia de otras áreas del desarrollo donde las apuestas se formularon en términos de “disminución” o “aumento” [según los casos].
 - Dado el formato de los ODS, en especial el conjunto de metas e indicadores establecidos, los informes brindan datos sobre cada uno de ellos, sin incluir [salvo unas pocas excepciones] ninguna visión de conjunto [que vincule de algún modo dichos indicadores], ni referencias sobre la pertinencia y/o los impactos preliminares de las estrategias con las que se trabaja, por lo que las posibilidades de visualizar avances con relación a las desigualdades sociales de la salud son muy limitadas.
 - En algunos casos, dicha información general se desagrega en función de algunas variables que tienen directa relación con las desigualdades [género, generaciones, territorio, etnia/raza, etc.], y/o se identifican ciertos grupos que requieren atención [niños, niñas, personas en situación de discapacidad, etc.] que permiten avanzar en este sentido, pero solo excepcionalmente se establecen y se analizan las “relaciones” existentes entre dichas variables o grupos, en sus respectivos contextos.
 - Mientras este es el panorama predominante en relación, en particular, al ODS 3 [salud], los datos aportados con relación al ODS 10 [desigualdades] informan sobre la evolución de los Índices de Gini, mostrando también en este sentido que los avances han sido muy acotados y que se revirtieron durante 2020. Adicionalmente, solo algunos informes evalúan la evolución de otras variables [como las relacionadas con el crecimiento de los sectores medios, en particular].

En definitiva, estos informes [centrales desde todo punto de vista] muestran que la consigna central de la Agenda 2030, dista de estar más cerca que hace cinco años, dado que, sobre todo como efecto de la pandemia, amplios sectores poblacionales, en muy diversas esferas del desarrollo inclusivo y sostenible, están “quedando atrás” muy claramente. En el marco de nuestras labores vinculadas con las desigualdades sociales en salud, esto tiene una relevancia evidente.

Sobre la base de este preocupante balance, los desafíos a futuro son cada vez más grandes, más complejos y difíciles de encarar. Todos los informes concluyen en la convicción de que será muy difícil cumplir con los compromisos establecidos al 2030, en la mayor parte de las metas y los indicadores definidos originalmente, en particular, los más básicos [pobreza extrema, hambre, etc.] lo que también se aplica al campo de la salud, tanto directa como indirectamente.

Quedan pendientes, en cualquier caso, explicaciones más estructurales y holísticas sobre la crisis, que permitirían asumir que no todo son simples resultados de la pandemia, sino que también inciden factores estructurales y opciones políticas, en particular en relación con las desigualdades.

4.4 Incidencia de las lógicas políticas e ideológicas en políticas públicas de salud

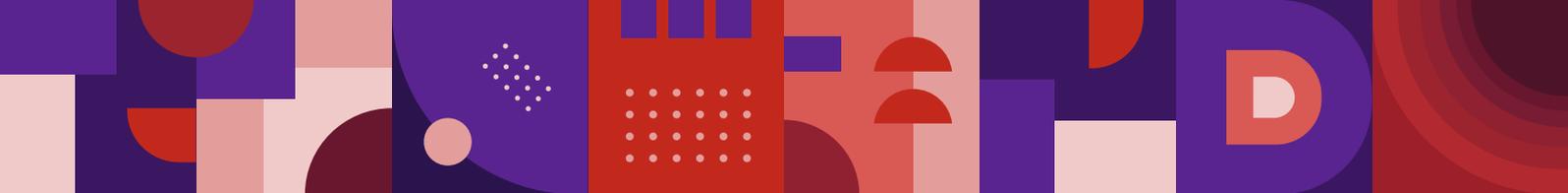
¿Estamos ante procesos puramente técnicos o también ante dinámicas políticas e institucionales influenciadas por diversos agentes y grupos de poder?

4.4.1 ¿A quién [o a quiénes] beneficia la inversión pública en salud?

Sin duda, en torno a estas alternativas en materia de gestión de la salud [pública versus privada, segmentada versus integrada, etc.] se han desplegado importantes debates filosóficos, ideológicos, políticos y culturales además de los netamente económicos, obviamente, pero dichos debates se han apoyado muy escasamente en evidencias concretas respecto a qué funciona y qué no funciona, así como, sobre todo, a quién o a quiénes benefician estas modalidades “híbridas” de gestión. Esto, a su vez, tiene que ver centralmente con la mayor o menor disponibilidad de evidencias concretas, que solo pueden construirse sobre la base de sistemas de información pertinentes y evaluaciones rigurosas, asumiendo que esto nunca es neutro, sino que se hace con base en posturas particulares.

Lo dicho, nos lleva inevitablemente a qué medimos y qué no medimos [y, sobre todo, cómo lo hacemos o no lo hacemos], terreno en el cual, las evidencias concretas nos dicen que, por sobre todas las cosas, medimos y evaluamos enfermedades y tratamientos de dichas enfermedades, con la mirada puesta en el uso de recursos y no en las personas como tal. En tal sentido, el informe de la OCDE sobre la salud en América Latina y el Caribe 2020, incluye un total de 130 cuadros estadísticos, con información de lo más variada, pero presentada siempre en “promedios” o “agregados” que no permiten distinguir -ante un mismo tema-, cómo es la situación desagregada por etnia o raza [más allá de los estudios específicos, pero no relacionales en pueblos originarios o afrodescendientes], por residencia [más allá de la limitada división urbano-rural], por niveles de ingreso, y hasta por desagregaciones simples como las de género y las generacionales.

Esto ocurre, por cierto, aún después de que los gobiernos aprobaron en el seno de la OPS y la OMS la urgencia de la transformación de dichos enfoques dominantes, pasando a ubicar a las personas en el centro de toda la gestión de salud. Lo que ha ocurrido, en todo caso, es que entre las resoluciones que se aprueban y su puesta en práctica, siempre distan recorridos más o menos complejos y ambiguos, que permiten moverse “en los márgenes” cumpliendo formalmente con las resoluciones, pero evitando hacerlo en la modificación, imprescindible, de las prácticas concretas.



Por ello, pese a los esfuerzos que hemos realizado en el marco de nuestra Mesa Andina, hemos llegado a la conclusión de que no contamos con información, por ejemplo, desagregada por clases sociales [o, al menos, por niveles de ingresos de las personas, las familias o los grupos sociales] una cuestión fundamental para poder aproximarnos con cierta rigurosidad, a la medición de las desigualdades sociales en salud.

Aún con algunos de los avances concretados en estos últimos tiempos, apenas contamos con mediciones todavía muy agregadas, como la que nos muestra que la protección contributiva beneficia solo a los ocupados formalmente, dejando por fuera al enorme sector informal que, a excepción de Chile, se ubica por encima del 50 % de la población activa en todos los países andinos.

Adicionalmente, importa recordar que, aunque no se dispone de suficiente información al respecto, es un hecho que la salud privada beneficia exclusivamente a la población que cuenta con niveles de ingreso, que les permiten pagar por los servicios que reciben [en el marco de las más puras y simples reglas del mercado] y esto incluye, obviamente, una importante segmentación interna de este “nicho” del mercado de la salud [existiendo una amplia gama de servicios, y de costos al alcance de quienes puedan y quieran pagarlos]. A su vez, la protección social no contributiva cubre en general, mal y tarde la salud de la población de más escasos recursos, algo que todos sabemos pero que por todo lo dicho, no estamos en condiciones de medir con precisión.

Si del plano personal pasamos al plano grupal [empresas, corporaciones, etc.], la situación vuelve a repetirse casi con las mismas lógicas. Como lo que predomina es el enfoque que mira a la salud como una mercancía o, de mínima, como un servicio y no como un derecho cuya vigencia hay que asegurar, los sistemas de salud se organizan y funcionan con dicha perspectiva, en casi todos los planos.

Así, las inversiones se concentran en el tercer nivel de atención el más complejo y costoso y no en el primero centrado en la prevención, y otro tanto ocurre en relación a los insumos que se priorizan en materia de compras e inversiones, primando la óptica de quienes consideran que hay que priorizar la compra de equipos de alta tecnología para atender enfermedades complejas, aún en detrimento de las inversiones en atención primaria de salud, que no requiere, prácticamente, inversiones relevantes. En dicho marco, las grandes empresas tecnológicas y los laboratorios, por ejemplo, despliegan enormes esfuerzos en publicidad y en “incidencia en la toma de decisiones”, a efectos de asegurar el mantenimiento de sus roles institucionales, en calidad de abastecedores de tales insumos. Del mismo modo, las corporaciones médicas priorizan la atención de enfermedades complejas, que generan más ingresos que las funciones más directamente ligadas con la prevención.

A su vez, en la propia distribución del recurso humano de la salud en el territorio, se generan procesos similares, en cuyo marco, los más calificados se van a trabajar donde les queda más cómodo y generan más ingresos, aún en detrimento de las zonas urbano-marginales y rurales, donde las condiciones de trabajo son más precarias y menos remuneradas. Sumado a ello, los costos que implica la formación de dicho recurso humano, en no pocos casos se pierden, en la medida en que dicho personal recibe y acepta mejores ofertas de trabajo en el exterior que en su propio país.

Existe, además, otra importante dimensión de estas complejas y perversas dinámicas, en la medida en que, también en el campo de las inversiones, suele existir una evidente prioridad por inversiones en infraestructura y en tecnología, en detrimento de la inversión suficiente y sostenida en las personas que



trabajan en este importante campo del desarrollo personal y social. En la misma lógica, cuando hay que “ajustar” [para obtener metas vinculadas con el déficit fiscal, por ejemplo] estos suelen concentrarse en los costos de tales recursos humanos, recortando puestos de trabajo y salarios, aunque ello incida como se sabe, en el deterioro de las condiciones de salud de la población con la que se trabaja.

Es, precisamente, lo que ocurrió y esto está claramente documentado durante la “década perdida” de los años ochenta del siglo pasado, centrada en severas políticas económicas de ajuste fiscal, para poder hacer frente a los déficits generados por el gran endeudamiento externo en el que habían incurrido los gobiernos de la región.

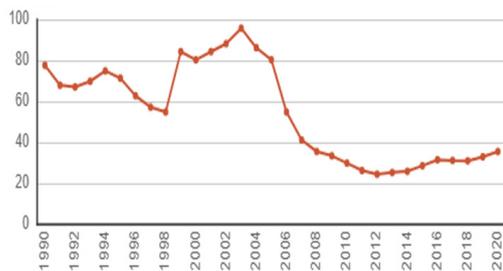
Actualmente, estamos nuevamente ante un panorama similar al de dicha “década perdida”, en la medida en que, nuevamente, nuestros gobiernos se están endeudando crecientemente con los grandes organismos internacionales de financiamiento del desarrollo [especialmente con el FMI], para cubrir las inversiones extraordinarias que está requiriendo la implementación de las principales respuestas a la crisis generada por el COVID-19.

Esto está ocurriendo, en mayor o menor medida, en todos los países de la región como lo muestran los gráficos siguientes, y lo más grave es que ello se está concretando sin que medien estrategias de mediano y largo plazo, que encaren decididamente las limitaciones estructurales de nuestros sistemas de salud, visibles en los problemas de segmentación y fragmentación ya aludidos y analizados en las páginas precedentes. Un cuadro complejo, sin duda, que hipoteca en gran medida el futuro de la salud en la región.

Gráfico 5. Deuda externa de los seis países de la región Andina 1990-2020 [% del PIB]

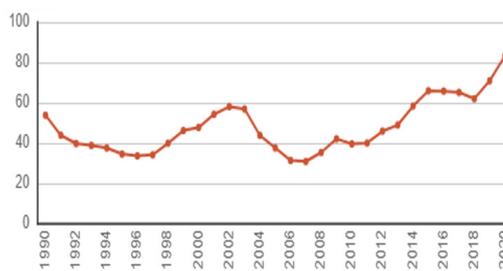
BOLIVIA

Deuda externa como porcentaje del PIB
[En porcentajes]
1990 - 2020



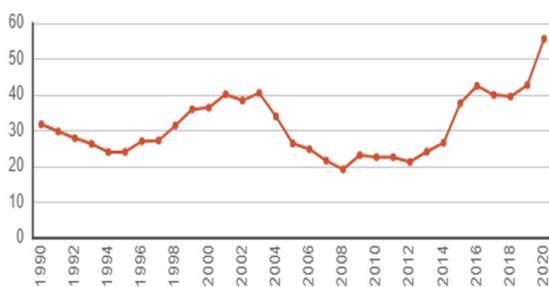
CHILE

Deuda externa como porcentaje del PIB
[En porcentajes]
1990 - 2020



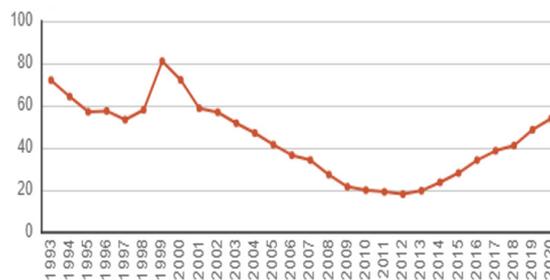
COLOMBIA

Deuda externa como porcentaje del PIB
[En porcentajes]
1990 - 2020



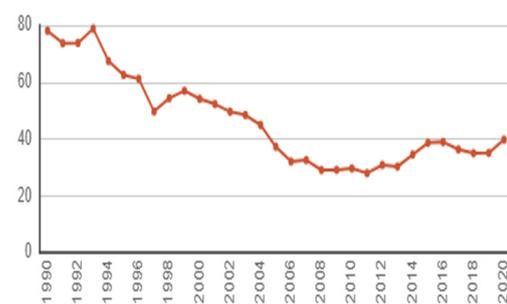
ECUADOR

Deuda externa como porcentaje del PIB
[En porcentajes]
1993 - 2020



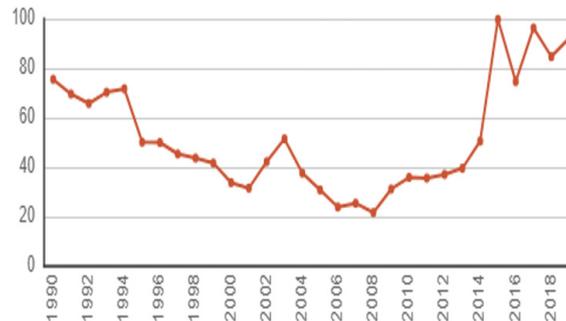
PERÚ

Deuda externa como porcentaje del PIB
[En porcentajes]
1990 - 2020



VENEZUELA

Deuda externa como porcentaje del PIB
[En porcentajes]
1990 - 2020



Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

4.4.2 Entre el Estado y el mercado: grupos de poder y asignación de recursos

La pregunta originalmente planteada, se ha formulado infinidad de veces en las últimas décadas y ha tenido, lógicamente, respuestas muy diversas. Varias de ellas no han pasado el simple ejercicio de verificación, contrastando juicios con evidencias (sobre todo en el caso de las formuladas por corporaciones nacionales e internacionales que lucran con dicho “estado de situación”), pero aún entre las que han procurado pasar dicho examen, los puntos de vista no son unívocos. Así, mientras en algunos casos se argumenta que lo que importa es asegurar la “libertad de elección” (cargando las culpas de los errores en quienes no la ejercen responsablemente), en otros el énfasis se pone en las brechas estructurales (del modo en que lo plantea la CEPAL, sectores de la academia y organizaciones sociales, por ejemplo) y en dicho marco, se llega a conclusiones muy diferentes a las del primer grupo.

En este último enfoque, a su vez, se han verificado matices importantes, entre aquellas posturas que se quedan en la simple constatación de los problemas que estamos analizando, y otras que tratan de llegar a las explicaciones correspondientes, siendo consecuentes con enfoques que privilegian derechos a asegurar. En este último grupo se ubican, por ejemplo, los informes de OXFAM, que han insistido en mostrar cómo todas estas dinámicas tienen que ver con “privilegios que niegan derechos”, mostrando cómo, en el fondo, el problema es que las desigualdades extremas se conjugan dinámicamente con la “captura de la democracia” [Cañete coord. 2015].

Nora Lustig, una economista estadounidense altamente reconocida por sus posturas académicas y sus desempeños en diferentes organismos internacionales (incluyendo el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, entre otros) ha estampado en el citado informe de OXFAM [2015] un contundente respaldo técnico y político, en la presentación de este afirmando lo siguiente:

América Latina es la región más desigual del mundo. La desigualdad es endémica y aparece en prácticamente todas las dimensiones, hecho que el informe de Oxfam documenta ampliamente. Es una región de contrastes donde coexisten el cinco por ciento de los milmillonarios del mundo con un gran número de personas que viven en la pobreza extrema. La mortalidad infantil y la desnutrición en las zonas marginadas son parecidas a las encontradas en países mucho más pobres. La pobreza es dos, tres o más veces, mayor entre los afrodescendientes y la población indígena [...] queda muchísimo por hacer [...] Medir el impacto de las políticas públicas sobre la desigualdad, expandir la capacidad redistributiva del Estado a través del fisco, poner fin a la legislación y regulación que protege a los privilegios de pocos y avanzar con el empoderamiento y participación democrática de los grupos excluidos -puntos que atinadamente resalta el informe de Oxfam- son elementos esenciales para reducir la transmisión intergeneracional de la desigualdad en la región. [p. 3]

En el mismo sentido se pronuncia en el prólogo del Informe, el director de OXFAM para América Latina y el Caribe, Simón Tisehurst, al presentar diáfano la postura con la que se maneja dicha organización, frente a las desigualdades sociales y a las fragilidades democráticas existentes en la región, desde hace ya demasiado tiempo:

En Oxfam creemos que solo democracias secuestradas pueden permitir los niveles de desigualdad que exhibe nuestra región. Élités políticas y económicas que influyen en el manejo



de las políticas de los Estados, instalando políticas que no benefician a la mayoría pero que son efectivas para maximizar los beneficios y ganancias para unos pocos privilegiados, negando los derechos de muchos. Y los medios a todos nos suenan tristemente conocidos: tráfico de influencias, lobby ilegítimo, corrupción en contratos públicos, clientelismo, compra de votos, concentración de medios de comunicación. Mientras más aumenta la desigualdad menos confía la gente en el sistema democrático. No solo está en juego la calidad de la democracia, sino su misma permanencia. Por eso, los Estados deben tomar acciones urgentes para enfrentar la desigualdad. La ciudadanía latinoamericana y caribeña está harta de la desigualdad. Hay niveles crecientes de protesta ante tanta injusticia. [OXFAM, 2015, p. 7]

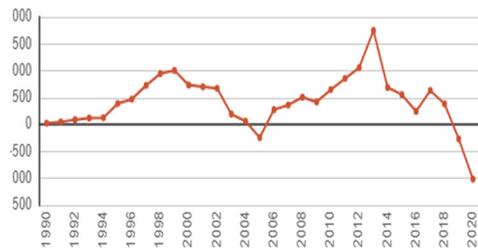
El informe mismo lo plantea sin ambigüedades, ubicando en este marco los temas que analizamos en esta sección de nuestra Línea de base, cuando se afirma que la privatización de los servicios públicos también ahonda la desigualdad, y contribuye a la ruptura del pacto social necesario para enfrentarla y agrega las alternativas correspondientes, ubicándolas centralmente en la órbita del Estado, las políticas públicas correspondientes: “Los bienes públicos, los derechos, no pueden responder a la lógica del mercado” [OXFAM, 2015, p. 15].

Lamentablemente, la realidad muestra que se sigue apostando a la inversión extranjera [que ha bajado notoriamente], sin regular la fuga de capitales, acrecentando su propio endeudamiento y manteniendo constantes los niveles de gasto público. Las gráficas siguientes muestran este “estado de situación”, lo que sumado al creciente endeudamiento externo ya destacado termina conformando un “panorama” desolador, tanto en el presente como, sobre todo, en el futuro, en el corto, en el mediano y largo plazo. Definitivamente, esto también es un componente central de nuestra Línea de base.

**Gráfico 6. Inversión extranjera en los seis países de la región Andina
[millones de dólares] 1990-2020**

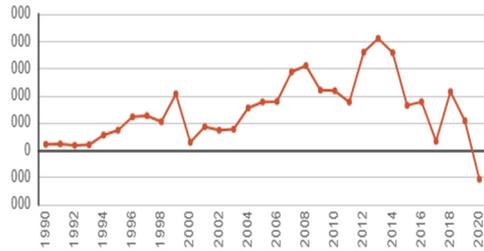
BOLIVIA

Inversión extranjera neta
[Millones de dólares]
1990 - 2020



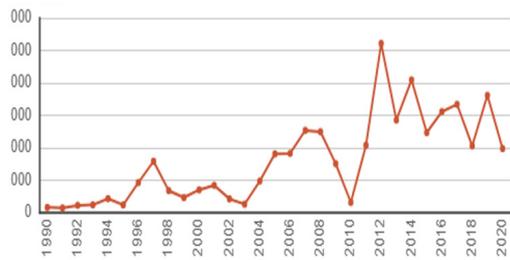
CHILE

Inversión extranjera neta
[Millones de dólares]
1990 - 2020



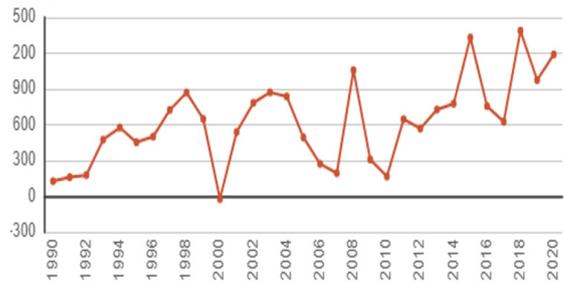
COLOMBIA

Inversión extranjera neta
[Millones de dólares]
1990 - 2020



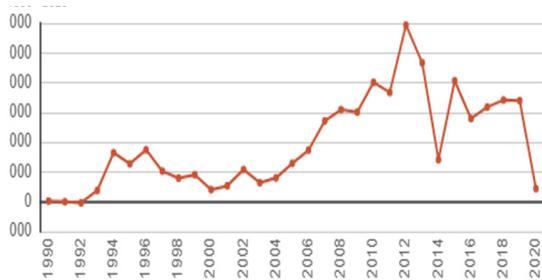
ECUADOR

Inversión extranjera neta
[Millones de dólares]
1990 - 2020



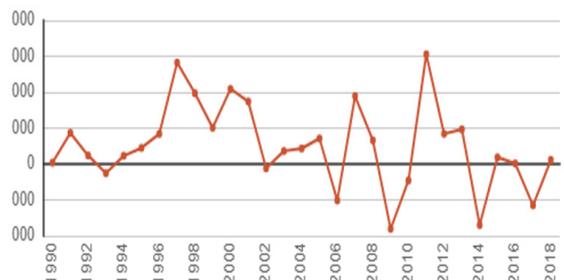
PERÚ

Inversión extranjera neta
[Millones de dólares]
1990 - 2020



VENEZUELA

Inversión extranjera neta
[Millones de dólares]
1990 - 2020

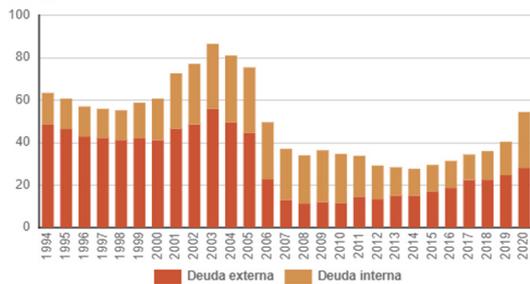


Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

Gráfico 7. Deuda del Gobierno central de los seis países de la región Andina 1994-2020
[% del PIB]

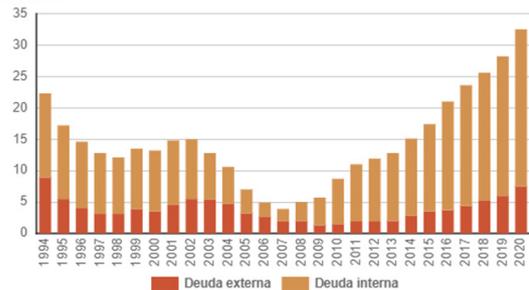
BOLIVIA

Deuda del gobierno central como % del PIB
[En porcentajes]
1994 - 2020



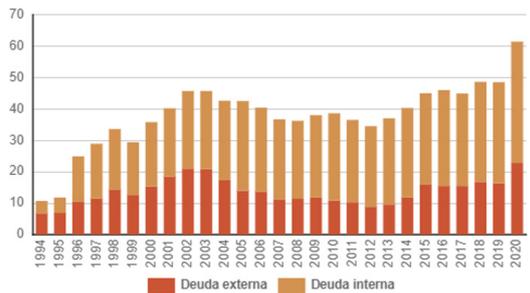
CHILE

Deuda del gobierno central como % del PIB
[En porcentajes]
1994 - 2020



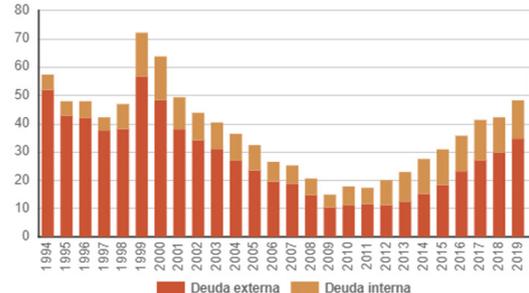
COLOMBIA

Deuda del gobierno central como % del PIB
[En porcentajes]
1994 - 2020



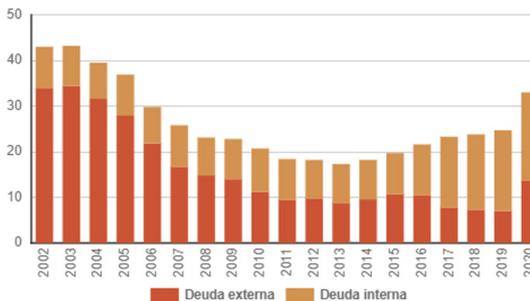
ECUADOR

Deuda del gobierno central como % del PIB
[En porcentajes]
1994 - 2020



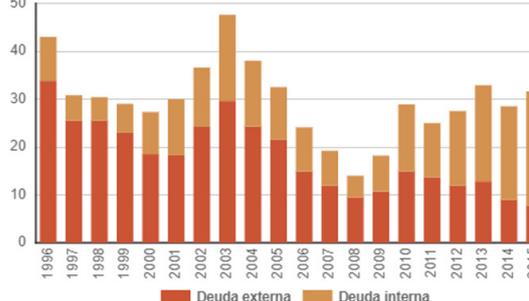
PERÚ

Deuda del gobierno central como % del PIB
[En porcentajes]
2002 - 2020



VENEZUELA

Deuda del gobierno central como % del PIB
[En porcentajes]
1996 - 2016



Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

Gráfico 8. Ingresos y gastos del Gobierno central de los seis Países de la región Andina 1990-2020

BOLIVIA

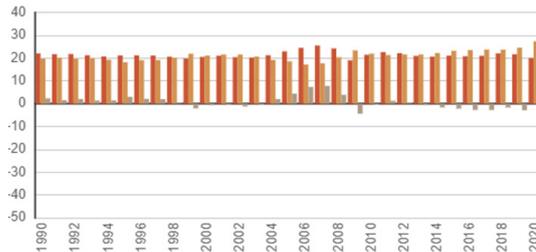
Ingresos y gastos del gobierno central como % PIB
[En porcentajes]
1990 - 2017



■ Ingreso total y donaciones ■ Gasto total y préstamo neto ■ Resultado global

CHILE

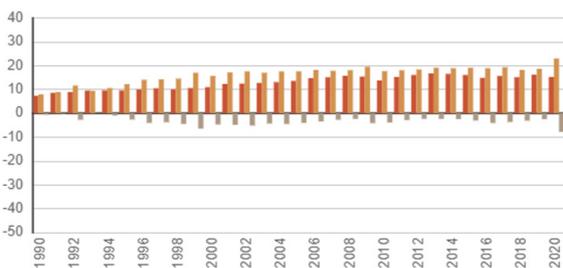
Ingresos y gastos del gobierno central como % PIB
[En porcentajes]
1990 - 2020



■ Ingreso total y donaciones ■ Gasto total y préstamo neto ■ Resultado global

COLOMBIA

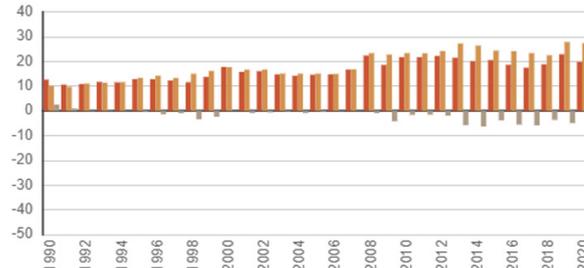
Ingresos y gastos del gobierno central como % PIB
[En porcentajes]
1990 - 2020



■ Ingreso total y donaciones ■ Gasto total y préstamo neto ■ Resultado global

ECUADOR

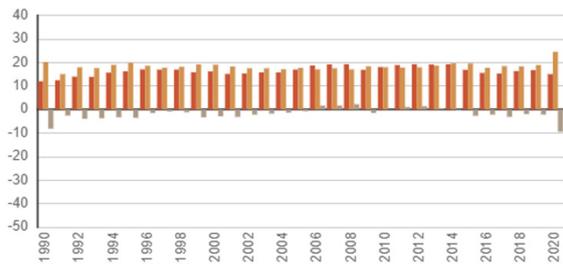
Ingresos y gastos del gobierno central como % PIB
[En porcentajes]
1990 - 2020



■ Ingreso total y donaciones ■ Gasto total y préstamo neto ■ Resultado global

PERÚ

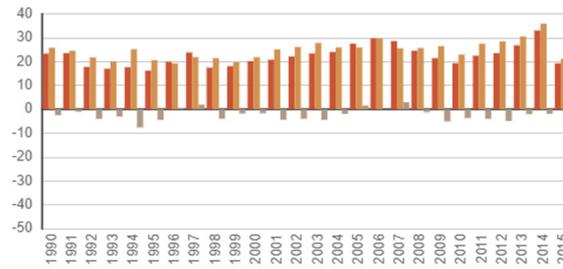
Ingresos y gastos del gobierno central como % PIB
[En porcentajes]
1990 - 2020



■ Ingreso total y donaciones ■ Gasto total y préstamo neto ■ Resultado global

VENEZUELA

Ingresos y gastos del gobierno central como % PIB
[En porcentajes]
1990 - 2015



■ Ingreso total y donaciones ■ Gasto total y préstamo neto ■ Resultado global

Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

Las recomendaciones que formula el Informe de OXFAM son claras y aplican para el campo específico de la salud, son las siguientes:

- a) Romper con los modelos de concentración de riqueza, rentas y tierras, ofreciendo datos y midiendo la desigualdad en todas las evaluaciones de impacto de las políticas públicas.
- b) Las acciones de gobierno deben poner fin al secuestro de la democracia y anteponer los intereses de la mayoría a los privilegios de unas élites.
- c) Es hora de apostar por un modelo económico y social que supere la dependencia extractivista, diversificando la matriz productiva.
- d) Es necesario frenar el avance de la privatización en la provisión de estos servicios en la región, pues profundiza las brechas de desigualdad y rompe el pacto social necesario para garantizar sociedades de iguales y solidarias; y
- e) Enfrentar la desigualdad en la garantía de los derechos entre mujeres y hombres, desde el diseño hasta la implementación de las políticas y las legislaciones.

4.5 Perspectivas y desafíos por encarar con el horizonte del 2030

¿Cuál es el “estado actual de la salud” en los países de la región Andina? ¿Estamos ante situaciones similares o ante diferencias relevantes entre países? ¿Y dentro de los países?

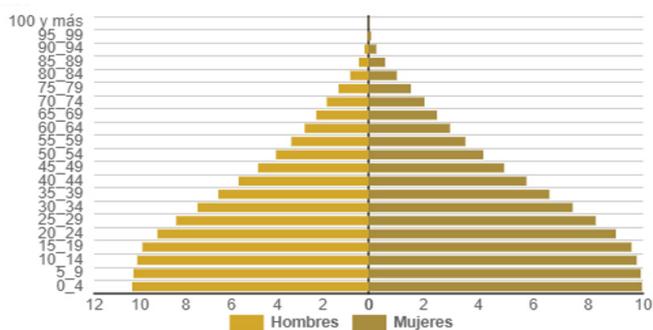
4.5.1 Marco demográfico general y esperanza de vida al nacer

Comparando pirámides por sexo y edad, se pueden constatar semejanzas y diferencias relevantes.

Gráfico 9. Pirámides poblacionales 2020 de los seis países de la región Andina [%]

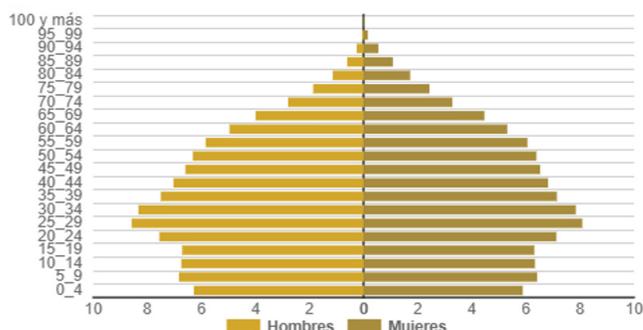
BOLIVIA

Distribución de la población por sexo y edad
[En porcentajes]
2020



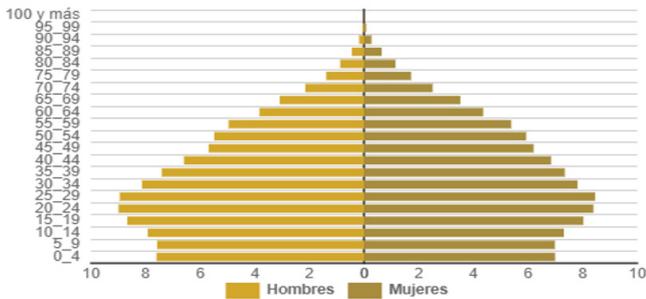
CHILE

Distribución de la población por sexo y edad
[En porcentajes]
2020



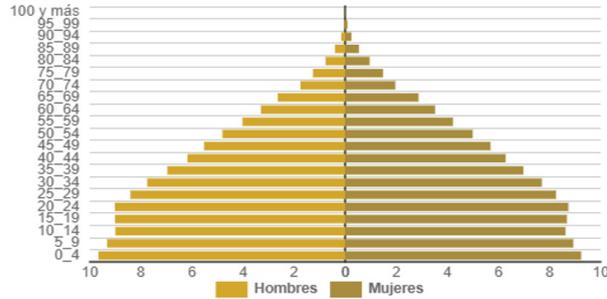
COLOMBIA

Distribución de la población por sexo y edad
[En porcentajes]
2020



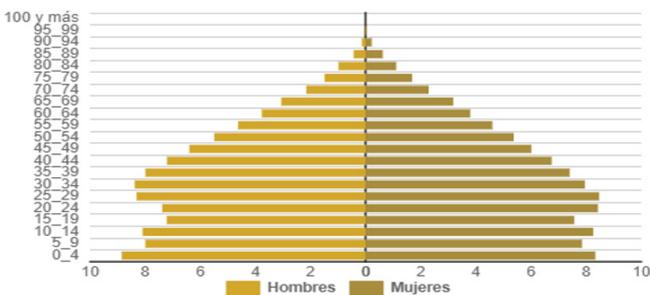
ECUADOR

Distribución de la población por sexo y edad
[En porcentajes]
2020



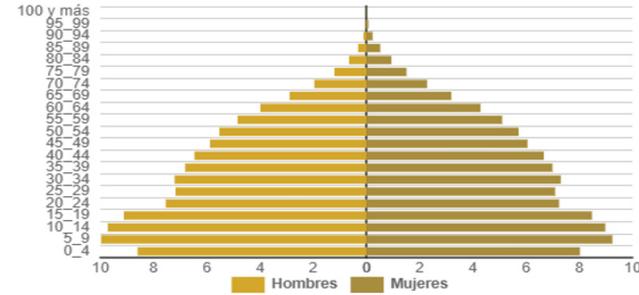
PERÚ

Distribución de la población por sexo y edad
[En porcentajes]
2020



VENEZUELA

Distribución de la población por sexo y edad
[En porcentajes]
2020



Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

Como puede apreciarse [y como en general ya se sabe desde hace tiempo], las pirámides de sexos y edades de la población muestran ubicaciones diversas en cuanto a etapas de la transición demográfica correspondiente. Así, mientras en países como Chile y Colombia, dicha transición está avanzada, en países como Bolivia y Ecuador todavía está en desarrollo. Ello puede visualizarse en la importancia relativa de los diferentes grupos etarios [disminución de los grupos de menos de 15 años, y ampliación de los grupos intermedios y los de más de 65 años].

Por su parte, en esperanza de vida al nacer, la evolución ha sido positiva en todos los casos [a excepción de las cifras de Venezuela para el período 2015-2020, que muestran un retroceso] pero a la vez pueden constatar las diferencias existentes entre países, ubicando a Bolivia y Chile en las puntas de la escala, con una diferencia en ambos sexos de ocho años entre ambos países. Resulta particularmente destacable, que la situación de Bolivia en el quinquenio 2025-2030 sigue por debajo del nivel alcanzado por Chile en el quinquenio 1990-1995. Del mismo modo, la situación de Venezuela en el quinquenio 2025-2030 es similar a la de Bolivia, en tanto que los otros tres países [Colombia, Ecuador y Perú] se ubican en posiciones intermedias.

Tabla 48. Esperanza de vida al nacer en los seis países andinos 1990-2030

| | 1990-1995 | 1995-2000 | 2000-2005 | 2005-2010 | 2010-2015 | 2015-2020 | 2020-2025 | 2025-2030 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Bolivia | | | | | | | | |
| Total | 57.7 | 60.9 | 63.9 | 66.6 | 69.3 | 71.1 | 72.3 | 73.5 |
| Hombres | 56.1 | 59.1 | 62.0 | 64.4 | 66.7 | 68.3 | 69.5 | 70.6 |
| Mujeres | 59.3 | 62.7 | 66.0 | 69.0 | 71.9 | 74.1 | 75.4 | 76.5 |
| Chile | | | | | | | | |
| Total | 74.2 | 75.7 | 77.0 | 78.2 | 79.3 | 80.0 | 80.7 | 81.6 |
| Hombres | 71.1 | 72.5 | 73.9 | 75.1 | 76.3 | 77.4 | 78.5 | 79.7 |
| Mujeres | 77.2 | 78.7 | 80.0 | 81.1 | 82.1 | 82.3 | 82.8 | 83.5 |
| Colombia | | | | | | | | |
| Total | 70.2 | 72.1 | 73.6 | 74.8 | 76.0 | 77.0 | 77.9 | 78.7 |
| Hombres | 66.3 | 68.7 | 70.4 | 71.7 | 73.1 | 74.2 | 75.2 | 76.1 |
| Mujeres | 74.2 | 75.6 | 76.9 | 77.9 | 78.9 | 79.8 | 80.5 | 81.3 |
| Ecuador | | | | | | | | |
| Total | 70.0 | 71.9 | 73.5 | 74.6 | 75.6 | 76.7 | 77.7 | 78.7 |
| Hombres | 67.5 | 69.2 | 70.7 | 71.7 | 72.8 | 74.0 | 75.1 | 76.1 |
| Mujeres | 72.5 | 74.7 | 76.5 | 77.6 | 78.5 | 79.6 | 80.5 | 81.3 |
| Perú | | | | | | | | |
| Total | 67.6 | 70.0 | 72.1 | 73.7 | 75.1 | 76.4 | 77.4 | 78.5 |
| Hombres | 65.5 | 67.8 | 69.8 | 71.3 | 72.6 | 73.7 | 74.9 | 76.0 |
| Mujeres | 69.8 | 72.2 | 74.4 | 76.1 | 77.7 | 79.2 | 80.2 | 81.0 |
| Venezuela | | | | | | | | |
| Total | 71.0 | 71.6 | 72.6 | 73.0 | 73.1 | 72.1 | 72.3 | 73.7 |
| Hombres | 68.0 | 68.2 | 68.9 | 69.3 | 69.4 | 68.4 | 68.6 | 69.9 |
| Mujeres | 74.3 | 75.3 | 76.5 | 77.0 | 77.0 | 76.1 | 76.3 | 77.5 |

Fuente: CEPAL. [2021]. Panorama Social de América Latina 2020. Anexo Estadístico. Santiago.

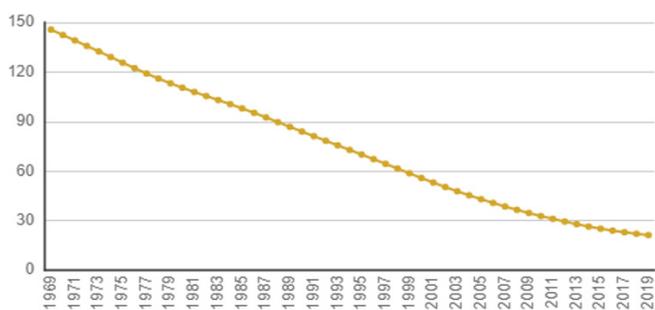
4.5.2 Mortalidad infantil y materna: promedios auspiciosos, diferencias indignantes

Entre los indicadores más directamente vinculados con la salud, los vinculados con la mortalidad infantil y materna ocupan un lugar destacado, mostrando avances en los promedios, junto con diferencias notorias si se “abren” dichos promedios y se desagrega la información teniendo en cuenta factores socioeconómicos y geográficos.

Gráfico 10. Tasas de mortalidad infantil en los seis países de la región Andina 1969-2019 (%)

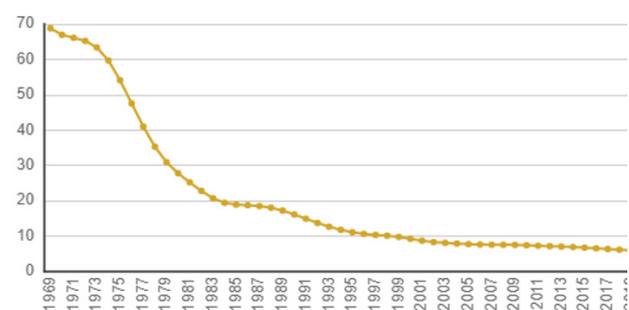
BOLIVIA

Tasa de mortalidad infantil (IGME)
[En porcentajes]
1969 - 2019



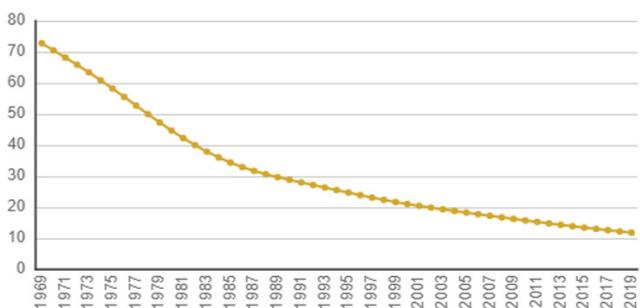
CHILE

Tasa de mortalidad infantil (IGME)
[En porcentajes]
1969 - 2019



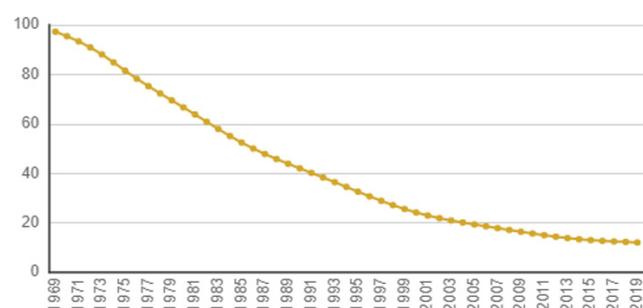
COLOMBIA

Tasa de mortalidad infantil (IGME)
[En porcentajes]
1969 - 2019



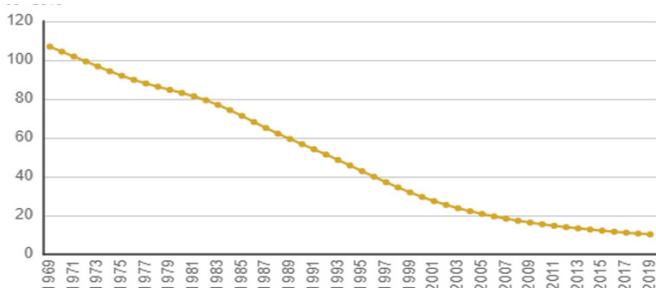
ECUADOR

Tasa de mortalidad infantil (IGME)
[En porcentajes]
1969 - 2019



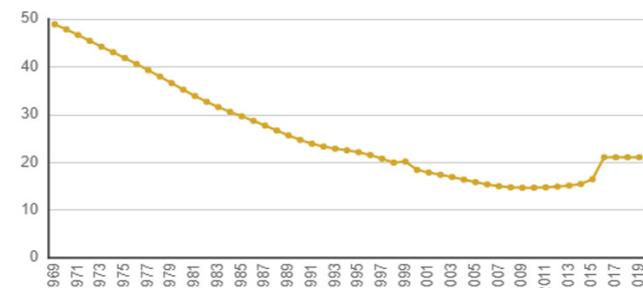
PERÚ

Tasa de mortalidad infantil (IGME)
[En porcentajes]
1969 - 2019



VENEZUELA

Tasa de mortalidad infantil (IGME)
[En porcentajes]
1969 - 2019



Fuente: CEPAL <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>

Pero, hasta aquí, estamos ante promedios que esconden situaciones particulares muy diferentes. La desagregación por nivel educativo, área de residencia y nivel de ingreso [lamentablemente, solo disponible para un conjunto acotado de países y con datos no actualizados] muestra que, a mayor nivel educativo, residencia urbana y mayor nivel de riqueza, menores niveles de mortalidad infantil.

