

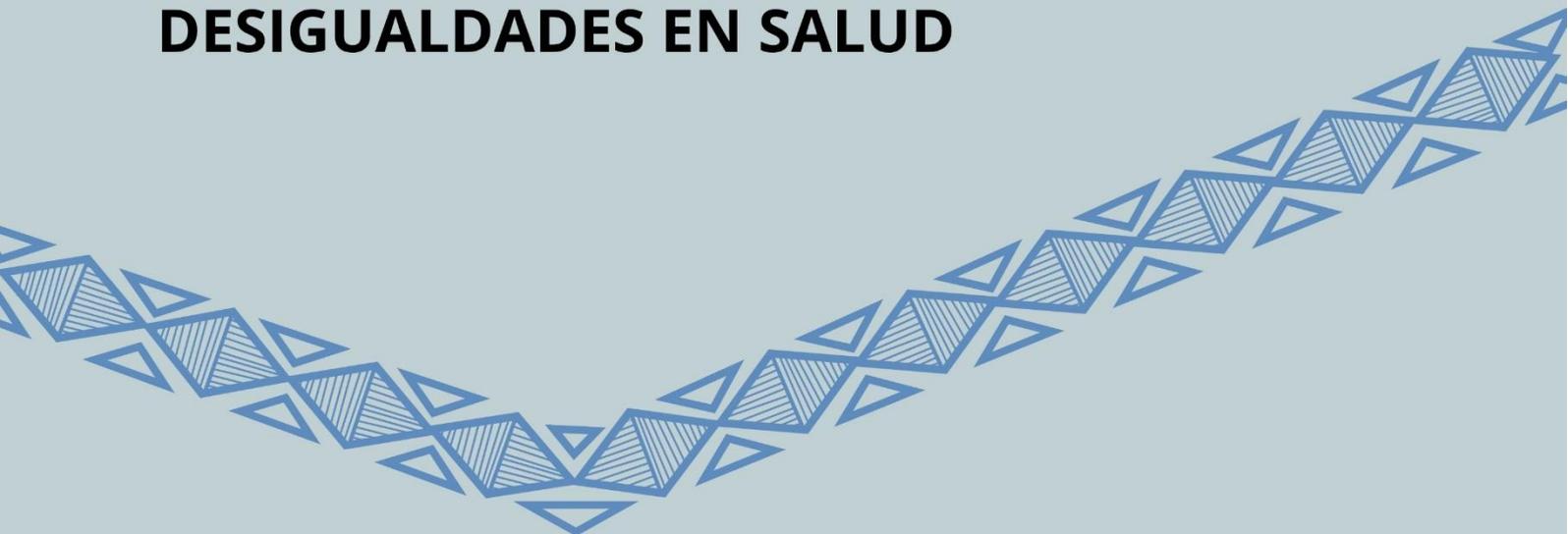


POLÍTICA ANDINA PARA LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD





POLÍTICA ANDINA PARA LA **REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD**





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

Política Andina para la Reducción de las Desigualdades en Salud. ORAS-CONHU; 2025.

107 p.; ilus.tab

POLÍTICA/DESIGUALDADES/ SALUD/PAÍSES ANDINOS/Derechos/Enfoques/

Políticas públicas/Economía/Líneas/Indicadores /Equidad/Gobernanza

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025-07224

Comité editorial

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva. ORAS-CONHU

Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta. ORAS-CONHU

Dra. Bertha Luz Pineda Restrepo, Coordinadora de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud. ORAS-CONHU

Coordinación de publicación:

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

©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

Diseño y diagramación: Allison Milagros Araujo García

Primera edición digital, julio 2025

ISBN:



Atribución-NoComercial-CompartirIgual

CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto. La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD-CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Lic. María Renée Castro Cusicanqui

Ministra de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. Ximena Aguilera Sanhueza

Ministra de Salud de Chile

Dr. Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Mg. Juan Bernardo Sánchez Jara