Gráfico 11. Mortalidad Infantil según Factores Socioeconómicos y Geográficos

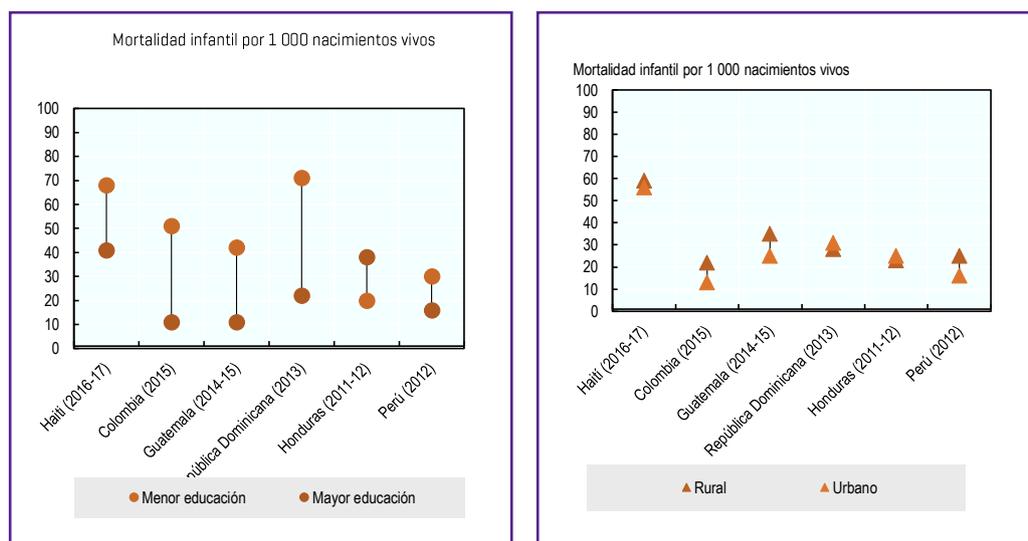
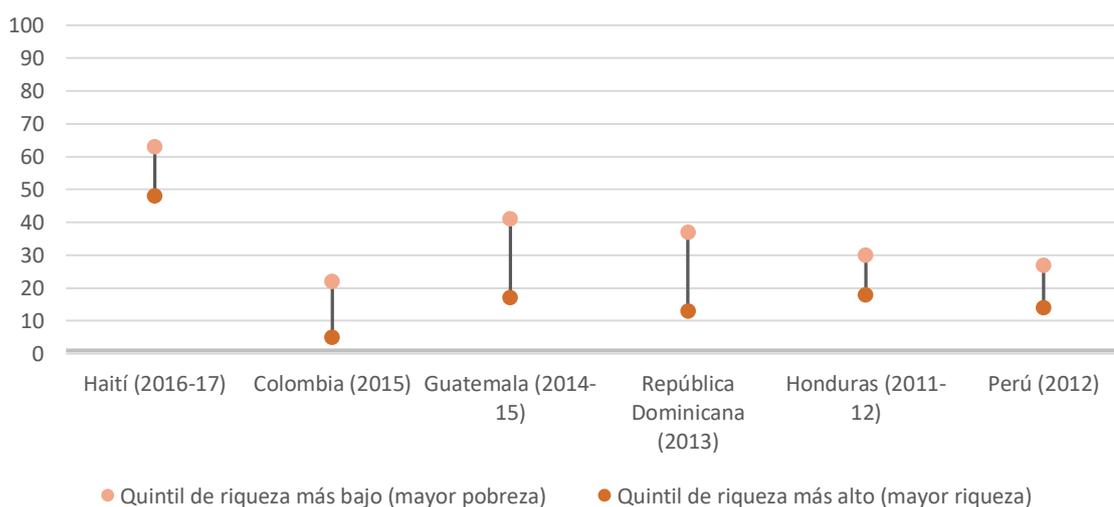


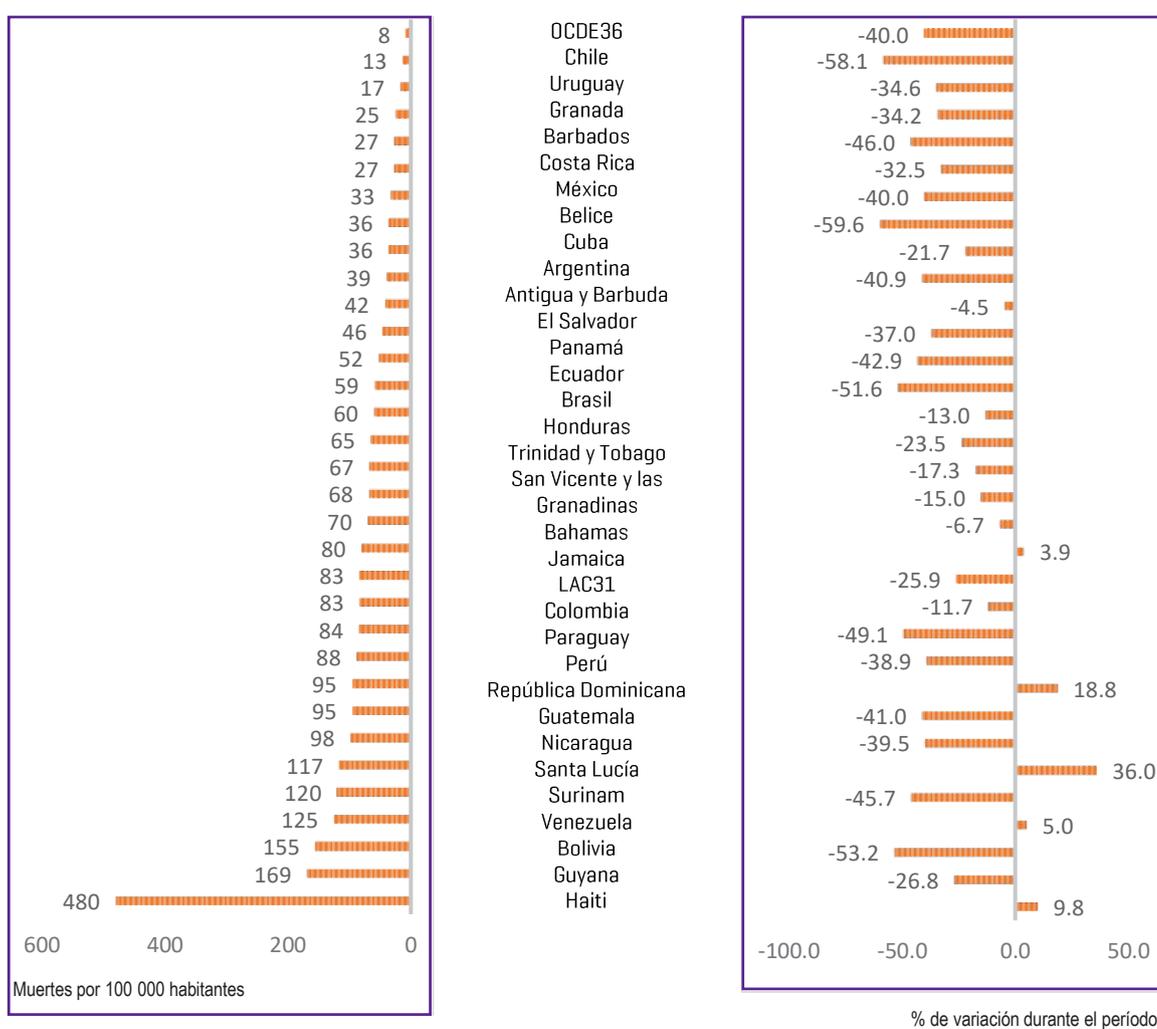
Gráfico 12. Mortalidad infantil por 1000 nacimientos vivos



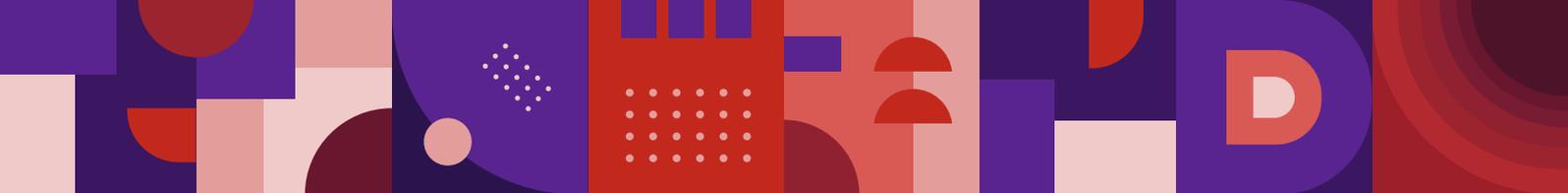
Fuente: OCDE. (2020). Panorama de la Salud Latinoamérica y el Caribe 2020. París.

En relación con la mortalidad materna, ocurre otro tanto. Tal como lo muestran las cifras del gráfico siguiente, en el promedio, los avances son visibles, prácticamente en todos los países de la región, pero con diferencias pronunciadas entre ellos. Así, mientras que Chile y Uruguay muestran tasas relativamente bajas, Haití, Guyana y Bolivia se ubican en el otro extremo.

Gráfico 13. Mortalidad materna en América Latina y el Caribe [2015 y cambio porcentual desde el año 2000]



Fuente: OCDE. [2020]. Panorama de la Salud Latinoamérica y el Caribe 2020. París.



En los países de la región Andina, en particular, se verifican algunas tendencias a destacar. Por un lado, la tasa de mortalidad materna disminuyó entre 2000 y 2017 un 26 % en promedio; en Chile, Bolivia y Ecuador, se redujo en más del 50 %, mientras que se redujo un 38.9 % en Perú y un 11.7 % en Colombia. Como contrapartida, la tasa de mortalidad materna aumentó en el mismo período en un 5 % en Venezuela.

En este caso, lamentablemente, el informe de la OCDE no brinda desagregación de esta información por factores socioeconómicos y geográficos [como en el caso anterior], pero sí establece ciertas correlaciones relevantes. Así, las altas tasas de mortalidad materna se asocian inversamente con la calidad de la atención en el parto y la atención prenatal. Seguramente, las variantes verificadas en torno a la mortalidad infantil [según factores socioeconómicos y geográficos] sean parecidos en el caso de la mortalidad materna, pero lamentablemente no se dispone de dicha información.

4.5.3 Impacto del COVID-19: contagios, letalidad, respuestas concretadas y desafíos

La pandemia ocasionada por el nuevo coronavirus SARS-CoV2, causante de la enfermedad denominada COVID-19, ha generado en el mundo y en América Latina una crisis de desarrollo: sanitaria, educativa, económica, social y ambiental. Respecto a la crisis sanitaria, la debacle en salud ha sido evidenciada por el alto número de contagios y muertes, y en el desbordamiento de las capacidades de los sistemas de salud.

Respecto a los análisis de la situación epidemiológica los países andinos confeccionaron registros y bases de datos, que permiten contar con información aunque parcial y poco desagregada sobre el tema. Los sitios web de cada país, ofrecen el panorama actualizado diariamente al respecto.

Cuadro 11. Información oficial sobre COVID-19 por países en la región Andina

| País | Organismo | Sitio Web |
|-----------|----------------------|---|
| Bolivia | Gobierno de Bolivia | https://www.unidoscontraelcovid.gob.bo/ |
| Chile | Gobierno de Chile | https://www.gob.cl/coronavirus/ |
| | Ministerio de Salud | https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/ |
| Colombia | Gobierno de Colombia | https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/index.html |
| | Ministerio de Salud | https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia.aspx |
| Ecuador | Gobierno de Ecuador | https://www.coronavirusecuador.com/ |
| Perú | Gobierno de Perú | https://www.gob.pe/coronavirus |
| Venezuela | Gobierno Bolivariano | https://covid19.patria.org.ve/ |

Fuente: CEPAL. Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe: Impacto Económico y Social. <https://www.cepal.org/es/directorio-sitios-oficiales-covid-19-paises-america-latina-caribe>

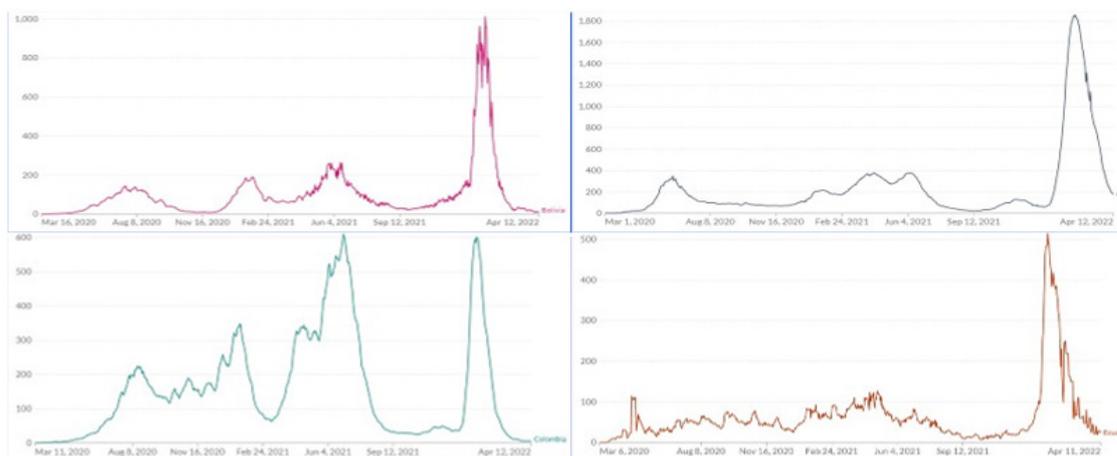
A la fecha [14 de abril de 2022], se han presentado en el mundo 502 252 271 de casos y 6 214 985 de fallecidos. En los países andinos se contabilizan 15 451 898 de casos y 472 491 personas fallecidas.

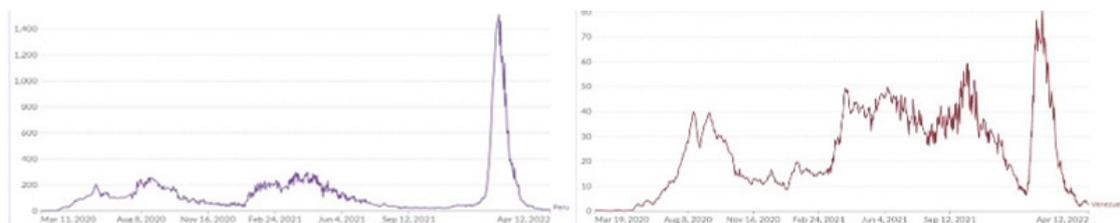
Tabla 49. COVID-19 en la región Andina [datos acumulados al 14 de abril de 2022]

| País | Casos totales | Muertes totales | Casos por millón de habitantes | Muertes por millón de habitantes |
|------------------------------|---------------|-----------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Mundo | 502.252.271 | 6.214.985 | 64.434 | 797.3 |
| Bolivia | 903.677 | 21.901 | 75.583 | 1.832 |
| Chile | 3.518.800 | 57.098 | 181.307 | 2.942 |
| Colombia | 6.088.912 | 139.734 | 117.440 | 2.695 |
| Ecuador | 865.585 | 35.513 | 47.772 | 1.960 |
| Perú | 3.553.210 | 212.547 | 105.161 | 6.291 |
| Venezuela | 521.714 | 5.698 | 18.440 | 201 |
| Total, en los países andinos | 15.451.898 | 472.491 | 92.245 | 2.821 |

Fuente: ORAS-CONHU, a partir de datos de los Ministerios de Salud andinos, Institutos Nacionales de Estadística y Worldometers. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> y <https://orasconhu.org/node/596>

Gráfico 14. Curvas nuevos casos diarios confirmados de COVID-19 por millón de personas de la región Andina [12 de abril de 2022]





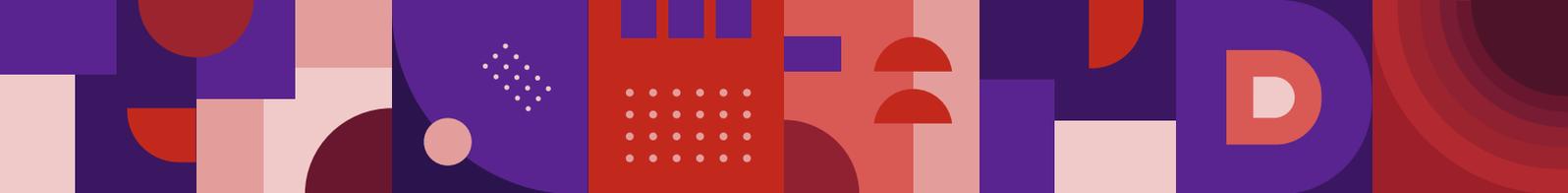
Fuente: ORAS-CONHU. Elaborado a partir de los datos de Our World in Data de la Universidad de Oxford. Disponible en: <https://ourworldindata.org/covid-cases?country=PER~BOL~CHL~COL~ECU~VEN#what-is-the-daily-number-of-confirmed-cases> y <https://orasconhu.org/node/596>

Respecto a las vacunas [al 14 de abril de 2022], de acuerdo con datos de los Ministerios de Salud andinos y OurWorldInData, se han administrado 11 390 857 583 dosis de vacunas en todo el mundo. Según el número de dosis administradas y porcentaje de población vacunada, Chile se ubica en el tercer lugar en el mundo. En general, los países andinos han mejorado su posición y avanzado en las metas de vacunación paulatinamente.

Tabla 50. Vacunas contra COVID-19 en los países andinos 14 de abril de 2022

| Puesto | Países | % de población | | | Dosis administradas | | |
|--------|-----------|----------------|--|-----------------|-----------------------|----------------|-----------------|
| | | Vacunada | "Totalmente" vacunado Esquema primario | Dosis adicional | Por cada 100 personas | Total | Dosis adicional |
| | Mundo | 66% | 60% | 22% | 148 | 11,390,857,583 | 1,714,879,225 |
| 90 | Bolivia | 62% | 50% | 11% | 114 | 13,147,393 | 1,241,654 |
| 3 | Chile | 94% | 92% | 87% | 270 | 51,119,081 | 16,394,152 |
| 30 | Colombia | 84% | 70% | 21% | 162 | 81,603,837 | 10,811,351 |
| 22 | Ecuador | 87% | 80% | 31% | 194 | 33,726,214 | 5,405,053 |
| 14 | Perú | 89% | 81% | 43% | 213 | 69,189,336 | 14,005,447 |
| 49 | Venezuela | 78% | 50% | 2.3% | 133 | 37,860,994 | 651,502 |

Fuente: ORAS-CONHU (2022). Elaborado a partir de los datos de Our World in Data de la Universidad de Oxford. Disponible en <https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html> y <https://orasconhu.org/node/596>
 Nota: Los datos son compilados de fuentes gubernamentales por el proyecto Our World in Data de la Universidad de Oxford. El análisis lo hacen con base en la población total de cada país.



Carissa Etienne, directora de OPS/OMS, en la rueda de prensa [abril de 2022] afirmó que, en las últimas semanas, el número de casos y muertes por COVID-19 ha disminuido en la mayoría de los países y territorios de la región de las Américas. No obstante, en algunos lugares, el número de infecciones está aumentando una vez más. Subrayó: es importante que continuemos fortaleciendo la vacunación para proteger a las personas; la variante ómicron ha puesto de relieve que las vacunas son el mejor instrumento para proteger a las personas de presentar cuadros graves y de morir; la administración de dosis de refuerzo, una vez completado el esquema primario, es esencial para las personas con mayor riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19. Además, reiteró que las brechas que aún existen harán que nuestra región siga en riesgo frente a nuevas olas, por lo cual, se debe mantener vigente la capacidad de realizar pruebas y continuar el seguimiento a este virus, para tomar decisiones con base a la evidencia.

Desde que inició la pandemia COVID-19, el equipo del ORAS-CONHU se reúne semanalmente para analizar la información epidemiológica, los avances en las vacunas, las consecuencias y las medidas tomadas para el control en los países andinos.

A la fecha [14 de abril de 2022], se encuentran en la página web del ORAS-CONHU, 103 informes de análisis de la situación actual a nivel global, regional y de cada país andino⁶. También se encuentran los enlaces de las páginas web de los Ministerios de Salud de los seis países y la información oficial de la vacunación contra el COVID-19. El proceso de análisis llevó al equipo del ORAS-CONHU a identificar 20 lecciones de la pandemia COVID-19, agrupadas en seis dimensiones.

Recuadro 4. Lecciones de la pandemia COVID-19 identificadas por el ORAS-CONHU

1) Sociedad y desarrollo

- **Lección 1.** Se impone la necesidad de actuar reflexivamente y llevar a cabo transformaciones reales en la forma de ver la vida y de actuar en el mundo.
- **Lección 2.** Se han puesto en evidencia y agravado las desigualdades estructurales preexistentes.
- **Lección 3.** La pandemia no es un evento socialmente neutral.
- **Lección 4.** Enfrentamos una enfermedad zoonótica, resultado del maltrato humano a los ecosistemas.
- **Lección 5.** Los sistemas de protección social universales son la clave para avanzar en el bienestar de la población y consolidar un Estado social de derecho.
- **Lección 6.** Se debe planificar mejor para garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes en situaciones de riesgo, como la pandemia, que obligan al confinamiento.

2) Sector salud en la transformación necesaria

- **Lección 7.** Lograr sistemas de salud universales, inclusivos, resilientes e integrales es un requisito para la garantía del derecho a la salud.
- **Lección 8.** Se requiere revalorizar el Primer Nivel de Atención, garantizar la capacidad resolutoria en todos los niveles y la Atención Primaria en Salud.
- **Lección 9.** No habrá pospandemia sino pandemia intermitente, lo que implica fortalecer las estrategias de promoción de la salud, prevención de las enfermedades

⁶ Disponible en <http://orasconhu.org/node/596>.

y la acción sobre los determinantes sociales de la salud.

- **Lección 10.** La pandemia de COVID-19 es una amenaza de gran proporción para la salud mental. Es esencial mejorar el financiamiento para la salud mental.
- **Lección 11.** Es prioridad fortalecer las capacidades productivas en la región Andina: tecnología, industria farmacéutica, insumos y equipos médicos.
- **Lección 12.** La gestión sectorial de salud es limitada y se precisa de un diálogo “real” en el trabajo intersectorial.

3) Epidemiología crítica, planificación y sistemas de información

- **Lección 13.** La prevención es la medida más efectiva para contener la pandemia.
- **Lección 14.** Los sistemas de información con datos actuales, oportunos, disponibles y desagregados es un aspecto esencial para la gestión eficaz de la pandemia.

4) Investigación aplicada y participativa

- **Lección 15.** Es prioridad fortalecer las capacidades de investigación, generación y apropiación social de conocimiento científico y tecnológico.

5) Recursos humanos de salud

- **Lección 16.** Los recursos humanos en salud, suficientes, capacitados y con condiciones laborales dignas, son fundamentales para la garantía del derecho a la salud.

6) Comunicación, educación en salud y participación social

- **Lección 17.** A la par de la pandemia de COVID-19, se ha vivido una infodemia. Es prioridad fortalecer el trabajo integrado entre la academia, el sector salud y el periodismo para lograr apropiación social del conocimiento.
- **Lección 18.** La participación y las estrategias de educación en salud conllevan a prácticas cotidianas saludables y prevención de la enfermedad.

7) Clínica, terapéutica y nuevas respuestas

- **Lección 19.** A medida que avanza la pandemia, el comportamiento de la enfermedad debe ser mejor estudiado y comprendido.
- **Lección 20.** Solo estaremos seguros cuando todos lo estemos. La equidad, oportunidad y calidad de la vacuna PARA TODOS es un imperativo ético y una cuestión de salud pública.

Fuente: ALASAG. [2021]. Respuesta del Organismo Andino de Salud a la Pandemia COVID-19. En: “Salud global y diplomacia de la salud: una visión desde América Latina y el Caribe”. Ediciones ALASAG. Disponible en: <http://alasag.org/ediciones-alasag/> y <http://orasconhu.org/sites/default/files/Salud%20Global%20y%20Diplomacia%20en%20Salud.pdf>



4.6 Desigualdades sociales en salud: qué sabemos y qué no sabemos

Finalmente, para cerrar este análisis “situacional” en el campo de las desigualdades sociales en salud, importa reseñar sintéticamente qué sabemos y qué no sabemos al respecto.

4.6.1 Tableros de indicadores por países disponibles: una visión de conjunto

Como ya vimos en las páginas precedentes, el Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 de la OCDE, establece una síntesis del cuadro de indicadores tablero con el que, en general, se trabaja en este campo. En el Resumen Ejecutivo del mismo, se destacan los principales avances logrados con sus respectivas mediciones y un conjunto relevante de elementos de juicio a tener centralmente en cuenta, como marco general para nuestros propias reflexiones generales y específicas:

- El estado general de salud de la población ha mejorado, pero el progreso sigue siendo desigual entre los países y dentro de ellos.
- Las mejoras en los resultados de las enfermedades no transmisibles han sido más lentas en LAC que en países OCDE, y las enfermedades transmisibles y las lesiones persisten como problemas de salud relevantes en la región.
- El tabaquismo, el consumo de alcohol y, especialmente, el sobrepeso, son factores de riesgos críticos para la salud en LAC.
- En LAC, la calidad de la atención sanitaria es el eslabón perdido en la promesa no cumplida de cobertura universal de salud.
- Si bien en LAC el gasto en salud ha aumentado, sigue siendo muy inferior al de los países OCDE y depende más del gasto privado.
- La mala asignación y ejecución del gasto sanitario está desacelerando, si no deteniendo, el camino hacia la cobertura universal de salud en LAC.
- Las limitaciones en los recursos humanos y físicos impiden una respuesta efectiva a las necesidades de atención médica de las personas.

En este marco, los datos más específicos de los países de la región Andina, comparados con el conjunto de LAC y con el conjunto de los países de la OCDE, son los siguientes:

Tabla 51. Resumen de indicadores del Informe Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020

| Esperanza de vida al nacer, supervivencia y mortalidad infantil | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| País | Esperanza de vida al nacer [mujeres] | Esperanza de vida al nacer [hombres] | Supervivencia hasta los 65 años [mujeres] | Supervivencia hasta los 65 años [hombres] | Tasa de mortalidad en menores de 5 años |
| LAC31 | 77,4 | 71,6 | 83,2 | 73,8 | 18,6 |
| OCDE36 | 83,4 | 78,1 | 90,9 | 84,1 | 4,5 |
| Región Andina | | | | | |
| Bolivia | 72,1 | 67 | 74,3 | 66,6 | 34,9 |
| Chile | 83,1 | 77,4 | 89 | 83,5 | 7,4 |
| Colombia | 78,2 | 71 | 85 | 73,3 | 14,7 |
| Ecuador | 79,3 | 73,9 | 85,9 | 77,4 | 14,5 |
| Perú | 77,9 | 72,6 | 84,6 | 76,3 | 15 |
| Venezuela | 78,9 | 70,8 | 84,9 | 72,6 | 31 |
| Cobertura de los servicios de salud | | | | | |
| País | Camas en hospitales Por cada mil habitantes | Médicos Por cada mil habitantes | Enfermeros Por cada mil habitantes | Psiquiatras Por cada 100.000 habitantes | Visitas prenatales Cuatro y más en la gestación |
| LAC31 | 2,1 | 2 | 2,8 | 3,4 | 87 |
| OCDE36 | 4,7 | 3,5 | 8,8 | 16,8 | .... |
| Región Andina | | | | | |
| Bolivia | 1,1 | 1,6 | 1,6 | 1,1 | 85 |
| Chile | 2,1 | 2,5 | 2,7 | 7 | |
| Colombia | 1,7 | 2,2 | 1,3 | 1,8 | 90 |
| Ecuador | 1,5 | 2 | 2,5 | 0,5 | 80 |
| Perú | 1,6 | 1,3 | 2,4 | 2,9 | 94 |
| Venezuela | 0,8 | 1,9 | 0,9 | SD | 84 |
| Protección financiera | | | | | |
| País | Gasto en salud per cápita US dólares per cápita | Gasto de bolsillo en salud. Proporción del gasto en salud | Población que gasta más del 10 % de su presupuesto como gasto de bolsillo en salud % | Población que cae bajo la línea de pobreza XI gasto de bolsillo en salud % | |
| LAC31 | 1026 | 34 | 7,8 | 1,7 | |
| OCDE36 | 3994 | 21 | 6 | 1,2 | |
| Región Andina | | | | | |
| Bolivia | 480 | 25 | 6 | 1,7 | |
| Chile | 2182 | 34 | 14,6 | 0,62 | |
| Colombia | 960 | 16 | 8,2 | 1,8 | |
| Ecuador | 954 | 39 | 10,3 | 2,4 | |
| Perú | 680 | 28 | 9,2 | 1,4 | |

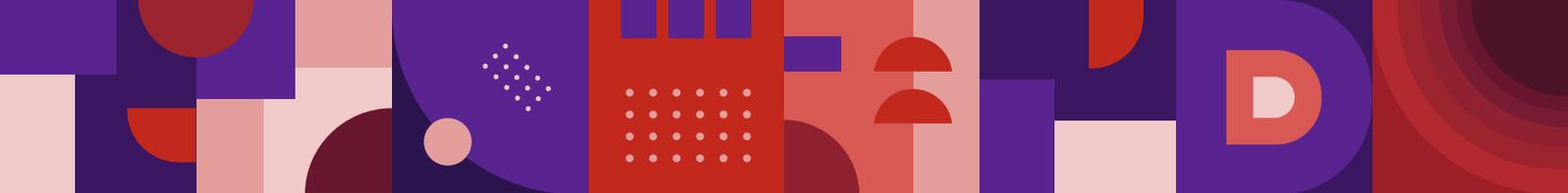
| Calidad de atención | | | | | |
|---------------------|--|--|---|---|--|
| Pais | Cobertura de vacunación de DTP3 % de la población de 1 año de edad | Cobertura de vacunación de MCV1 % de la población de 1 año de edad | Cáncer de mama Supervivencia a cinco años | Cáncer cérvico uterino Supervivencia a cinco años | Cáncer de colon Supervivencia a cinco años |
| LAC31 | 90 | 90 | 78 | 60 | 52 |
| OCDE36 | 95 | 95 | 84 | 66 | 62 |
| Región Andina | | | | | |
| Bolivia | 83 | 89 | .... | SD | SD |
| Chile | 95 | 93 | 76 | 57 | 44 |
| Colombia | 92 | 93 | 72 | 49 | 35 |
| Ecuador | 85 | 83 | 76 | 52 | 48 |
| Perú | 84 | 85 | 82 | 57 | 59 |
| Venezuela | 60 | 74 | .... | .... | .... |

Fuente: OCDE y Banco Mundial. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm> SD: Sin dato.

4.6.2 Salud, demografía y desigualdades: género y generaciones como prioridades

Como puede apreciarse, la información compilada confirma las afirmaciones precedentes, en lo que atañe al predominio de indicadores vinculados con enfermedades y no con promoción de salud. En cualquier caso, lo más relevante a destacar es que la única variante clara de medición de desigualdades sociales en salud es la vinculada con niveles de ingreso, lo que se complementa con información por sexo y parcialmente por edades. Esto último es particularmente relevante, en la medida en que la mayor parte de los indicadores utilizados se concentran en la niñez [particularmente en mediciones de mortalidad]. Sumado a ello, no se dispone más que excepcionalmente de cruces entre niveles de ingreso, por un lado, y sexo y edad por otro. Estos cruces son vitales, para poder identificar con precisión grupos específicos sobre los que operar desde las políticas públicas. Esto es particularmente llamativo si, además, se tiene en cuenta que muchas de las políticas públicas de salud han ido incorporando crecientemente perspectivas de trabajo, vinculadas con el ciclo de vida grupos de edades y aún con el curso de vida [trayectorias personales a lo largo del ciclo de vida].

En este sentido, resulta relevante constatar cómo, en el ámbito más académico hasta el momento se ha ido avanzando en el desarrollo de lo que ha dado en llamarse “sociología de las edades”, construida sobre la base de la consideración de que desde las “niñeces” hasta las “vejeces”, se despliegan procesos culturales de gran relevancia, que marcan tanto o más que los niveles de ingreso, los niveles de educación alcanzados o el tipo de trabajo que se desempeña. Otro tanto ocurre con las diferencias ya asumidas, en gran medida, en el campo académico y en la dinámica de los movimientos sociales, entre sexo y género [asumiendo que la primera categoría es eminentemente biológica, en tanto la segunda es eminentemente cultural], sin que estas construcciones conceptuales y analíticas logren teñir pertinentemente las dinámicas de las diferentes políticas públicas, incluyendo las de salud en particular. Cruzado con generaciones, por su parte, se vienen desplegando importantes esfuerzos conceptuales, asumiendo que las personas comienzan a envejecer desde que nacen y, que ello tiene implicancias para el diseño y la implementación de políticas públicas.



Todo esto, además, tiene una incidencia significativa en la formulación de estrategias, por parte de ciertos colectivos sociales marcados centralmente por estas variables, como es el caso de los movimientos de mujeres o de jóvenes, por ejemplo, terreno en el cual se han ido desplegando históricamente enfoques diferentes, logrando impactos también diferentes. Así, mientras los movimientos de mujeres han procurado dotar de perspectiva de género a todas las políticas públicas, los movimientos juveniles han operado con la lógica de construir espacios específicos para la juventud (casas de la juventud, parlamentos jóvenes, tarjeta joven, etc.). Los resultados de los procesos desplegados con base en estas dos lógicas disímiles, han mostrado impactos muy diferentes, a pesar de haberse desarrollado en paralelo en el tiempo y en el espacio en los diferentes países de la región. Así, mientras la situación de las mujeres ha ido mejorando notoriamente en las últimas décadas (más allá de que todavía queden enormes disparidades a encarar), la situación de los jóvenes ha permanecido igual o incluso ha experimentado retrocesos importantes, evidenciados en cuadros más precarios que los que vivieron las generaciones jóvenes precedentes, con relación a mecanismos de ascenso social entre otros, que fueron más y mejores para las generaciones precedentes.

En cierta medida, esto se explica porque en el caso de las mujeres, se despliegan procesos que permanecen en el tiempo (la condición de género como tal, salvo excepciones puntuales), mientras que en el caso de los jóvenes sus condiciones sociales son transitorias por definición (todas las personas dejan de ser jóvenes, con el simple paso del tiempo). Adicionalmente, el cruce entre género y generaciones ha sido hasta el momento muy precario, predominando prácticas donde se identifican movimientos de mujeres que no cuentan con fórmulas potentes en términos generacionales (apenas se considera últimamente a “las niñas”, pero no a las “ancianas”, por ejemplo), junto con movimientos juveniles que no cuentan con perspectivas de género explícitas y potentes (aunque esto ha ido mejorando últimamente, en las nuevas generaciones).

Estamos, por tanto, ante dos variables claves del desarrollo humano, que habría que incorporar más y mejor integradamente a la dinámica de las políticas públicas en general y, a las de salud en particular. Y para que esto pueda ser posible, habría que contar con más reflexión conceptual sobre estas particulares dinámicas, así como con herramientas pertinentes para la medición correspondiente de los procesos que se prioricen en este marco. Esto podría lograrse con mayores y mejores aperturas de la información estadística disponible, procesando los cruces correspondientes con regularidad y sistematicidad, así como cruzando diferentes bases de datos, recurriendo por ejemplo a las historias clínicas electrónicas, procesando grandes paquetes informativos big data considerando estas variables claves, dándole la relevancia del caso a todos los niveles, tanto entre tomadores de decisiones como entre operadores de políticas públicas.

4.6.3 Salud, territorios y desigualdades: hábitat, etnias/razas y discapacidades

Buena parte de la información disponible se procesa, además, diferenciando grandes áreas del territorio, sobre todo áreas urbanas y rurales. Complementariamente, en varios países, la información georreferenciada permite diferenciar algunos indicadores por municipios y por barrios en ciudades medianas y grandes. Todo ello ha permitido avanzar en la comprensión de las múltiples realidades específicas existentes. Sin embargo, estas desagregaciones territoriales solo excepcionalmente se presentan detalladamente, asumiendo sus propias diversidades de género, generación, raza/etnia, discapacidades y otras variables relevantes. También en este nivel, en el mejor de los casos, se cuenta con información desagregada por niveles de ingreso, asociando pobreza y exclusión con indicadores específicos de salud, siempre concentrados en enfermedades.

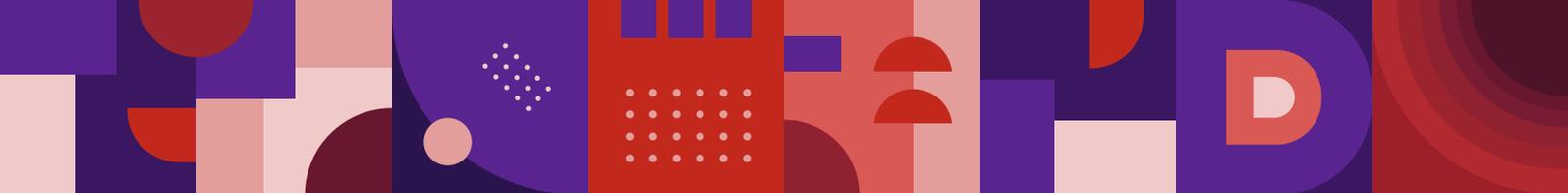


Fuente: <https://peru.oxfam.org>

Últimamente, y como respuesta ineludible a problemas de creciente gravedad y evidente complejidad [como los movimientos migratorios, en particular], se ha comenzado a trabajar con la consideración de los territorios como espacios no solo físicos sino también culturales, atravesados por múltiples fenómenos específicos, cambiantes casi por definición y que desafían de modos muy diversos a las políticas públicas. El caso de los espacios fronterizos es, seguramente, el ejemplo más paradigmático en este sentido. Variables como las razas y las etnias también han ido recibiendo más y mejor atención en este contexto, identificando áreas del territorio donde hay evidentes concentraciones de poblaciones afrodescendientes o de pueblos originarios, pero los “atlas” disponibles en este campo, solo excepcionalmente utilizan categorías diferenciales uniformes, aplicadas al conjunto del territorio [grupos diferentes en términos de etnia/raza] y distinguiendo situaciones particulares con los mismos parámetros, superando de este modo la distinción de territorios, solo según grupos predominantes.

La movilidad humana en los territorios, considerada con miradas integrales e integradas, ha ido variando significativamente, desde las primeras grandes oleadas de migración rural-urbana, a las más recientes entre ciudades de diversos tamaños y aún con los procesos de emigración internacional, por citar solo los procesos más relevantes. Históricamente, nos fuimos acostumbrando a mirar estos movimientos como etapas largas y casi lógicas del desarrollo. Pero, a diferencia de los procesos del pasado, en los últimos tiempos estos movimientos poblacionales tienen mayor dinamismo, con procesos de ida y vuelta reiterados en el tiempo, como respuesta a las cambiantes coyunturas de los respectivos entornos. Es más, en muchos casos, estos movimientos son permanentes “la permanencia del cambio”, a contrapelo de los “asentamientos” más estables del pasado [el barrio mapuche o la zona de negros de tal o cual ciudad], lo que genera desafíos nuevos y diferentes a todos los niveles.

¿Cómo viven las generaciones jóvenes indígenas sus procesos de hibridación cultural, al dejar transitoriamente sus comunidades originales para ir a estudiar o trabajar a centros poblados más o menos cercanos o lejanos, pero regresando con más regularidad a sus lugares de origen? En general, son discriminados en las ciudades por su condición étnica pero también en sus comunidades de origen por su “desapego” o su cambiante sentido de pertenencia. ¿Cómo se vivencian las relaciones de género o generacionales, con lógicas del entorno tan diferentes?



Todo otro tema de gran relevancia, en estas materias, es el vinculado con las personas afectadas por diversas discapacidades, sobre el cual, siguen sin haber definiciones conceptuales consensuadas y uniformes. La CEPAL realizó una consulta con los países de la región en 2014, identificando tres grandes enfoques conceptuales: 1) El modelo biomédico, que hace referencia solamente a las deficiencias de salud que impiden desarrollar actividades “normales” de la vida diaria, sin ninguna mención a las limitaciones presentadas por el entorno, en el espíritu de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías [CIDDDM] de 1980; 2) El modelo biopsicosocial endosado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [CIF] de 2001 y, el cuestionario breve del Grupo de Washington, que, si bien se refiere a limitaciones en la participación, considera ante todo las actividades cotidianas de funcionamiento relacionadas con el autocuidado, la educación, el trabajo y la recreación, con gran énfasis en la situación médica; y 3) el modelo social, que se refiere principalmente al ejercicio de los derechos humanos y la inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Lógicamente, sin criterios conceptuales uniformes, es imposible cuantificar y caracterizar este “universo” poblacional, por lo que solo se dispone de mediciones parciales y generales [alrededor del 15 % de la población mundial estaría afectada por algún tipo de discapacidad según la OMS, en América Latina y el Caribe existen alrededor de 85 millones de personas discapacitadas según la OPS]. Recientemente, incluso, se ha analizado la situación de las personas discapacitadas en el contexto de los procesos migratorios [ACNUR, 2021], centrando la atención en la región Andina, en Centroamérica y México. Nuevamente, estamos ante caracterizaciones de un universo poblacional en particular, sin que se lo pueda ubicar en el contexto demográfico, social, económico y cultural correspondiente, en términos “relacionales”. Por ello, de dichas caracterizaciones se desprenden propuestas de política pública que faciliten las condiciones de vida de esta población [accesibilidad, no discriminación, etc.], pero no necesariamente vinculadas con procesos de integración de este a la sociedad en su conjunto, interactuando con otros sectores poblacionales en los diferentes espacios comunitarios.

En lo que atañe a la salud, en particular, el enfoque predominante sigue siendo el biológico, aunque se tienen crecientemente en cuenta [en los discursos y en la formulación de planes y políticas, más que en las prácticas concretas] los condicionantes del entorno y los determinantes sociales correspondientes. Esto lleva a que las respuestas operativas sigan siendo eminentemente focalizadas [desde cómo mejorar las capacidades motoras, hasta cómo encarar la sexualidad en esta población], pero sin contar con una perspectiva integral e integradora específica, encarando, por ejemplo, las relaciones de poder [en las familias, en las comunidades, etc.] y las diferentes concepciones sociales y culturales vigentes, en torno a estas particulares dinámicas. Por todo lo dicho, es evidente que el gran escollo a superar [para medir y caracterizar más y mejor las determinantes y las desigualdades en salud] es el vinculado con la ampliación significativa de los cruces de datos e informaciones disponibles, mejorando sustancialmente las herramientas con las que contamos, ubicando con la mayor precisión posible a las personas y a las familias en sus entornos sociales y culturales, en términos de vida cotidiana. Si la salud es “el estado de completo bienestar” y no solo la “ausencia de enfermedades”, es imperativo encarar este complejo desafío, desde lo conceptual [Yarza, Sosa y Pérez coord., 2019] a lo metodológico e instrumental.



5 |

**DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD:
PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS**

5 – DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD: PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS

Resulta imperioso pasar del análisis retrospectivo, al análisis prospectivo, procurando construir círculos virtuosos y así intentar seriamente salir de la trampa en la que nos encontramos.

5.1 Interacciones básicas: de círculos viciosos a círculos virtuosos

Para ello, importa reflexionar sobre cómo construir sociedades más empáticas, revisar las interacciones entre Estado y mercado, imaginar los trabajos del futuro y diseñar sistemas de protección social universales y equitativos.