Ministro de Salud Pública del Ecuador

Dr. César Henry Vásquez Sánchez

Ministro de Salud del Perú

Abg. Magaly Gutiérrez Viña

Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

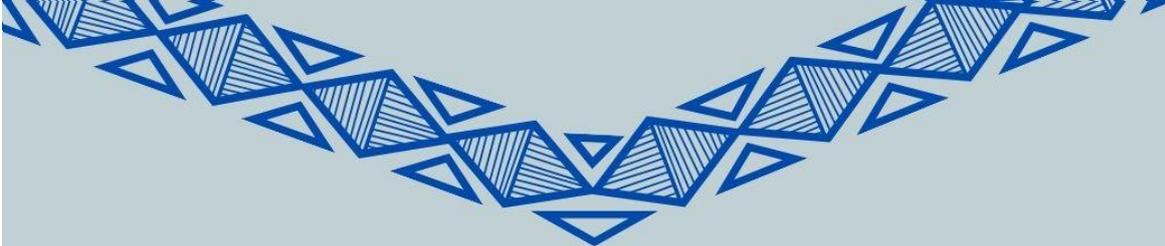
Secretaría Ejecutiva

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva

Dra. Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta



**PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA ANDINA
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.
Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia.

Claudia Libertad Bernal Parra

Responsable de Gestión de Información de Vigilancia.
Programa Nacional del Sistema Único de Información en Salud.

Amador Diego Noriega Flores

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

**Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas del Ministerio de la Presidencia del Estado
Plurinacional de Bolivia**

Ilychss Alfredo Rodríguez Juárez

Economista II Salud y Nutrición.

Adhemar David Esquivel Velásquez

Economista I Metas de Desarrollo y Salubridad.

Ministerio de Salud de Chile

Romina Leal Rojas

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

Odette Urrutia Pumeyrau

Jefa Departamento de la Estrategia Nacional de Salud.
División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública.

Paulina Leighton Quinchao

Analista. Departamento de Estadísticas e Información de Salud.
Ministerio de Salud de Chile.

Barbara Andrade Aguilante

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

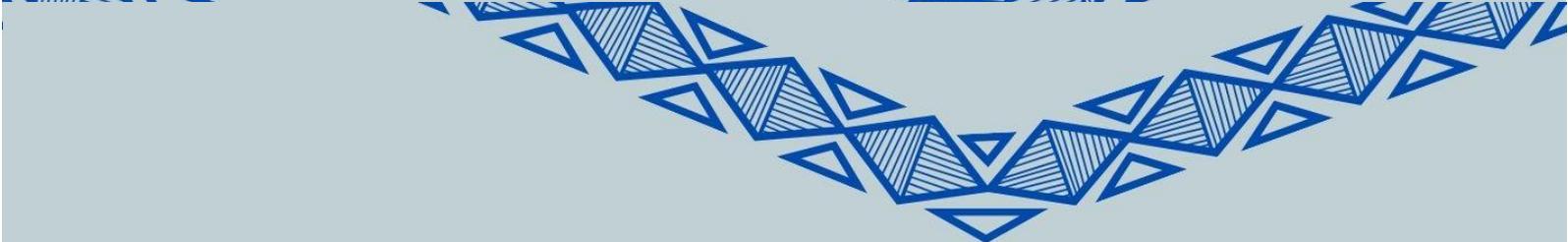
Nora Díaz Sanzana

Estadístico. Oficina de Estudios y Análisis Estadísticos Avanzados.
Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Participó en 2022-2023:

Josefina Silva Fuentealba

Economista. División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública.



Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Clara Suárez Rodríguez

Directora de Epidemiología y Demografía. Dirección de Epidemiología y Demografía.

Angelica Nohelia Molina Rivera

Coordinadora Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de la Información.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

María Delia Luna Hernández

Especialista de Promoción de la Salud.
Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Jorge Velásquez Bautista

Analista de Procesamiento y Análisis de la Información.
Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud.