5.1.1 Igualdad y equidad: hacia la construcción de sociedades empáticas

Frente a la polarización social y política reinante a todos los niveles, se torna imperioso cambiar el paradigma que le brinda sustento y legitimidad, esto es, la concepción ampliamente extendida y en buena medida aceptada como una verdad revelada, que presenta todo como una guerra permanente, en la que solo hay amigos y enemigos [“o estás conmigo o estás contra mí”] y que todo ello está por encima de las desigualdades sociales “artificiales” [género, generaciones, etnias, razas, etc.], en un terreno en el que solo hay vencedores y vencidos. Se trata, en todo caso, de planteamientos de mera opinión, pero que impregnan la dinámica de nuestras sociedades a todos los niveles. Entre quienes han cuestionado dichos planteamientos, se destacan claramente los argumentos de Jeremy Rifkin [2010], quien en el libro *La civilización empática* arremete contra dichos postulados, destacando que descubrimientos en el estudio del cerebro y del desarrollo infantil obligan a replantear la antigua creencia de que el ser humano es agresivo, materialista, utilitarista e interesado por naturaleza, y a partir de allí, propone la afirmación contraria: “la conciencia creciente de que somos una especie esencialmente empática tiene consecuencias trascendentales para la sociedad” [p. 9.].

Algunos años después [este libro es de 2010], se comenzaron a conocer reflexiones similares de otros autores que actualmente están siendo referentes centrales en estas materias, entre los que se destaca Yuval Noah Harari, quien en su ya famosa “trilogía” [*Sapiens. De animales a dioses*, *Homo Deus. Breve historia del mañana* y *21 Lecciones para el siglo XXI*] aporta reflexiones tan fértiles como rigurosas sobre estos temas, hurgando a lo largo de la historia de la humanidad para encontrar las claves que permitan entender el presente y, sobre todo, imaginar proactivamente el futuro. Las conclusiones son muy similares a las de Rifkin aunque sus recorridos sean diferentes destacándose, también en este caso, las fortalezas de los seres humanos, por sobre sus evidentes debilidades.

Todo esto ha llevado, incluso, a la reflexión sobre la nueva “era” en la que estamos actualmente, la del “Antropoceno”, por oposición a la era del “Holoceno”, mostrando como “el progresivo acoplamiento de los sistemas sociales y naturales ha hecho de la humanidad el principal agente de cambio medioambiental global”, a diferencia de la larga etapa del Holoceno, “bajo cuyas benévolas condiciones climáticas ha prosperado la humanidad” y que ahora “está dejando paso a un nuevo régimen planetario lleno de peligros y oportunidades” [Arias, 2018, p. 1]. No por casualidad, el Informe Mundial sobre el Desarrollo Humano del PNUD de 2020 lleva por título: *La próxima frontera: el Desarrollo humano y el Antropoceno*. Todo esto puede sonar a “ciencia ficción”, pero estamos ante un verdadero cambio de época global, y hará falta mucha capacidad reflexiva y coherencia para procesar una toma de decisiones responsable, a tono con las dimensiones del desafío.

5.1.2 Políticas públicas: Estado y mercado en una perspectiva humanista

Si de este primer gran círculo analítico profundo y de largo plazo pasamos a un plano más acotado, lo fundamental a resaltar es todo lo referido a las relaciones entre Estado, mercado y sociedad, una temática que ha atravesado gran parte de la historia contemporánea y sobre la cual giran los principales debates actuales, tan clara como intensamente.

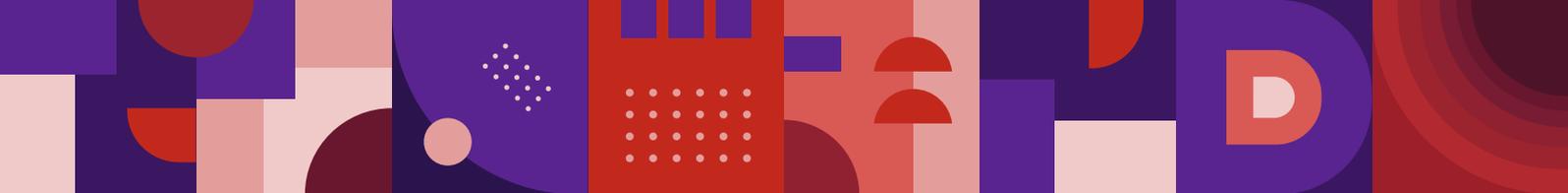
¿Cómo se podrían imaginar las dinámicas de estos tres vértices del triángulo como tal y, sobre todo, sus interrelaciones efectivas a futuro? La pregunta es clave, en especial, en relación con los roles y los aportes que cada uno de estos tres conjuntos de actores tendrán para buscar la salida de la pandemia, y en el encare de las transformaciones necesarias para construir nuevos estilos de desarrollo, basados en la inclusión y en la sostenibilidad. Las respuestas no son simples, sobre todo desde el ángulo de su viabilidad efectiva, pero lo son más desde el punto de vista de las formulaciones [¿ideales?] correspondientes: en cualquier alternativa, el Estado tendrá un rol central e insustituible, marcando el rumbo de propuestas concretas, tanto al mercado [procurando superar o al menos acotar el egoísmo y la soberbia de las élites], como a la sociedad civil [procurando institucionalizar y dar respuesta a las protestas en curso].

Un campo, en el que se definirá buena parte del desarrollo futuro de nuestros países, pasa por la universalización y el uso compartido de las tecnologías de la información y la comunicación, dada la virtualización de casi todas las dimensiones de nuestra existencia. Si esta dimensión clave del desarrollo queda en manos del mercado, seguramente jamás se llegará a la universalización necesaria [por definición, llegar con internet a territorios escasamente poblados y con posibilidades de pago muy restringidas al respecto, sencillamente, no es “rentable”] y, por tanto, las actuales desigualdades se profundizarán aún más, con este elemento clave adicional de la exclusión social que es, precisamente, el acceso a una internet de calidad. Esto deberá verse como un derecho y un bien público a asegurar [y no como una mercancía a comerciar], así como una herramienta clave para el desarrollo inclusivo y sostenible, con el que está formulada la Agenda 2030 de las Naciones Unidas.

Sobre esta base [acceso universal y gratuito a una internet de calidad], se pueden imaginar muchos desarrollos específicos a futuro: la telesalud⁷, la educación remota, el teletrabajo, la cibercultura y un largo etcétera en estas materias. Por ello, áreas claves del desarrollo [como la educación, el trabajo, la salud, la justicia y la cultura] no pueden estar sometidas a las “leyes de mercado”. Son esferas de responsabilidad indelegable del Estado, desde todo punto de vista, y esto afecta centralmente toda la dinámica de las políticas públicas, recordando siempre que, como suele decirse, “no hay que confundir valor y precio”. Para estar a tono con el valor de estas políticas públicas [en tanto contribuyen claramente al bien común], no se pueden construir estrategias de implementación sustentadas en la diferenciación entre quienes pueden y no pueden pagar.

Adicionalmente, para que el Estado cumpla cabalmente con estas obligaciones, deberán reunirse las condiciones para que el mismo no sea “secuestrado” por uno o unos pocos grupos de poder, al tiempo que habrá que trabajar intensamente para lograr los mejores estándares de eficiencia, eficacia, pertinencia, relevancia y sostenibilidad en la gestión operativa como tal. En relación a la primera de estas dimensiones, la transparencia en la gestión, sustentada en Estados en los que estén representados todos los sectores sociales y poblacionales, es fundamental, en tanto que, en relación a la segunda, el reclutamiento de los funcionarios públicos y los mecanismos de selección de los cuadros dirigentes de la gestión pública, procesos que deben sustentarse fuertemente en la validez técnica y la legitimidad

⁷ Respecto a la telesalud, en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático [COP-26, Glasgow, 2021], la Dra. María del Carmen Calle [secretaría ejecutiva del ORAS-CONHU] afirmó: “La telesalud es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, que se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye,



política correspondiente, también son claves desde todo punto de vista.

La sociedad civil y las organizaciones sociales, deberán ser parte activa de estas nuevas dinámicas del desarrollo. Para ello, deberían acotarse significativamente las prácticas puramente corporativas, desplegadas exclusivamente desde la defensa de intereses particulares, para pasar a asumir que la sociedad es más que una simple suma de estos intereses, y que la única vía para la convivencia pacífica y armoniosa es la que se sustenta en el diálogo democrático y, en la negociación civilizada de soluciones a los múltiples conflictos existentes. Esto implicará, además, que en la medida de lo posible se evite el simple ejercicio de la manipulación política en particular, la partidaria de las principales organizaciones de la sociedad civil, respetando totalmente su autonomía y reconociéndolas como lo que son, esto es, representantes legítimos de los diversos intereses particulares y comunitarios existentes.

Por su parte, las empresas y sus principales asociados, que dominan dichos mercados tendrán que evolucionar y ponerse más a tono con los nuevos desafíos del desarrollo, procurando que sus prácticas productivas no se concentren puramente en el lucro particular. Se pueden cumplir funciones productivas más solidarias con el país y con toda su población, sin duda, y ello debería guiar el accionar empresarial sobre la base del bien común, con los correspondientes respaldos del Estado y de la sociedad civil. Todo esto, difícil de construir sin duda, solo será posible en el marco de reglas de juego decididamente democráticas, puesta en práctica de las políticas para generar trabajo digno, apoyo a las pequeñas y medianas empresas, con apuestas claramente centradas en la igualdad social y en la sostenibilidad ambiental.

5.1.3 El futuro del trabajo y los trabajos del futuro como desafíos centrales

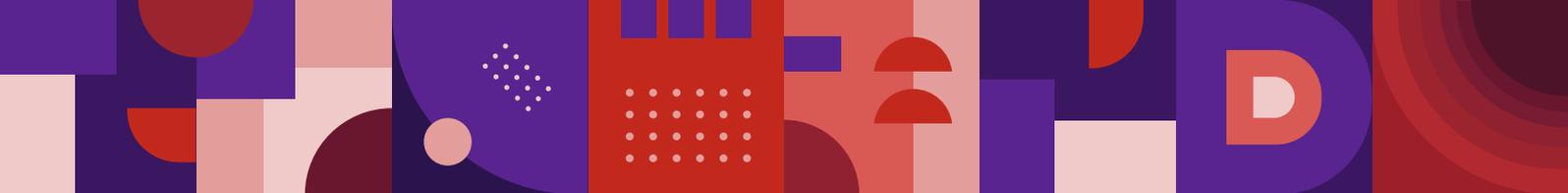
A la centralidad de la protección social universal, habrá que sumar dinámica y articuladamente la centralidad del trabajo digno. Esta es, sin duda, otra de las esferas claves del análisis prospectivo que estamos realizando y, al respecto, se han desplegado transcendentales debates en los últimos años que, seguramente, seguirán ocupando en gran medida las dinámicas más relevantes de la agenda pública a todos los niveles. En este marco, se cuenta, entre otros, con dos informes centrales previos a la actual pandemia que ubican claramente los puntos nodales de estos importantes y complejos debates: (i) el Informe sobre el Desarrollo Mundial 2019 [Banco Mundial, 2019], centrado en “La naturaleza cambiante del trabajo”, y (ii) el Informe de la Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo, conformada por la OIT [en el centenario de su creación] y titulado Trabajar para un futuro más prometedor [OIT 2019].

El texto de la OIT [2019] destaca, para empezar, el siguiente “cuadro de situación”:

Los avances tecnológicos -la inteligencia artificial, la automatización y la robótica- crearán nuevos puestos de trabajo, pero quienes van a perder sus trabajos en esta transición podrían ser los menos preparados para aprovechar las nuevas oportunidades. La ecologización de nuestras economías creará millones de puestos de trabajo a medida que adoptemos prácticas sostenibles y tecnologías limpias; en cambio, otros puestos de trabajo desaparecerán cuando

entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud. La telemedicina es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que utilizan tecnologías de la información y la comunicación. Incluye: teleconsulta, teleorientación, telemonitoreo, teleinterconsulta y teleapoyo al diagnóstico.

La telesalud es una iniciativa muy valiosa porque: 1) Mejora el acceso a la salud de la población. 2) Acorta brechas geográficas. 3) Transforma los métodos tradicionales de relación entre el personal de salud y los ciudadanos. 4) Contribuye a la mitigación del cambio climático, porque: disminuye los viajes hacia y desde los establecimientos de salud y esto ayuda a reducir las emisiones de dióxido de carbono. De esta manera la atención médica es más ecológica y sostenible, y ayuda a ahorrar tiempo, energía, materias primas [papel y plástico] y combustible, reduciendo la huella de carbono del sector de la salud.



los países vayan reduciendo progresivamente sus industrias basadas en el carbón y en el uso intensivo de los recursos. La evolución demográfica no es un factor desdeñable. Si bien es cierto que el aumento de la población juvenil en algunas regiones del mundo y el envejecimiento de la población en otras pueden ejercer presión sobre los mercados de trabajo y los sistemas de la seguridad social, estos cambios abren nuevas vías que nos brindan la posibilidad de contar con sociedades activas, basadas en los cuidados y la inclusión. [p. 10]

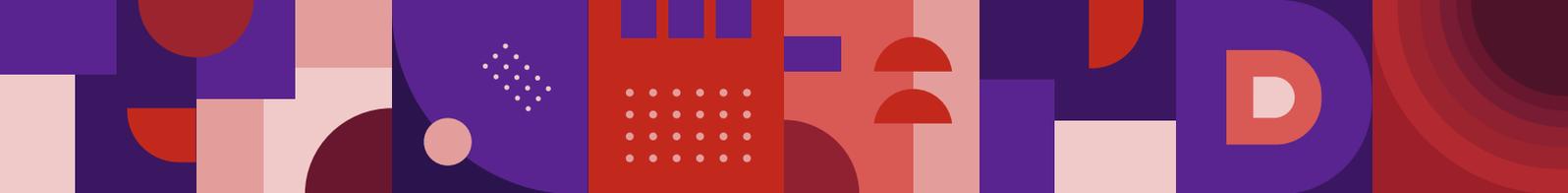
Frente a este cuadro de situación, la OIT propone un programa centrado en las personas que fortalezca el contrato social, situando a las personas y el trabajo que realizan en el centro de las políticas económicas y sociales y de la práctica empresarial. Este programa se asienta en tres ejes de actuación: [1] aumentar la inversión en las capacidades de las personas; [2] invertir en las instituciones del trabajo; [3] incrementar la inversión en trabajo decente y sostenible.

En cualquier caso, es más que evidente que los desafíos son tantos y de tal magnitud, que no se los puede ignorar desde ningún punto de vista. Pero aún en esta perspectiva, las respuestas concretas, alternativas al caos que se generaría si no se regularan eficazmente estas dinámicas a futuro, no son muchas ni cuentan con desarrollos más o menos viables. Así, mientras que para algunos autores hay que prepararse para “un mundo sin trabajo” [por ejemplo, Srnicek y Williams, 2017] para otros habría que operar con miradas más utópicas, manifestándose “a favor de la Renta Básica Universal, la semana laboral de 15 horas y un mundo sin fronteras” [Bregman, 2017] pero se trata de planteos todavía muy generales, que no distinguen suficientemente entre realidades muy diversas como las que existen, por ejemplo, entre “países altamente industrializados” y “países emergentes”. En este sentido, en América Latina comienzan a generarse insumos de gran valor para encarar estos debates [sobre todo en el seno de la OIT, la academia, las organizaciones sociales y sindicatos], pero todavía estamos lejos de contar con respuestas pertinentes, que se ubiquen a la altura de los complejos desafíos que se avecinan y considerando el trabajo como uno de los más importantes determinantes de la salud y el bienestar.

5.1.4 Protección social universal: centralidad, articulación, pertinencia

En definitiva, en lo que se podría trabajar es en torno a la creación y el fortalecimiento de sistemas universales de protección social, algo en lo que discursivamente se cuenta con buenos consensos, que desaparecen al momento de pasar del “qué” al “cómo” hacerlo. En este sentido, el PNUD (2021) afirma que no se puede esperar que la inclusión social provenga de instituciones y políticas que segmentan. En el futuro, un principio rector clave para la protección social en la región debe ser la universalidad, entendida en tres dimensiones complementarias: [i] toda la población expuesta a un determinado riesgo debe ser protegida mediante un mismo programa; [ii] la fuente de financiación debe ser la misma para cada programa, en función del tipo de riesgo cubierto, y [iii] cuando los programas ofrecen prestaciones en especie, la calidad debe ser la misma para todos. Estos principios tienen diferentes implicaciones para los programas de salud, de pensiones, de discapacidad y de retiro, de protección contra la pérdida de empleo y de pobreza. Sin duda, argumentos contundentes para ubicarse en estas dimensiones.

La principal lección de acuerdo con los términos del PNUD (2021), es que hay que eliminar las contribuciones basadas en los salarios y la distinción entre programas contributivos y no contributivos, para lo cual recomiendan hacerlo a través de mayores impuestos a la renta, a la propiedad y a las actividades que dañan el medio ambiente. También se sugiere una reconsideración de los regímenes fiscales especiales y en todos los casos, a través de una menor evasión [que iría de la mano de una menor informalidad]. Por medio de estas vías los impuestos podrían aportar una triple contribución a la protección social: financiar sus programas, reducir directamente la desigualdad de ingresos y facilitar el crecimiento de la productividad.



En definitiva, la crisis asociada con el COVID-19 puede ser un tercer momento en la historia de la protección social en la región. Esta crisis es muy diferente de la crisis de la deuda de la década de 1980. La primera, es un hecho realmente exógeno causado por un virus; la segunda fue en gran medida endógena, causada por una mala gestión macroeconómica. Sin embargo, hay una dimensión en la que la crisis actual podría ser muy similar a la de la década de 1980: puede ir seguida de cambios sustanciales en la protección social y la tributación, conforme los países luchan por contener los daños sociales, restablecer el equilibrio fiscal y reanudar el crecimiento económico. En este contexto, la respuesta de la década de 1990 a la “década perdida” que la precedió, ofrece a ALC una lección extremadamente valiosa. Con el actual sistema de protección social, con solo aumentar los impuestos para financiar más gasto social, no se logrará una prosperidad compartida y sostenible. Con un sistema universal sí: la región sería más equitativa y podría crecer más rápidamente.

Cabe destacar que este tema se ha abordado en los seminarios web que semanalmente realiza el ORAS-CONHU⁸. Por ejemplo, en el marco de la conmemoración de sus 50 años, el 15 de diciembre de 2021, realizó el foro Protección social universal, un objetivo urgente. Algunas de las ideas compartidas fueron las siguientes:

- La pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia la urgencia de transformar los sistemas de salud, y se ha revalorizado la salud como un supremo bien público.
- Es prioridad reorientar el diseño de la protección social de cara a los desafíos de construir sistemas plenamente universales y solidarios, impulsados por robustos pactos sociales y fiscales.
- Es necesario recaudar más y de mejor manera los recursos fiscales, fortalecer el enfoque intersectorial en las políticas de salud [interdependencia entre las dimensiones de salud, social, económica y ambiental], y abordar la determinación social de la salud para reducir inequidades.
- Es esencial evaluar los gastos tributarios. Los países que tienden a aumentar el gasto público disminuyen el gasto de bolsillo y contribuyen a la equidad. Existen argumentos y espacio para aumentar los impuestos de salud específicos [sobre el alcohol, el tabaco y otros]. Las medidas de mejora de la eficiencia deben acompañar estos esfuerzos.
- Una recuperación transformadora exige la reestructuración de los sistemas de salud y un estado de bienestar fortalecido que:
 - Mantenga las medidas de protección social, políticas fiscales expansivas y que se aumente la inversión pública.
 - Garantice la cobertura universal, gratuidad y calidad en los servicios de salud.
 - Priorice políticas redistributivas y solidarias con enfoque de derechos.
 - Construya sistemas de protección social universales, integrales y sostenibles en el marco de sociedades del cuidado.
 - Convoque a un pacto social centrado en la igualdad y en el ejercicio de los derechos, vinculado a un pacto fiscal que garantice la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud y de protección social.

⁸ Véase: Webinars ORAS-CONHU: <http://orasconhu.org/node/622>; <https://www.facebook.com/orasconhu/videos/659028225467596>
<https://www.youtube.com/watch?v=WfgXFB-m16I>

5.2 Agenda 2030: los objetivos de desarrollo sostenible como desafío

Una “línea de base” debe mostrar una “fotografía” de la situación verificada en el punto de partida, que pueda servir de referencia central, para monitorear y evaluar metas y resultados a obtener a futuro. Ese “horizonte futuro” está explicitado en la Agenda 2030.

5.2.1 El panorama de América Latina y el Caribe en el análisis de la CEPAL

En América Latina y el Caribe, el seguimiento sistemático y global de la Agenda 2030 y de los 17 ODS en ella incluidos, está a cargo de la CEPAL, organismo que regularmente entrega informes de avance, al respecto. El último disponible es el que se presentó en la Quinta Reunión del Foro de Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible⁹, realizado en forma virtual en marzo de 2022, ofrece una radiografía en materia de avances y desafíos y reitera ideas de la Cuarta Reunión realizada en el 2021: “Constataremos con preocupación que las tendencias que indicaban que la integralidad de la Agenda estaba en riesgo [...] se han exacerbado con la pandemia, y casi dos tercios de las metas que destacamos serán inalcanzables si no cambiamos sustancialmente el modelo de desarrollo” [CEPAL, 2021, p. 9]. El cumplimiento de las metas planteadas al 2030, afirma Bárcena, todavía es posible, pero solo con cambios profundos en las estrategias de desarrollo vigentes:

El objetivo de no dejar a nadie atrás solo podrá hacerse realidad mediante la solidaridad internacional, los avances en la integración regional, la movilización de recursos para financiar los ODS, la mejor implementación a nivel nacional y local de la Agenda 2030, el fortalecimiento de las instituciones, la resolución de problemas mediante la cooperación internacional y el aprovechamiento de la ciencia y la tecnología. [CEPAL, 2021, p. 10].

El informe como tal, está estructurado con base en una visión holística, en cuyo marco se ubican los avances en los ODS, analizados a partir de la construcción paulatina de series estadísticas elaboradas a partir de los indicadores establecidos¹⁰. Sobre esta base, la CEPAL procedió a clasificar los avances registrados, en tres categorías:

- a) Las metas que ya se han cumplido o se cumplirían siguiendo las tendencias actuales.
- b) Aquellas metas que se alcanzarían solo con intervención activa de políticas públicas, sosteniendo las tendencias actuales [correctas pero insuficientes].
- c) Metas que se alcanzarían solo con intervención activa de políticas públicas, pero cambiando las tendencias actuales [que son negativas]. En el caso de un 32 % de las series, la tendencia es positiva; en el caso de otro 32 %, es imprescindible implementar acciones de política a fin de alcanzar las metas, y para el 36 % restante, la tendencia es de estancamiento o retroceso, por lo que resulta imperioso aplicar acciones correctivas a fin de revertirla.

A continuación, se muestra el detalle correspondiente:

⁹ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=rmiPy6Uwjwc>

¹⁰ En tal sentido, destaca los avances concretados en estas materias: (i) Se incrementó el número de series analizadas de 72 en 2020 a 177 en 2021, ampliándose el análisis de 67 indicadores en 2020 [26 % del total de indicadores] a 110 indicadores [42 % del total] con información suficiente en 2021. (ii) De las 177 series analizadas, 119 corresponden al conjunto de los 150 indicadores priorizados para la región. Esto representa el 53 % de los indicadores del marco regional de indicadores para el seguimiento de los ODS en América Latina y el Caribe, que pudieron ser proyectados con la información disponible. (iii) Todos los ODS están cubiertos por al menos una de las series estudiadas. (iv) El ejercicio permitió evaluar la tendencia correspondiente a 86 metas; 60 de ellas son metas cubiertas por los indicadores priorizados para la región, de las cuales representan el 65 %.

Tabla 52. Posibilidades de lograr las metas previstas en los ODS, según escenarios

| La Tendencias solo se alcanzaría con intervención mediante políticas públicas | | | | |
|---|------------|--|---|------------------------------|
| ODS | Total | La meta se alcanzó o se alcanzaría con la tendencia actual | La tendencia es la correcta pero no es suficiente para alcanzar la meta | La tendencia es de retroceso |
| ODS 1 | 15 | 2 | 7 | 6 |
| ODS 2 | 11 | 1 | 2 | 8 |
| ODS 3 | 36 | 18 | 9 | 9 |
| ODS 4 | 15 | 5 | 10 | 0 |
| ODS 5 | 4 | 1 | 3 | 0 |
| ODS 6 | 14 | 4 | 5 | 5 |
| ODS 7 | 5 | 3 | 2 | 0 |
| ODS 8 | 14 | 3 | 4 | 7 |
| ODS 9 | 8 | 3 | 1 | 4 |
| ODS 10 | 16 | 3 | 2 | 11 |
| ODS 11 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| ODS 12 | 10 | 3 | 1 | 6 |
| ODS 13 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| ODS 14 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| ODS 15 | 7 | 3 | 3 | 1 |
| ODS 16 | 4 | 0 | 2 | 2 |
| ODS 17 | 14 | 6 | 3 | 5 |
| TOTAL | 177 | 56 | 56 | 65 |

Fuente: CEPAL. (2021). Reunión del Foro de Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible. Santiago

El panorama es, efectivamente, heterogéneo, predominando en el conjunto la división de tres tercios referida, pero importa constatar que en el caso del ODS 3, la mitad de los indicadores ya se lograron o podrían lograrse con base en las tendencias actuales, en tanto los que requerirían de intervenciones de política pública se dividen en dos mitades exactas, entre aquellos en que las tendencias son positivas y aquellos en las que dichas tendencias son negativas. Con relación al ODS 10, en cambio, el panorama es más desalentador, en la medida en que, en 11 de los 16 indicadores considerados, las tendencias son negativas y requieren cambios profundos en su orientación. Las tendencias de los ODS 1 y 2, también son preocupantes.

5.3 Midiendo desigualdades en salud: potencialidades y limitaciones

Siempre ha sido difícil “medir” dinámicas económicas y/o fenómenos socioculturales de cualquier tipo, y los caminos recorridos en este campo no han sido sencillos. En cualquier caso, se han acumulado avances e identificado desafíos, que importa revisar y analizar.

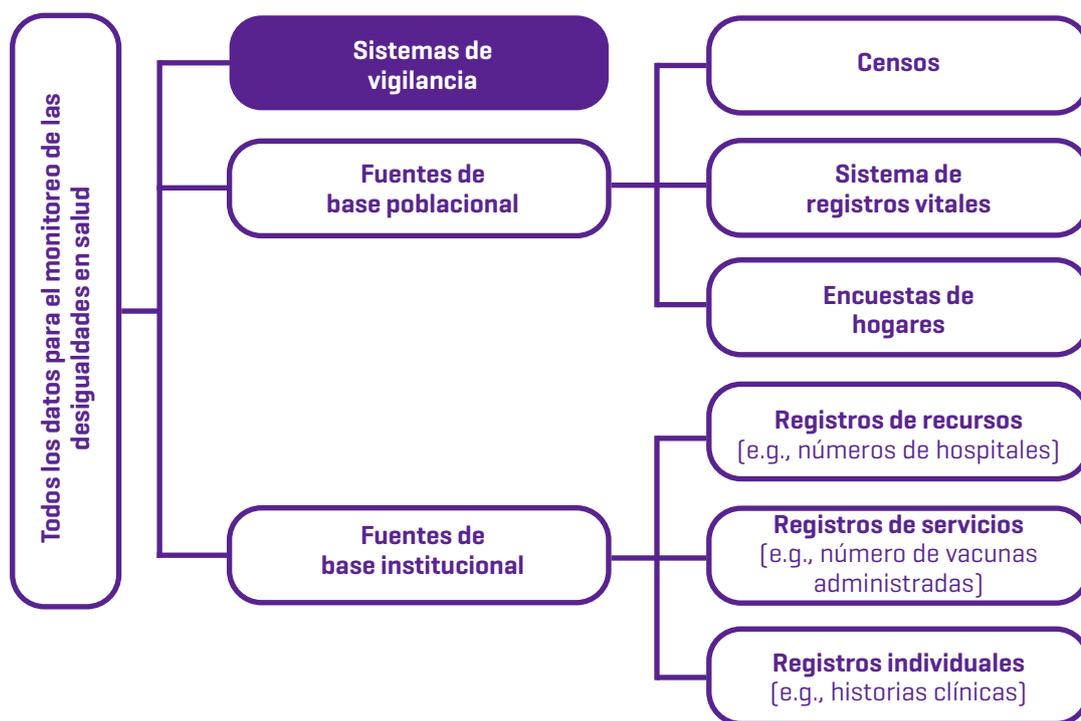
5.3.1 Principales fuentes de datos: censos, encuestas y registros administrativos

Uno de los grandes desafíos metodológicos ha sido, desde siempre, el de las fuentes de datos, esto es, la producción primaria de información, sobre cuya base se realizan luego los cruces y los análisis correspondientes. En general, la mayor parte de los esfuerzos en este campo se han concentrado en la generación de información “objetiva”, vinculada con la situación real de las personas; solo en las últimas décadas se han comenzado a desplegar esfuerzos relevantes en el campo de las “subjetividades”, esto es, las percepciones de la gente sobre tales situaciones “reales”.

De acuerdo con el Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud (OPS/OMS, 2016), existen básicamente dos grandes categorías de fuentes de datos: a) de base poblacional y b) de base institucional. Los sistemas de vigilancia, que combinan datos de base poblacional e institucional, a veces se consideran una tercera categoría. Las fuentes de datos poblacionales son las que contienen información sobre cada individuo de una población (por ejemplo, datos censales) y las que contienen información sobre una muestra representativa de la población (por ejemplo, encuestas de hogares). Las fuentes institucionales recolectan datos en el curso de sus actividades administrativas y operativas, por lo que únicamente incluyen a personas que han tenido interacción con una institución dada.



Gráfico 15. Fuentes de datos para el monitoreo de las desigualdades en salud

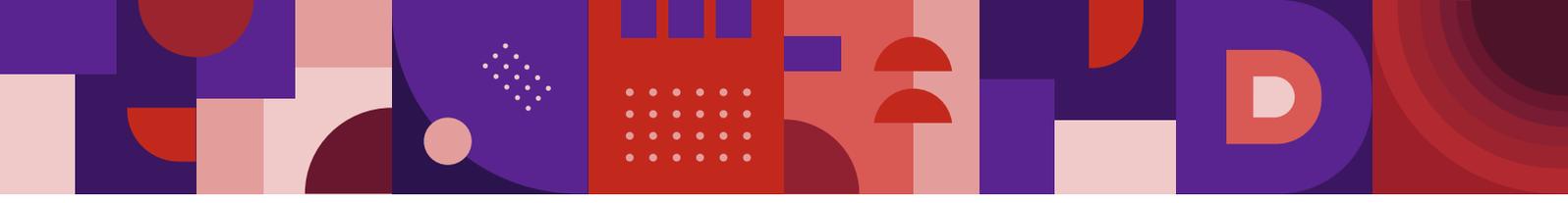


Fuente: OPS/OMS. (2016). Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211>

Un rápido recuento de las principales fuentes disponibles debería incluir las siguientes¹¹:

- **Censos nacionales de población y vivienda:** son la herramienta más completa y rigurosa de recopilación de información, en la medida en que no se trabaja con “muestras”, sino con el universo total de la población, pero por sus múltiples complejidades operativas y sus elevados costos, solo pueden realizarse promedialmente cada diez años. Todos los países de la región cuentan con este tipo de instrumentos y sus propios contenidos y metodologías han ido variando con el tiempo, incorporando nuevas demandas y nuevas herramientas de trabajo.
- **Encuestas de hogares de usos múltiples:** teniendo en cuenta las limitaciones de los censos, los Institutos de Estadística implementan las denominadas encuestas de hogares de usos múltiples, realizadas primero anualmente y luego trimestral o semestralmente, mediante muestras representativas del universo, que luego se acumulaban en una muestra anual. Han aportado mucha y muy valiosa información a la que brindan los censos, y esto ha llevado a que no en pocos casos se considere que estos últimos ya no hacen falta.
- **Encuestas temáticas específicas:** teniendo en cuenta las limitaciones del tamaño de las muestras de las encuestas de hogares, se comenzaron a concretar encuestas sectoriales o temáticas, a

¹¹ Una descripción de las fuentes de información se encuentra en: OPS/OMS. Manual de monitoreo de las desigualdades en salud. 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211>.

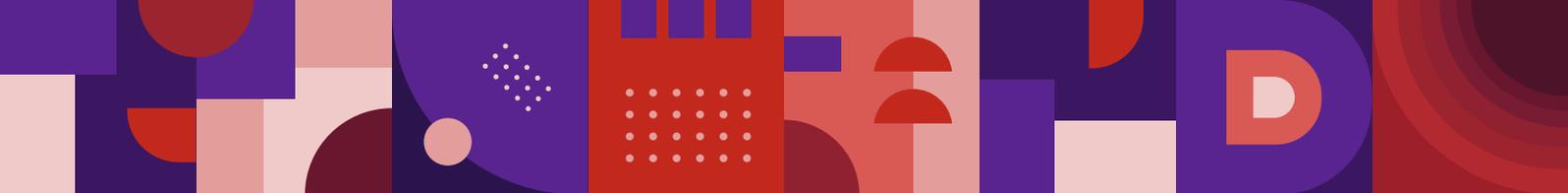


veces como simples “módulos” de estas o como encuestas específicas [realizadas por separado], pero con base en las mismas muestras generales, incluyendo encuestas de salud, educación, empleo, seguridad y demás temas específicos, así como poblaciones afrodescendientes, niñez y adolescencia, jóvenes, adultos mayores y otros sectores afines.

- **Encuestas de opinión pública:** complementariamente, y asumiendo el desafío de medir “subjetividades” o “percepciones sociales”, irrumpieron las encuestas de opinión pública, desarrolladas en general desde empresas privadas especializadas [complementarias de las más “objetivas” realizadas por los organismos oficiales de estadística], que con el tiempo fueron “comercializando” sus “productos”, ofreciendo, de todos modos, información de gran relevancia, tanto para la toma de decisiones como para la alimentación de debates públicos.
- **Registros administrativos:** en otra línea, también complementaria, pero en la mayor parte de los casos distanciada de todas las anteriores, se fueron desplegando esfuerzos cada vez más rigurosos en el campo de los registros administrativos, por parte de las diferentes instituciones [gubernamentales y no gubernamentales] sobre sus propias actividades rutinarias, pero con serias limitaciones en cuanto a los formularios y los protocolos utilizados, lo que ha impedido concretar comparaciones sólidas en el tiempo y en el espacio.

En el campo específico de la salud, todas estas herramientas han sido utilizadas para generar y procesar información. Un rápido recuento de aprendizajes y desafíos, en este sentido, debería destacar, al menos, los siguientes elementos de juicio:

- Un primer problema ha sido el vinculado con la dispersión de esfuerzos y la falta de coordinación efectiva de trabajo en estas materias. Así, los Institutos de Estadística han trabajado con sus propias reglas de juego, “aislados” en gran medida, de las dinámicas institucionales vinculadas con sus temas de investigación, así como de las universidades y centros de investigación “usuarias” de sus productos, apenas ligadas a las directrices de los Ministerios de Planificación y/o de Economía de los que generalmente dependen.
- En segundo lugar, las prioridades de trabajo en este campo han sido fijadas dentro de dicha lógica, y solo han sido sensibles a las fuertes demandas de diferentes sectores sociales, económicos y/o políticos, o a la recepción de recursos económicos para su concreción, especialmente desde la cooperación internacional. Así, la mayor parte de las encuestas específicas por ejemplo, han sido concretadas originalmente en este marco, pero sin la posibilidad de mantenerlas en el tiempo, incorporándolas establemente a las rutinas de trabajo.
- Un tercer problema relevante, es el vinculado con el uso efectivo de la información generada, terreno en el cual en general se ha trabajado con mecanismos casi exclusivamente técnicos, sin demasiada preocupación por desplegar esfuerzos interpretativos potentes, ni diseñar “formatos” más sencillos y atractivos de difusión, que permitan concretar nexos más dinámicos entre la generación y la apropiación de la información, asumiendo que estas son tareas propias de otros actores [centros de investigación, medios de comunicación, etc.].
- En cuarto lugar, un serio problema ha sido el vinculado con las distancias temporales que siempre han mediado entre la generación original de información primaria, su procesamiento analítico y la difusión correspondiente. Cuando los “tiempos” respectivos se miden en años como generalmente



ocurre- en el marco de períodos acotados de gestión institucional, estamos ante insumos que apenas permiten comparar inicios y cierres de gestión, y no ante procesos más dinámicos de relación con el diseño y la implementación de políticas públicas.

- Por último, un quinto aprendizaje colectivo es el que se vincula con la opacidad o la transparencia con que este tipo de insumos informativos son socializados, tanto entre tomadores de decisiones como en el conjunto de la opinión pública, terreno en el que ha primado, históricamente, un exagerado “secretismo”, en cierta medida sobre los principales “hallazgos” producidos, pero sobre todo en relación a las bases de datos generadas, que solo recientemente son publicadas como tal, facilitando en este sentido su uso independiente.

5.3.2 Observatorios en salud: sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación

Concentrándonos específicamente en el campo de la salud, se pueden exponer varias dinámicas particularmente relevantes en este complejo campo de generación, procesamiento y difusión de información, centrando la mirada en los Observatorios de los Ministerios de Salud de los diferentes países de la región. Un rápido recuento, en este sentido, debería destacar, al menos, las siguientes:

- En términos de procesos, podría decirse, muy en general, que se pasó de la conformación inicial de equipos que trabajaron básicamente en torno a registros administrativos, a equipos más heterogéneos que incorporaron tareas vinculadas con el procesamiento de información censal y procedente de encuestas de terceros, que más recientemente han ido responsabilizándose de la realización de encuestas propias, con lo que se avanzó notoriamente respecto a los primeros pasos dados en este campo.
- En términos sustantivos, todo parecería indicar que, desde el comienzo mismo de estos procesos, las tareas giraron más en torno a la atención de enfermedades (acompañando la lógica del funcionamiento de los propios sistemas de salud) que en torno a la promoción de salud. Esto tiñó, incluso, las propias encuestas de salud: la de Chile de 2016-2017, por ejemplo, fue presentada como *una herramienta que utiliza el Ministerio de Salud para saber qué enfermedades y qué tratamientos están recibiendo hombres y mujeres de 15 años y más*.
- En relación con las dinámicas de trabajo, se fue pasando de equipos integrados básicamente por personal estrictamente de salud, a equipos más interdisciplinarios, incorporando sociólogos, economistas, psicólogos, administradores, abogados y trabajadores sociales (entre otros) que aportaron sus “saberes” para enriquecer las prácticas desplegadas en las primeras etapas; esto facilitó, por ejemplo, la incorporación de las “determinantes sociales en salud”, entre otras transformaciones relevantes.
- En paralelo, se fue pasando de equipos altamente centralizados a redes de equipos descentralizados (con una importante impronta local y municipal), en cuyo marco se desplegaron nuevas metodologías de trabajo, como las vinculadas con la realización de los denominados “análisis de situación integral de salud” (ASIS), que aportaron bases fundamentales para el diseño y la implementación de políticas, centradas en los territorios específicos y con un fuerte énfasis en su carácter “integral”, incorporando diversas dimensiones.
- Sin embargo, todos estos énfasis en el diagnóstico, no pasaron (al menos con la misma fuerza y

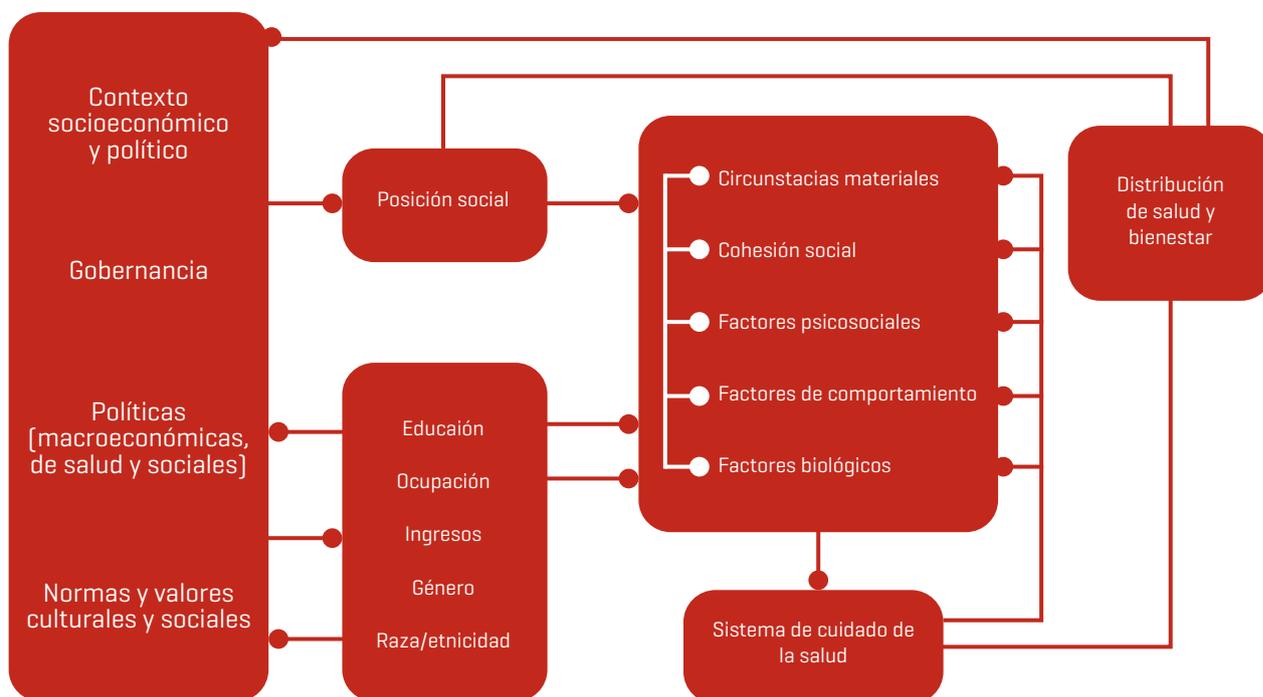
con la misma legitimidad] al campo de la evaluación, incluso se utilizaron solo parcialmente en el respectivo monitoreo, dejando que este campo vital de la dinámica de las políticas públicas de salud, quedara a cargo de agentes externos, nacionales e internacionales, sin darle la relevancia correspondiente a las autoevaluaciones, que generalmente se realizaban sin la necesaria rigurosidad y con fines más administrativos que sustantivos.

- En cualquier caso, paulatinamente se fueron diversificando los tipos de evaluación que se realizaban, al principio muy centradas en eficiencia y eficacia (en el uso de recursos y en el cumplimiento de metas) incorporando luego otras dimensiones (pertinencia, relevancia, sostenibilidad) que fueron enriqueciendo estos procesos, visualizados claramente en la incorporación generalizada del denominado “marco lógico”, centrado en la evaluación de impactos, impuesta en buena medida por la cooperación internacional.

Esto llevó según todo parece indicar, a que los propios esquemas interpretativos, por ejemplo, los centrados en el análisis de las “determinantes sociales en salud”, fueran concebidos con fuertes improntas tecnocráticas, dejando poco espacio para enfoques alternativos como el definido en Uruguay, incorporando dimensiones ligadas al “poder” y a la dinámica del propio sistema de salud.

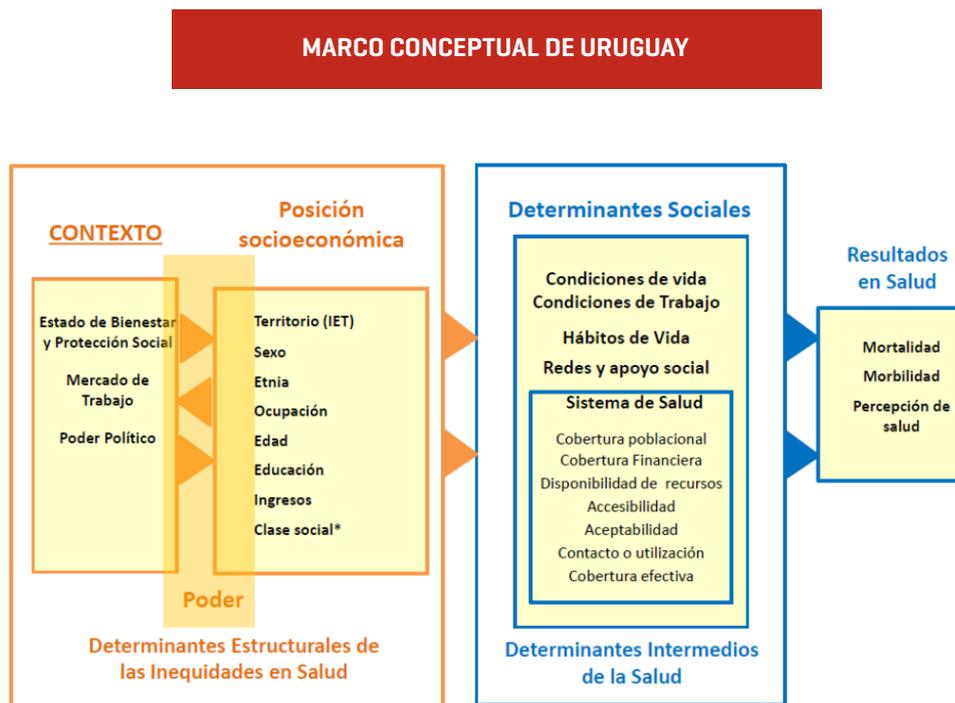
Los dos esquemas siguientes (uno general, diseñado por la OPS y el otro más específico, diseñado por el Ministerio de Salud de Uruguay) permiten visualizar las correspondientes semejanzas y diferencias:

Gráfico 16. Determinantes sociales de la salud e inequidades en salud, según la OPS



Fuente: OPS. La Salud en las Américas 2017. Washington.

Gráfico 17. Determinantes sociales de la salud

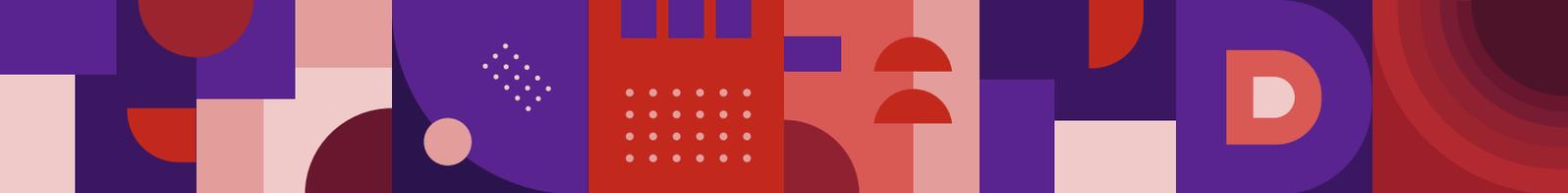


Fuente: MSP. Inequidades en Salud y sus Determinantes Sociales en Uruguay. Montevideo.

5.3.3 Telesalud, salud electrónica: limitaciones del presente, posibilidades del futuro

La “cibersalud” se ha venido abriendo camino lentamente en las últimas décadas al menos en algunas áreas específicas, pero ha tenido que ubicarse en el centro de las políticas públicas y los recursos dispuestos para enfrentar la pandemia del COVID-19, acelerando muy significativamente procesos que se venían desplegando desde antes de su irrupción a comienzos de 2020. Desde luego, no son nuevos los procesos ligados con la computarización de la realización de exámenes médicos, con la informatización de las historias clínicas y de la gestión administrativa de los centros de salud [por solo mencionar algunas de las áreas en las que se viene trabajando en este sentido desde hace mucho tiempo], pero la utilización generalizada de aplicaciones móviles para detectar y comunicar focos de contagio, organizar e implementar los exámenes correspondientes o los procesos de vacunación [de nuevo, solo por destacar algunas áreas en particular], han irrumpido con mucha fuerza en estas esferas y todo indica que, además, llegaron para quedarse. Por cierto, ya se cuenta con alguna literatura relevante en estas materias, por ejemplo, Moller [2020].

Todo esto ha ido de la mano de procesos similares en otras esferas del desarrollo; claramente en el campo de la enseñanza remota, el teletrabajo y las comunicaciones personales y grupales en general. Son procesos que han tenido su lado oscuro sin duda, en la medida en que las desigualdades sociales existentes se han reforzado con el impacto de esta virtualización de la vida cotidiana [millones de



trabajadores, sobre todo informales, que no han podido reconvertirse, millones de niñas, niños, adolescentes y jóvenes que han abandonado las aulas presenciales y no han podido tener acceso a las aulas virtuales]. Pero a la vez, esto ha tenido impactos positivos, claramente en la ampliación del acceso a información que estaban restringidos y fueron liberados y puestos a disposición en internet, en el desarrollo de encuentros y diálogos virtuales sin que limiten las distancias, en el desarrollo de contactos en línea con especialistas en salud, en el acceso a presentaciones que antes solo se realizaban personalmente y ahora, se complementan con herramientas virtuales y las ponen al alcance de personas interesadas, independientemente del lugar donde resida o esté transitoriamente, y otras áreas similares.

Desde luego, esto también se venía gestando desde antes de la pandemia, gracias al desarrollo de las potencialidades de internet, a la masificación de las redes sociales, al desarrollo de la telefonía móvil inteligente, a la construcción de verdaderas culturas de la comunicación interactiva a distancia, a la generalización de la creación y el uso de aplicaciones para todo tipo de actividades [desde los controles vitales de quienes están haciendo ejercicios, hasta la realización de sofisticadas intervenciones quirúrgicas apoyadas en la robótica], pero con la llegada del COVID-19 todo esto se ha expandido exponencialmente, hasta niveles que, hasta hace muy poco, parecían pura fantasía.

Hoy, gracias a nuestra propia colaboración [más o menos consciente o consentida, por cierto], las grandes empresas tecnológicas cuentan con más datos de cada uno de nosotros que nosotros mismos, con lo cual, pueden hacer que “mágicamente” nos llegue publicidad ligada a nuestros gustos e intereses más específicos, con el uso de algoritmos que van generando “perfiles” de toda clase y tipo, para ponerlos al servicio de todo tipo de causas y objetivos, desde los más elementalmente ligados al consumo suntuario hasta la vigilancia personal y social de todos y todas.

En el campo de la salud, en particular, es muy claro el avance que se produce cuando se logra desarrollar las tecnologías que permiten contar con historias clínicas electrónicas [un proceso en el que nuestros países avanzan a ritmos dispares y van logrando coberturas crecientes, pero todavía insuficientes] no solo por tener “todo en un mismo lugar”, sino sobre todo por tenerlo a disposición del conjunto de quienes tienen que ver con estas verdaderas historias personales, comenzando claro está por las propias personas, más allá de que las consideremos “pacientes”, “usuarios” o “destinatarios centrales” de los servicios de salud. Sin duda, la universalización de este tipo de herramientas debe ser y de hecho lo es en la mayor parte de los casos una meta a lograr al más breve plazo posible, pero sería fundamental hacerlo no únicamente con las historias clínicas de quienes consultan en el tercer nivel de atención, sino también y hasta fundamentalmente, con el conjunto de quienes se acercan a nuestros centros de atención primaria de salud, de quienes podemos tener toda una radiografía personal, familiar y social, que luego podría transformarse en la base de la construcción de verdaderas hojas de vida electrónica saludables, que fueran a su vez la base de todas nuestras estrategias de monitoreo y evaluación.

¿Estamos ante una simple utopía, ante un riesgo enorme [dependiendo del uso que se haga de las mismas] o de una gran oportunidad para conocer más y mejor, a quienes tienen que ser el centro de todas nuestras políticas públicas, esto es, las personas concretas, ubicadas en sus respectivos entornos familiares, comunitarios y globales? Es un hecho que, en el marco de estos procesos de creciente virtualización, las propias nociones de tiempo y espacio se modifican radicalmente, y ya no dependemos tanto en perspectiva, de las distancias o de los horarios de atención o de las pautas culturales más o menos dominantes en nuestros entornos más inmediatos.



Y si damos un paso más, asumiendo que estamos ante una gran oportunidad, esta real o aparente “utopía”, ¿será posible?, ¿se podría concretar con todas las garantías de reserva y de respeto a la privacidad que deberían ir de la mano de su desarrollo efectivo? Se trata de preguntas abiertas, para las que todavía no tenemos respuestas contundentes, pero lo cierto es que en principio las dos preguntas pueden responderse positivamente, aunque para que dichas respuestas puedan mantenerse, en concreto, haya que trabajar mucho y muy bien a futuro. Técnicamente, ya disponemos de las herramientas necesarias, por lo que habrá que reflexionar mucho a futuro, en torno a las implicancias éticas entre otras, de la utilización generalizada de las herramientas que nos está ofreciendo esta cuarta gran revolución tecnológica.

¿Qué implicancias concretas podría tener todo esto, en relación con nuestra labor en el campo de la “medición” de las desigualdades sociales en salud? Para empezar, el trabajo a desplegar se podría ver significativamente facilitado en términos operativos, pero en lo fundamental, esto nos permitiría trabajar con grandes paquetes informativos big data procesados casi en tiempo real, incorporando todos los cruces que consideremos pertinentes, relevantes y oportunos a la vez realizados por parte de los diferentes actores participantes en estos procesos (y no exclusivamente, ni fundamentalmente, por parte de los “especialistas” en la materia) y en el marco de las concepciones conceptuales, contextuales y situacionales correspondientes.

¿Es solo “soñar despiertos”? Puede ser, pero lo cierto es que nada de lo que ha ocurrido en la historia de la humanidad ha sido fruto del azar; en realidad, casi todos los grandes avances logrados han partido por algún “sueño” particular, y ahora, con la irrupción de la inteligencia artificial, todo esto se está expandiendo notoriamente. Soñemos o no, lo importante es “que nadie quede atrás”.

El tema tiene una gran relevancia, que hay que ubicar en el contexto correspondiente, recordando que estamos en la “cuarta revolución industrial”, aunque no se tenga demasiada conciencia real de lo que esto significa. El siguiente esquema muestra el proceso histórico correspondiente:

Cuadro 12. Revoluciones industriales y desarrollo tecnológico: siglos XVIII a XXI

| Primera Revolución | Segunda Revolución | Tercera Revolución | Cuarta Revolución |
|---|---|---|--|
| Siglo XVIII | Siglos XIX y primera mitad del XX | Desde mediados del siglo XX | Siglo XXI |
| Mecanización basada en el poder del agua y del vapor. | Producción masiva basada en la instalación de líneas de ensamblado y el uso de la electricidad. | Automatización basada en el uso de computadoras y la electrónica. | Expansión de sistemas productivos físico-digitales, basada en la digitalización de la realidad cotidiana y la hiperconectividad de los procesos, las cosas y las personas. |

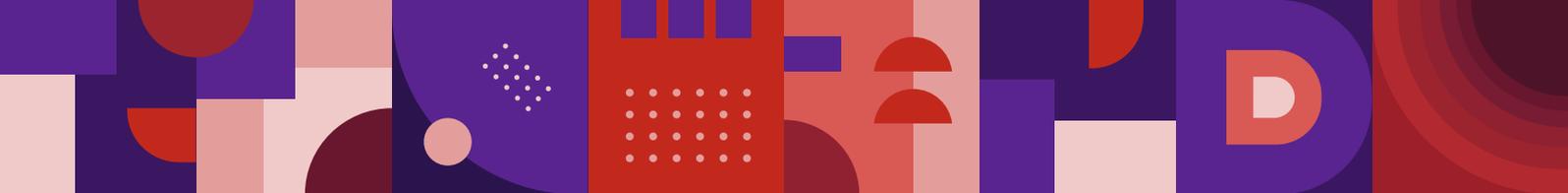
Fuente: Martínez, R.; Palma, A. y Velásquez, A. [2020]. Revolución tecnológica e inclusión social: reflexiones sobre desafíos y oportunidades para la política social en América Latina. CEPAL.

En el informe Revolución tecnológica e inclusión social: reflexiones sobre desafíos y oportunidades para la política social en América Latina [CEPAL, 2020], se sostiene que la cuarta revolución tecnológica que está en curso, desde hace un tiempo, y los cambios en los sistemas de producción, consumo, gestión y gobernanza tienen efectos en la salud, la educación, la vivienda o el transporte, abriendo un espacio de desafíos y oportunidades para las políticas públicas ¹².

En cualquier caso, no todo es “color de rosa”. Tal como se sostiene en este informe, un reto central para las políticas públicas en la actualidad consiste en “lograr que las transformaciones de la revolución digital sean herramientas que permitan avanzar de forma más rápida y eficiente en el desarrollo social inclusivo y no se conviertan en elementos que amplíen las brechas existentes” [Martínez, Palma y Velásquez, 2020, p. 23]. Esto, obviamente, nos lleva directamente a los temas centrales del presente documento de trabajo, concentrando nuestra atención en la “salud electrónica”, pero a la luz de los múltiples impactos que todo esto tiene en la educación, el trabajo, la protección social y muchas otras dimensiones de la vida cotidiana y de la dinámica operativa de las políticas públicas, en general, y las concentradas en el desarrollo social, en particular.

Uno de los indicadores claves en este sentido, es el vinculado con el acceso a internet, esfera en la cual los países andinos muestran situaciones sumamente diversas entre sí. La información disponible indica que entre 2010 y 2018, el porcentaje de usuarios pasó del 22 al 44 % en Bolivia, del 45 al 82 % en Chile, del 38 al 63 % en Colombia, del 29 al 58 % en Ecuador, del 35 al 62 % en Perú y del 38 al 71 % en Venezuela. Como puede apreciarse, el acceso aumentó considerablemente en todos los países andinos, en particular, pero a esto hay que sumar las desigualdades internas, terreno en el cual, las áreas rurales y urbano-marginales, así como las familias ubicadas en los quintiles más bajos de ingresos, muestran porcentajes más bajos.

¹² Las nuevas tecnologías digitales permiten interactuar al mundo físico con el digital en torno a: (i) la generación, el almacenamiento, la transmisión y la publicación de datos de manera masiva (como el Internet de las Cosas, la computación en nube, la computación cuántica, el Big Data y el Open Data); (ii) la deshumanización progresiva del trabajo (como la analítica informática, la inteligencia artificial, la robótica, el cómputo afectivo); (iii) las interacciones humano-máquina (como la realidad virtual y la aumentada, las interfaces táctiles y las gráficas de usuario, y los sensores de diferente clase, incluyendo los usados para la identificación biométrica y el reconocimiento de voz); (iv) la conversión de lo digital a lo físico (como las impresoras 3D -incluyendo la bioimpresión- y las 4D); y (v) la convergencia de conocimiento y tecnologías para la producción de nuevos materiales desde el campo de la microtecnología, la biotecnología, la nanotecnología y la tecnología verde” [Martínez, Palma y Velásquez, 2020, p. 15].



En cualquier caso, lo importante es concentrar la mirada en la esfera de la salud, sobre todo en términos de oportunidades generales, terreno en el que el informe de la CEPAL destaca que las tecnologías de la cuarta revolución son muy útiles para hacer frente a los desafíos epidemiológicos y de la salud pública. Asimismo, recalca los beneficios de las tecnologías digitales para contribuir a resolver problemas asociados con la promoción del bienestar físico y mental, la generación de alertas epidemiológicas, diagnósticos y tratamientos, la gestión oportuna de los servicios de emergencia, entre otros. De esta manera, por medio de la integración de diferentes dispositivos, servicios y aplicaciones informáticas se proporcionan oportunidades para recopilar información, analizarla y tomar decisiones, y mejorar la comunicación en tiempo real con los usuarios.

Es relevante, entonces, analizar cómo nuestras sociedades pueden aprovechar las herramientas tecnológicas para avanzar en el sendero de desarrollo que nos propone la Agenda 2030, en particular, para alcanzar las metas del ODS 3. Para que los avances tecnológicos sean realmente aprovechados en el sentido del bien común y el desarrollo con igualdad, deben visibilizarse e intencionarse políticas públicas, pues el desarrollo de la tecnología desde el mercado no va a direccionarse automáticamente para cubrir este tipo de objetivos y garantizar el derecho a la salud. [Martínez, Palma y Velásquez, 2020, pp. 38-39]

Todo esto, sin duda, es relevante en todas las dimensiones de la salud, pero lo es, en particular, en lo que atañe a la medición de las desigualdades sociales en este campo, dado que el respaldo de estos avances tecnológicos para procesar grandes paquetes de información big data, utilizando herramientas vinculadas a la inteligencia artificial, por ejemplo, permitiría concretar grandes avances en estas esferas, posibilitando a vía de ejemplo, desagregaciones más concretas, en torno a grupos y subgrupos poblacionales específicos [no cubiertos por las muestras usuales].

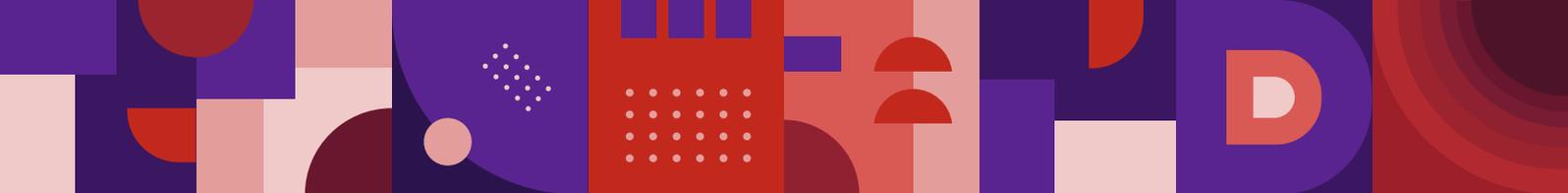
5.4 Bases para el diseño de un plan de acción regional

Esta Línea de base, con todas sus limitaciones, pero también con sus aportes concretos a la descripción del “estado de situación”, en el campo de las desigualdades sociales en salud en los seis países de la región Andina, deberá contrastarse con un conjunto de metas a lograr con actores sociales clave, en un horizonte temporal definido con la mayor precisión posible.

5.4.1 Principales fundamentos para el combate a las desigualdades sociales en salud

Se requiere diseñar e implementar un Plan de Acción Regional y el desarrollo de proyectos específicos [por ejemplo, un observatorio regional] con el propósito de incidir en políticas públicas, para enfrentar las desigualdades sociales de la salud. Los fundamentos se han expuesto en los capítulos precedentes y analizado en reuniones quincenales con los miembros de la Mesa Andina. No obstante, corresponde recordar los acuerdos marco con los que estamos trabajando.

El referente primordial es que la salud es un derecho humano fundamental, “regla de juego” que aparece consignada en importantes instrumentos internacionales, regionales y nacionales y que nos recuerda que el principal desafío es su cumplimiento.



Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. [Art. 25. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948]

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. [Art. 12. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1966]

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios. [ONU. Observación general N°14, 2000]

En la Observación general N°14 [2000], también se enuncian los elementos esenciales [disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad]¹³ y afirma: “al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados: respetar, proteger y cumplir [...] la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.”

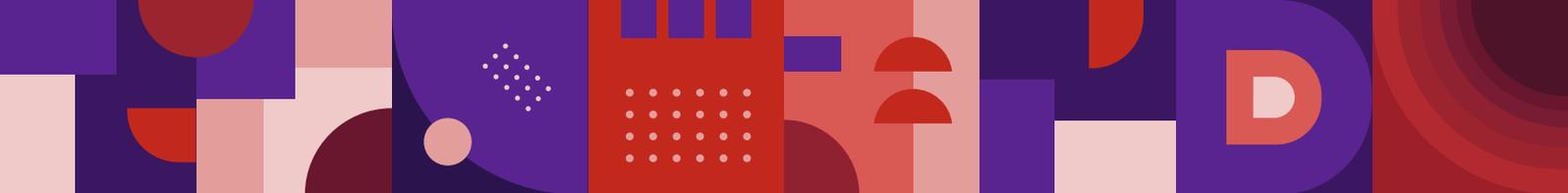
Tal como lo expresó la Alta Comisionada para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Michelle Bachelet, en la presentación del Informe de la Comisión de Alto Nivel de la OMS a 40 años de la Declaración de Alma-Ata:

[...] en 1978, representantes del mundo de la salud y del desarrollo se reunían en Alma-Ata y emitían una declaración sin precedente. Ante la experiencia acumulada y el deber de dar respuesta a la desigualdad, llamaban a la comunidad internacional a comprometer una acción urgente: se pedía convertir a la salud en condición de bienestar para todos, sin exclusión [OPS, 2019a, p.9].

Cabe destacar que en el Informe de la Comisión de Alto Nivel Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata [OPS/OMS, 2019], se incorpora el tema de la desigualdad social en relación con el derecho a la salud y el enfoque de los determinantes sociales de salud:

[...] este documento incorpora el concepto de “matriz de la desigualdad social” para entender cómo la confluencia de formas de exclusión y discriminación múltiples y simultáneas da lugar a inequidades en salud y afecta a otros ámbitos del desarrollo social que a su vez se retroalimentan entre sí. Este concepto nos desafía a considerar a las personas, sus realidades y sus experiencias de manera holística y no compartimentada, con el fin de crear políticas que respondan más efectivamente a esta complejidad. Asimismo, este punto de vista pone el énfasis en la manera en la que las relaciones sociales y las asimetrías de poder inciden sobre el ejercicio de los derechos de las personas, incluido el derecho a la salud [...] En relación con esta perspectiva, según el enfoque de los determinantes sociales de la salud, las inequidades en salud son el resultado de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Si bien reconocemos el avance que en sí representa este abordaje y la importancia de su incorporación a

¹³ ONU [2000]. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>



los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) como instrumento estratégico de reconocimiento global, al mismo tiempo planteamos la necesidad de profundizar este abordaje, con una mirada crítica sobre las consecuencias de modelos económicos de desarrollo insostenibles. De este modo, consideramos que es insuficiente un abordaje de los “determinantes sociales de la salud” de forma compartimentada e incluso descontextualizada, sin plantear la pregunta de por qué se generan, para quiénes y para qué [...] El presente documento - plantea un abordaje de “determinación social” según el cual debe asumirse la necesidad fundamental de actuar sobre los procesos sociales y las dinámicas de poder de nuestras sociedades, interpretándolas en el contexto del marco histórico en el que se replican y se perpetúan, acentuando las inequidades.

La matriz de la desigualdad social complementa el análisis y el abordaje de determinación social al reconocer a la desigualdad como una característica histórica y estructural de las sociedades de la Región e identifica los elementos que condicionan las circunstancias en las que las personas se desenvuelven. Entre ellas están las socioeconómicas, el género, la raza o etnia, el lugar de residencia y la etapa del curso de vida, y otros como la situación de discapacidad, la condición migratoria, y la orientación sexual y la identidad de género. De esta forma, la salud está determinada por los procesos sociales y las dinámicas de poder, e intrínsecamente relacionada con otras dimensiones de bienestar, como el acceso a la vivienda y los servicios básicos, a la educación, al trabajo decente, a la protección social y a la participación política, entre otros. Los ejes que estructuran la desigualdad se entrecruzan y se potencian, y también manifiestan los derechos vulnerados. [OPS 2019^o, p. 4]

Con este marco, las 10 recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel [OPS 2019, pp. 14-15] son claras:

- Asegurar un modelo institucional del Estado que le permita cumplir con su responsabilidad ineludible de garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos.
- Desarrollar modelos de atención basados en la Atención Primaria de Salud (APS), centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad.
- Generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad [intercultural y funcional] para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud.
- Establecer mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado para alinearlos con el objetivo de garantizar el derecho a la salud.
- Eliminar las barreras de acceso a la salud universal.
- Abordar los procesos de determinación social, a través de intervenciones intersectoriales de salud que promuevan cambios sustantivos sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructuras básicas de una población en un territorio.
- Reposicionar la salud pública como eje orientador de las respuestas del Estado para la transformación de los sistemas de salud.
- Valorar a los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS.
- Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población.

- Desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

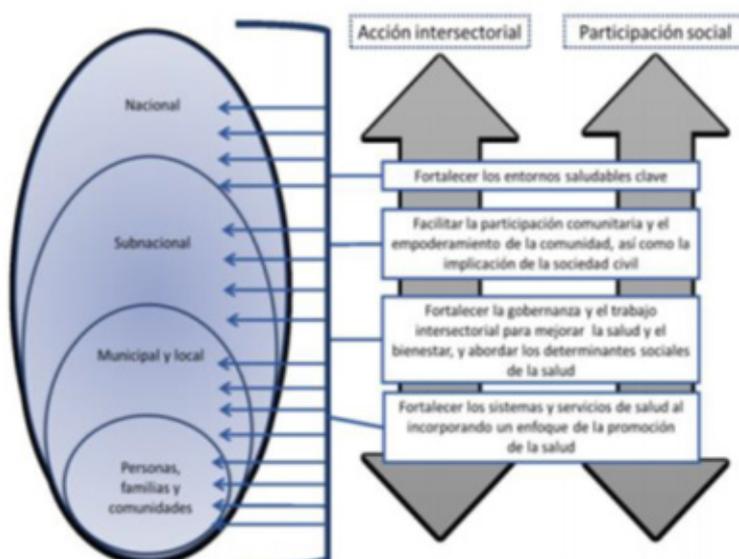
5.4.2 Enfrentando las desigualdades sociales en salud: principales fundamentos

La Mesa Andina asumió estos enfoques recordando el juicio totalmente pertinente de Therborn (“la desigualdad mata”), y operando en plena sintonía con la consigna central de la Agenda 2030: “para que nadie quede atrás”. En este marco, también incorporamos la consigna central del ODS 3: “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, al igual que la propuesta central del Plan Estratégico 2020-2025 de la OPS, que ubica la equidad como “el corazón de la salud”. Por supuesto, la visión y misión del ORAS-CONHU es un fundamento central:

Visión: la región andina ha avanzado significativamente en el ejercicio efectivo del derecho a la salud de su población, a través de una progresiva integración y una red intensificada de cooperación. Misión: Armonizar, articular e implementar las decisiones en materia de salud, manteniendo la identidad andina, a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para combatir las desigualdades e inequidades en salud. [ORAS-CONHU, 2018, p. 83]

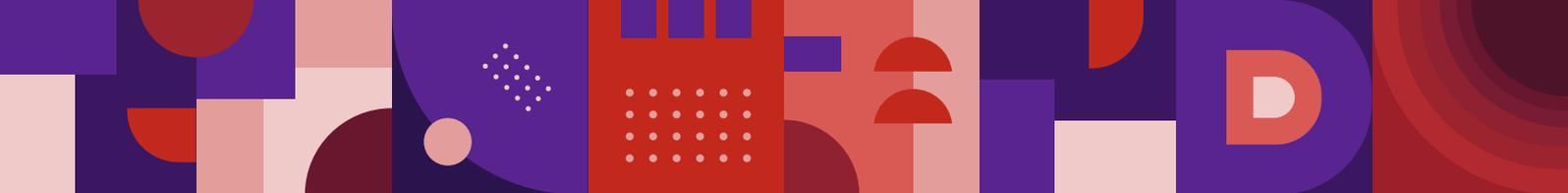
En este sentido, tal como lo plantea Gerry Eijkemans, jefa de la Unidad de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud de la OPS/OMS, todo esto debe adaptarse, ahora, al nuevo contexto creado por la pandemia del COVID-19, con base en el siguiente esquema general de trabajo, diseñado en el marco de la Estrategia y el Plan de Acción de Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030:

Gráfico 18. Ubicando la equidad en el corazón de la salud, según la OPS



Fuente: ORAS-CONHU. [Webinar] Promoción de la Salud y Determinantes Sociales: Desafíos para enfrentar la pandemia¹⁴. Febrero, 2021. Disponible en: <http://orasconhu.org/node/622>. OPS/OMS. 2010. Promoción de la Salud en el contexto internacional. Pág. 11.

¹⁴ Puede acceder a este webinar en diferido: <https://www.youtube.com/watch?v=z4rtfzwbp7a>
<https://www.facebook.com/orasconhu/videos/1614691795585557>

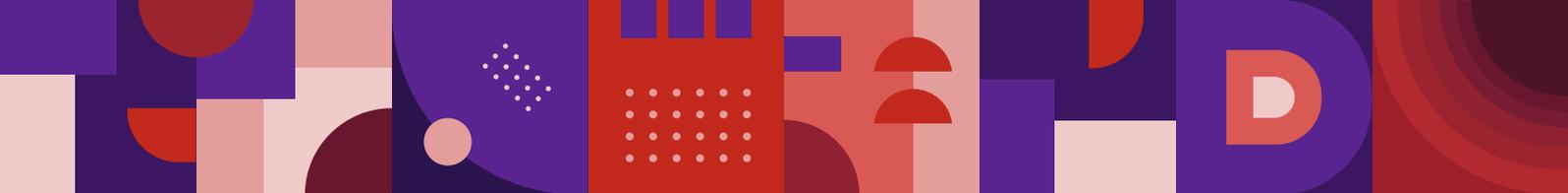


En este marco, el objetivo central está definido como renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes sociales de la salud con el fin de mejorar la salud y reducir las inequidades, en el contexto de la Agenda 2030.

Desde este ángulo, se asume la crisis actual como una oportunidad, a partir de la constatación de que las desigualdades son tan evidentes como innegables, que el interés por enfrentarlas es cada vez más generalizado, que no se puede enfrentar la pandemia si no se asume el enfoque sobre desigualdades sociales, que la crisis está profundamente asociada a viejos problemas estructurales, que están emergiendo nuevos liderazgos y que, en definitiva, “no es suficiente la atención médica para enfrentar la pandemia”.

En este marco, las bases de nuestro eventual futuro Plan de Acción Regional Andino sobre Desigualdades Sociales en Salud, podrían sintetizarse en los siguientes criterios básicos:

- 1.** Asumir el enfoque de “desigualdades múltiples” y operar sobre el conjunto de las desigualdades existentes, a través de estrategias holísticas, construidas sobre la base del carácter acumulativo e interseccional de tales desigualdades, en las mismas personas y comunidades.
- 2.** Partir del carácter estructural de la crisis por la que atraviesa la región, centrada en fuertes retrocesos económicos y sociales, sistemas de protección social precarios y democracias frágiles, que llevan a que dicha crisis impacte más y peor en los sectores excluidos.
- 3.** Incorporar decididamente las categorías de análisis centradas en la estratificación social de la población, construidas a partir de la información sobre distribución de ingresos, cruzando todas las demás variables y el tratamiento de los indicadores seleccionados, con esta perspectiva.
- 4.** Partir de la clasificación del conjunto de la población, en torno a los principales ejes estructuradores de las desigualdades [género, generaciones, etnias/razas, territorio, movilidad humana, discapacidades, capacidades, ecológicas] operando con los correspondientes enfoques “relacionales”.
- 5.** Centrar las respuestas a futuro en el marco de propuestas generales de transformación sistémica. Se asume que el simple regreso a la antigua “normalidad” no es aconsejable. “La normalidad era el problema”.
- 6.** Someter todas las medidas que se diseñen e implementen a las dos condiciones básicas de los futuros modelos de desarrollo deben ser incluyentes y sostenibles , superando las respuestas centradas en más ajustes estructurales financiados con endeudamiento externo.
- 7.** Fortalecer el trabajo intersectorial y la institucionalización del monitoreo de las desigualdades de salud en los seis países andinos. Es esencial mejorar y completar el análisis cualitativo y cuantitativo, en coherencia con el marco conceptual de las desigualdades múltiples. Ver los anexos 1 y 2: un set mínimo de indicadores a utilizar como punto de partida y las metas e indicadores del ODS 3 de los países andinos.



Otros desafíos requieren avanzar en los niveles de trabajo intersectorial para contribuir a:

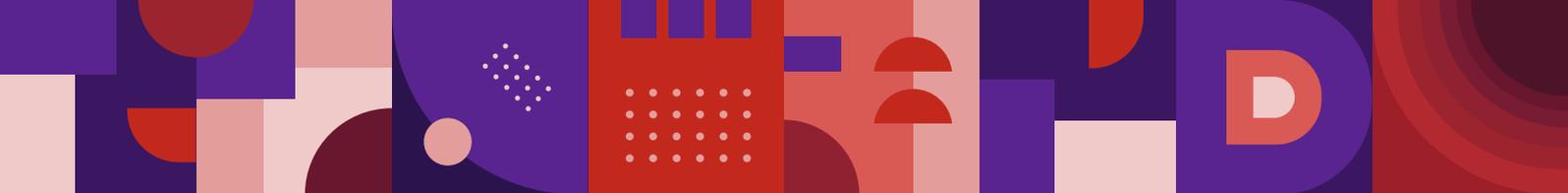
1. Mejorar el rol más activo de la rectoría del sector salud, y acotar los márgenes de autonomía con el que se manejan las dinámicas de mercado en este campo, a través de regulaciones más pertinentes y efectivas.
2. Revisar y transformar los sistemas de salud actualmente vigentes, con el objetivo de superar sus dos principales limitaciones [la segmentación y la fragmentación], para estar en mejores condiciones de asegurar el acceso universal a la salud.
3. Establecer mecanismos de financiamiento del sector salud más equitativos, que aseguren la misma calidad en la atención a todos sus componentes operativos, superando la actual existencia de modalidades diferentes que refuerzan las desigualdades existentes.
4. Mejorar el desempeño del personal de salud en el enfrentamiento a las desigualdades sociales en salud, para lo cual se requiere estrategias de formación al respecto, evaluar y ajustar las propias prácticas y rutinas de trabajo cotidiano y fomentar relaciones más empáticas con los usuarios. Es esencial el abordaje de la interseccionalidad de las desigualdades y el desarrollo de enfoques como “Una Salud”.
5. Desplegar estrategias de información, educación y comunicación basadas en comunidad y con enfoque de derechos, proactivas y que legitimen más y mejor estos nuevos énfasis en el combate a las desigualdades sociales en salud. Es prioridad fortalecer las capacidades de gestión para el desarrollo de políticas públicas, que se diseñen e implementen a futuro y cuenten con más y mejores apoyos.

En su conjunto, estas y otras medidas afines que se definan, oportunamente, deberían permitir avances sustanciales en este campo, para contribuir de este modo al cumplimiento de la Agenda 2030, “sin dejar a nadie atrás”.

5.4.3 El sistema de monitoreo y evaluación por construir centrado en procesos y resultados

Finalmente, el Plan de Acción a construir deberá incluir el montaje de un Sistema de Monitoreo y Evaluación, que permita realizar el seguimiento correspondiente de su implementación efectiva. Una primera pregunta clave refiere al “qué” monitorear y evaluar. La respuesta obvia es fácil de enunciar: monitorear y evaluar las desigualdades sociales en salud, y hacerlo desde el enfoque centrado en las denominadas “desigualdades múltiples”.

Esto implicaría tratar de superar resueltamente los enfoques más tradicionales, esto es, aquellos centrados en enfoques puramente “biológicos” que giran en torno a “enfermedades” (de hecho, se cuenta con una amplia variedad de “observatorios” que funcionan con esta impronta), así como de aquellos que cuando incorporan perspectivas “sociales”, se quedan apenas en el análisis de la “pobreza” [priorizando la atención de “grupos vulnerables”]. Pero también implicaría superar los enfoques que se concentran casi exclusivamente en las desigualdades de ingreso, ignorando las otras múltiples desigualdades sociales y culturales existentes, ubicándolas como prioridades para la atención de salud, al menos, en su componente de salud pública.

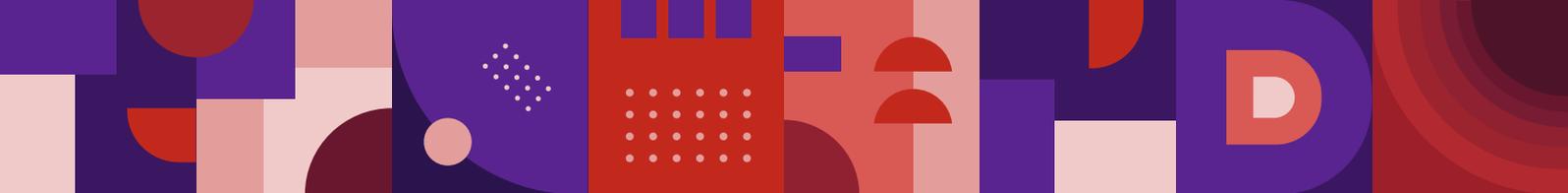


Un paso importante se ha dado en los últimos tiempos al incorporar, además, las desigualdades territoriales, mapeando las desigualdades de ingreso en función de los niveles subnacionales [provincias, departamentos, regiones, municipios, etc.]. En este sentido, la propuesta formulada por Sanhueza, Espinosa, Mújica y Barbosa da Silva [2020] es una referencia ineludible, en particular, en función del monitoreo y la evaluación que se realice en relación con el ODS 3 de la Agenda 2030, centrado en salud. Contar con perfiles sociodemográficos de la población afectada en los diferentes países de la región, desagregados lo más ampliamente posible, permitirá orientar más y mejor las políticas públicas que se diseñen e implementen, así como la propia toma de decisiones cotidiana que hay que encarar, en el terreno concreto donde estos problemas se presentan y se enfrentan.

La segunda pregunta clave es “cómo” monitorear y evaluar. Las respuestas en plural que se pueden formular, deberían abarcar una amplia gama de campos específicos, incluyendo el tipo de herramientas a utilizar, pero a la luz de los enfoques conceptuales que guían la construcción y el uso de tales mecanismos, así como las lógicas con las que se imbrican teorías y herramientas. En este sentido, importa relativizar el alcance y la pertinencia del denominado “marco lógico”, y resaltar el valor y la pertinencia de las denominadas “teoría del cambio” y las “perspectivas críticas”, centradas en los elementos causales y explicativos de los problemas que se pretenden encarar, así como de la cadena de razonamientos que nos permiten ir del diagnóstico y a la implementación de respuestas, para lograr los cambios que pretendemos conseguir.

En este sentido, parece evidente que si las medidas de cuidado preventivo de los posibles contagios, se establecen con base en la idea de que “la gente es irresponsable” o, alternativamente, desde el ángulo que centra la mirada en las “condiciones del entorno” para poder cumplirlas, los resultados esperados pueden llegar a ser muy diferentes en los diversos contextos en que se apliquen, y los resultados efectivamente logrados van a estar más distantes aún, de las expectativas en uno u otro caso.

Esto nos lleva directamente a la adjudicación de responsabilidades por la multiplicación de contagios. Así, mientras en el primer enfoque las “culpas” serán de la gente, en el segundo las responsabilidades estarán concentradas en las autoridades públicas [encargadas de implementar las principales políticas públicas], que no hayan tenido la sensibilidad necesaria como para imaginar estrategias diferenciadas [según los contextos específicos] para operar en estas materias. Si a todo esto le sumamos la labor de los medios de comunicación [priorizando uno u otro enfoque], la empresa privada y otros actores, todo se vuelve aún más complejo y difícil de manejar proactivamente.



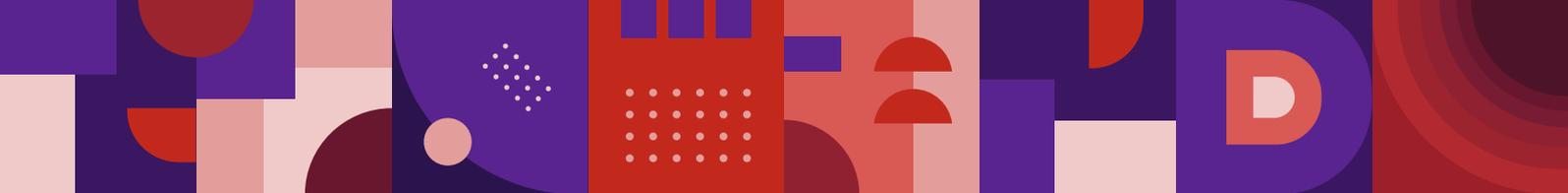
Por cierto, esto dista de ser una simple adjudicación de responsabilidades. En realidad, esto se relaciona directa e intensamente con los múltiples conflictos sociales y políticos existentes en los países andinos, y los datos que aportan los recientes procesos electorales son por demás elocuentes, respecto al “castigo” que han concretado los electorados a los elencos gubernamentales establecidos. En lo específicamente vinculado con las desigualdades sociales en salud, es claro que estas están influyendo fuertemente en el “estado de ánimo” de la población en su conjunto, claramente diferente a un lado u otro de las fronteras que separan a las diferentes clases sociales, más allá de la denominación que utilicemos para nombrarlas.

Una tercera pregunta clave es “para qué” monitorear y evaluar. En este caso, las respuestas también pueden ser muy diversas, dependiendo de los enfoques filosóficos, políticos y culturales con los que tratemos de concretarlas, pero en todos los casos, deberían tener un denominador común: monitorear y evaluar para mejorar sustancialmente las políticas públicas. En principio, los consensos al respecto -en términos puramente teóricos- pueden ser tan amplios como los podamos imaginar, pero como suele decirse, “el diablo está en los detalles” o, en referencia a cualquier contrato, “lo importante está en la letra chica”, en este caso, más en el “cómo” que en el “qué” de dichas políticas públicas en general y de las políticas públicas de salud en particular.

Así, las respuestas posibles serán muy diferentes -y hasta contradictorias-, si las miramos desde el punto de vista del interés general o desde el punto de vista de los intereses de algunos grupos específicos en particular. Esto plantea, nuevamente, la dicotomía entre Estado y mercado, esto es, [en nuestra esfera de acción] entre la gestión pública o privada de la salud. Se podrá decir que estas son definiciones globales que están por encima de las instancias, en las que se tiene que monitorear y evaluar las políticas públicas, tal como han sido diseñadas e implementadas, pero, aun así, tienen implicancias directas y muy concretas en estos procesos en particular. A modo de ejemplo, y retomando la “teoría del cambio”, el monitoreo y la evaluación se puede realizar para mostrar y demostrar “cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo” [Wilkinson y Pikett, 2019].

¿Estamos ante un debate puramente ideológico, filosófico y político? En realidad, no. En este campo específico del monitoreo y la evaluación, tanto las áreas como los indicadores que seleccionemos para operar, van a estar centralmente influidos en este sentido. En el ejemplo que presentamos, si comparamos sin más los resultados de clínicas privadas con los de hospitales públicos [en cualquier esfera específica], el balance estará claro desde el comienzo a favor de las primeras, pero si incluimos variables relacionadas con el tipo de usuarios en un caso u otro, la balanza se inclinará claramente hacia los segundos.

Y si dejamos de lado los “contrapuntos” correspondientes, en el campo estrictamente discursivo, y pasamos al análisis de la realidad “real” -como suele decirse en muchos casos-, es más que evidente que en el campo de cualquier política pública en general y en las de salud en particular, operan muchos y muy diversos actores que representan evidentes grupos de interés, por lo cual, la dinámica concreta va a estar teñida, fuertemente, por sus respectivas, posturas -y presiones-. Definitivamente, el interés de los laboratorios privados en el actual manejo de las vacunas contra el COVID-19, es totalmente consistente con sus intereses particulares, y lo mismo podría decirse de las empresas que abastecen centros de salud con equipamiento tecnológico de gran complejidad, y así sucesivamente. Los “usuarios” también cuentan, pero, como sabemos, cuentan muy poco.



Por último, una cuarta pregunta se refiere a las claves con las que monitorear y evaluar. De nuevo, por todo lo dicho hasta aquí, varias de estas claves son obvias: centrar la mirada y operar sobre el conjunto de las desigualdades múltiples y no solo con relación a las centradas en el ingreso, operar desde la lógica del interés colectivo y no respondiendo a presiones de grupos corporativos particulares. Pero, además, tenemos que asumir resueltamente una opción metodológica fundamental para lograr, efectivamente, cruzar las diferentes variables sectoriales y transversales, lo más dinámicamente posible. Asimismo, se debe asumir que las opciones entre qué cruzar, no se determinan solamente por la disponibilidad de información precisa o equipos técnicos sólidos, sino también por las opciones filosóficas, ideológicas, culturales y políticas anteriormente aludidas.

Es más que evidente, por ejemplo, que en los años ochenta no teníamos herramientas para medir la “pobreza”, a pesar de que la pobreza existía, obviamente; hizo falta asumir políticamente su relevancia, para que técnicamente se construyeran los indicadores para su medición y, en definitiva, su tratamiento desde las políticas públicas. Ahora, con la desigualdad, estamos ante un escenario semejante: hemos asumido que existe y que es muy relevante, pero apenas estamos empezando a definirla, caracterizarla y medirla.

En aquel entonces, nuestros Institutos de Estadística no realizaban estimaciones de “pobreza multidimensional”, por ejemplo, como lo hacen ahora; no estaban preparados, las herramientas con las que trabajaban eran muy rudimentarias, el personal técnico no había sido formado en estas materias, etc., por lo cual, se pusieron en práctica todas las medidas correspondientes, para superar tales limitaciones, con el aporte -fundamental- de los avances tecnológicos en este campo. El mismo ejercicio habrá que hacerlo ahora con el tema de las “desigualdades múltiples”.