Participaron en el 2023-2024:

Andrea Garzón Pozo

Analista de Procesamiento y Análisis de la Información.
Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud.

Alexandra Arteaga López

Analista de Consultoría Legal, Dirección de Asesoría Jurídica.

Adriana Abad Freire

Analista de Proyectos de Tecnologías de Información y Calidad.
Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

Yahaira Karina Rivadeneira Maya

Analista de Procesamiento y Análisis de la Información.
Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Daniela Lisintuña Jaguaco

Analista del Proyecto para el Abordaje Integral de Salud Sexual y
Salud Reproductiva en Adolescentes.

Gabriela Rodríguez Zurita

Especialista Ambiental de Infraestructura. Dirección Nacional de Infraestructura Sanitaria.

Gabriel Riera Izurieta

Especialista de Investigación y Análisis.
Dirección Nacional de Investigación en Salud.

José Mosquera Salazar

Especialista de Gestión Ambiental y Salud.
Dirección Nacional de Salud Ambiental y en el Trabajo.

Lorena Villacrés Guamba

Especialista de Mejora Continua de la red de Epidemiología.
Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.



Ana Zambrano Machado

Analista de Investigación, Desarrollo e Innovación.
Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública. Dr. Leopoldo Izquieta Pérez.

Participaron en el 2024:

Elena Gabriela Chicaiza Mora

Exdirectora Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la
Información del Sistema Nacional de Salud.

Ana Macías Gómez

Especialista de Espacios y Prácticas Saludables.
Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Participó en el 2022-2023:

Isabel Clavijo Ullrich

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

Ministerio de Salud de Perú

Patricia Diaz Mendoza

Responsable de la Etapa de Vida Adulto.
Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Alfredo Oyola García

Coordinador, Unidad de Análisis de Situación de Salud.
Determinantes Sociales y Desigualdades.

Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

Luz Esmirna Rodríguez

Directora de la Comisión Nacional de Administración, Gestión de Riesgos, Emergencia y Desastre.

Jesús Osteicochea

Viceministro de Redes de Salud Colectiva.
Ministerio del Poder Popular para la Salud. Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

Geovanni Peña

Expresidente de la Fundación Misión Barrio Adentro.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Óscar J. Mujica

Asesor Principal Regional en Epidemiología Social.
Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud.

Antonio Sanhueza

Asesor en Información y Análisis de Salud.
Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia.

Wilson René Alarcón Flores

Consultor Nacional DHE/HL. Oficina Regional de la OPS/OMS Bolivia.

Bertha Pooley

Oficina Regional de la OPS/OMS Bolivia.



Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Bertha Luz Pineda Restrepo

Coordinadora de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación Contra las Desigualdades.

Ernesto Rodríguez Ignacio

Consultor Internacional.



Lima, 15 de mayo de 2025

Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVIII/10

POLÍTICA ANDINA PARA LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

1. Que, el problema de las desigualdades constituye una prioridad para el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), contemplado en el Plan estratégico de integración en salud 2023-2030 y en la visión institucional al 2030.
2. Que, el problema de las desigualdades en salud constituye una prioridad dado que la distribución desigual de los recursos sociales, económicos y de poder, vulnera el derecho a la salud y a la vida.
3. Que, en respuesta a la Resolución XXXIX/547 la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud se instaló en agosto de 2021, cuyo trabajo desarrolló una dinámica de encuentros virtuales y presenciales y realizó estudios y publicaciones como: Desigualdades sociales en salud, entre otros importantes resultados.
4. Que, el 25 de noviembre de 2022, con la Resolución REMSAA XL/554 se aprobó la iniciativa de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las desigualdades en Salud de elaborar la Política Andina para Reducción de las Desigualdades en Salud, a partir de un proceso participativo e intersectorial.
5. Que, la Política Andina para la Reducción de las Desigualdades en Salud, se elaboró a partir de reuniones virtuales y talleres presenciales de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las desigualdades en Salud, con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud y cuya versión final contiene objetivos, principios, líneas estratégicas y acciones prioritarias.
6. Que, la iniciativa de la Política Andina para la reducción de las desigualdades en salud se ha ido materializando de manera participativa y a partir del fortalecimiento de capacidades para el análisis y afianzamiento del compromiso de disminuir las desigualdades en los seis países andinos.
7. Que, en la reunión (5 de febrero de 2025) los integrantes de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las desigualdades en Salud, definieron como prioridad presentar, para su aprobación la Política Andina para la Reducción de las Desigualdades en Salud en la siguiente REMSAA.