En este terreno, por cierto, ya contamos con una idea más precisa acerca de las enormes e injustas disparidades existentes, al menos en el campo de la distribución de los ingresos, y también contamos con ideas más generales pero potentes sobre otras desigualdades relevantes (género, generaciones, territorios, etnias/razas, etc.), pero todavía no tenemos una mirada holística, integral e integrada al respecto. Tenemos varias piezas del rompecabezas, pero todavía no las tenemos todas ni las tenemos a todas ubicadas en el lugar correspondiente.

Definitivamente, hoy podemos hacer muchas de las cosas que antes no podíamos. Los avances tecnológicos (big data, inteligencia artificial, algoritmos, almacenamiento en la nube, etc.) nos pueden permitir hacer todos los cruces que queramos, pero hacen falta las decisiones políticas para concretarlo. Es más que evidente que, mientras en el sector privado estas herramientas se utilizan intensa y muy creativamente, en el sector público todavía queda un camino por recorrer para lograrlo. Y si bien el consenso al respecto es total, las explicaciones y las alternativas correspondientes son muy diferentes. En síntesis, así estamos, pero podemos y debemos cambiar.

5.5 Herramientas disponibles: avances, limitaciones y desafíos

Esta Línea de base sobre desigualdades sociales de salud en la región Andina, debe incorporar también un “estado de situación” sobre las principales herramientas con las que operamos en la práctica, evaluando el camino recorrido e identificando los principales desafíos a encarar a futuro.



Fuente: <https://quizizz.com> - Educación y Desigualdad en América Latina.

5.5.1 Análisis de situación de salud: diseños pertinentes versus prácticas inconsistentes

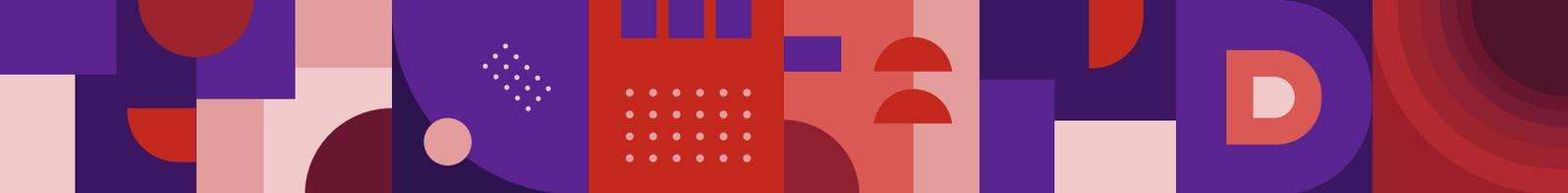
Probablemente, la principal herramienta metodológica con la que hemos trabajado en las últimas décadas, es la que conocemos como Análisis de Situación en Salud [ASIS] generada, en sí misma, como una herramienta para construir “líneas de base” en todas aquellas dimensiones que se consideren relevantes, y concebida, en general, como el conjunto de conceptos, métodos y actividades para la medición y el monitoreo del proceso salud-enfermedad-servicios, para lo cual utiliza diferentes metodologías que permiten el análisis y síntesis de información, con el fin de facilitar la gestión en salud, en colaboración con diversos actores y sectores sociales.

En este marco, suelen destacarse los siguientes objetivos específicos de los ASIS:

- 1] Describir el contexto histórico, político, socioeconómico, cultural y demográfico de la población.
- 2] Analizar la calidad de vida, el bienestar y la salud de la población.
- 3] Analizar la morbilidad y mortalidad y sus tendencias.
- 4] Identificar y monitorear las desigualdades socioeconómicas, de género y étnico-raciales en salud.
- 5] Identificar prioridades y proponer intervenciones en salud potencialmente costo-efectivas, como insumo para la toma de decisiones.
- 6] Evaluar los resultados y el impacto de las políticas públicas, programas y servicios de salud.
- 7] Promover la participación social y la abogacía entre las distintas instancias del gobierno y de la sociedad civil.

Una revisión rápida de la literatura disponible en internet, sobre todo en los sitios oficiales de los Ministerios de Salud, muestra claramente que se han realizado muchos y muy buenos ejercicios analíticos de este tipo en la región, tanto a nivel nacional como -especialmente- a niveles subnacionales, incluyendo el diseño de ASIS departamentales-o provinciales- municipales y hasta de comunidades específicas [así como de grupos poblacionales específicos]. El ORAS-CONHU, incluso, cuenta con una guía para la realización de ASIS con perspectiva intercultural, a partir del cual se han sistematizado los esfuerzos que se han desplegado en estos dominios.

Lo que queda menos claro [desde la revisión de la literatura disponible] es qué ocurre después del diseño efectivo de los mismos. La disponibilidad de informes de seguimiento y evaluación de las acciones que se acuerdan en el marco de los ASIS es más limitada, tanto a nivel local [de parte de las instancias institucionales que los confeccionaron] como a nivel nacional, por parte de los respectivos Ministerios de Salud.



Sumado a ello, en lo más estrictamente sustantivo, la mayor parte de los ASIS diseñados se han concentrado en los temas más directamente vinculados con el proceso de salud-enfermedad en su conjunto, brindando una atención secundaria a las desigualdades sociales en salud, con lo cual, se suma una nueva limitación en este campo. Así, mientras se tiene una impresión generalizada de que el análisis de las desigualdades es fundamental, se opera en la práctica sin tomarlas debidamente en cuenta, tanto en el diseño como en la implementación y evaluación efectiva de estos ASIS. Pareciera que las desigualdades sociales -en general-, son incorporadas en estas prácticas como un “dato” de la realidad, que está fuera del alcance del accionar de las instituciones que operan en el campo de la salud, con lo cual, se subestima la incidencia de dichas prácticas en el reforzamiento de dichas desigualdades sociales o, -al menos- en las limitaciones del enfrentamiento más formal que real de dichas desigualdades sociales.

El impacto de la actual pandemia, incluso, ha reforzado esta real o aparente paradoja, en la medida en que mientras que todas las evidencias muestran que el COVID-19 impacta más devastadoramente en áreas y grupos poblacionales excluidos, las intervenciones impulsadas [distanciamiento personal y social, uso de mascarilla, etc.] son universales, y no reconocen [más que excepcionalmente y en cierta medida] las especificidades correspondientes. Los estudios que se están generando en estas materias, muestran claramente estas limitaciones, que a su vez se amplifican socialmente, generando estigmas y estereotipos que no se condicen con la realidad [los jóvenes son irresponsables, los pobres no valoran adecuadamente la gravedad del tema, etc.].

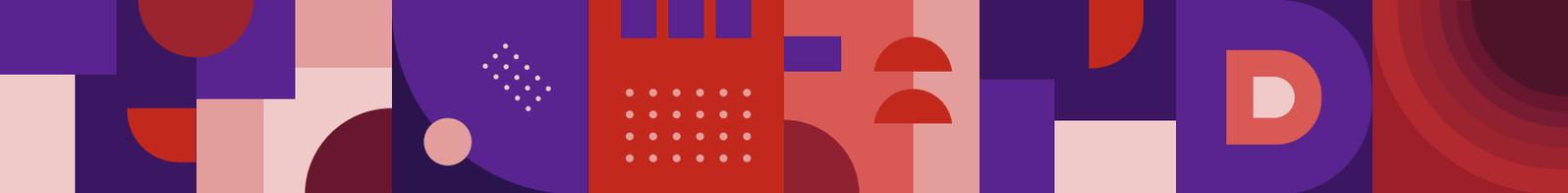
Por todo lo dicho, sería altamente pertinente poder concretar una rigurosa evaluación de los avances [con sus aportes y sus limitaciones], concretados en torno a los ASIS, tanto en términos de su propio diseño como en lo atinente a su monitoreo y evaluación. Esto debiera realizarse tanto a niveles locales como en el plano nacional y aún en la comparación entre países, dado que las experiencias que se compartan podrán aportar insumos de gran valor, para reformular las prácticas correspondientes a futuro.

En este marco, deberían revisarse, en particular los componentes vinculados con el encare de las desigualdades sociales en salud. Es fundamental, incorporar, para ello, a otros actores institucionales [gubernamentales y de la sociedad civil] que operan en este campo. En la etapa de diseño de los ASIS, por ejemplo, esto implicaría el establecimiento de más y mejores interlocuciones con las instancias de planificación del desarrollo en general, en tanto en la etapa de monitoreo y evaluación, esto implicaría desplegar más y mejores esfuerzos conjuntos [en el mismo terreno concreto: la comunidad, el municipio, el departamento, etc.] con el conjunto de actores implicados.

En definitiva, para “aterrizar” más y mejor nuestras “líneas de base”, sería altamente recomendable encarar este tipo de revisiones sistemáticas y participativas, para identificar con la mayor precisión posible los principales desafíos a encarar a futuro, a efectos de ubicar a la equidad como “el corazón de la salud” [como lo plantea la OPS en su Plan Estratégico 2020 -2025], para “no dejar a nadie atrás” [como lo plantea la Agenda 2030] y, “avanzar en el ejercicio efectivo del derecho a la salud y combatir las desigualdades e inequidades en salud” [como lo plantea el ORAS-CONHU].

5.5.2 Percepciones subjetivas: ¿satisfacción de usuarios o participación ciudadana?

Otra de las dimensiones claves de las dinámicas sanitarias en general, es la vinculada con el involucramiento de la propia población implicada, algo que en general se prioriza teóricamente en



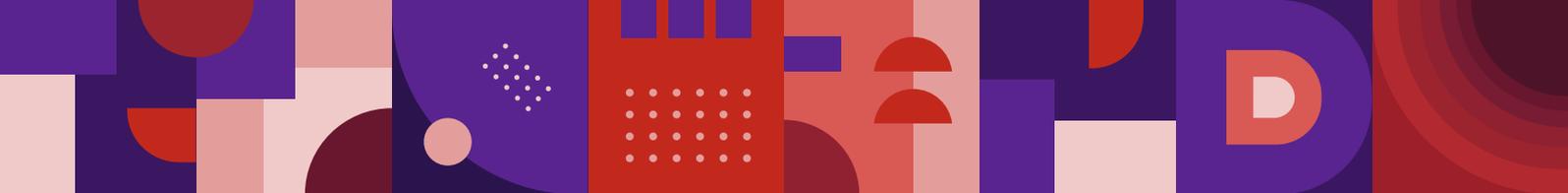
todos los documentos de política pública existentes, pero que se implementa a través de muy diversas modalidades operativas. Así, mientras que en algunos casos esto se implementa a través de la consideración de los pacientes, incorporados pasivamente, en otros se procura establecer programas y dinámicas centradas en el fomento de su participación activa a diferentes niveles.

Esto implica la coexistencia de enfoques y de prácticas diferentes y hasta contradictorias. Así, mientras que en el primer caso, todos los esfuerzos se concentran en la realización de encuestas entre usuarios, entre los que se intenta “medir” el grado de “satisfacción” con la atención recibida, en la segunda modalidad priman los enfoques en los que las herramientas priorizadas están más vinculadas con la instalación y el fortalecimiento de espacios de participación, por ejemplo, en la dinámica de los propios centros de salud, incluyendo -a veces- la propia toma de decisiones.

En todo caso, la práctica más generalizada en estos dominios es la vinculada con la realización de Encuestas de Satisfacción de Usuarios [ESU], que se realizan en casi todos los países de la región con regularidad. A través de tales instrumentos, se genera un amplio conjunto de informaciones, percepciones y juicios de valor de parte de la población atendida en los establecimientos de salud [lo que, en sí mismo, es bueno], pero lamentablemente estamos ante una herramienta que cuenta con varias limitaciones. Las evaluaciones realizadas hasta el momento [que no son muchas, por cierto] distinguen, en general, tres grandes conjuntos:

- En primer lugar, los problemas ligados con la comparabilidad. Como, en general, estas encuestas dependen de la dinámica de los propios establecimientos de salud -diversos entre sí-, es difícil hacer las correspondientes agregaciones y comparaciones, para facilitar la emisión de juicios que cuenten con una validez general y no específica. Dependiendo de los casos, estas limitaciones se tratan de manejar desde los Ministerios de Salud, brindando orientaciones generales a las que atenerse, supervisando la propia realización de las encuestas y otras tareas conexas. Pero los resultados alcanzados, distan del objetivo de contar con “muestras representativas”.
- En segundo lugar, el propio constructo “satisfacción”, con diversas acepciones concretas, en general, deja a los usuarios en una posición pasiva, como observadores de un producto acabado. Al privilegiar la representatividad, la metodología de encuestas limita las posibilidades de expresión de las personas y no da cuenta de las especificidades de los usuarios, de los servicios y de la interacción entre ambos. Tampoco es claro el proceso de levantamiento de estas encuestas, ni las propiedades psicométricas que muestren la validez de los resultados reportados [Montenegro, Bravo, Dois y Rodríguez, 2021].
- En tercer lugar, no siempre está claro [y debidamente legitimado] quienes son los “destinatarios” de los hallazgos de tales encuestas. En general, en la mayor parte de los casos, estamos ante información que se construye para poner a disposición de las propias unidades operativas [que funcionan, en muchos casos, en el marco de regímenes diferentes, que incluyen modalidades públicas y privadas, centralizadas y descentralizadas, etc.] para que tengan en cuenta la “opinión” de los usuarios sobre su propia labor, sin que quede claro cómo se trabajan estos análisis con los propios usuarios [y menos aún, cómo se utilizan para la reformulación de procesos y dinámicas operativas].

En este último aspecto, un elemento adicional que está presente en algunos países más que en otros, es el vinculado con la elaboración de “rankings” de desempeño de tales unidades operativas, con lo



cual, muchas veces la realización de estas encuestas condiciona la propia dinámica y promueve, por ejemplo, el traslado de usuarios de unos centros de salud a otros, así como -en no pocos casos- la concreción de modalidades operativas que se estructuran con el solo fin de cumplir con los requisitos de la “medición” que se realiza, más que de obtener resultados relevantes en la salud de la población que atiende.

En todo caso, aún con todas estas limitaciones, las encuestas disponibles muestran (sobre todo en los casos de Chile, Colombia, Ecuador y Perú) que los niveles de satisfacción tal como se miden son altos, aun teniendo en cuenta las diferentes variables incluidas en la caracterización de la propia población atendida (sexo, edad, etnia, nivel de ingresos, residencia, etc.) lo que muestra, obviamente, que la propia herramienta utilizada no logra discernir opiniones particulares en el marco del universo general y, sobre todo, que los instrumentos puramente cuantitativos deberían ser acompañados de otros más cualitativos, que permitieran profundizar en esta clase de evaluaciones, en el marco de diálogos más fluidos con la población atendida.

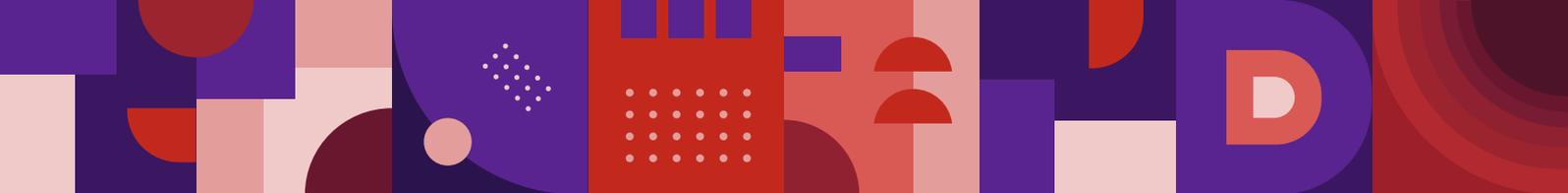
Todo pareciera indicar que, tal como se sostiene en buena parte de la literatura revisada en estas materias, más que “medir grados de satisfacción”, habría que “entender experiencias de participación” (como un derecho y ejercicio de poder, para incidir en la toma de decisiones) de la población atendida en los centros de salud, asumiendo que es a dicha población a la que le toca lidiar con sistemas cada vez más complejos, en los que resulta cada vez más difícil sentirse incluido, escuchado y comprendido.

5.5.3 Salud electrónica: fundamentos sólidos versus prácticas limitadas

Evidentemente, la telesalud se ha ubicado en el centro de las estrategias vinculadas con el enfrentamiento al COVID-19, pero esto no surgió espontáneamente ni “de la nada”. En realidad, desde hace décadas se venía trabajando intensamente en estas materias. El balance que la CEPAL realizó de las dinámicas de la primera década de este siglo permitió contar con una visión de conjunto tan pertinente como relevante, tanto en sus potencialidades como en sus limitaciones.

Si bien en la última década se observa en la región una explosión de iniciativas públicas y privadas, la mayoría de los proyectos han sido de alcance reducido y no integrados a estrategias nacionales, tanto de salud pública como de TIC. No obstante, ya es posible apreciar algunos avances que comienzan a constituirse en modelos, nacionales o subnacionales, caracterizados por focalizar los esfuerzos en la modernización de la gestión de los servicios de salud y de sus procesos asistenciales, así como en la educación a distancia para el perfeccionamiento de los equipos de salud y el desarrollo de la telemedicina. (Fernández y Oviedo ed. 2010, p.9)

Recientemente, la CEPAL y la OPS han venido ofreciendo diagnósticos actualizados, que permiten apreciar las distancias entre aquellos análisis de la primera década y los correspondientes a la segunda década, lo que permite imaginar mejor los principales desafíos a encarar en esta tercera década por la que vamos transitando, en torno a una profunda transformación digital. Los datos disponibles muestran los avances concretados, así como las profundas desigualdades existentes, también, en este plano (CEPAL 2021e). Mientras en 2010 había 205 millones de usuarios de internet en el conjunto de América Latina, lo que implicaba una penetración equivalente al 34.7 %, dichas cifras se ubicaban en 2019 en 431 millones de usuarios y una penetración del 66.7 %. En 2019, asimismo, las suscripciones a banda ancha se ubicaban en el 13 % de la población en América Latina y el Caribe, en tanto dicha



cifra se ubicaba en el 35 % en Norteamérica, en el 31.9 % en Europa, en el 19.8 % en la Comunidad de Estados Independientes [CEI] y en el 14.4 % en Asia.

Pero más allá de los promedios, las diferencias entre países y áreas de residencia son notorias. Las cifras de 2018 muestran que en Uruguay y Costa Rica se ubican en el entorno del 80 % [y levemente por debajo en Argentina], en Chile se ubicaban en el 76.1 y el 49.6 % [a nivel urbano y rural respectivamente], en Colombia se ubicaban en el 72.4 y 35.8 % respectivamente] al tiempo que en Ecuador se ubicaban en el 65.6 y 39.1 %, en Perú en el 58.9 y el 15.0 % y en Bolivia en 55.3 y 19.1 % respectivamente [la fuente no ofrece datos para Venezuela].

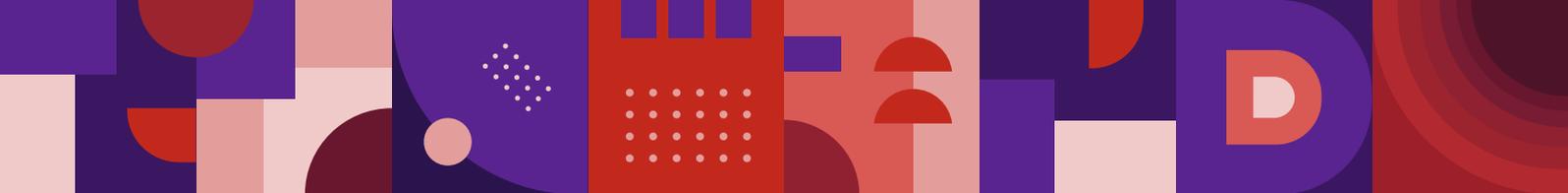
Las diferencias también son notorias entre quintiles de ingreso. Así, mientras que la relación entre el primer y el quinto quintil se ubica en 0.62 en Uruguay y en 0.87 en Chile, en Ecuador se ubica en 1.12, en Colombia en 1.40, en Bolivia en 2.13 y en Perú en 2.98. Esto implica que, si bien, todos los países tienen desafíos importantes en términos de desigualdades de ingreso y acceso a internet, esto tiene mayores dimensiones en Bolivia y Perú, en menor medida en Colombia y Ecuador, y más acotada aún en el caso de Chile. Aunque no se dispone de cifras comparables con relación a otras desigualdades, se estima que estas afectan marcadamente a las comunidades indígenas y afrodescendientes, así como a las mujeres y a las personas mayores, especialmente, en los casos en los que tienen menores ingresos y viven en zonas rurales con muy bajos niveles de conectividad.

Este conjunto de desigualdades en el campo de la virtualidad tiene repercusiones evidentes en todos los planos, tanto en la vida cotidiana de las personas como en el diseño, la implementación y la evaluación de políticas públicas, especialmente en el campo del desarrollo social [teletrabajo, educación remota, telesalud, telemedicina, etc.] desde la lógica de la inclusión social [Martínez, Palma y Velásquez, 2020]. En el campo específico de la salud, y en línea con las principales metas del ODS 3, es evidente que las tecnologías de la cuarta revolución industrial [actualmente en pleno desarrollo] pueden brindar apoyos decisivos, pero las limitaciones con las que se está operando en la actualidad, obligan a repensar los desarrollos futuros en este campo.

La telemedicina o, más ampliamente, la telesalud, está llamada a reducir estas carencias, sea mediante teleconsulta sincrónica o asincrónica. Más allá de una forma de atención, la telemedicina es una nueva forma de organizar y proveer de servicios sanitarios a usuarios y profesionales de la salud. Entre sus beneficios destaca que permite aumentar el acceso a un costo reducido, además de ofrecer prácticas uniformes que aseguren la calidad del servicio prestado y brindar un mejor apoyo a los trabajadores de la salud para atender en zonas rurales. En lugares con pocos recursos, sin importar dónde las personas estén ubicadas, el mismo tipo de servicio puede estar disponible para toda la población. [Montenegro, Bravo, Dois y Rodríguez, 2021.

5.6 Midiendo desigualdades efectivamente: estudios innovadores para replicar

Desde luego, ya contamos con insumos contruidos con la lógica de las “desigualdades múltiples”, que habría que replicar en los diversos países de la región. Por ejemplo, Alejandro Canales [2020], demógrafo chileno, doctor en Ciencias Sociales por el Colegio de México y Miembro de la Academia Mexicana de Ciencias y del Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACyT] de México, aporta un riguroso estudio centrado en el Área Metropolitana de Santiago de Chile, en el que procura identificar las correlaciones entre clases sociales, territorio y exposición diferenciada al COVID-19. En tal



sentido, informa que, al 30 de septiembre de 2020, el COVID-19 se constituyó en la primera causa de muerte en el Área Metropolitana de Santiago y la tercera a nivel nacional. En Santiago, específica, los más afectados son los estratos de menores ingresos, en los que el impacto en la mortalidad y la esperanza de vida ha sido muy superior al registrado en la población de altos ingresos.

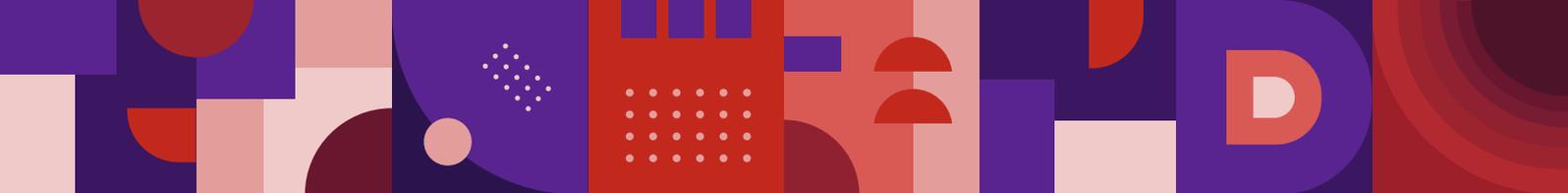
Importa tener en cuenta que, como señala Canales (2020):

En el Área Metropolitana de Santiago, se concentra más del 55% de los casos de contagio de COVID-19 y el 62% de las defunciones por esta causa en Chile [...] los datos sobre la concentración del ingreso en Chile son elocuentes. En 2017, el 56 % de la población con menores ingresos percibía, en promedio, solo 258 dólares mensuales. Por el contrario, el 5 % más rico de la población percibía un ingreso per cápita de más de 2.900 dólares mensuales, esto es, 11 veces superior [...] la distancia socioeconómica se constituye también como una distancia territorial, lo que da una forma altamente polarizada a la configuración del espacio urbano. Por una parte, hay un grupo selecto y reducido de comunas y población que conforman los territorios y comunas de clase alta, con alto grado de exclusividad social, y por la otra hay un amplio número de comunas donde reside la población de bajos ingresos, que conforman territorios y distritos populares. En el medio hay unas cuantas comunas en las que no predomina ni uno ni otro grupo social. [p.7]

El estudio clasifica las 35 comunas de Santiago en tres categorías: [i] 6 de clase alta [Las Condes, La Reina, Lo Barnechea, Ñuñoa, Providencia y Vitacura], [ii] 24 de clase baja y; [iii] 5 de clase media [Santiago Centro, San Miguel, La Cisterna, Peñalolén y La Florida]. En tal sentido, se ofrece la información estadística que muestra el nivel de homogeneidad hacia adentro de los tres grupos y la correspondiente heterogeneidad hacia afuera de los mismos, sobre la base de la información generada a través de las Encuestas de Caracterización Socioeconómica Nacional [CASEN] que incluyen en la muestra a las 35 comunas de Santiago. En dicho marco, el autor analiza la exposición al COVID-19 y diferencia los tres grupos de comunas y su respectiva composición interna.

Al 30 de septiembre, el Ministerio de Salud de Chile registraba un total de 462.938 casos de contagios confirmados. De ellos, el 62 % correspondía a personas de la región Metropolitana y de ese porcentaje un 55.4 % eran residentes del Área Metropolitana de Santiago. En la ciudad de Santiago, la dinámica de los contagios de COVID-19 muestra un patrón muy desigual, según estratos sociales, ya que las más afectadas son las comunas de menos ingresos, en términos de crecimiento y expansión de la pandemia, lo que mostró trayectorias muy diferentes según el estrato socioeconómico de las comunas:





En las comunas del barrio alto se dio un incremento notorio, aunque más moderado que en el resto de la capital. Se pasó de una relación de 10 casos por cada 100.000 habitantes en la primera semana de mayo, a 32 casos por cada 100.000 habitantes a fines de ese mismo mes, para estabilizarse en ese nivel hasta mediados de junio cuando comenzó un descenso hasta alcanzar los 5 casos por cada 100.000 habitantes a inicios de agosto y mantenerse en esos niveles hasta ahora [...] Por el contrario, en las comunas de clase media, así como en las de estratos populares, la expansión del COVID-19 fue más intensa y se prolongó por más tiempo. En ambos casos, hacia el 10 de mayo se contaban 15 casos por cada 100.000 habitantes. En ese momento comienza la fase de crecimiento explosivo de la epidemia que, en el caso de las comunas de clase media, se prolonga hasta mediados de junio, cuando se alcanza un nivel de 60 casos diarios por cada 100.000 habitantes. A partir de entonces se inicia un marcado descenso que permite que ya a comienzos de agosto se alcancen los niveles de incidencia de contagios que se registraban a principios de mayo. Esta situación se mantiene hasta fines de septiembre [...] En síntesis, mientras en el barrio alto, el crecimiento explosivo de contagios fue menos intenso [nunca superó una incidencia de 35 casos diarios por cada 100.000 habitantes] y se prolongó por solo 2 meses, en las comunas populares y de clase media la incidencia de contagios diarios prácticamente duplicó con creces la experimentada en las comunas del barrio alto, a la vez que se prolongó por unos tres meses en ambos casos, lo que implicó un mayor tiempo de exposición a los efectos e impactos de la pandemia. Estas tendencias diferenciadas según estratos socioeconómicos de las comunas conllevaron un cambio no menor en el contexto socio-ecológico en que se desarrolla la epidemia. Pasó de ser un evento propio y centrado en las poblaciones de estratos altos de la sociedad santiaguina, a afectar sobre todo a la población de estratos medios y bajos. [Canales, 2020, p.13].

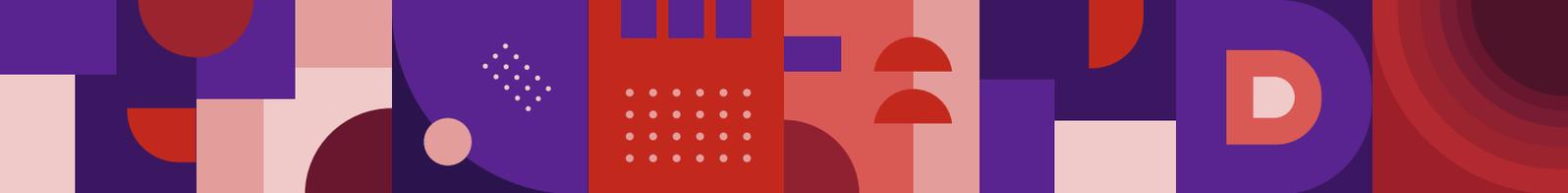
Por todo lo dicho, Canales [2020] afirma que:

[...] este cambio en los contextos ecológicos de localización del virus genera nuevas condiciones para su expansión y reproducción. Sabemos que las condiciones de precariedad, pobreza, hacinamiento y mayor movilidad laboral cotidiana que, entre otras, caracterizan el entorno social en las comunas populares, contribuyen a que el virus se expanda más rápidamente y tenga efectos más graves en las condiciones de salud y mortalidad de las poblaciones afectadas. Al respecto, los datos para Santiago reflejan el grado de desigualdad social frente a la pandemia y, con ello, la mayor vulnerabilidad y precariedad de la población de estratos populares, tanto frente al contagio en sí, como a sus fatales consecuencias. [p. 16]

Seguidamente, el autor revisa la información disponible sobre desigualdades sociales en general y expone cifras vinculadas con el tamaño de las viviendas y niveles de hacinamiento en los tres conjuntos de comunas conformados. Además, muestra cómo todos ellos están directamente correlacionados y especifica las diferencias notorias en relación con la salud:

En las comunas del barrio alto, la población tiene acceso preferentemente a sistemas de salud y previsión social privados que suelen ofrecer servicios de mayor nivel y calidad. Por el contrario, la población de estratos medios y bajos se atiende sobre todo a través de los hospitales y postas del sistema público, los cuales, además se encuentran saturados todos los días [...] Esto se traduce en un mayor riesgo de muerte para los pacientes de COVID-19. [Canales, 2020, p. 16]

En este sentido, Canales [2020] cita a Sepúlveda y Miranda, quienes encuentran que la tasa de mortalidad de pacientes por COVID-19 en los hospitales públicos de Santiago, prácticamente duplica la de las clínicas privadas. Asimismo, también son desiguales las condiciones de morbilidad:



En concreto, el nivel de obesidad, tanto en adultos como en menores, es significativamente superior en los estratos populares que en las comunas del barrio alto. Mientras que en las comunas populares un 15 % de los niños menores de 10 años sufre de sobrepeso y obesidad, en el barrio alto solo el 6 % de los niños están en dicha situación. Asimismo, mientras que en las comunas de estratos populares un tercio de la población mayor de 25 años sufre de obesidad (medida según el índice de masa corporal), en el barrio alto solo el 18 % de la población está en tal situación de salud. [p. 17]

Por su parte, con relación a la tasa de mortalidad por COVID-19, Canales [2020] destaca que mientras el promedio del Área Metropolitana de Santiago se ubica en 164,6 por 100.000 habitantes, en las comunas de clase alta es de 90,9, en tanto que en las de clase media es 155,8 y en las de clase baja es 188,6, superando los 200 casos por 100.000 habitantes en varias comunas en particular (en el promedio de otras regiones del país, esta tasa desciende a 45,8):

El nivel de mortalidad alcanzado por el virus ya es tal, que ha logrado modificar los niveles de mortalidad general y ha llegado a afectar incluso los niveles de esperanza de vida de la población de Santiago [...] En un escenario relativamente optimista en cuanto a los avances del virus y la capacidad de contención y mitigación de sus efectos, se estima que la tasa bruta de mortalidad general en Santiago se incrementaría significativamente al pasar de un promedio de 579 defunciones por cada 100.000 habitantes entre 2016 y 2019 a una relación de 707 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2020. Esto implicaría un incremento en la tasa bruta de mortalidad del orden del 22% [...] Se trata de un incremento para nada menor, agrega el autor, que tendría efectos significativos en la esperanza de vida de la población. Al respecto, se estima que la esperanza de vida para 2020 se reduciría 2,1 años respecto del promedio observado para el cuatrienio 2016-2019 al pasar de 81,4 a 79,3 años. Se sabe, además, que la mortalidad del virus es significativamente mayor en las personas de edad. En virtud de ello, se estima que la esperanza de vida a los 60 años se vería afectada aún más, al pasar de 24,8 años en el período 2016-2019 a 22,7 años en 2020. Esto supone una reducción de casi el 9 % en la esperanza de vida. [p. 25]

Esto, además, se verifica de modos muy diversos de acuerdo con la estratificación social. Así:

[...] mientras en las comunas del barrio alto el COVID-19 implicaría una reducción de la esperanza de vida de solo 0,7 años de vida [de 84,6 años en el período 2016-2019 a 83,9 años en 2020], en las comunas populares la reducción sería más de tres veces superior al alcanzarse una caída de 2,5 años [de 80,3 años a 77,8 años entre los mismos períodos]. Pese a la mejor condición socioeconómica que registran, la afectación en la esperanza de vida en las comunas de estratos medios sería casi la misma que en las comunas populares al pasar de 82,1 años entre 2016 y 2019 a 80,1 años en 2020.

La conclusión que expone Canales [2020] es por demás contundente:

Sin duda, la desigualdad social hace que las condiciones y los recursos para enfrentar los efectos de la pandemia en el proceso de salud-enfermedad y muerte de la población sean muy diferentes. El virus no reconoce clases, géneros, etnias ni nacionalidades. Sin embargo, las desigualdades de clase, de género, étnicas y nacionales generan recursos y capitales diferentes y desiguales para enfrentar las consecuencias del virus. [p. 29]



Ilustración: Perico Pastor

Para este autor, los datos son claros y no hacen más que ratificar la frase de G. Therborn [2016], cuando señala que la desigualdad social mata, y en estos tiempos de epidemia, todo indica que el COVID-19 se ha convertido en su instrumento más eficaz. Dicho de otra manera, así como la preexistencia de morbilidades y enfermedades de base constituye un factor de riesgo que potencia la mortalidad a causa del COVID-19, la desigualdad social y de clases que existe en Chile constituye un factor social que incrementa los riesgos de la población y, potencia los impactos negativos del COVID-19 sobre la salud y la vida de las personas [Canales, 2020, p. 29].

En el marco de nuestra labor colectiva, planteamos la necesidad de realizar estudios similares en los países de la región Andina. Por el momento, nos proponemos diversas tareas para completar y desagregar la información [anexos 1 y 2].

5.7 Plan operativo anual institucionalización de la Línea de base Desigualdades Sociales en Salud

A partir del trabajo colectivo identificamos un set mínimo de indicadores [anexo 1] y, el estado de situación de las metas del ODS 3 [anexo 2]. También, elaboramos el plan operativo anual que tiene como objetivo cumplir con el mandato de la Resolución REMSAA XXXIX/547: “creación de un sistema de monitoreo regional con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales de salud” [ORAS-CONHU, 2021, p. 2].

Se destacan las siguientes prioridades: **1)** publicación del documento de trabajo de la Línea de base regional y presentación ante autoridades y personal técnico a nivel nacional, regional e internacional. **2)** Institucionalización de la Línea de base en cada uno de los seis países, lo que requiere: a) la constitución y fortalecimiento de grupos de trabajo, b) la suscripción de acuerdos con los Institutos Nacionales de Estadística y fortalecimiento del trabajo intersectorial, c) el diseño e implementación del sistema de monitoreo de las desigualdades sociales de la salud, a partir de la priorización de indicadores, incorporación de las principales herramientas disponibles, priorización de indicadores a utilizar operativamente, entre otras tareas, que toman como referente la Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional [OPS/OMS 2021].

Gráfico 19. Flujograma del monitoreo de las desigualdades en la salud



Fuente: OPS/OMS. [2021]. Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional [p. 3].



ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1. UN SET MÍNIMO DE INDICADORES A UTILIZAR COMO PUNTO DE PARTIDA

A continuación, se propone un set mínimo de indicadores “proxi” [tanto cuantitativos como cualitativos y tanto representativos como indicativos], se sigue la clasificación realizada en las páginas precedentes y formula definiciones mínimas en los casos necesarios.

Cabe destacar que los miembros de la Mesa Andina iniciaron la búsqueda de las fuentes para obtener la información, tema central de las reuniones de trabajo y eje central del trabajo futuro.

A – OFERTA

Agrupamos en esta categoría tres grandes conjuntos de indicadores: [i] Servicios de Atención de Salud por Niveles; [ii] Acceso a la Salud por Tipo de Prestadores y; [iii] Calidad de la Atención Brindada.

1 – Servicios de atención de salud por niveles [primaria, secundaria, terciaria]

- Número de unidades de atención primaria, Número de beneficiarios/as y Nivel de atención brindada por clase social, edad, género, etnia/raza y área de residencia.
- Número de unidades de atención secundaria, Número de beneficiarios/as y Nivel de atención brindada por clase social, edad, género, etnia/raza y área de residencia.
- Número de unidades de atención terciaria, Número de beneficiarios/as y Nivel de atención brindada por clase social, edad, género, etnia/raza y área de residencia.

2 – Acceso a la salud por tipo de prestadores [pública, privada, mixta]

- Población atendida por entidades de salud pública por clase social, edad, género, etnia/raza y área de residencia.
- Población atendida por entidades de salud privada por clase social, edad, género, etnia/raza y área de residencia.
- Población atendida por entidades mixtas de salud por clase social, edad, género, etnia/raza y área de residencia.

3 – Calidad de la atención brindada [infraestructura, personal de salud, calidez humana]

- Infraestructura de salud por área geográfica y clase social predominante en las mismas.
- Personal de salud asignado a las unidades de salud por área geográfica y clase social predominante en las mismas.
- Trato institucional a demandantes en unidades de salud por área geográfica y clase social, diferenciando edad, género, condición étnico/racial y tipo de vulnerabilidad.

B – DEMANDA

Agrupamos en esta categoría tres grandes conjuntos de indicadores: [i] Universo total de la población por clase social; [ii] Hábitos y modos de vida; y [iii] Principales enfermedades que requieren atención de parte del sistema de salud.

4 – Universo de población [clases alta, media y baja]

- Población total por clase social, edad, género y condición étnico/racial.

- Población urbana por clase social, edad, género y condición étnico/racial.
- Población rural por clase social, edad, género y condición étnico/racial.

5 – Hábitos y modos de vida [alimentarios, movilidad, riesgos]

- Obesidad por área de residencia, clase social, edad, género, condición étnico/racial y grupos vulnerables.
- Consumo de tabaco por área de residencia, clase social, edad, género, condición étnico/racial y grupos vulnerables.
- Nivel de sedentarismo por área de residencia, clase social, edad, género, condición étnico/racial y grupos vulnerables.

6 – Principales enfermedades [transmisibles, no transmisibles, otras]

- Atención de enfermedades transmisibles por clase social, área de residencia, edad, género y condición étnico/racial.
- Atención de enfermedades no transmisibles por clase social, área de residencia, edad, género y condición étnico/racial.
- Atención de otras enfermedades por clase social, área de residencia, edad, género y condición étnico/racial.

C – PROBLEMAS

Agrupamos en esta categoría tres grandes conjuntos de indicadores: [i] Segmentación por clases sociales, territorios y culturas; [ii] Áreas no cubiertas o cubiertas precariamente y; [iii] Población no atendida o atendida precariamente.

7 – Segmentación [clases, territorios, culturas]

- Esperanza de vida al nacer por zona geográfica según clase social [alta, media y baja].
- Esperanza de vida hasta los 60 años por zona geográfica según clase social [alta, media y baja].
- Tasas de mortalidad por zona geográfica según clase social [alta, media y baja].
- Tasas de morbilidad por zona geográfica según clase social [alta, media y baja].

8 – Áreas no cubiertas o cubiertas precariamente [prevención, promoción, seguimiento]

- Cobertura de actividades de IEC [Información, Educación y Comunicación] por clase social, área de residencia, edad, género y condición étnico/racial.
- Cobertura de las tareas de seguimiento de la población atendida según tipo de seguimiento, por clase social, área de residencia, edad, género y condición étnico/racial.
- Número, periodicidad y seguimiento de la realización de ASIS [Análisis de Situación en Salud] por tipo de institución, área geográfica y cantidad de variables y cruces considerados.

9 – Población no atendida o atendida precariamente [clases, territorios, culturas]

- Esperanza de vida al nacer por grupos vulnerables [población migrante, población discapacitada, población carcelaria].
- Esperanza de vida a los 60 años por grupos vulnerables [población migrante, población discapacitada, población carcelaria].
- Tasas de mortalidad por grupos vulnerables [población migrante, población discapacitada, población carcelaria].

- Tasas de morbilidad por grupos vulnerables [población migrante, población discapacitada, población carcelaria].

D – RESULTADOS

Agrupamos en esta categoría tres grandes conjuntos de indicadores: [i] Tasas de fecundidad por edades, clases y culturas; [ii] Tasas de mortalidad materna, de niños/niñas/adolescentes y adultos mayores y; [iii] Tasas de morbilidad de niños/niñas/adolescentes y adultos mayores.

10 – Tasas de fecundidad [edades, clases, culturas]

- Número de hijos por mujer [en el total del universo] por género, generaciones, etnia/raza, clase social y territorio.
- Número de hijos por mujer en grupos vulnerables [migrantes, personas discapacitadas, población carcelaria] por género, generaciones, etnia/raza, clase social y territorio.
- Número de hijos por mujer según tipo de familia [nuclear, extendida, monoparental, etc.] por género, generaciones, etnia/raza, clase social y territorio.

11 – Tasas de mortalidad [materna, niños/niñas, adultos mayores]

- Tasas de mortalidad diferenciando enfermedades prevalentes, por género, generaciones, etnia/raza, clase social y territorio.
- Tasa de mortalidad según causas [homicidio, femicidio, suicidio, accidentes de tránsito] por género, generaciones, etnia/raza, clase social y territorio.
- Tasas de mortalidad y de letalidad en relación al COVID-19, por género, generaciones, etnia/raza, clase social y territorio.

12 – Tasas de morbilidad [materna, niños/niñas, adultos mayores]

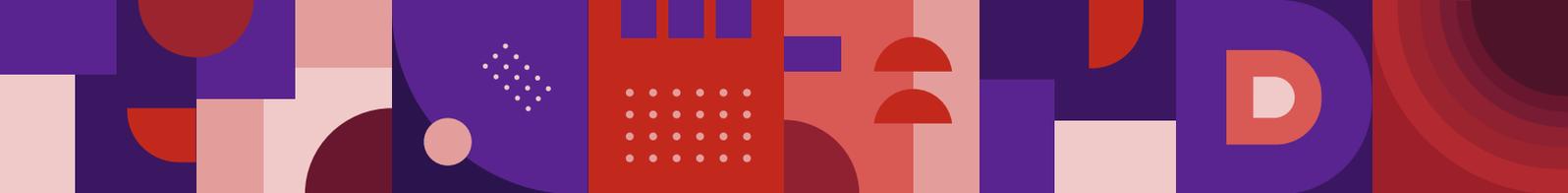
- Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado, por género, generaciones, etnia/raza, clase social y territorio.
- Cobertura de tratamientos según tipos de violencias [en el hogar, en espacios públicos, en instituciones] por género, generaciones, etnia/raza, clase social y territorio.
- Cobertura de tratamientos y servicios de rehabilitación y postratamiento de trastornos por abuso de sustancias adictivas, por género, generaciones, etnia/raza, clase social y territorio.

E – EVALUACIONES

Agrupamos en esta categoría tres grandes conjuntos de indicadores: [i] Percepciones sociales por edad, sexo y nivel socioeconómico; [ii] Monitoreo y evaluación por tipo y; [iii] Control o auditoría ciudadana de programas, recursos asignados y resultados obtenidos.

13 – Percepciones sociales [autoridad sanitaria, instituciones prestadoras, personal de salud]

- Percepciones sociales sobre la autoridad sanitaria, por sexo, edad, etnia/raza y clase social.
- Percepciones sociales sobre otras instituciones relacionadas con la salud, por sexo, edad, etnia/raza y clase social.
- Percepciones sociales sobre los prestadores de salud, por sexo, edad, etnia/raza y clase social.
- Percepciones sociales sobre el personal de salud, por sexo, edad, etnia/raza y clase social.



14 – Monitoreo y evaluación [propios, del nivel superior, externos]

- Monitoreo y evaluaciones [de planes y programas, de recursos asignados y de resultados] internas focalizadas en beneficiarios/as, por género, generaciones, etnia/raza, estratificación social y territorio.
- Monitoreo y evaluaciones [de planes y programas, de recursos asignados y de resultados] de nivel superior focalizadas en beneficiarios/as, por género, generaciones, etnia/raza, estratificación social y territorio.
- Monitoreo y evaluaciones [de planes y programas, de recursos asignados y de resultados] externas focalizadas en beneficiarios/as, por género, generaciones, etnia/raza, estratificación social y territorio.

15 – Control ciudadano [programas, recursos, resultados]

- Tipo y cantidad de variables consideradas y de cruces realizados en las auditorías programáticas ciudadanas existentes, según cobertura territorial y tipo de programas.
- Tipo y cantidad de variables consideradas y de cruces realizados en las auditorías presupuestarias ciudadanas existentes, según cobertura territorial y tipo de programas.
- Tipo y cantidad de variables consideradas y de cruces realizados en las auditorías de resultados ciudadanas existentes, según cobertura territorial y tipo de programas.

Como puede apreciarse, estamos ante una propuesta de 48 indicadores agrupados en 15 ítems, que tratan de cubrir lo más ampliamente posible [con la información primaria disponible] las principales aristas de nuestro objeto de estudio, esto es, las desigualdades sociales en salud.

En general, se trata de indicadores, sobre los que existe un consenso generalizado respecto a su pertinencia y su relevancia. Lo “nuevo”, en todo caso, es el tipo de enfoque con el que se propone trabajarlos [clasificar a toda la población según categorías, en términos relacionales y no a algunos sectores poblacionales en particular, considerados aisladamente] y en el tipo de cruces que se proponen en consecuencia, no reduciéndolos a uno o unos pocos combinados en “duplas”, sino mirándolos también relacionamente, en su conjunto.

En dicho marco, la mayor parte de las categorías son conocidas y tenidas en cuenta en casi todos los espacios institucionales en los que se trabaja en estas materias, pero algunas cuentan con desagregaciones insuficientes, al tiempo que otras han caído en desuso durante las últimas décadas y vuelven a ser reconsideradas últimamente. Por ello, se proponen las siguientes definiciones básicas con las que operar:

- **Clase social:** combinar nivel de ingreso, área de residencia y tipo de cobertura de salud con la que se cuenta en cada caso, diferenciando luego clase baja, media y alta.
- **Territorio:** superar la simple dicotomía urbano-rural, cruzando en ambos casos, por clase social predominante y diferenciando tamaño de ciudad y áreas fronterizas.
- **Género:** superar la clásica dicotomía hombre-mujer, incorporando la categoría “sexo no binario” [incluyendo aquí la población LGTBIQ+].
- **Generación:** superar la clasificación por tramos etarios por tipo de actividad [activos-pasivos], trabajando con tramos generacionales [NNA, jóvenes, población adulta, adultos mayores].

ANEXO 2: METAS, INDICADORES Y AÑO BASE DEL OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 3

SALUD Y BIENESTAR EN LOS PAÍSES ANDINOS

Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

A partir de la Resolución REMSAA XXXIX/547 de 2021, en la cual los ministros de Salud resuelven:

Aprobar la conformación de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud, que propicie la creación de un sistema de monitoreo regional con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales de salud y la incidencia en políticas públicas para **alcanzar las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades**. [ORAS-CONHU, 2021, P. 2]

Presentamos las metas y los indicadores del ODS-3 de los seis países andinos.

Las principales fuentes consultadas han sido:

- Ministerios de Salud de los países andinos (MINSA). En el caso de Colombia se presenta información de Estadísticas Vitales [EEVV], consultado en la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social¹⁵, y el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública [SIVIGILA] del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Informes nacionales voluntarios de los países andinos que se encuentran publicados en la Plataforma Regional de Conocimiento de la CEPAL. Agenda 2030 en América Latina y el Caribe¹⁶.
- Portal PAHO. Evidencia e inteligencia para la acción en las metas del ODS-3¹⁷.
- INE. Institutos Nacionales de Estadística de los países andinos.
- Banco Mundial [BM]. Con base en estimaciones elaboradas por el Grupo Interinstitucional [UNICEF, OMS, Banco Mundial, División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas]¹⁸.

El Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 La equidad, el corazón de la salud, presenta el compendio de indicadores, su definición, la línea de base al 2017, la meta al 2025, el propósito del indicador, la nota técnica, el tipo de indicador, la unidad de medida, la frecuencia de medición, la fuente de datos y las limitaciones¹⁹; cuya explicación, no se reitera en el presente documento de trabajo.

La Mesa Andina asumió el compromiso de desarrollar los procesos pertinentes para la “creación de un sistema de monitoreo regional”. Uno de los desafíos es cumplir con la recomendación de la Comisión de Estadística, en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible²⁰. “Los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible deberían desglosarse por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características, de conformidad con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales” [ONU, 2015, p.1].

Asimismo, se debe brindar respuesta a preguntas clave producto de lo planteado en el documento de trabajo, con el propósito de lograr coherencia con el marco conceptual, avanzar en el trabajo interdisciplinario e intersectorial para mejorar el resultado de los indicadores.

¹⁵ Sistema Integral de Información de la Protección Social [SISPRO], integra la información de las instituciones que generan información para la toma de decisiones de política, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en el sector, haciendo uso de la tecnología de bodega de datos. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>. Consultado 5 y 6 de abril de 2022.

¹⁶ Véase: <https://agenda2030lac.org/es>

¹⁷ Véase: <https://www3.paho.org/ods3/>

¹⁸ Véase: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>; <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?>

¹⁹ Véase: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717>;

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52717/9789275373613_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

²⁰ Véase: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf

Indicadores ODS-3 Bolivia

| Meta 3.1.: | | | |
|--|-------|------|-----------------------------|
| De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.1.1 Tasa de mortalidad materna. | 155 | 2017 | PAHO |
| 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. | 80.6 | 2019 | Informe |
| 3.1.3 (...) partos atendidos por prestador de medicina tradicional, partera, partero, en centros de salud de primer ²¹ | 1.412 | 2022 | DGMT - SISMET ²² |
| Meta 3.2.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. | 26 | 2019 | PAHO |
| | 25,40 | 2020 | BM |
| 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal. | 14.6 | 2019 | PAHO |
| | 13,5 | 2020 | BM |
| Meta 3.3.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave. | 0.112 | 2020 | Informe |
| 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes. | 65.1 | 2019 | Informe |
| 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes. | 0.813 | 2019 | PAHO |
| 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes. | .... | .... | .... |
| 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas. | .... | .... | .... |
| Meta 3.4.: | | | |
| De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas. | .... | .... | .... |
| 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio. | 6.8 | 2019 | PAHO |
| Meta 3.5.: | | | |
| Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.5.1 Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas. | .... | .... | .... |

²¹ Bolivia propone la meta: De aquí al 2030, incorporar médicos tradicionales como parte del personal de salud de primer nivel e indicadores relacionados con la promoción de la medicina tradicional y la salud intercultural. Ver: Propuesta equipo de Bolivia: Promoción de la medicina tradicional y la salud intercultural.

²² Sistema de Registro en Medicina Tradicional [SISMET].

| | | | |
|--|------|------|---------|
| 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad), durante un año civil en litros de alcohol puro. | 3.3 | 2018 | PAHO |
| Meta 3.6.: | | | |
| De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico. | 23.2 | 2019 | PAHO |
| Meta 3.7.: | | | |
| De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. | 55.7 | 2019 | PAHO |
| 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. | 71 | 2016 | Informe |
| Meta 3.8.: | | | |
| Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales ²³. | .... | .... | .... |
| 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares. | .... | .... | .... |
| Meta 3.9.: | | | |
| 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. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente. | .... | .... | .... |
| 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene [exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos (WASH)]. | .... | .... | .... |
| 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias. | 2 | 2016 | PAHO |
| Meta 3.a.: | | | |
| Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad [edades ajustadas]. | .... | .... | .... |
| Meta: 3.b.: | | | |
| Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública. | | | |

²³ Definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos.

| Indicador | Dato | Año | Fuente |
|--|------|------|--------|
| 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional. | ... | ... | ... |
| 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica. | ... | ... | ... |
| 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible. | ... | ... | ... |
| Meta 3.c.: Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario. | 25 | 2019 | PAHO |
| Meta 3.d.: Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud. | ... | ... | ... |

Fuente: Informe Nacional Voluntario 2021 https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/28230Bolivia_VNR_Report.pdf
PAHO = Portal Evidencia e inteligencia para la acción en las metas del ODS-3 <https://www3.paho.org/ods3/>

Indicadores ODS-3 Chile

| Meta 3.1.: De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos | | | |
|---|------|------|---------|
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.1.1 Tasa de mortalidad materna. | 13 | 2019 | PAHO |
| 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. | 99.7 | 2016 | Informe |
| Meta 3.2.: De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. | 7 | 2019 | PAHO |
| | 6.8 | 2020 | BM |
| 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal. | 4.6 | 2019 | PAHO |
| | 4,4 | 2020 | BM |
| Meta 3.3.: De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave. | 0.3 | 2019 | PAHO |

| | | | |
|--|-----------|--------------|-----------------|
| 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes. | 18 | 2019 | PAHO |
| 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes. | 0.04 | 2015 | Informe |
| 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes. | 6 | 2018 | Informe |
| 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas. | .... | .... | .... |
| Meta 3.4.: | | | |
| De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas. | 218 | 2016 | Informe |
| 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio. | 8 | 2019 | PAHO |
| Meta 3.5.: | | | |
| Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.5.1 Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas. | .... | .... | .... |
| 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad), durante un año civil en litros de alcohol puro. | 7.8 | 2018 | PAHO |
| Meta 3.6.: | | | |
| De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico. | 7 13.5 | 2016 2019 | Informe PAHO |
| Meta 3.7.: | | | |
| De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. | 64.9 | 2016 | Informe |
| 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. | 26.4 | 2017 | PAHO |
| Meta 3.8.: | | | |
| Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales. | .... | .... | .... |
| 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares. | 4 | 2015 | Informe |
| Meta 3.9.: | | | |
| 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. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente. | 18 | 2017 | Informe |

| | | | |
|---|------|------|---------|
| 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene (exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos [WASH]). | ... | ... | ... |
| 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias. | 0.2 | 2016 | Informe |
| Meta 3.a: | | | |
| Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas). | 44.7 | 2017 | PAHO |
| Meta: 3.b.: | | | |
| Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional. | ... | ... | ... |
| 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica. | ... | ... | ... |
| 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible. | ... | ... | ... |
| Meta 3.c.: | | | |
| Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario. | 25.9 | 2018 | PAHO |
| Meta 3.d.: | | | |
| Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional [RSI] y preparación para emergencias de salud. | 78.1 | 2015 | Informe |

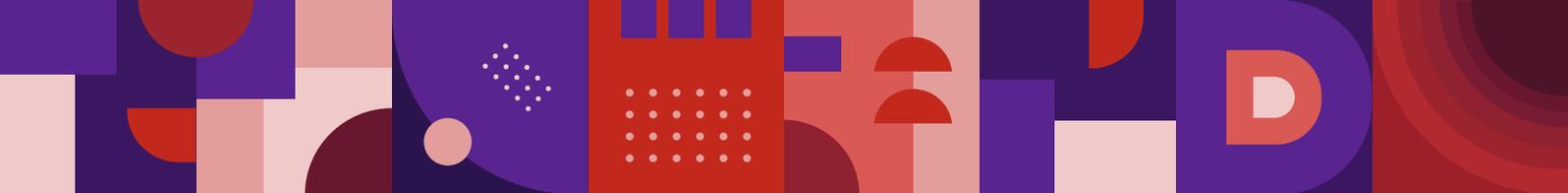
Fuente: Informe Nacional Voluntario: Chile 2019 https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/23507Informe_Nacional_Voluntario_CHILE_Junio_2019_final_1.pdf

PAHO = Portal Evidencia e inteligencia para la acción en las metas del ODS-3 <https://www3.paho.org/ods3/>

Indicadores ODS-3 Colombia

| Meta 3.1.: | | | |
|--|-------|------|---|
| De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.1.1 Tasa de mortalidad materna. | 65,8 | 2020 | EEVV ²⁴ , Minsalud |
| 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. | 97,4 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |
| Meta 3.2.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. | 12,11 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |
| 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal. | 6,7 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |
| Meta 3.3.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave. | 0,3 | 2019 | PAHO |
| Incidencia de VIH por 100.000 habitantes (proxy). | 52,4 | 2020 | Registro VIH -Cuenta de Alto Costo, consultado en: https://cuentadealtocosto.org/site/vih/ |
| 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis (todas las formas) por cada 100.000 habitantes. | 21,4 | 2020 | Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, consultado informe de evento https://www.ins.gov.co/buscador-eventos |
| 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes. | 2,5 | 2019 | Informe |
| 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes. | 2,5 | 2020 | Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, consultado informe de evento https://www.ins.gov.co/buscador-eventos |
| 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas. | .... | .... | .... |

²⁴ EEVV: estadísticas vitales



| Meta 3.4.: | | | |
|---|--|------|---|
| De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.4.1 Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas ²⁵ . | 236,0 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |
| 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio ²⁶ . | 5,5 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |
| Meta 3.5.: | | | |
| Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.5.1 Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas. | .... | .... | .... |
| 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad), durante un año civil en litros de alcohol puro. Prevalencia de consumo de alcohol. | De vida: 84,0 Último año: 54,6 Último mes: 30,1 | 2019 | Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas, Colombia 2019 ²⁷ |
| Meta 3.6.: | | | |
| De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico. | 11,7 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |
| Meta 3.7.: | | | |

²⁵ Diagnóstico utilizados para el cálculo del indicador: C00-C97, I00-I99, E10-E14, J30-J98.

²⁶ Corresponde a la Tasa de mortalidad por lesiones intencionalmente autoinfligidas con CIE 10: X60-X84.

²⁷ Consultado en: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>

De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

| Indicador | Dato | Año | Fuente |
|---|------|------|--|
| 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear [entre 15 y 49 años] que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. | 86,2 | 2015 | Encuesta Nacional de Demografía y Salud [ENDS] ²⁸ |
| 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes [entre 10 y 14 años] por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. | 2,2 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |
| Tasa de fecundidad de las adolescentes [entre 15 y 19 años] por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. | 54,4 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |

Meta 3.8.:

Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

| Indicador | Dato | Año | Fuente |
|---|-------|------|---------|
| 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales ²⁹ . | 95.64 | 2020 | Informe |
| 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares. | .... | .... | .... |

Meta 3.9.:

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.

| Indicador | Dato | Año | Fuente |
|---|------|------|------------------------------|
| 3.9.1 Tasa de mortalidad por la contaminación de los hogares y del aire ambiente ³⁰ . | 88,1 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |
| 3.9.2 Tasa de mortalidad por agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene [exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos (WASH)] ³¹ . | 4,75 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |
| 3.9.3 Tasa de mortalidad por intoxicaciones involuntarias ³² . | 0,21 | 2020 | EEVV ³ , Minsalud |

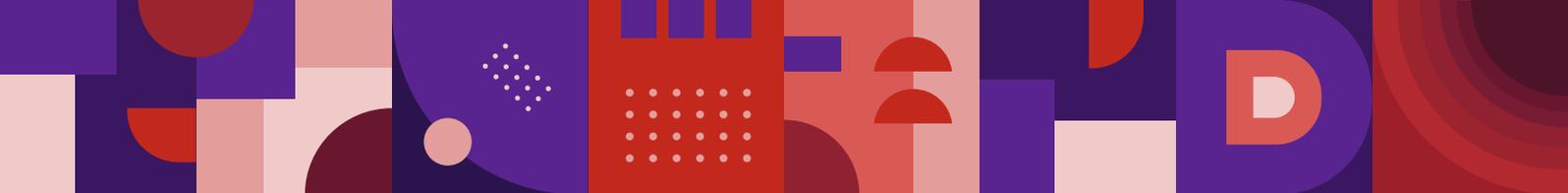
²⁸ Consultado en cuadro 8.2.1: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>

²⁹ Definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos.

³⁰ Calculado con los diagnósticos de mortalidad por infecciones respiratorias agudas CIE 10: J00-J22; Enfermedades cerebrovasculares CIE 10: I60-I69; Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada; Cardiopatía isquémica [crónica] SAI CIE 10: I259; Enfermedad cardíaca, no especificada CIE 10: I51,9; Cardiomiopatía, no especificada Cardiomiopatía [primaria] [secundaria] SAI CIE 10: I429, EPOC CIE 10: J44; Tumor maligno de los bronquios y del pulmón CIE 10: C34.

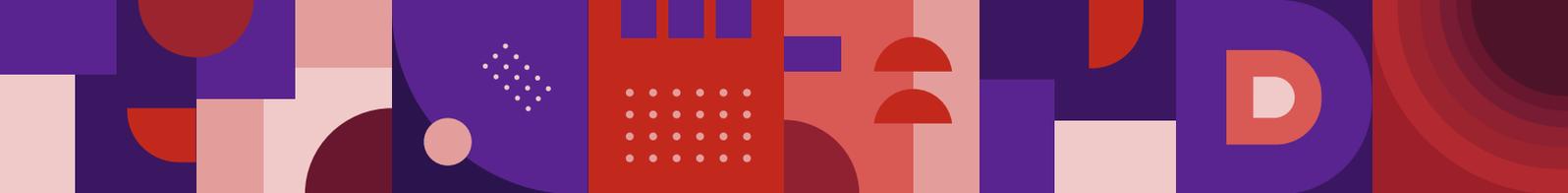
³¹ Diagnósticos utilizados: CIE 10: A00, A01, A03, A04, A06-A09), B76- B77, B79, E40-E46

³² Diagnósticos usados en el cálculo de la tasa de mortalidad por Envenenamiento accidental por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos CIE 10: X40; Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo CIE 10: X43; Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados CIE 10: X44; Envenenamiento accidental por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores CIE 10: X46.



| Meta 3.a.: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda. | | | |
|---|---------------------|------|--|
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad [edades ajustadas]. | 7.4 | 2018 | Informe |
| Prevalencia de uso de tabaco. | De vida: 33,4 | 2019 | |
| | Último año: 12,1 | | Estudio Nacional de Consumo de Sustancia psicoactivas, Colombia 2019 ³³ |
| | Último mes: 9,8 | | |
| Meta: 3.b.: Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional. | | | |
| <i>Proxy</i> Cobertura de BCG en menores de 1 año. | 89,0 | 2020 | Programa Ampliado de Inmunización |
| Cobertura de Pentavalente [tercera dosis] en menores de 1 año. | 87,9 | 2020 | |
| Cobertura de Triple viral en niños de 1 año de edad. | 90,5 | 2020 | |
| 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica. | .... | .... | .... |
| 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible. | .... | .... | .... |

³³ Consultado en: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>



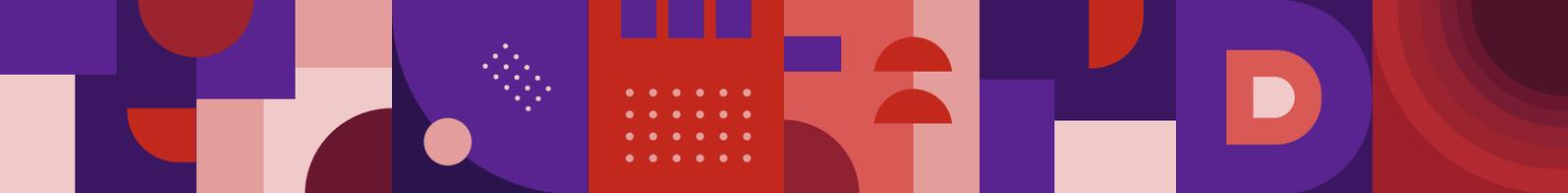
| Meta 3.c.: | | | |
|--|------|------|---|
| Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario. | 39,6 | 2020 | Registro de Talento Humano en Salud ³⁴ |
| Meta 3.d.: | | | |
| Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud. | .... | .... | .... |

Fuente: Informe Reporte Nacional Voluntario 2021 https://downloads.ctfassets.net/27p7ivvbl4bs/5QHMJWk16oeB1bmAuhlka0/346d94400d11453bc9523ee63be7cacd/VNR_2021_Colombia.pdf
 PAHO = Portal Evidencia e inteligencia para la acción en las metas del ODS-3 <https://www3.paho.org/ods3/>
 SISPRO = Sistema Integrado de Información de la Protección Social.
EEVV: estadísticas vitales

³⁴ Consultado en la página del observatorio Nacional de Talento Humano en Salud: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalento humano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

Indicadores ODS-3 Ecuador

| Meta 3.1.: | | | |
|--|-------|------|---------|
| De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.1.1 Tasa de mortalidad materna. | 49.14 | 2020 | MSP |
| | 39.79 | 2021 | DNVE |
| 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. | 97 | 2019 | INEC |
| | 96 | 2018 | Informe |
| Meta 3.2.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. | 14 | 2019 | PAHO |
| | 13.0 | 2020 | BM |
| 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal. | 6.70 | 2020 | BM |
| | 4.6 | 2020 | INEC |
| Meta 3.3.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave. | 18.7 | 2013 | ODS |
| 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes. | 34.53 | 2017 | MSP |
| 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes. | 0.12 | 2020 | MSP |
| | 0.13 | 2021 | DNVE |
| 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes. | .... | .... | .... |
| 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas. | .... | .... | .... |
| Meta 3.4.: | | | |
| De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas. | 196 | 2018 | Informe |
| 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio. | 7.7 | 2019 | PAHO |
| Meta 3.5.: | | | |
| Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.5.1 Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas. | .... | .... | .... |
| 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad), durante un año civil en litros de alcohol puro. | .... | .... | .... |



| Meta 3.6.: | | | |
|--|---|--------------|-------------------|
| De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico. | 18.4 | 2018 | Informe |
| Meta 3.7.: | | | |
| De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear [entre 15 y 49 años] que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. | 92.5 | 2018 | Informe |
| 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes [entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años] por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. | Mujeres 15-19 años: 70.94 Mujeres 10-14 años: 2,84 | 2017 | Informe |
| Meta 3.8.: | | | |
| Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales. | Pública contrib. 43.13 | 2019 | Informe |
| 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares. | 7.5 % | 2012 | INEC |
| Meta 3.9.: | | | |
| 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. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente. | ... | ... | ... |
| 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene [exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos (WASH)]. | 3 | 2018 | Informe |
| 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias. | 601 | 2018 2021 | Informe CIATOX |
| Meta 3.a.: | | | |
| Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad [edades ajustadas]. | 42 | 2012 | ODS |
| Meta: 3.b.: | | | |
| Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de | | | |

| conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública. | | | |
|--|--------------------------|------|--------|
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional. | ... | ... | ... |
| 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica. | ... | ... | ... |
| 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible. | Establecimientos 4165 | 2018 | INEC |
| Meta 3.c.: Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario/médicos X 10.000 hab. | 23 | 2018 | INEC |
| Meta 3.d.: Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud. | ... | ... | ... |

Fuente: Informe Examen Nacional Voluntario Ecuador 2020 https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26393VNR_2020_Ecuador_Spanish.pdf
 INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador
 DNEV: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
 PAHO = Portal Evidencia e inteligencia para la acción en las metas del ODS-3 <https://www3.paho.org/ods3/>

³⁵ Otras fuentes consultadas para Ecuador: INEC - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
 INEC: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf
 INEC: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Nac_Ingresos_Gastos_Hogares_Urb_Rur_ENIGHU/ENIGHU-2011-2012/EnighurPresentacionRP.pdf
 DS Ecuador: <https://odsterritorioecuador.ec/observatorio-ods-2/>; <https://odsterritorioecuador.ec/ods3/#3.1.1>
 Ministerio de Salud Ecuador: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018UV.pdf
 CIATOX Ecuador: <https://drive.google.com/file/d/1af3IXo6pliTTU16lyahwRjLoPW-rt56k/view>

Indicadores ODS-3 Perú

| Meta 3.1.: | | | |
|--|--------|------|---|
| De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.1.1 Tasa de mortalidad materna. | 88 | 2017 | PAHO |
| | 101.8 | 2020 | INEI-ENDES MINSACNEPCE ³⁶ |
| 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. | 93.1 | 2018 | PAHO |
| | 95.7 | 2020 | INEI-ENDES ³⁷ |
| Meta 3.2.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. | 13.2 | 2019 | PAHO |
| | 12.80 | 2020 | BM |
| | 16 | 2020 | INEI-ENDES ³⁸ |
| 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal. | 6.4 | 2019 | PAHO |
| | 6.70 | 2020 | BM |
| | 8 | 2020 | INEI-ENDES ³⁹ |
| Meta 3.3.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave. | 0.1 | 2019 | PAHO |
| | 0.1 | 2019 | INEI-ENDES MINSACNEPCE ⁴⁰ |
| 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes. | 119 | 2019 | PAHO |
| | 88.8 | 2019 | MINSACNEPCE ⁴¹ |
| 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes. | 0.748 | 2019 | PAHO |
| | 0.2 | 2020 | MINSACNEPCE ⁴² |
| 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes. | 5 | 2019 | INEI |
| | 3.06 | 2019 | MINSACNEPCE ⁴³ |
| 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas. | 61.671 | 2020 | MINSACNEPCE ⁴⁴ |

³⁶ Otras fuentes consultadas para Perú: tasa de natalidad <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/peru>
https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/boletin/boletin_202053.pdf. Pág. 766

³⁷ https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf. Pág. 279

³⁸ https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf. Pág. 27

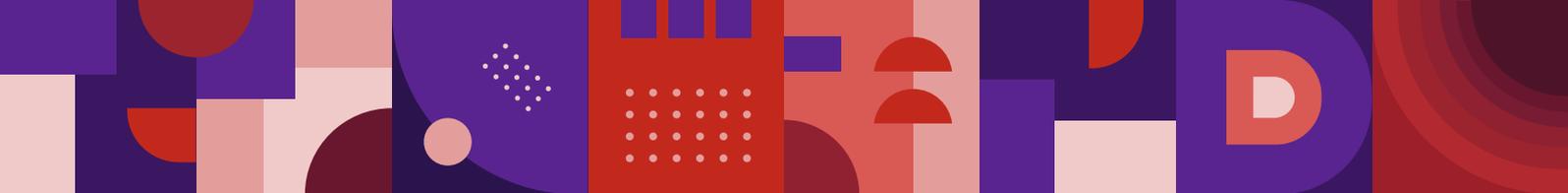
³⁹ <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/33.pdf>. Pág. 288

⁴⁰ <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfitB.aspx>

⁴¹ <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2020/SE17/malaria.pdf>. Pág. 1

⁴² <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2020/SE24/hepatitisb.pdf>. Pág. 1

⁴³ https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/boletin/boletin_202053.pdf. Pág. 775



| Meta 3.4.: | | | |
|--|--------------|--------------|--------------------------------------|
| De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas. | 9.7 | 2019 | PAHO |
| 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio. | 2.7 2.8 | 2019 2020 | PAHO MINSA ⁴⁵ |
| Meta 3.5.: | | | |
| Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.5.1 Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas. | 0.6 | 2020 | INEI |
| 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad), durante un año civil en litros de alcohol puro. | 69.3 | 2019 | INEI |
| Meta 3.6.: | | | |
| De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico. | 13.4 6.7 | 2019 2020 | PAHO INEI ⁴⁶ |
| Meta 3.7.: | | | |
| De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. | 66.9 55 | 2019 2020 | PAHO INEI- ENDES ⁴⁷ |
| 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. | 53 39 | 2018 2020 | INEI INEI- ENDES |
| Meta 3.8.: | | | |
| Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales. | 77.7 95.5 | 2019 2020 | INEI MINSA ⁴⁸ |
| 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares. | 8.3 9.6 | 2019 2022 | INEI- ENAHQ ⁴⁹ |

⁴⁵ <https://elperuano.pe/noticia/128935-minsa-recomienda-prestar-atencion-a-los-sintomas-iniciales-de-depresion-severa#:~:text=12%2F09%2F2021%20Per%C3%BA%20es,de%208%20por%20100%2C000%20habitantes>

⁴⁶ <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/traffic-accidents/>

⁴⁷ https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf. Pág. 26

| Meta 3.9.: | | | |
|---|-------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| 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. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente. | .... | .... | .... |
| 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene [exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos (WASH)]. | .... | .... | .... |
| 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias. | 1.1 | 2020 | MINSA-CNEPCE ⁵⁰ |
| Meta 3.a.: | | | |
| Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad [edades ajustadas]. | 7.5 | 2020 | INEI-ENDES ⁵¹ |
| Meta: 3.b.: | | | |
| Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional. | 61.1 | 2020 | INEI-ENDES ⁵² |
| 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica. | .... | .... | .... |
| 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible. | Establecim. 12.151 ⁵³ | 2020 | INEI |
| Meta 3.c.: | | | |
| Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario. | 27 39.6 | 2019 2020 | INEI MINSA ⁵⁴ |
| Meta 3.d.: | | | |
| Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud. | .... | .... | .... |

Fuente: Informe Nacional: Perú a mayo 2020. La Protección de la Vida en la Emergencia y Después https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26326VNR_2020_Peru_Report_Spanish.pdf | INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú | MINSA: Ministerio de Salud PAHO = Portal Evidencia e inteligencia para la acción en las metas del ODS-3 <https://www3.paho.org/ods3/> | ENDES = Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

⁴⁸ <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5473.pdf> <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5473.pdf>. Pág. 14

⁴⁹ <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2301833/CEPLAN%20-%20Nivel%20de%20Ingresos%20y%20gastos%20en%20el%20Peru%20y%20el%20impacto%20de%20la%20COVID-19.pdf>. Pág. 26

⁵⁰ https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/boletin/boletin_20215.pdf. Pág. 140

⁵¹ https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2020.pdf. Pág. 35

⁵² https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/. Pág. 182

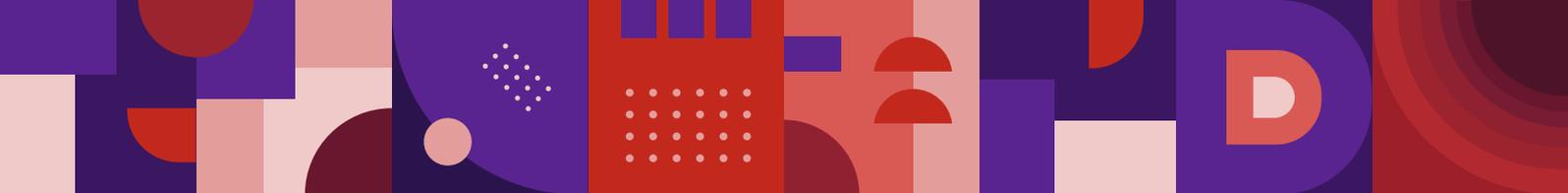
⁵³ Centros de Salud: 2644; Hospitales: 615; Puestos de salud: 8892.

⁵⁴ https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf. personal de salud por cada 10 000 hab http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832021000100005#:~:text=Al%20realizar%20el%20an%C3%A1lisis%20de,relativo%20de%205%2C1%25. Pág. 90.

Indicadores ODS-3 Venezuela

| Meta 3.1.: | | | |
|---|-------|------|--------|
| De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.1.1 Tasa de mortalidad materna. | 125 | 2017 | PAHO |
| 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. | 95.4 | 2017 | PAHO |
| Meta 3.2.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. | 24.2 | 2019 | PAHO |
| | 24.2 | 2020 | BM |
| 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal. | 14.6 | 2019 | PAHO |
| | 14.60 | 2020 | BM |
| Meta 3.3.: | | | |
| De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave. | 0.2 | 2019 | PAHO |
| 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes. | 45 | 2019 | PAHO |
| 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes. | 17.28 | 2019 | PAHO |
| 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes. | .... | .... | .... |
| 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas. | .... | .... | .... |
| Meta 3.4.: | | | |
| De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas. | 14.8 | 2019 | PAHO |
| 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio. | 2.1 | 2019 | PAHO |
| Meta 3.5.: | | | |
| Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.5.1 Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas. | .... | .... | .... |
| 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad), durante un año civil en litros de alcohol puro. | .... | .... | .... |
| Meta 3.6.: | | | |
| De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo | | | |

| Indicador | Dato | Año | Fuente |
|---|------------------------------|------|----------|
| 3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico. | 39.7 | 2019 | PAHO |
| Meta 3.7.: | | | |
| De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. | 82.9 | 2019 | PAHO |
| 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. | Mujeres de 15 a 19 años = 95 | 2019 | Sinergia |
| Meta 3.8.: | | | |
| Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales. | .... | .... | .... |
| 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares. | .... | .... | .... |
| Meta 3.9.: | | | |
| 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. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente. | .... | .... | .... |
| 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene (exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos [WASH]). | .... | .... | .... |
| 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias. | .... | .... | .... |
| Meta 3.a.: | | | |
| Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas). | .... | .... | .... |
| Meta: 3.b.: | | | |
| Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional. | .... | .... | .... |
| 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica. | .... | .... | .... |
| 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible. | .... | .... | .... |



| | | | |
|---|------|-------|--------|
| Meta 3.c.: | | | |
| Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario. | .... | ..... | .... |
| Meta 3.d.: | | | |
| Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud. | .... | .... | .... |

Fuente: Informe Presentación Nacional Voluntaria (PNV) ante el Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sustentable (FPAN) de Naciones Unidas [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/10527Venezuela-%20PNV%20DEFINITIVO%20JUNIO%202016%20%20DEFINITIVO%2017062016%20\(1\).pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/10527Venezuela-%20PNV%20DEFINITIVO%20JUNIO%202016%20%20DEFINITIVO%2017062016%20(1).pdf)
 SINERGIA : Los objetivos del desarrollo sostenible en Venezuela (2019): <https://cepei.org/wp-content/uploads/2020/01/Los-Objetivos-de-Desarrollo-Sostenible-en-Venezuela.pdf>
 PAHO = Portal Evidencia e inteligencia para la acción en las metas del ODS-3 <https://www3.paho.org/ods3/>

Propuesta equipo de Bolivia: promoción de la medicina tradicional y la salud intercultural

Se presenta la propuesta del equipo de Bolivia, de incluir metas e indicadores relacionados con la medicina tradicional y la salud intercultural.

• Medicina tradicional ancestral boliviana

El Estado boliviano ha iniciado un proceso de acercamiento a las miradas de los pueblos indígenas originarios, para abordar y/o subsanar las desigualdades en el acceso a la salud.

Desarrollo de la Normativa Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana

En Bolivia, a partir de incorporar la medicina tradicional como una alternativa de salud oficial, se ha generado toda una serie de normativas que validan su práctica.

La Constitución Política del Estado, a partir de sus artículos 30, 35, 42 y 304 propone el reconocimiento, valoración, promoción y fortalecimiento de la medicina tradicional, en el proceso de operativizar estos mandatos constitucionales se generan las siguientes normativas:

- Ley 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana
- DS N° 2436 reglamentación de la Ley 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana
- Registro Único de Medicina Tradicional Ancestral boliviana

Estas normativas han servido para identificar y registrar la práctica de la medicina tradicional no solo en ámbitos asistenciales o medicalizados, también en la promoción y adopción de hábitos saludables desde perspectivas tradicionales y/o ancestrales. El desarrollo de la salud intercultural se torna en una estrategia para acortar las brechas de las inequidades, que provocan las desigualdades en el acceso a la salud.

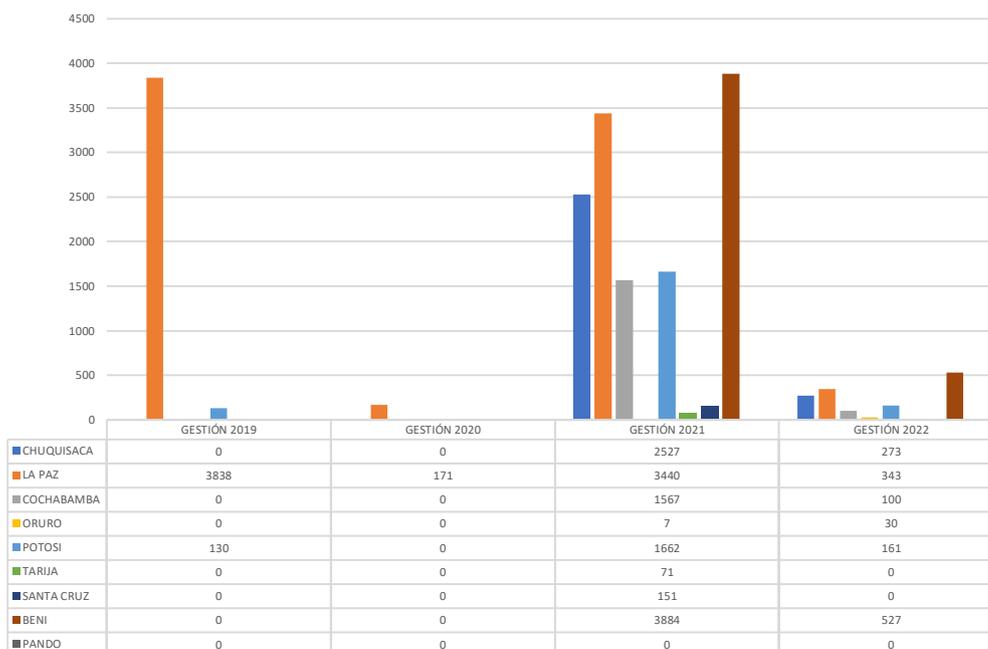
La implementación de la medicina tradicional y salud intercultural en los centros de primer nivel de atención, a dado paso a que se pueda medir, monitorear y fortalecer los servicios de salud. Se cuenta con el Sistema de Información de Medicina Tradicional (SISMET), que muestra la relación de las atenciones de medicina tradicional en centros de salud desde el 2019 hasta la presente gestión. En el 2021 se inicia un proceso de registro de atenciones de medicina tradicional, producto del reconocimiento de aquellos médicos tradicionales en sus diferentes especialidades, tal como se muestra en la siguiente Tabla:

Tabla 53. Consultas de medicina tradicional en establecimientos de salud

| Departamento | Gestión 2019 | Gestión 2020 | Gestión 2021 | Gestión 2022 | Total |
|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| CHUQUISACA | 0 | 0 | 2.527 | 273 | 2.800 |
| LA PAZ | 3.838 | 171 | 3.440 | 343 | 7.792 |
| COCHABAMBA | 0 | 0 | 1.567 | 100 | 1.667 |
| ORURO | 0 | 0 | 7 | 30 | 37 |
| POTOSI | 130 | 0 | 1.662 | 161 | 1.953 |
| TARIJA | 0 | 0 | 71 | 0 | 71 |
| SANTA CRUZ | 0 | 0 | 151 | 0 | 151 |
| BENI | 0 | 0 | 3.884 | 527 | 4.411 |
| PANDO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 3.968 | 171 | 13.309 | 1.434 | 18.882 |
| Fuente SISMET | | | | | |

Los registros de atención de medicina tradicional en centros de salud, los brindan médicos tradicionales reconocidos y certificados como tal, por sus organizaciones y por los sistemas de registro de la Dirección General de Medicina Tradicional. Es importante considerar el crecimiento que en el número de personas que acuden a los centros de salud para solicitar atención de medicina tradicional, se ha dado.

CONSULTAS DE MEDICINA TRADICIONAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



La incorporación de la medicina tradicional y la salud intercultural se da a partir de la representación de sus cuatro especialidades genéricas:

CUADRO 2. Número de prestadores de medicina tradicional registrados según categoría y sexo a nivel nacional

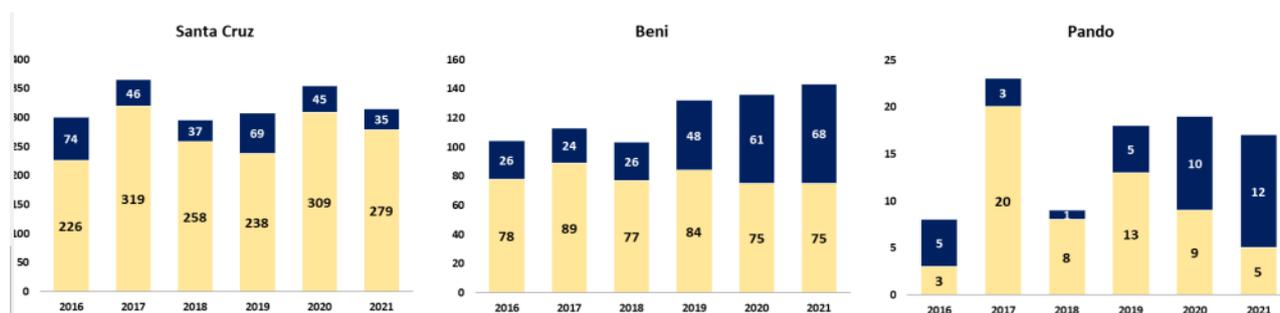
| Categoría | Sexo | | Total N [%] |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| | Femenino N [%] | Masculino N [%] | |
| Guía espiritual | 26 [4.5] | 39 [7.4] | 65 [5.8] |
| Médico[a] naturista tradicional | 236 [40.4] | 196 [37.1] | 432 [38.8] |
| Médico[a] naturista ancestral | 285 [48.8] | 290 [54.8] | 575 [51.7] |
| Partera[o] tradicional | 37 [6.3] | 4 [0.8] | 41 [3.7] |
| Total | 584 | 529 | 1113 |

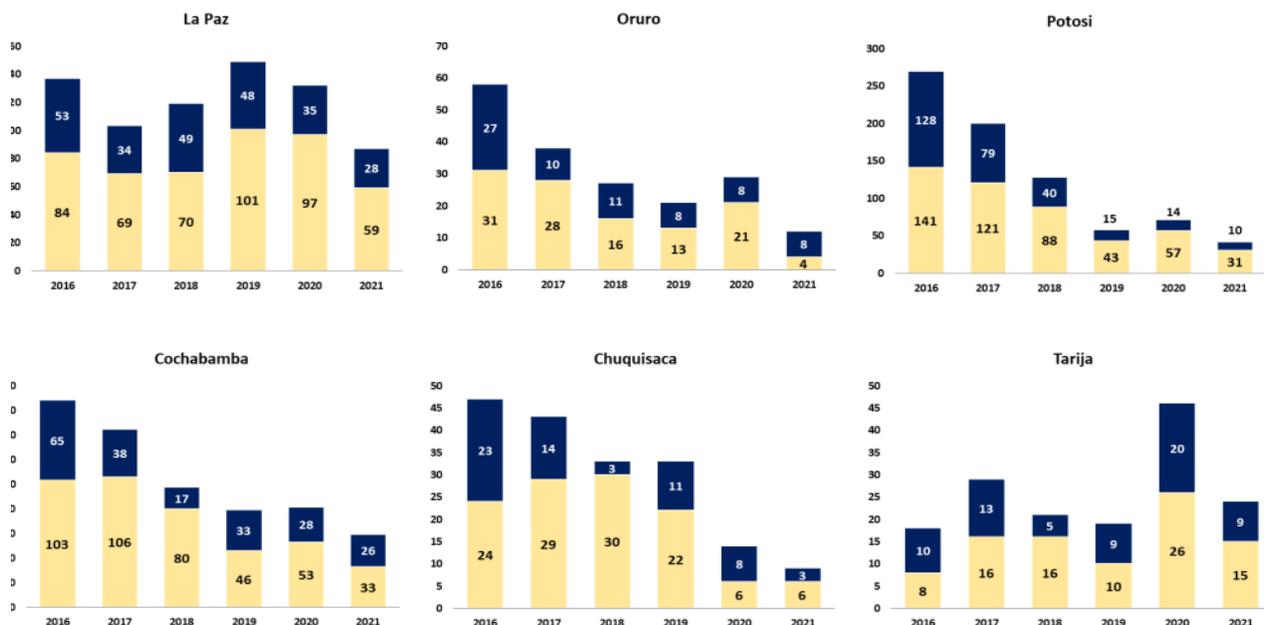
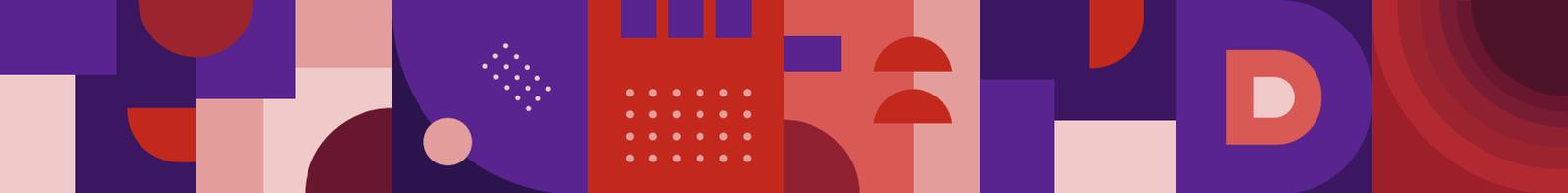
Fuente: SISMET 2019 - 2021

De esta manera, las políticas públicas y las acciones de la medicina tradicional y salud intercultural, han dado paso a la visibilización de la vigencia de los saberes ancestrales en torno a la salud integral e intercultural.

Al no contar una meta que haga énfasis a la promoción de la medicina tradicional y la salud intercultural como estrategia de inclusión, es que se propone los siguientes indicadores.

Gráfico 20. Parto institucional realizado por parteras tradicionales en Bolivia





Fuente: Software del SNIS 2016 – 2021. MSyD

Proponemos incorporar en la meta vinculada a la maternidad:

| Meta 3.1.: De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. | | | |
|--|-------|------|---------------|
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.1.1 Tasa de mortalidad materna. | 155 | 2017 | PAHO |
| 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. | 80.6 | 2019 | Informe |
| 3.1.3 (...) partos atendidos por prestador de medicina tradicional, partera, partero, en centros de salud de primer nivel de atención. | 1.412 | 2022 | DGMT - SISMET |

Atenciones de medicina tradicional en establecimientos de salud

| | Departamento | Provincia | Municipio | Establecimiento | Atenciones |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|--|------------|
| 1 | CHUQUISACA | NOR CINTI | CAMARGO | HOSPITAL SEGUNDO NIVEL SAN JUAN DE DIOS CAMARGO | 291 |
| 1 | CHUQUISACA | NOR CINTI | SAN LUCAS | C.S. INTEGRAL SAN LUCAS | 743 |
| 1 | CHUQUISACA | OROPEZA | SUCRE | C.S. AMBULATORIO ALEMANIA UNIDA (M) | 220 |
| 1 | CHUQUISACA | OROPEZA | SUCRE | C.S. AMBULATORIO VILLA ARMONIA (CHQ) | 852 |
| 1 | CHUQUISACA | SUR CINTI | CAMATAQUI (C. VILLA ABECIA) | C.S. INTEGRAL SANTA MARIA VILLA ABECIA | 421 |
| 2 | LA PAZ | AROMA | SICA SICA (VILLA AROMA) | C.S. AMBULATORIO VILLA ESTEBAN ARCE | 220 |
| 2 | LA PAZ | MURILLO | EL ALTO | C.S. AMBULATORIO SAN JOSE DE CHARAPAQUI II | 646 |
| 2 | LA PAZ | MURILLO | EL ALTO | C.S. INTEGRAL COPACABANA | 75 |
| 2 | LA PAZ | MURILLO | EL ALTO | C.S. INTEGRAL NUEVOS HORIZONTES | 252 |
| 2 | LA PAZ | MURILLO | LA PAZ | CENTRO DE AISLAMIENTO CENTRO DE AISLAMIENTO COVID 19 HOTEL EX RADISSON | 2087 |
| 2 | LA PAZ | NOR YUNGAS | COROICO | C.S. AMBULATORIO YOLOSA | 160 |
| 3 | COCHABAMBA | ARQUE | ARQUE | C. CARACTERISTICAS PART. CENTRO DE SALUD INTEGRAL TACOPAYA | 387 |
| 3 | COCHABAMBA | QUILLACOLLO | QUILLACOLLO | C.S. CON INTERNACION CALVARIO | 1075 |
| 3 | COCHABAMBA | TIRAQUE | SHINAOTA | PUESTO DE SALUD SANTA ROSA (CBB) | 105 |
| 4 | ORURO | PANTALEON DALENCE | MACHACAMARCA | C.S. CON INTERNACION MACHACAMARCA HNA. MONICA | 7 |

| | | | | | |
|---|------------|----------------------|---------------------------|---|------|
| 5 | POTOSI | ALONSO DE IBAÑEZ | SACACA | C.S. CON INTERNACION SACACA | 946 |
| 5 | POTOSI | CHARCAS | SAN PEDRO DE BUENA VISTA | C.S. CON INTERNACION SAN PEDRO DE B.V. | 378 |
| 5 | POTOSI | RAFAEL BUSTILLO | CHUQUIHUTA AYLLU JUCUMANI | C.S. CON INTERNACION SANTA MARIA DE CHUQUIUTA | 96 |
| 5 | POTOSI | TOMAS FRIAS | POTOSI | HOSPITAL GENERAL HOSP. D. BRACAMONTE | 242 |
| 6 | TARIJA | BURNET O'CONNOR | ENTRE RIOS TRJ | C.S. AMBULATORIO SAN JOSECITO | 71 |
| 7 | SANTA CRUZ | CORDILLERA | CHARAGUA | PUESTO DE SALUD COPERE LOMA | 151 |
| 8 | BENI | GRAL. JOSE BALLIVIAN | REYES | PUESTO DE SALUD PENA AMARILLA | 102 |
| 8 | BENI | MOXOS | SAN IGNACIO | C.S. INTEGRAL CENTRO DE SALUD INTEGRAL 3 DE NOVIEMBRE | 608 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO ALTO IVON | 133 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO BUEN DESTINO | 164 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO CONAVI | 251 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO CRISTO REY | 24 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO EL CERRITO | 1191 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO LA UNIDAD | 394 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO LOS CAYUCES | 288 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. CON INTERNACION CENTRO DE SALUD ETNICO "CIRABO" | 65 |

| | | | | | |
|--------------|------|-----------|-----------|--|--------------|
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO CONAVI | 251 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO CRISTO REY | 24 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO EL CERRITO | 1191 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO LA UNIDAD | 394 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. AMBULATORIO LOS CAYUCES | 288 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | C.S. CON INTERNACION CENTRO DE SALUD ETNICO "CIRABO" | 65 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | PUESTO DE SALUD SANTA ELENA DEL LAGO | 353 |
| 8 | BENI | VACA DIEZ | RIBERALTA | PUESTO DE SALUD VICTORIA | 311 |
| TOTAL | | | | | 13309 |

La meta que proponemos incorporar será:

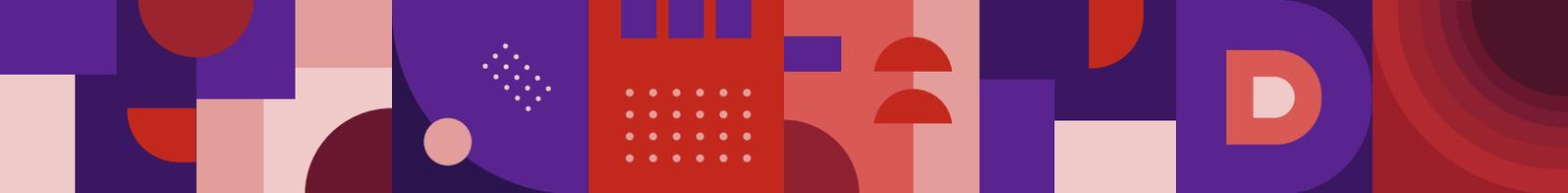
| Meta 3.[...] | | | |
|--|-------|------|---------------|
| De aquí al 2030, incorporar médicos tradicionales como parte del personal de salud de primer nivel. | | | |
| Indicador | Dato | Año | Fuente |
| 3.[...] incremento de médicos tradicionales de las diferentes especialidades incorporados en procesos de articulación a los centros de salud de 1 y 2 nivel. | 13309 | 2022 | DGMT - SISMET |



REFERENCIAS

REFERENCIAS

- ABUELAFIA, E. y SABOIN, J.L. [2020]. Los desafíos para la recuperación de Venezuela y el impacto del COVID-19. BID, Washington.
- ACNUR. [2021]. Discapacidad y Movilidad Humana: Estudio regional sobre la situación de las personas con discapacidad refugiadas, desplazadas y migrantes en América Latina. New York.
- ACOSTA, L. [2019]. La crisis venezolana: Impactos y desafíos. ESAP/KAS, Bogotá.
- ACUERDO NACIONAL. [2016]. Políticas de Estado y Planes de Gobierno 2016 – 2021. Secretaría Ejecutiva del Acuerdo Nacional, Lima.
- ACUÑA, J.; SÁNCHEZ, E. y GARZA, M. [Coord.]. [2020]. Cartografías de la pandemia en tiempos de crisis civilizatoria. Aproximaciones a su entendimiento desde México y América Latina. Universidad Hipócrates, México.
- ACUÑA, O. [Ed.]. [2018]. Guía de referencia para planes maestros de inversiones en salud con enfoque de red. BID, Washington.
- AECID. [2018]. Guía para la inclusión de la discapacidad en la cooperación para el desarrollo: estado de situación en la AECID y orientaciones para la acción. Madrid.
- AGUILAR, L. [2021]. La igualdad de género ante el cambio climático: ¿qué pueden hacer los mecanismos para el adelanto de las mujeres de América Latina y el Caribe? CEPAL, Santiago.
- AGURTO, I. et al. [2020]. Percepciones acerca del futuro de la salud en el marco de la planificación de los objetivos sanitarios 2021 – 2030 en Chile. Notas de Población N° 111, CELADE/CEPAL, Santiago.
- AILLÓN, E. [2010]. Guía conceptual y metodológica para la construcción del análisis de situación de salud andino, ASIS andino, con enfoque intercultural. ORAS/CONHU, Lima.
- ALCALDÍA DE BOGOTÁ. [2020]. Plan Territorial de Salud Bogotá D.C. 2020 - 2025. Bogotá.
- ALEMAN, M.; ASTORGA, I.; DALAISON, W.; GONZÁLEZ, L. y SAINT-PIERRE, E. [2020]. Diseño y construcción de hospitales: ¿cómo podemos mejorar la gestión de los proyectos de infraestructura en la región? BID, Washington.
- ALMEIDA, M. D. [2021]. La política fiscal con enfoque de género en países de América Latina. CEPAL, Santiago.
- ALONSO, M. y VÁZQUEZ, M.C. [Edit.]. [2013]. Impactos del cambio climático en la salud. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, Madrid.
- ALVARADO, J. [2019]. Análisis del gasto público en salud y su relación con el índice de desarrollo humano para Ecuador, período 2000 – 2018. Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
- ALVAREDO, F.; CHANCEL, L.; PIKETTY, T.; SAEZ, E. y ZUCMAN, G. [Coord.]. [2018]. Informe sobre la desigualdad global 2018. Laboratorio sobre la Desigualdad Global. París.
- ANDIA, T. [2018]. El efecto portafolio de la regulación de los precios de medicamentos: la respuesta de la industria



farmacéutica a la regulación de precios de medicamentos en Colombia. BID, Washington.

ANDRIAN, L. y HIRS, J. [2020]. Colombia: desafíos de desarrollo en tiempos de COVID-19. BID, Washington.

ALTAMIRANO, A.; BERSTEIN, S.; BOSCH, M.; GARCÍA, M. y OLIVERI, M.L. [2018]. Presente y futuro de las pensiones en América Latina y el Caribe. BID, Washington.

APAZA, E. [2018]. Usos de los conocimientos y prácticas medicinales indígenas en Bolivia: una identidad cultural en la salud pública. Salud Colectiva – UNILA, Foz de Iguazú.

ARAMENDIS, R. y RODRÍGUEZ, A. [2019]. Oportunidades de la bioeconomía para la recuperación pospandemia de COVID-19: un análisis basado en las recomendaciones de la Misión Internacional de Sabios Colombia 2019. CEPAL, Santiago.

ARANCO, N. y IBARRARÁN, P. [2020]. Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados. BID, Washington.

ARANCO, N.; STAMPINI, M.; IBARRARÁN, P. y MEDELLÍN, M. [2018]. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. BID, Washington.

ARCHILA, M.; GARCÉS, S.; GARCÍA, M.; MEDINA, J.; RESTREPO, A.M. y TORRES, M. [2020]. La crisis de la salud es anterior al COVID-19. CINEP, Bogotá.

ARENAS, A. [2019]. Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina. CEPAL, Santiago.

ARIAS, P. y GÓMEZ, M.P. [2018]. Contienda por la Ley Estatutaria de Salud en Colombia 2008 – 2015: entre el mercado y el derecho. Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

ARRIAGADA, I.; ARANDA, V. y MIRANDA, F. [2005]. Políticas y programas de salud en América Latina: problemas y propuestas. CEPAL, Santiago.

ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL. [2020]. Ley de Presupuesto General del Estado, gestión 2021. La Paz.

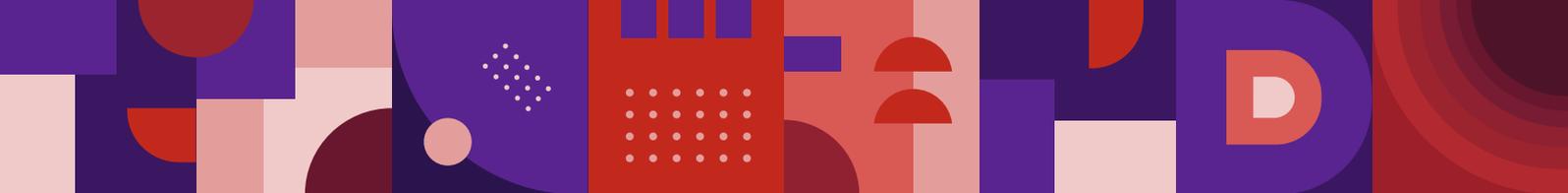
ASAMBLEA NACIONAL. [2017]. Presupuesto General del Estado para 2018. Registro Oficial N° 145, Quito.

ASTORGA, I.; ALONSO, P.; PINTO, D.; FREDDI, J. y CORREDERAS, M. [2016]. 10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina: ¿Qué hemos aprendido? BID, Washington.

ATUESTA, B.; MANCERO, X. y TROMBEN, V. [2018]. Herramientas para el análisis de las desigualdades y del efecto redistributivo de las políticas públicas. CEPAL, Santiago.

AUTORES VARIOS [mayo de 2020b]. La pandemia que nos obligó a ser virtuales. El País Retina [27], 1-75.

BADANO, M. y CRUZ, V. [Comp.]. [2021]. Conversaciones en plural: educación superior, derechos humanos y desigualdad



en tiempos de pandemia. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

BANCO MUNDIAL. [2021]. Actuemos ya para proteger el capital humano de nuestros niños: los costos y la respuesta ante el impacto de la pandemia de COVID-19 en el sector educativo de América Latina y el Caribe. Washington.

BANCO MUNDIAL. [2020a]. Protección para las personas y las economías: políticas integradas en respuesta a la COVID-19. Washington.

BANCO MUNDIAL. [2020b]. Estudio de caso sobre el rol de la atención primaria en salud en la pandemia del SARS-COV-2 en Colombia. Washington.

BANCO MUNDIAL. [2019]. La naturaleza cambiante del trabajo. Informe sobre el desarrollo mundial 2019. Washington.

BANCO MUNDIAL. [2018]. Afrodescendientes en Latinoamérica: Hacia un marco de inclusión. Washington.

BAQUEIRO, P. [Org.]. [2021]. Cenários Pós-Pandemia: Reflexões sobre o Sul Global e Outros Territórios. Editora Cultura Acadêmica, Sao Paulo.

BÁRCENA, A. y CIMOLI, M. [Edit.]. [diciembre de 2020]. El COVID-19 y la crisis socioeconómica en América Latina y el Caribe. Revista CEPAL [132].

BÁRCENA, A.; PRADO, A. [2016]. El imperativo de la igualdad: por un desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe.

CEPAL – Siglo XXI Editores Buenos Aires.

BARRAEZ, D.; CHIRINOS, A.M. [2020]. El impacto económico del COVID-19 en Venezuela: la urgencia del financiamiento externo. PNUD, New York.

BARRANTES, R.; BUSSE, P. [Ed.]. [2014]. Salud, vulnerabilidades, desigualdades. Instituto de Estudios Peruanos, Lima.

BARRERA, E. L. [2015]. La salud en Colombia: entre el derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado 1993 – 2015 [tesis de doctorado]. Universidad Externado, Bogotá, Colombia.

BASCO, A.; LAVENA, C. [2021]. América Latina en movimiento: competencias y habilidades para la cuarta revolución industrial en el contexto de la pandemia. BID, Washington.

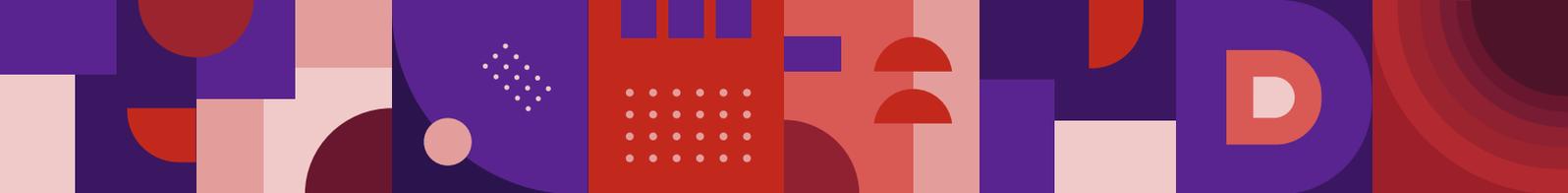
BASTIAS, E. y ULRICH, A. [2018]. Transformación digital del sector salud en América Latina y el Caribe: la historia clínica electrónica. BID, Washington.

BATTHYANY, Karina [Coord.]. [2020]. Miradas latinoamericanas al cuidado. CLACSO / Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

BAUM, A.; GIUSSI, M.V. [2019]. Irresistible: Cómo gestionar el cambio en salud digital. BID, Washington.

BAZOBERRI, O.; SOLIZ, L. [2020]. Bolivia en los tiempos de COVID-19: Adaptación de los sistemas agroalimentarios de la agricultura familiar, campesina y comunitaria. Instituto para el Desarrollo Rural de Sudamérica. La Paz.

BELEN, D. [2020]. Análisis de la eficiencia técnica de hospitales públicos nivel II en el Ecuador, período 2013 – 2017.



Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

BELEÑO, N.; MARTÍNEZ, B.; CLAVIJO, D. [2018]. El impacto de la Ley 1751 de 2015 en la accesibilidad actual a los servicios de salud en Colombia. Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá.

BENACH, J.; MUNTANER, C. [2005]. Aprender a mirar la salud: ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay.

BENAVIDES, P.; CASTRO, R.; JONES, I. [2013]. Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013 – 2050. Dirección de Presupuestos, Gobierno de Chile, Santiago.

BERNAL, M.E.; ROBERTSON, D. [2014]. Innovación social en salud: un aporte al avance de los objetivos de desarrollo del milenio. CEPAL, Santiago.

BERNAL, D.; GUTIERREZ, C. [Comp.]. [2012]. La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones. Universidad de los Andes, Bogotá.

BERNER, H.; VAN HEMELRYCK, T. [2020]. Sistemas de información social y registros de destinatarios de la protección social no contributiva en América Latina: Avances y desafíos frente al COVID-19. CEPAL, Santiago.

BID. [2020a]. La política pública frente al COVID-19: Recomendaciones para América Latina y el Caribe. Washington.

BID. [2020b]. Del confinamiento a la reapertura: Consideraciones estratégicas para el reinicio de las actividades en América Latina y el Caribe en el marco de la COVID-19. BID, Washington.

BID. [2020c]. Grupo Andino: el impacto del COVID-19 en las economías de la región. Washington.

BIDEGAIN, N.; CALDERÓN, C. [Comp.]. [2019]. Los cuidados en América Latina y el Caribe: Textos seleccionados 2007 – 2018. CEPAL, Santiago.

BIELSCHOWSKY, R.; TORRES, M. [Comp.]. [2018]. Desarrollo e igualdad: el pensamiento de la CEPAL en su séptimo decenio. Textos Seleccionados 2008 – 2018. CEPAL, Santiago.

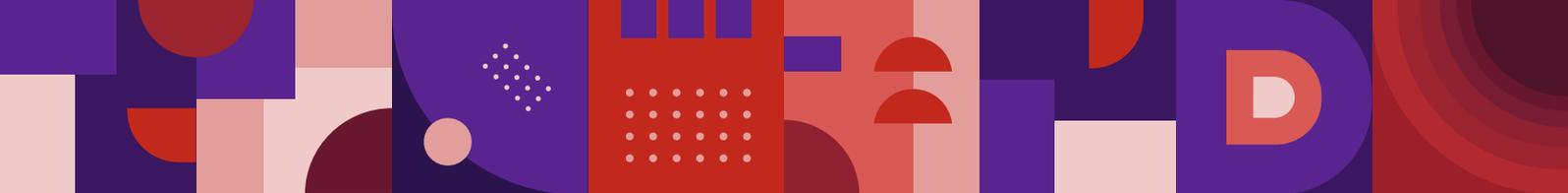
BLOUIN, C.; TIRADO, E.; MAMANI, F. [2018]. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino hacia una nueva política. PUCP / KAS, Lima.

BOLAÑO, J.; ROCHA, N. [2016]. Percepción sobre la humanización de los servicios de salud entre el personal sanitario que labora en la ciudad de Bogotá. Universidad Santo Tomás, Bogotá.

BONET, J.; GUZMÁN, K.; HAN DE CASTRO, L. [Ed.]. [2017]. La salud en Colombia: una perspectiva regional. Banco de la República, Bogotá.

BONO, L.; BOGADO, L. [Comp.]. [2020]. Latinoamérica, una región en crisis: los efectos de la pandemia. Universidad Nacional de la Plata, La Plata.

BOTTAN, N.; HOFFMAN, B.; VERA, D. [2020]. La desigual carga de la pandemia: por qué las consecuencias de la COVID-19 afectan más a los pobres. BID, Washington.



BURGOS, A. [2015]. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna 2009 – 2014. CEPAL, Santiago.

BUSO, M.; MESSINA, J. [Ed.]. [2020]. La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada. BID, Washington.

BUSTOS, C. [2015]. Modos de vida de la clase trabajadora en Chile y su relación con la salud [tesis de Doctorado]. Universidad Autónoma de Barcelona.

CABIESES, B. et al. [julio-diciembre de 2020]. Migrantes venezolanos frente a la pandemia del COVID-19 en Chile: Factores asociados a la percepción de sentirse preparados para enfrentarla. Notas de Población CELADE/CEPAL [111], 43-62.

CABROL, M.; SÁNCHEZ, R. [2021]. ¿Quién le teme a la inteligencia? Posibilidades y riesgos de la inteligencia artificial en el estado digital. BID, Washington.

CAF. [2020]. Los sistemas de pensiones y salud en América Latina: los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad. Banco de Desarrollo de América Latina, Buenos Aires.

CAFAGNA, G.; ARANCO, N.; IBARRARAN, P.; MEDELLIN, N.; OLIVERI, A.L. y STAMPINI, M. [2019]. Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. BID, Washington.

CAJAS-GUIJARRO, J. [2021]. COVID-19: la tragedia de los pobres. Entre crisis, sindemia y otros males. Plataforma por el Derecho a la Salud/Fundación Donum/FOS, Quito.

CALDERON, J.; AGUIAR, S. [Coord.]. [2019]. Segregación socio espacial en las ciudades latinoamericanas. TESEO / ALAS / CLACSO, Buenos Aires.

CANALES, A. [2020]. La desigualdad social frente al COVID-19 en el Área Metropolitana de Santiago [Chile]. Notas de Población CELADE/CEPAL [111], 13-41.

CAÑETE, R. [2018]. Democracias Capturadas: el Gobierno de unos Pocos. Mecanismos de Captura de la Política Fiscal por parte de las Élités en la Desigualdad en América Latina y el Caribe [1990 – 2017]. OXFAM / CLACSO, Buenos Aires.

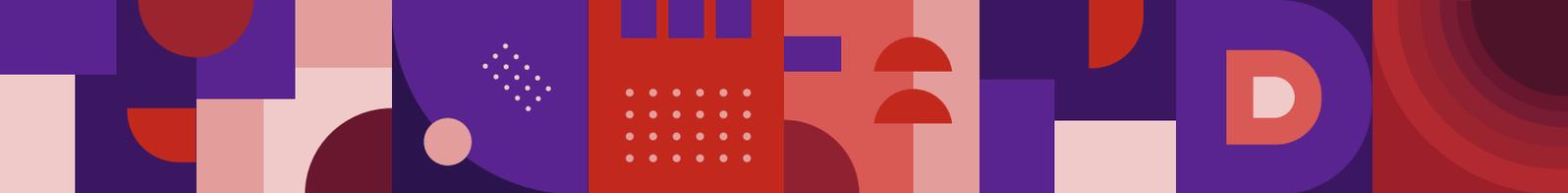
CAÑIZARES, R.; GARCÍA, J.F. [Ed.]. [2015]. Planificación y gestión de recursos humanos en salud en los países andinos: Evidencia para la toma de decisiones. ORAS/CONHU, Lima.

CÁRDENAS, E.; JUÁREZ, C.; MOSCOSO, R.; VIVAS, J. [2017]. Determinantes sociales en salud. ESAN Ediciones, Lima.

CÁRDENAS, M.; FERNÁNDEZ, C.; RASTELETI, A.; ZAMORA, D. [2021]. Consideraciones para el diseño de políticas fiscales para reducir la informalidad en América Latina y el Caribe. BID, Washington.

CARNICERO, J.; FERNÁNDEZ, A. [Coord.] [2012]. Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud. CEPAL / OPS / SEIS / ALIS, Santiago.

CARRASCO, I.; SUÁREZ, J. [2018]. Migración internacional e inclusión en América Latina: Análisis en los países de destino mediante encuesta de hogares. CEPAL / Cooperación Alemana, Santiago.



CARUSO, M.; GALIANI, S.; IBARRARÁN, P. [2017]. ¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe? Consideraciones teóricas de políticas. BID, Washington.

CASALLAS, A. L. [2019]. Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana: una perspectiva histórica. Universidad Andina Simón Bolívar, Quito.

CASANOVA, M. I. [2020]. Significado del Proceso de Atención de Salud para un Grupo de Personas Víctimas del Conflicto Armado en el Municipio de Pasto, Departamento de Nariño [tesis de Maestría en salud pública], Universidad de Manizales, Manizales.

CASTILLEJA, L. [2020]. Bolivia: Hacia una recuperación económica resiliente y sostenible en tiempos de COVID-19. BID, Washington.

CASTILLO, D. [2021]. Estrategia de fortalecimiento de capacidades de los países miembro de la Comunidad Andina en la difusión y la comunicación de la información para la participación y educación comunitaria en la gestión de riesgos de desastre. Comunidad Andina, Lima.

CAVAGNOUD, R. [2019]. Los estudios de población en los países andino-amazónicos [Bolivia, Ecuador y Perú]: estado de la cuestión y perspectivas de investigación. Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines 48(3), 239-256. <http://journals.openedition.org/bifea/10737>.

CAVALLO, E.; POWELL, A. [Coord.]. [2021]. Oportunidades para un mayor crecimiento sostenible tras la pandemia. BID, Washington.

CECHINI, S.; HOLTZ, R.; SOTO, H. [Coord.]. [2021]. Promoviendo la igualdad: el aporte de las políticas sociales en América Latina y el Caribe. Caja de herramientas. CEPAL, Santiago.

CECCHINI, S. [Comp.]. [2019]. Protección social universal en América Latina y el Caribe: Textos seleccionados 2006 – 2019. CEPAL, Santiago.

CECCHINI, S.; FILGUEIRA, F.; MARTÍNEZ, R.; ROSSEL, C. [Ed.]. [2015]. Instrumentos de protección social: Caminos latinoamericanos hacia la universalización. CEPAL, Santiago.

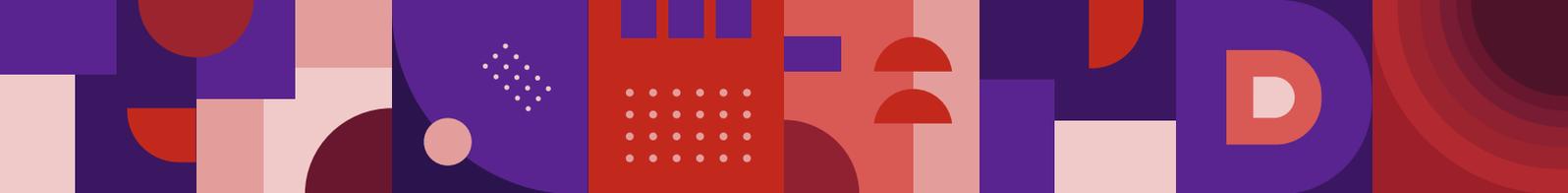
CECCHINI, S.; FILGUEIRA, F. y ROBLES, C. [2014] Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe: una Perspectiva Comparada. CEPAL, Santiago.

CELHAI, P.; MÁRQUEZ, J.L.; MARTÍNEZ, S.; MECERREYES, C.; MUÑOZ, M.; STURZENEGGER, G. y VIDAL, C. [2021]. Efecto del Programa de Agua Potable y Saneamiento para Pequeñas Localidades y Comunidades Rurales en Bolivia: Resultados de la Evaluación de Impacto Intermedia. BID, Washington.

CID, C. [Coord.]. [2014]. Informe Final de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado. Santiago.

CNP. [2017]. Plan Nacional para el Buen Vivir 2017 – 2021: Planificamos para toda una vida. Consejo Nacional de Planificación, Quito.

CENTER FOR ECONOMIC AND SOCIAL RIGHTS. [2017]. Política fiscal para la igualdad y los derechos: Mapeo de debates, iniciativas y actores de la región Andina. New York.



CENTRO DE PENSAMIENTO ASÍ VAMOS EN SALUD. [2020]. Índice Nacional de Salud. Bogotá.

CEPAL. [2022a]. Panorama social de América Latina 2021. Santiago.

CEPAL. [2022b]. Una década de acción para un cambio de época: Quinto Informe sobre el Progreso y los Desafíos Regionales de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Santiago.

CEPAL. [2021a]. Estudio económico de América Latina y el Caribe 2021. Santiago.

CEPAL. [2021b]. Panorama social de América Latina 2020. Santiago.

CEPAL. [2021c]. Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: Retos para la inclusión. Santiago.

CEPAL. [2021d]. Panorama fiscal de América Latina y el Caribe 2021: Los desafíos de la política fiscal en la recuperación transformadora pos-COVID-19. Santiago.

CEPAL. [2021e]. Desarrollo en transición: Propuesta de concepto y medición para una cooperación renovada en América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago.

CEPAL. [2021f]. Construir un futuro mejor: Acciones para fortalecer la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Cuarto Informe. CEPAL, Santiago.

CEPAL. [2021g]. Datos y hechos sobre la transformación digital. Séptima Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago.

CEPAL. [2021h]. Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. Santiago.

CEPAL. [2020a]. Construir un nuevo futuro: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad. Santiago.

CEPAL. [2020b]. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2020. Santiago.

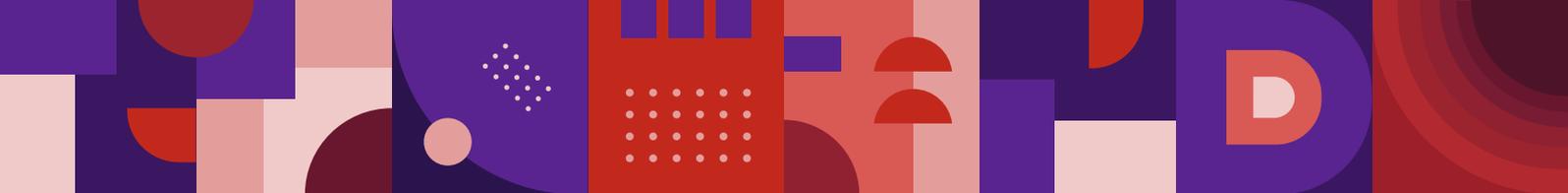
CEPAL. [2020c]. El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19. México.

CEPAL. [2020d]. El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina – Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva. Santiago.

CEPAL. [2020e]. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en el nuevo contexto mundial y regional: escenarios y proyecciones en la presente crisis. Santiago.

CEPAL. [2020f]. Informe de la reunión virtual “El impacto de la pandemia por COVID-19 en las personas mayores”. México.

CEPAL. [2019]. Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2019: Políticas tributarias para la movilización de recursos en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Santiago de Chile.



CEPAL. [2018]. La Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

CEPAL. [2014]. Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe. Santiago.

CEPAL /OXFAM. [2020]. Los incentivos fiscales a las empresas en América Latina y el Caribe. Santiago.

CEPLAN. [2020]. Perú: II Informe Nacional Voluntario sobre la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Presidencia del Consejo de Ministros, Lima.

CIAPPONI, A.; GLUJOVSKY, V.; DARAY, F.; LÓPEZ, A. [2012]. Revisión exploratoria de la evidencia de eficacia de la atención primaria en salud y en la prevención de hospitalizaciones evitables. BID, Washington.

CETRANGOLO, O.; BERTRANOU, F.; CASANOVA, L.; CASALI, P. [2013]. El Sistema de Salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. OIT, Lima.

COMISIÓN MUNDIAL SOBRE EL FUTURO DEL TRABAJO. [2019]. Trabajar para un futuro más prometedor. OIT, Ginebra.
COMISIÓN ESP-COLMED. [2018]. Propuestas para una Reforma Integral al Financiamiento de la Salud en Chile. Escuela de Salud Pública / Universidad de Chile, Colegio Médico de Chile, Santiago.

COMISION DE SALUD. [2014]. La salud en Chile: sentando las bases para un Nuevo Sistema para todas y todos. Nueva Mayoría, Santiago.

COMEXPERU. [2019]. Informe de calidad del gasto público en salud 2019. Sociedad de Comercio Exterior del Perú, Lima.

CONEVAL. [2019]. Guía para el establecimiento y cálculo de Líneas de base y metas. Consejo Nacional de Evaluación, México.

CONFEDERACIÓN MEXICANA EN FAVOR DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL AC / INCLUSIÓN INTERNACIONAL. [2021]. Impacto de la pandemia por COVID-19 en las personas con discapacidad intelectual y sus familias en América Latina, 2021. Confederación Mexicana en Favor de la Persona con Discapacidad Intelectual AC / Inclusión International, México.

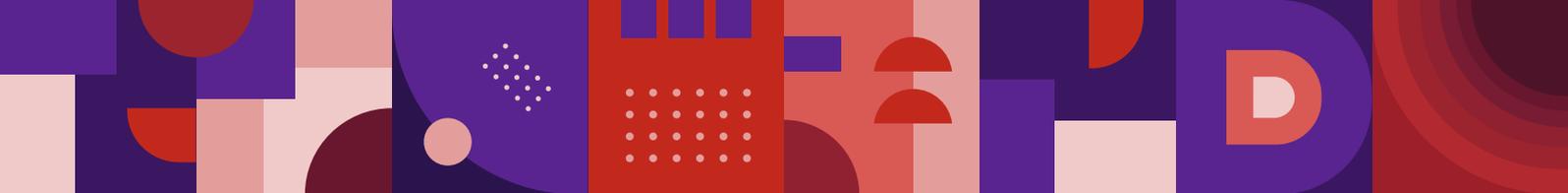
CONGRESO DE LA REPUBLICA. [2020]. Ley de Presupuestos 2021: Ley 21.289. Diario Oficial, Santiago.
Ley N. ° 31085, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021 [6 de diciembre de 2020]. Recuperado del sitio de internet del diario oficial El Peruano: <https://www.mef.gob.pe/es/por-instrumento/ley/24381-ley-n-31085/file>

CORPORACIÓN LATINOBAROMETRO. [2021]. Informe 2021: adiós a Macondo. Santiago.

CONSEJO NACIONAL DE SALUD. [2013]. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Lima.

CORREA, L. [Ed.]. [2020]. La migración intrarregional en América Latina: sociedad, legislación y desafíos en un mundo complejo. CLACSO, Buenos Aires.

CSP. [2021]. Las personas demandan un nuevo trato en salud: Reforma impostergable. Centro de Sistemas Públicos, Universidad de Chile, Santiago.



CUENCA, R. [Ed.]. [2014]. Etnicidades en construcción: identidad y acción social en contextos de desigualdad. Instituto de Estudios Peruanos, Lima.

CUETO, M.; LERNER, A. [Ed.]. [2011]. Desarrollo, desigualdades y conflictos sociales: una perspectiva desde los países andinos. Instituto de Estudios Peruanos, Lima.

CUSTODIO, L.; ITATI, A.; VIGNA, A. [Coord.]. [2019]. ¿Cómo pensamos las desigualdades, pobreza y exclusiones sociales en América Latina? Luchas, resistencias y actores emergentes. TESEO / ALAS / CLACSO, Buenos Aires.

DEBROT, D.; BITRÁN, R.; REBOLLEDO, C. [2014]. Procesos de priorización en salud y prestaciones no priorizadas ni explícitas: La evolución de algunas prestaciones trazadoras en Chile. CEPAL, Santiago.

DEFENSORIA DEL PUEBLO. [2020]. Salud, Derechos Humanos y COVID-19 en Bolivia: Informe defensorial. La Paz.

DELGADO, R.; EGUINO, H.; LOPES, A. [Coord.]. [2021]. Política Fiscal y Cambio Climático: Experiencias recientes de los ministerios de finanzas de América Latina y el Caribe. BID, Washington.

DEL LLANO, J.; CAMPRUBÍ, L. [Ed.]. [2021]. Sociedad entre Pandemias. Fundación Gaspar Casal, Madrid.

DEL POPOLO, F. [2020]. Los pueblos indígenas en América [Abya Yala]: desafíos para la igualdad en la diversidad. CEPAL, Santiago.

DÍAZ, J. [Coord.]. [2020]. Cómo acelerar el crecimiento económico y fortalecer la clase media: Ecuador. BID, Washington.

IAZ, J.; RUIZ, M. [Ed.]. [2018]. Reformas y desarrollo en el Ecuador contemporáneo. BID, Washington.

DMYTRACZENKO, T.; ALMEIDA, G. [Ed.]. [2017]. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe. Banco Mundial / OPS, Washington.

DNP. [2018]. Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia, pacto por la equidad” 2018 – 2022. Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.

DORIN, F. [2011]. Avance de la cuenta satélite de servicios de salud en la Región de las Américas. CEPAL / OPS, Santiago.

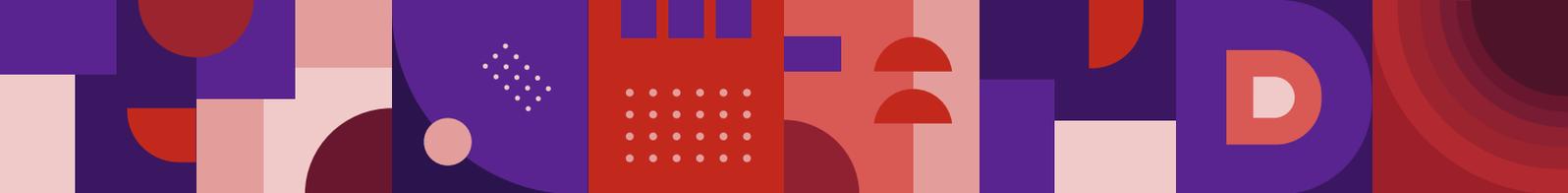
DUBET, F. [2021]. La época de las pasiones tristes: de cómo este mundo desigual lleva a la frustración y el resentimiento, y desalienta la lucha por una sociedad mejor. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

EIBENSCHUTZ, C.; TAMEZ, S.; GONZÁLEZ, R. [Comp.]. [2011]. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. UAM, México.

ENRIQUEZ, A.; SAENZ, C. [2020]. Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA. CEPAL, Santiago.

ENRIQUEZ, F. [Coord.]. [2021]. Organización del Estado en el territorio a partir del COVID-19. CONGOPE, Ediciones Abya Yala, Incidencia Pública, Quito.

ESSALUD. [2019]. Hacia la modernización de la seguridad social en el Perú: Libro Blanco. Lima.



FAO. [2021]. Los pueblos indígenas y afrodescendientes y el cambio climático en América Latina: diez experiencias de colaboración intercultural escalables. Santiago.

FEDERACION MÉDICA VENEZOLANA. [2009]. El sistema de salud que necesita Venezuela: ideas para proponer un sistema de salud sustentado en el desarrollo y la protección social para combatir la pobreza y la exclusión en salud. Barinas.

FEIERSTEIN, D. [2021]. Pandemia: Un balance social y político de la crisis del COVID-19. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

FERNÁNDEZ, A.; OVIEDO, E. [Ed.]. [2010a]. Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos. CEPAL, Santiago.

FERNÁNDEZ, A.; OVIEDO, E. [Edit.]. [2010b]. Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago.

FERNÁNDEZ, G. [Edit.]. [2010]. Salud, Interculturalidad y Derechos: Claves para la Reconstrucción del Sumak Kawsay - Buen Vivir. Ministerio de Salud Pública, Quito.

FLORES, C.; MARTÍNEZ, L. y ARANCO, N. [2019]. Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. BID, Washington.

FORTTES, P. [2020]. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. BID, Washington.

FRANCO, A. [2011]. La crisis actual y la salud. CEPAL, Serie Población y Desarrollo N° 104, Santiago.

FUCHS, M.C. y QUERIDO, L. [Ed.]. [2021]. COVID-19, Estado de Derecho y Procesos Electorales en Latinoamérica. KAS - Transparencia Electoral, Bogotá.

GALLEGO, J.y Otros. [2021]. Impactos del Programa Ingreso Solidario frente a la Crisis del COVID-19 en Colombia. BID, Washington.

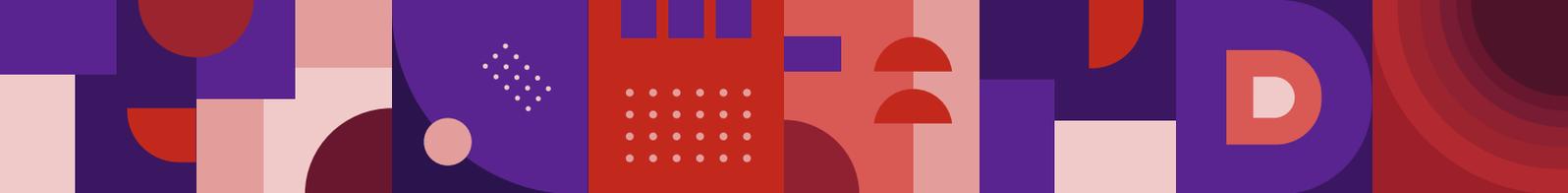
GALLO, E. [2020]. Análisis de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva y su incidencia en el embarazo adolescente en Ecuador para el período 2011 - 2018. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad Central del Ecuador, Quito.

GAÑAN, J. [2013]. Los muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho elemental a la salud: una razón de su ineficacia. Universidad de Antioquia, Medellín.

GARCÍA ZABALLOS, A. e IGLESIAS RODRÍGUEZ, E. [2017]. Economía digital en América Latina y el Caribe: situación actual y recomendaciones. BID, Washington.

GALVAO, L.; FINKELMAN, J. y HENAO, S. [Ed.]. [2010]. Determinantes ambientales y sociales de la salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

GATTINI, C. [2019]. Atención Primaria de Salud en Chile y el Contexto Internacional: Vigencia, Experiencias y Desafíos. Observatorio Chileno de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago.



GATTINI, C. [2015]. Perfil Institucional de los Servicios de Salud: Sistema Nacional de Servicios de Salud [SNSS] Chile. Observatorio Chileno de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago.

GIEDION, U.; BITRÁN, R. y TRISTAO, I. [2014]. Planes de beneficios en Salud de América Latina: Una comparación regional. BID, Washington.

GIEDION, U.; VILLAR, M. y ÁVILA, A. [2010]. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Fundación MAPFRE, Madrid.

GIL, J.C. y YEPES, F.A. [2020]. Responsabilidad extracontractual del Estado colombiano frente a los constantes daños soportados por los usuarios del sistema de salud, durante el período 2015 – 2019. Facultad de Derecho, Universidad Autónoma Latinoamericana, Medellín.

GLASSMAN, A.; ESCOBAR, M.L.; GIUFFRIDA, A. y GIEDION, U. [Edit.]. [2010]. Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia. BID, Washington.

GOBIERNO DE CHILE. [2019]. 2º Informe Nacional Voluntario Chile 2019: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Santiago.

GOBIERNO DE COLOMBIA. [2021]. Acelerar la Implementación para una Recuperación Sostenible: Reporte Nacional Voluntario 2021. Bogotá.

GÓMEZ NADAL, P. [2017]. Indios, negros y otros indeseables: capitalismo, racismo y exclusión en América Latina. Ediciones de Abya Ayala, Quito.

GONZÁLEZ, D.; SOSA, Z. y REBOIRAS, L. [Comp.]. [2021]. Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago.

GONZÁLEZ, V. [2019a]. Monitoreo de mercados de trabajo con perspectiva de género en la región Andina: Estrategias de incorporación y retención de personal médico en áreas Subatendidas. ORAS / CONHU, Lima.

GONZÁLEZ, V. [2019b]. Feminización y monitoreo de la práctica laboral en la profesión médica en la región Andina. ORAS /CONHU, Lima.

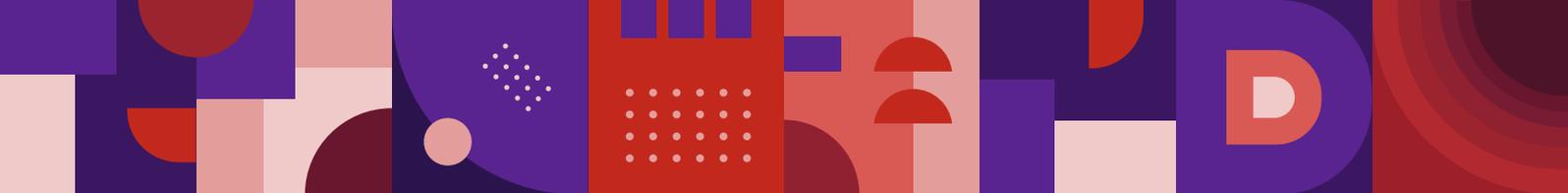
GUTIÉRREZ, G.; HERRERA, S. y KEMNER, J. [Coord.]. [2021]. Pandemia y crisis: El COVID-19 en América Latina. Universidad de Guadalajara, México.

HENRÍQUEZ, M. y HENRÍQUEZ, M. [2017]. Una mirada a la salud materna en Chile 2000 a 2016. Observatorio Chileno de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago.

HERRERA, S.; MOLINA, C. y TORRES, V.H. [Coord.]. [2020]. Ecuador. Balance, debates y desafíos post-progresistas. CIESPAL/CLACSO, Buenos Aires.

HEVIA, C. y NEUMEYER, A. [2020]. Un marco conceptual para analizar el impacto económico del COVID-19 y sus repercusiones en las políticas. PNUD, New York.

HUENCHUAN, S. [Ed.]. [2018]. Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos. CEPAL, Santiago.



HUETE, A. [2019]. Autonomía e inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de la protección social. BID, Washington.

HURTADO, F. y VELASCO, M. [2020]. La pandemia en Ecuador: desigualdades, impactos y desafíos. Observatorio Social del Ecuador/FES-ILDIS, Quito.

HURTADO, R. y RAMOS, M. [2011]. Perfil de género y salud de la subregión Andina 2010. REMMA, OPS, UNFPA, AECID, Panamá.

IBARRÁN, P.; MEDELLÍN, N.; REGALIA, F. y STAMPINI, M. [ed.] [2017] Así funcionan las transferencias condicionadas: Buenas prácticas a 20 años de implementación. BID, Washington.

IBARRARÁN, P.; MEDELLÍN, N.; STAMPINI, N.; JARA, P.; PEREZ, B. y PARSONS, J. [2016]. +Inclusión Social: Lecciones de Europa y Perspectivas para América Latina. BID, Washington.

ICMPD. [2021]. Perspectivas de las migraciones en 2021 en Latinoamérica y el Caribe. International Centre for Migration Policy Development.

IHP / OMS. [2011]. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Ginebra.

INDARTE, S.; GARCÍA, G. y SOTO, A. [2017]. Salud: Innovaciones que no sabías que eran de América Latina y el Caribe. BID, Washington.

INEC. [2018]. Atlas de Género. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Quito.

INEI. [2021a]. Perú: Estado de la Población en el Año del Bicentenario, 2021. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.

INEI. [2021b]. Evolución de los indicadores de programas presupuestales 2012 – 2020. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.

INEI. [2021c]. Perú: brechas de género 2020. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.

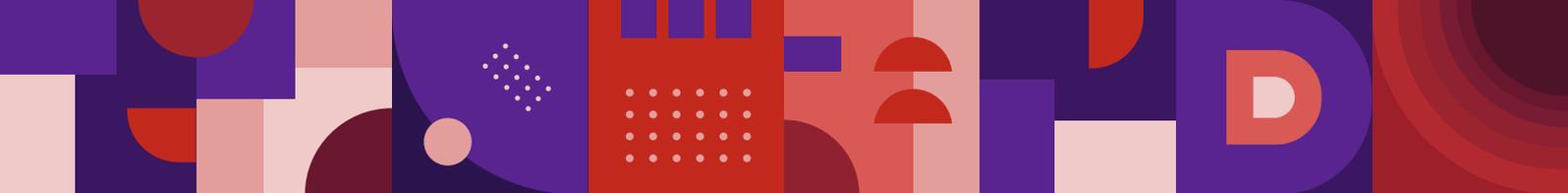
INEI. [2020]. Perú: Condiciones de Vida de la Población en Riesgo ante la Pandemia del COVID-19. Encuesta Nacional de Hogares 2019. Lima.

INNERARITY, D. [2020]. Pandemocracia: Una filosofía de la crisis del coronavirus. Galaxia Gutemberg, Barcelona.

INS / ONS. [2015]. Desigualdades sociales en salud en Colombia: Informe Nacional. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Bogotá.

ITALAC. [2017]. Estado del Teletrabajo en América Latina y el Caribe: Primer Informe. Academia Internacional de Teletrabajo para América Latina y el Caribe. Brasilia.

JARA, P. y GONZÁLEZ, C. [2015]. Estrategias Institucionales y Modalidades de Atención en Servicios para la Inclusión Social de Poblaciones Vulnerables: Memoria del Diálogo Regional de Política de la Red de Protección Social y Salud – Lima 2014. BID, Washington.



JARAMILLO, M. y ÑOPO, H. [2020]. COVID-19 y shock externo: Impactos económicos y opciones de política en el Perú. GRADE, Lima.

JIMÉNEZ, M.; ALIAGA, L. y RODRÍGUEZ, J. [2011]. Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de desarrollo del milenio de acceso universal a la salud reproductiva. CEPAL, Santiago.

KOECHLIN, J.; EGUREN, J. y ESTRADA, C. [Ed.]. [2021]. Inserción laboral de la migración venezolana en Latinoamérica. Universidad Antonio Ruiz de Montoya / KAS, Lima.

LARRONDO, M. y PONCE LARA, C. [Ed.]. [2019]. Activismos feministas jóvenes: Emergencias, actrices y luchas en América Latina. CLACSO, Buenos Aires.

LÓPEZ, F.; DE LA PAZ, M. y CARNEIRO, P. [2021]. ¿Funciona Integrar Servicios de Primera Infancia con los Servicios de Salud? Evidencia Experimental del Programa de Visitas Domiciliarias Cresça com Seu Filho. BID, Washington.

LÓPEZ LARA, R. [2018]. El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe entre 2000 y 2017: Reflexiones y desafíos. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Universidad de Antioquia, Medellín], 36(3), 18-30. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a03>

LÓPEZ, P. y GARCÍA, L. [Comp.]. [2016]. Pueblos originarios en lucha por las Autonomías: Experiencias y desafíos en América Latina. CLACSO, Buenos Aires.

LUNA, D.; CAMPOS, F. y OTERO, C. [2019]. Interoperabilidad para principiantes: la base de la salud digital. BID, Washington.

LUSTIG, N.; MORRISON, J. y RATZLAFF, A. [2019]. ¿Cómo Dividimos la Cuenta? Impuestos y Gasto Público para Cerrar Brechas Étnicas y Raciales en América Latina. BID, Washington.

MACINKO, J.; DOURADO, I. y GUANAIS, F. [2011]. Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud: Diagnóstico, Herramientas e Intervenciones. BID, Washington.

MALDONADO, C.; MARINHO, M.L. y ROBLES, C. [Ed.]. [2021]. Inclusión y Cohesión Social en el Marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Claves para un Desarrollo Social Inclusivo en América Latina. CEPAL, Santiago.

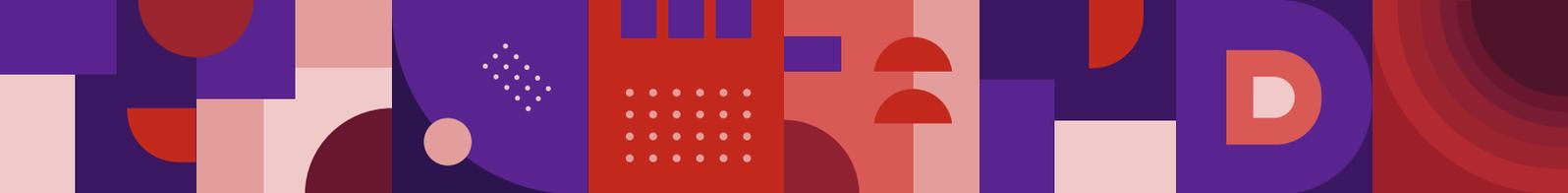
MANZANO, O. y SABOIN, J.M. [2020]. Vulnerabilidades de la región Andina ante la crisis derivada de la pandemia por COVID-19. BID, Washington.

MARCHIONNI, M.; GASPARINI, L. y EDO, M. [2018]. Brechas de Género en América Latina: un Estado de Situación. CAF, Buenos Aires.

MARCHIORI, P. y TOBAR, S. [Org.]. [2021]. Salud global y diplomacia de la salud: una visión desde América Latina y el Caribe. ALASAG / FIOCRUZ, Río de Janeiro.

MARTÍNEZ, A.L.; NOVILLO, D. y SENNE, F. [Coord.]. [2018]. Medición de la salud digital: Recomendaciones metodológicas y estudios de caso. OPS / UNESCO / NIC, Sao Paulo.

MATUS-LÓPEZ, M.; CANCINO, D.; CID, C. y VALDÉS, W. [2018]. Evaluación del espacio fiscal para salud en Bolivia. Revista Panamericana de Salud Pública 42, OPS, Washington.



MERESMAN, S. y ULLMANN, H. [2020]. El COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina: mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana. CEPAL, Santiago.

MESA, M. [Coord.]. [2020]. Riesgos globales y multilateralismo: el Impacto de la COVID-19. Anuario 2019 – 2020. CEIPAZ, Madrid.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA. [2021a]. Informe de Desarrollo Social 2021. MDSF / PNUD, Santiago.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA. [2021b]. CASEN 2020: Análisis de Carencias de la Pobreza Multidimensional en Pandemia. MDSF / PNUD, Santiago.

MINISTERIO DE HACIENDA. [2021]. Anteproyecto del Presupuesto General de la Nación 2022. Bogotá.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA RELACIONES EXTERIORES. [2016]. Presentación Nacional Voluntaria ante el Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sustentable de Naciones Unidas. Caracas.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. [2018]. Análisis de Impacto de la Política Antitabáquica 2010 – 2015. OPS, Caracas.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. [2012]. Análisis de la Situación Social en Salud: Guía Metodológica. Caracas.

MINISTERIO DE SALUD. [2016]. Estudio nacional de mortalidad materna 2011. Dirección Nacional de Planificación, La Paz.

MINISTERIO DE SALUD. [2021a]. Orientaciones para la planificación y programación en red. Santiago.

MINISTERIO DE SALUD. [2021b]. Cuenta pública 2020. Santiago.

MINISTERIO DE SALUD. [2017]. Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025. Santiago.

MINISTERIO DE SALUD. [2011b]. Metas 2011 – 2021: Elegir vivir sanos. Santiago.

MINISTERIO DE SALUD. [2021]. Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, la Familia y la Comunidad. Lima.

MINISTERIO DE SALUD. [2020]. Agenda Digital del Sector Salud 2020 – 2025: Documento Técnico. Lima.

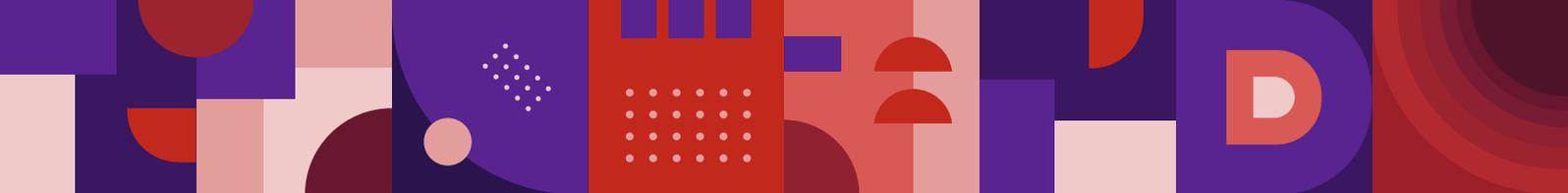
MINISTERIO DE SALUD. [2019]. Análisis de situación de salud del Perú 2019. Lima.

MINISTERIO DE SALUD. [2012]. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Lima.

MINISTERIO DE SALUD. [2010]. Objetivos estratégicos de salud 2010. Santiago.

MINISTERIO DE SALUD. [s/f]. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: “Perú, País Solidario”. Lima.

MINSALUD. [2020]. Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS – Régimen Contributivo y Subsidiado



2020: Informe Final. Oficina de Calidad, Ministerio de Salud, Bogotá.

MINSALUD. [2020]. Informe al Congreso de la República 2019 – 2020. Oficina de Calidad, Ministerio de Salud, Bogotá.

MINSALUD. [2017]. Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS – Régimen Contributivo y Subsidiado 2017: Informe Final. Oficina de Calidad, Ministerio de Salud, Bogotá.

MINSALUD. [2015]. Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud [ODES Colombia]. Oficina de Calidad, Ministerio de Salud, Bogotá.

MINSALUD. [2012]. Política Pública Nacional para las Familias Colombianas 2012 – 2022. Oficina de Calidad, Ministerio de Salud, Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. [2019]. Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud: Manual. Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, Quito.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. [2017a]. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 – 2021. Quito.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. [2017b]. Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017 – 2021. Quito.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. [2015]. Lineamientos para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud. Quito.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. [2015]. Inequidades en Salud y Determinantes Sociales de la Salud en Uruguay. Montevideo.

MOLINA, F. [2021]. Racismo y poder en Bolivia. OXFAM / FES, La Paz.

MOLINA, H.; SARMIENTO, L.; ARANCO, N. y JARA, P. [2020]. Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile. BID, Washington.

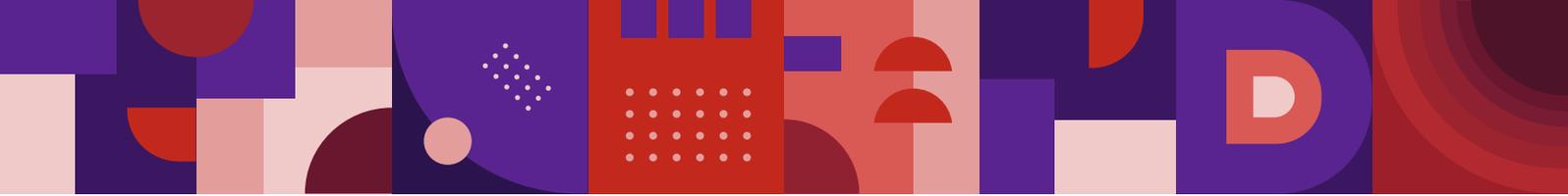
MOLINA, O. y DE FERARI, P. [2014]. La economía del cambio climático en Bolivia: Impactos en la salud. CEPAL / BID, Washington.

MOLLER, S. [2020]. Intervenciones socio sanitarias y usos de tecnologías de la industria 4.0 para enfrentar la enfermedad por coronavirus [COVID-19] en América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago.

MONTAÑEZ, V. [2018]. Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú, [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49480/1/T40330.pdf>

MONTENEGRO, C.; BRAVO, P.; DOIS, A. y RODRÍGUEZ, C. [2021]. Experiencia usuaria en salud: hacia un modelo de atención que escucha a los usuarios. Centro de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

MORALES, M. y SEMINARIO, G. [Coord.]. [2013]. Claves para la Transformación de los Sistemas de Salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú: Tres Experiencias, una Sola Acción Integral e Incluyente en Atención Primaria de Salud. Médicos Mundi / Unión Europea, Navarra.



MORDUCHOWICZ, A. y GARCÍA, V. [2021]. El impacto de la pandemia COVID-19: sus consecuencias educativas y laborales en el largo plazo. BID, Washington.

MORENO, C. [2014]. Guía Conceptual y Metodológica para la Construcción del ASIS de las Entidades Territoriales: Colombia 2014. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá.

MÚJICA, O. y MORENO, C. [2019]. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud “para no dejar a nadie atrás”. Revista Panamericana de la Salud, [43], 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>

NACIONES UNIDAS. [2015]. Evolución de la mortalidad materna: 1990 – 2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Washington.

NAVEGADOR INDIGENA. [2020]. Efectos de la COVID-19 en las Comunidades Indígenas: Una Mirada desde el Navegador Indígena. IWGIA / OIT / UE, Copenhague.

NELSON, J.; TEJERINA, L.; CAFAGNA, G. y ULRICH, A. [2019]. Enfoque de la división social y salud para la transformación digital: directrices y recomendaciones. BID, Washington.

OCDE. [2020a]. Panorama de la Salud 2020: Indicadores de la OCDE. París.

OCDE. [2020b]. Impacto Social del COVID-19 en Ecuador: Desafíos y Respuestas. París.

OCDE. [2019]. Chile hacia un futuro más sano: Evaluación y recomendaciones. Estudios de la OCDE sobre Salud Pública. París.

OCDE. [2017]. Mejorando la inclusión social en América Latina: desafíos clave y el rol de los sistemas de protección social. París.

OEA. [2020a]. COVID-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer los impactos diferenciados. Comisión Interamericana de Mujeres, Washington.

OEA [2020b] Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID-19 en las Américas. Washington.

OFICINA NACIONAL DE PRESUPUESTO. [2015]. Ley de Presupuesto para el Ejercicio Económico Financiero 2016. Caracas.

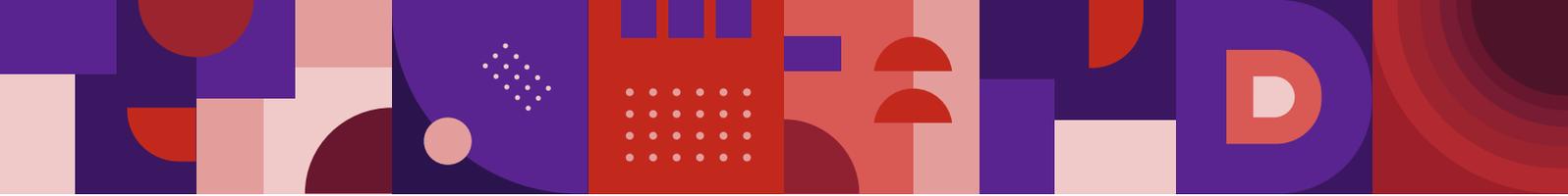
OIT. [2021]. Panorama laboral de América Latina y el Caribe 2020. Lima.

OIT. [2020a]. Frente a la pandemia: Asegurar la seguridad y la salud en el trabajo. Ginebra.

OIT. [2020b]. Informe Mundial sobre la Protección Social 2020 – 2022. La protección social en la encrucijada - en busca de un futuro mejor. Ginebra.

OIT. [2020c]. Encuesta de Percepción de Usuarios y Beneficiarios del IESS (Ecuador) sobre el Desempeño del Instituto en Términos de Gobernanza, Cobertura, Calidad y Sostenibilidad. Oficina para los Países Andinos, Lima.

OMS. [2020]. Actualización de la estrategia frente a la COVID-19. Ginebra.



OMS. [2015]. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Washington.

OMS. [2008]. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra.

ONUMJERES / CARE. [2020]. Análisis rápido de género para la emergencia de la COVID-19 en América Latina y el Caribe. New York.

ONUSIDA. [2020]. Estudio regional sobre violencia y mujeres con VIH en América Latina. New York.

OPS. [2021a]. Monitoreo de las desigualdades en inmunización: Manual paso a paso. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2021b]. Manual de monitoreo para la salud universal en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2021c]. Mortalidad por suicidio en la región de las Américas: Informe regional 2010 – 2014. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2021d]. Lineamientos para la prevención y el control de la tuberculosis en los pueblos indígenas de la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2021e]. La salud de la población afrodescendiente en América Latina. Washington.

OPS. [2021f]. Guía Práctica para el Monitoreo de las Desigualdades en la Salud a Nivel Nacional. Washington.

OPS. [2021g]. La Salud Universal y la Pandemia: Sistemas de Salud Resilientes. Informe Anual 2020. Programa Subregional para América del Sur. Washington.

OPS. [2020a]. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2020b]. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

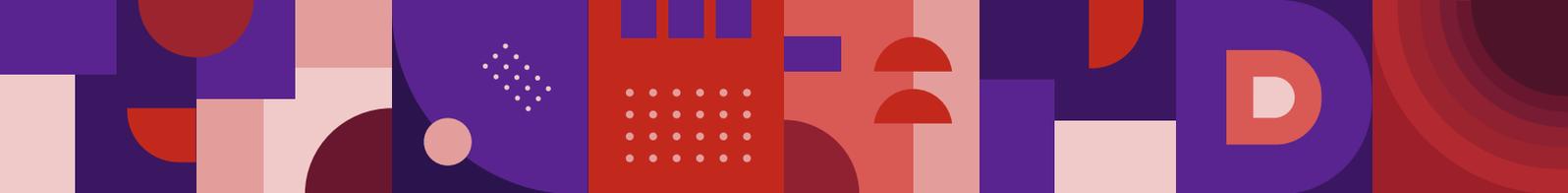
OPS. [2020c]. Seguridad Social en Centroamérica y República Dominicana: Situación Actual y Desafíos. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2020d]. Prevenir y responder a la violencia contra las niñas y los niños en las Américas: Informe sobre la situación regional 2020. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2020e]. Estadísticas sanitarias mundiales 2020: Monitoreando la salud para los ODS. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2019a]. Orientación estratégica para enfermería en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2019b]. Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Organización Panamericana de la Salud, Washington.



OPS. [2019c]. Plan estratégico de la OPS 2020 – 2025: “La equidad, el corazón de la salud”. Compendio de indicadores a nivel de impacto. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2018a]. Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2018b]. Documento de orientación sobre migración y salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2018c]. Experiencias: Salas de Situación en Salud en Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas.

OPS. [2018d]. Sociedades Justas: Equidad en la Salud y Vida Digna. Informe de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington.

OPS. [2017a]. Información sobre la Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2017b]. Salud en las Américas 2017. Panorama regional y perfiles de país. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2017c]. Equidad en la atención de salud en Perú: 2005 – 2015. Lima.

OPS. [2016a]. Manual de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2016b]. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2016c]. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud con Especial Énfasis en Países de Ingresos Medianos y Bajos. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2014a]. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington.

OPS. [2014b]. Conversaciones sobre salud: gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington.

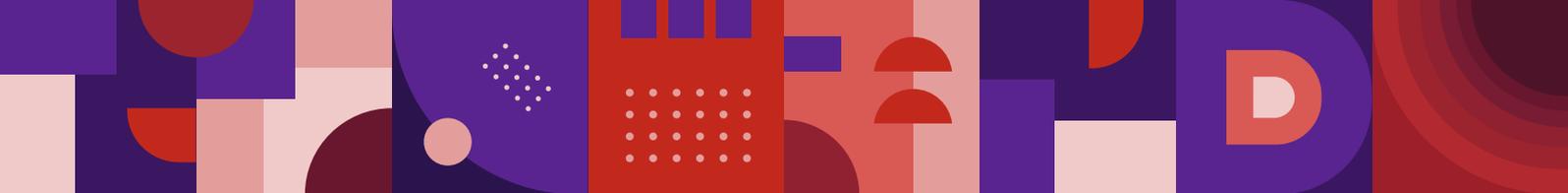
OPS. [2013a]. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud con Especial Énfasis en Países de Ingresos Medianos y Bajos. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2013b]. Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

OPS. [2013c]. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Washington.

ORAS / CONHU – OPS. [2020a]. Plan Andino de Salud y Cambio Climático 2020 – 2025. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

ORAS / CONHU. [2020b]. Política Andina de Prevención y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de Cinco Años 2020. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.



ORAS / CONHU. [2019a]. Política Andina de Salud Intercultural. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2019b]. Plan Andino de Gestión del Riesgo de Desastres en el Sector Salud 2018 – 2022. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2019c]. Plan Andino de Salud para Personas Migrantes 2019 – 2022. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2019d]. Plan Andino para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Trasmisibles 2018 – 2022. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2018a]. Plan Andino de Salud Materna con Enfoque Intercultural 2017 – 2021. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2018b]. Plan Estratégico de Integración en Salud 2018 – 2022. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2017a]. Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2017-2022. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2017b]. Política andina de medicamentos. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2014]. Política Andina de Salud Intercultural. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2013]. Política Andina de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con Énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS-CONHU. [2011]. Política Andina en Salud para la Prevención de la Discapacidad y para la Atención, Habilitación/ rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

ORAS / CONHU. [2010]. Política Andina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, Lima.

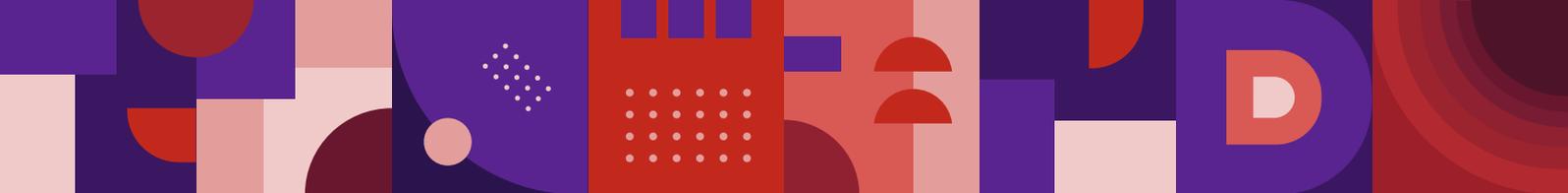
OROZCO, A. [2015]. Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. Centro de Estudios Económicos Regionales, Banco de la República, Cartagena.

ORTEGA, I.; SANCHO, M. y STAMPINI, M. [2021]. Fragilidad de las Instituciones de Cuidado a la Vejez ante el COVID-19: Lecciones Aprendidas y Recomendaciones para la Reforma de los Servicios. BID, Washington.

OXFAM. [2019]. Sí, pero no aquí: Percepciones de xenofobia y discriminación hacia migrantes de Venezuela en Colombia, Ecuador y Perú. Londres.

OXFAM. [2009]. Optimismo ciego: Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en países pobres. Londres.

PARDO, R. y LLORENTE, B. [2019]. Insumos para incorporar políticas orientadas a la inclusión social y a la autonomía



de las personas con discapacidad en la Agenda de Salud del Banco Interamericano de Desarrollo. BID, Washington.

PAREDES, M. y MONTEIRO, L. [Coord.]. [2019]. Desde la niñez a la vejez: Nuevos desafíos para la comprensión de la sociología de las edades. TESEO / ALAS / CLACSO, Buenos Aires.

PAREJA, A. [2018]. Simplificando vidas: Gestión de la calidad y satisfacción ciudadana con los servicios públicos. BID, Washington.

PASOS NOGUEIRA, R. [2010]. Determinação Social da Saude e Reforma Sanitaria. CEBES, Río de Janeiro.

PINTO, D.; MAÑEZ, M.A.; MINUE, S.; PÉREZ, R. y REGALIA, F. [Ed.]. [2020]. Redes de salud en marcha: La experiencia de Argentina, Brasil, Colombia y México. BID, Washington.

PINTO, D.; IBARRARÁN, P.; STAMPINI, M.; y CARMAN, K. [2014]. Empujoncitos sutiles: El uso de la economía del comportamiento en el diseño de proyectos de salud. BID, Washington.

PIÑERA, S. [2018]. Programa de Gobierno 2018 – 2022: Construyamos Tiempos Mejores para Chile. Santiago.

PNUD. [2021]. Atrapados: Alta desigualdad y bajo crecimiento en América Latina y el Caribe. Informe Regional de Desarrollo Humano 2021. New York.

PNUD. [2020]. La próxima frontera: El desarrollo humano y el Antropoceno. Informe Mundial sobre el Desarrollo Humano 2020. New York.

PNUD. [2019]. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. Informe Mundial 2019. New York.

PNUD. [2016]. Progreso Multidimensional: Bienestar Más Allá del Ingreso. Informe Regional de Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe. New York.

PNUD. [2010] Actuar sobre el Futuro: Romper la Transmisión Intergeneracional de la Desigualdad. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina 2010. New York.

PODESTÁ, A. [2020]. Gasto público para impulsar el desarrollo económico e inclusivo y lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible. CEPAL, Santiago.

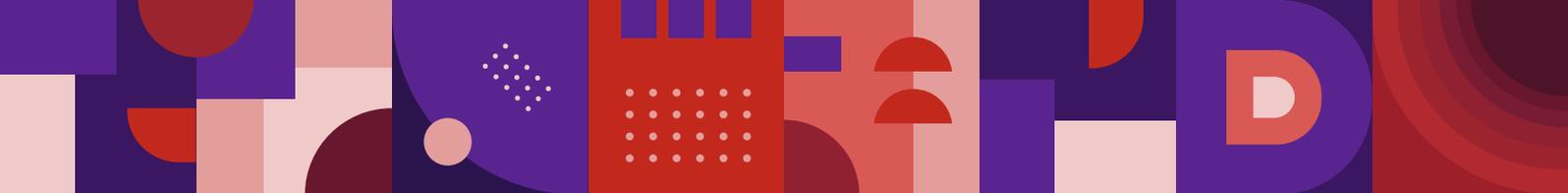
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. [2021]. Estado Plurinacional de Bolivia: Informe Nacional Voluntario 2021. La Paz.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. [2019]. Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019 – 2025. Gaceta Oficial N. ° 6.446, Caracas.

PRIETO, A. y CID, C. [2010]. Análisis del sector salud en Bolivia. BID, Washington.

QUICAÑA, E. [2020]. Efectos de la COVID-19 en la economía rural de América Latina. OIT, Lima.

QUIROS, E. [Coord.]. [2016]. Bolivia digital: 15 miradas acerca de Internet y sociedad en Bolivia. Vicepresidencia del Estado Plurinacional, La Paz.



RANGEL, M. [2020]. Protección social y migración: el desafío de la inclusión social sin racismo ni xenofobia. CEPAL, Santiago.

REDONDO, N. y GARAY, S. [Coord.]. [2012]. El envejecimiento en América Latina: Evidencia empírica y cuestiones metodológicas. UNFPA / ALAP, Río de Janeiro.

ROBALINO, M.; CRESPO, C.; ORTIZ, M. y VILLAGOMEZ, M. [Coord.]. [2021]. Educación en tiempos de desigualdades: el derecho bajo amenaza en el Ecuador. Universidad Pontificia Salesiana, Quito.

RODRÍGUEZ, A.L. [Ed.]. [2019]. Marchas y contramarchas en las políticas locales de género: Dinámicas territoriales y ciudadanía de las mujeres en América Latina. CLACSO, Buenos Aires.

RODRÍGUEZ, L. y PERPETUO, I. [2011]. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina: 15 años después de El Cairo 1994. CEPAL, Santiago.

RODRÍGUEZ, I. y VOMMARO, P. [Coord.]. [2018]. Desigualdades, exclusión y crisis de sustentabilidad en los sistemas previsionales de América Latina y el Caribe. CLATE – CLACSO, Buenos Aires.

ROJAS, S. y MUÑOZ, C. [Coord.]. [2021]. Pandemia y desigualdad en América Latina. Boletín del Grupo de Trabajo Estudios Sociales de la Salud N.º 1, CLACSO, Buenos Aires.

ROMERO, S.; CÁRDENAS, V. y MOSQUERA, D. [2018]. Reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia desde la Calidad de la Prestación de los Servicios. Universidad Santo Tomás, Bogotá.

ROVIRA, S.; JORDÁN, V. y PATIÑO, A. [Coord.]. [2021]. Análisis de la huella digital en América Latina y el Caribe: enseñanzas extraídas del uso de macro datos [big data] para evaluar la economía digital. CEPAL, Santiago.

ROSETH, B.; REYES, A. y AMÉZAGA, K. [2021]. Servicios públicos y gobierno digital durante la pandemia: perspectiva de los ciudadanos, los funcionarios y las instituciones públicas. BID, Washington.

RUALES, M. [2015]. Salud y Educación de la Población de la Comunidad Andina de Naciones. Universidad Autónoma de Occidente, Cali.

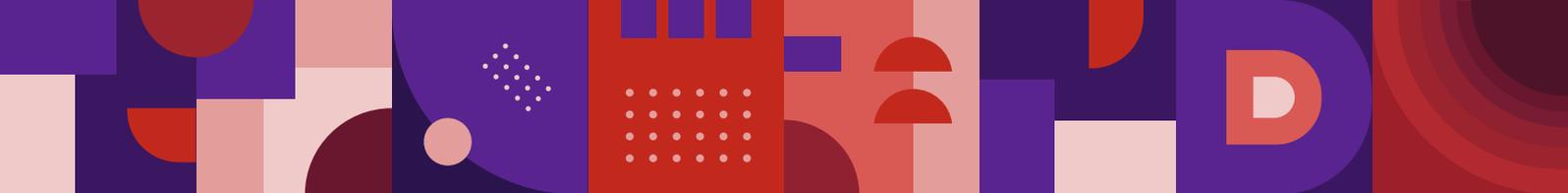
RUIZ, M. [Coord.]. [2010]. Población y salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos. CEPAL, Santiago.

SANAHUEZA, A.; ESPINOZA, I.; MUJICA, O. y BARBOSA, J. [2020]. Sin dejar a nadie atrás: una metodología para establecer metas de reducción de desigualdad en salud del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Revista Panamericana de Salud Pública, [44], 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.155>

SÁNCHEZ, P. y ZAMORA, G. [2021]. Guayaquil: la ficción de un éxito. El impacto de la pandemia COVID-19 en ciudades de desarrollo geográfico desigual. Plataforma por el Derecho a la Salud, Quito.

SANTAMARIA, C.; ASTORGA, I.; MA, C.; MÁRQUEZ, M. y SUÁREZ, A. [2019]. ¿Qué riesgos sociales retiene el Estado en proyectos de asociaciones público – privadas en salud y cómo gestionarlos? BID, Washington.

SANTAMARIA, M. [Ed.]. [2011]. Efectos de la Ley 100 en salud: Propuestas de reforma. FEDESARROLLO, Bogotá.



SEGIB. [2017]. Iberoamérica y los objetivos de desarrollo sostenible. Secretaría de Cooperación Iberoamericana, Madrid.

SECRETARÍA DE SALUD. [2020]. Plan Territorial de Salud del Municipio de Medellín 2020. Medellín.

SENAJU. [2021]. Así nos encontró: las juventudes peruanas ante la pandemia. Secretaría Nacional de la Juventud, Lima.

SENDA. [2021]. Estrategia Nacional de Drogas 2021 – 2030: para un Chile que elige vivir sin drogas. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Santiago.

SENPLADES. [2018]. Examen Nacional Voluntario: Ecuador 2018. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Quito.

SENPLADES. [2013]. Atlas de las Desigualdades Socio-Económicas del Ecuador. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Quito.

SOMMER, M.; PEIXOTO, D.; GENEROSO, G.; MARKUS, J.; MOURA, C. y COSSI, J. [2021]. COVID-19 e a Reabertura das Escolas: Uma Revisão Sistemática dos Riscos de Saúde e uma Análise dos Custos Educacionais e Econômicos. BID, Washington.

STEFONI, C. [2018]. Panorama de la migración internacional en América del Sur. CEPAL / OIM, Santiago.

STEZANO, F. [2021]. Enfoques, definiciones y estimaciones de pobreza y desigualdad en América Latina y el Caribe: un análisis crítico de la literatura. CEPAL, Santiago.

STIGLITZ, J. [2020]. Capitalismo progresista: la respuesta a la era del malestar. Editorial Taurus, Barcelona.

SUBSECRETARÍA DE EVALUACIÓN SOCIAL. [2021]. Principales Resultados de la Primera Medición del Bienestar Social en Chile: Encuesta de Bienestar Social 2021. MDSF/ PNUD, Santiago.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD. [2017]. Sistemas de financiamiento y aseguramiento de salud: Reformas y alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido. Santiago.

TAVARES, L. [Comp.]. [2013]. Pobreza, desigualdad y salud en América Latina. CLACSO, Buenos Aires.

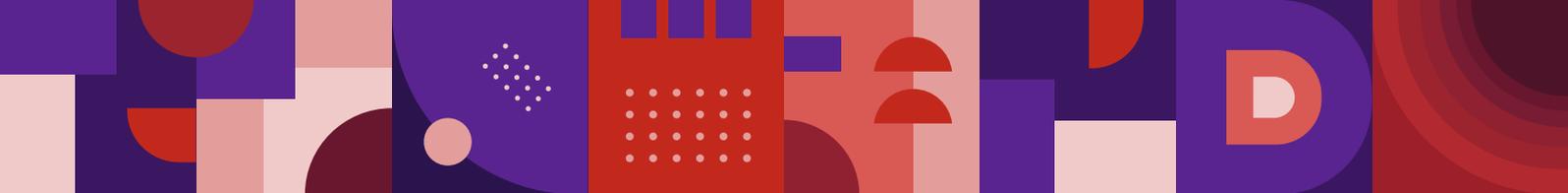
TERBON, G. [2015a]. Los campos de exterminio de la desigualdad. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

TERBON, G. [2015b]. La desigualdad mata. Alianza Editorial, Madrid.

TELLO, C.; FULGUEIRAS, M.; RIVEROS, S.; PARRA, J. y JARA, P. [2020] Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile. BID, Washington.

TETELBOIN, C.; ITURRIETA, D. y SCHOR-LADMAN, C. [Coord.]. [2020]. América Latina: Sociedad, Política y Salud en Tiempos de Pandemia. CLACSO, Buenos Aires.

TISEHURST, S. [Dir.]. [2016]. Privilegios que niegan derechos: Desigualdad extrema y secuestro de la democracia en América Latina y el Caribe. OXFAM, Lima.



THORP, R. y PAREDES, M. [2011]. La etnicidad y la persistencia de la desigualdad: el caso peruano. Instituto de Estudios Peruanos, Lima.

TURRA, C. y FERNANDES, F. [2020]. La transición demográfica: Oportunidades y desafíos en la senda hacia el Logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago.

UNFPA. [2019]. Visibilizar, incluir, participar: Estrategia VIP. Orientaciones para promover los derechos de las personas con discapacidad en el trabajo del Fondo de Población de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe 2019 - 2021. Panamá.

UNFPA. [2017]. Una mirada sobre el envejecimiento: ¿Dónde están varios países latinoamericanos a 15 años del Plan de Acción Internacional de Madrid? Panamá.

UNFPA. [2016]. Invertir en Juventud: ¿Es una Realidad? Gasto Público Social en Adolescencia y Juventud en Cuatro Países de América Latina. Panamá.

UNIÓN INTERPARLAMENTARIA / PNUD. [2016]. Los Parlamentos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una Herramienta de Autoevaluación. París.

UNICEF. [2020a]. El choque COVID-19 en pobreza, desigualdad y clases sociales en Ecuador: una mirada a los hogares con niños, niñas y adolescentes. Quito.

UNICEF. [2020b]. COVID-19: Impacto en la Pobreza y Desigualdad en Niños, Niñas y Adolescentes en el Perú. Estimados 2020 - 2021. Lima.

UNICEF. [2018]. Línea de base de la estrategia "Asesorías en Salud Integral" en escuelas secundarias. Buenos Aires.

UNICEF. [2016]. Informe sobre Equidad en Salud 2016: Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. Panamá.

UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS / OBIMID. [2017]. Migración y desarrollo en Iberoamérica. OIM, Madrid.

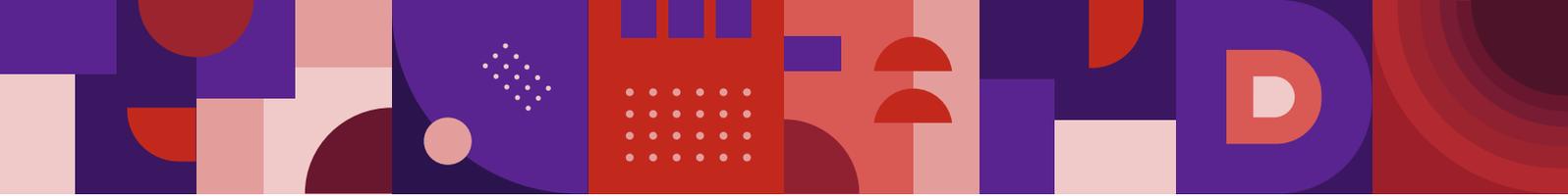
URBINA, G. y MORA, M. [2021]. Prácticas y paradojas frente al COVID-19 en sectores populares de la ciudad de México. Notas de Población [112], 63-92. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47022/1/03_LDN_112_Urbina.pdf

URBINA, M. y GONZÁLEZ, M.A. [2012]. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública, México.

VELÁZQUEZ, M. [2021]. La protección social de los trabajadores informales ante los Impactos del COVID-19. CEPAL, Santiago.

VILLATORO, P. [2021]. La medición de la discriminación en base al autoreporte: Estado de situación y desafíos. CEPAL, Santiago.

VOMMARO, P.; RODRÍGUEZ, E.; PEROZZO, W. y LEÓN, D. [2020]. Políticas públicas y perspectiva generacional: Reflexiones en y desde América Latina y el Caribe. [inédito] Bogotá.



WANDERLEY, F.; VERA, H. y BENAVIDES, J. [2020]. América Latina en la encrucijada del desarrollo sostenible e inclusivo: Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú al Inicio del siglo XXI. IISEC/UCB, La Paz.

WATKINS, G.; BRETON, H. y EDWARDS, G. [2021]. Alcanzar una recuperación sostenible: Criterios para evaluar la sostenibilidad y efectividad de las inversiones de recuperación post COVID-19 en América Latina y el Caribe. BID, Washington.

WELLER, J.; GÓMEZ, M.; CABALLERO, A. y RAVEST, J. [2020]. El impacto de la crisis sanitaria del COVID-19 en los mercados laborales latinoamericanos. CEPAL, Santiago.

WHO. [2015]. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva.

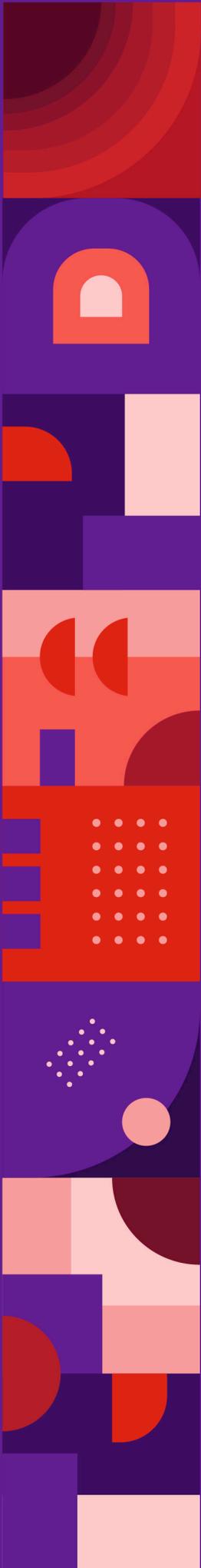
WILKINSON, R. y PICKETT, K. [2019]. Igualdad: Cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo. Capitán Swing Libros, Madrid.

YARZA, A.; SOSA, L. y PÉREZ, B. [Coord.]. [2019]. Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina. CLACSO, Buenos Aires.

YEPES, F.; RAMÍREZ, M.; SÁNCHEZ, L.E.; RAMÍREZ, M.L. y JARAMILLO, I. [2010]. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. IDRC / Universidad del Rosario / Mayol Ediciones, Bogotá.

ZERÁN, F. [Coord.]. [2020]. Estado, pandemia y crisis social. Revista Anales de la Universidad de Chile, [17]. <https://anales.uchile.cl/index.php/ANUC/issue/view/5481>

ZIZEK, S. [2020]. Pandemia: la COVID-19 estremece al mundo. Editorial Anagrama, Barcelona.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú
Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700
contacto@conhu.org.pe
<http://www.orasconhu.org>

-  Organismo Andino de Salud
-  @orasconhu
-  Organismo Andino de Salud
-  Organismo Andino de Salud