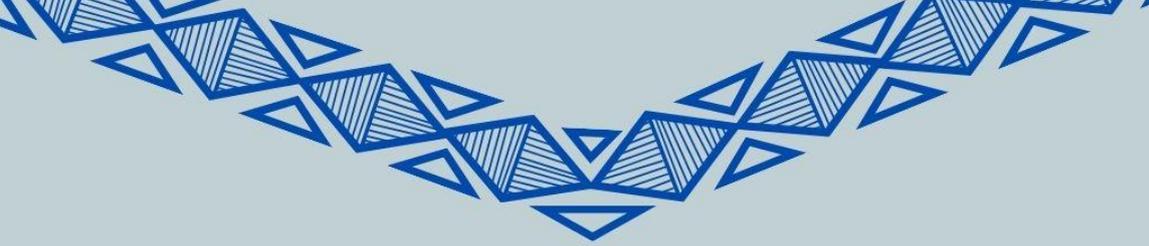
Resuelven:

1. Aprobar la "Política Andina para la Reducción de las Desigualdades en Salud".
2. Encargar a la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud y los socios estratégicos la elaboración del Plan de implementación de la Política Andina para la Reducción de las Desigualdades en Salud, así como ejecutar acciones para su implementación, monitoreo y evaluación.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVIII Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en modo virtual, el 15 de mayo de 2025.

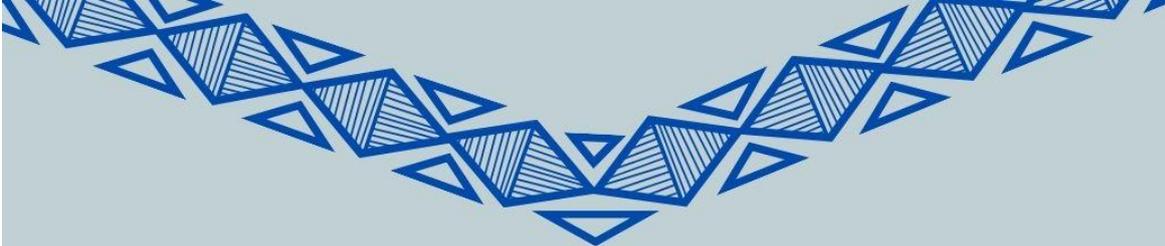
DR. CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
PRESIDENTE DE LA XL REMSAA
MINISTRO DE SALUD DEL PERÚ

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

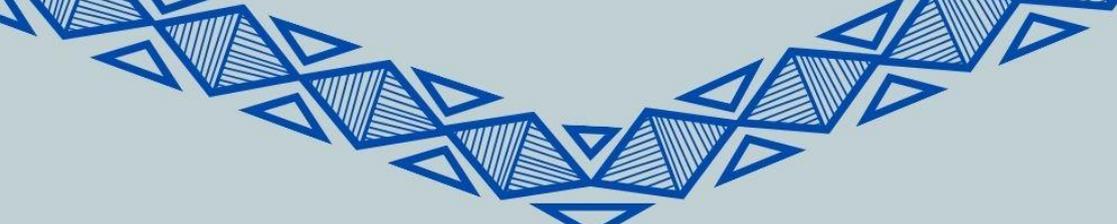


CONTENIDO

Presentación	15
1. Introducción: Enfrentar la desigualdad y mejorar la salud como prioridad en la región Andina	18
2. El problema	24
2.1 La desigualdad en América Latina y la región Andina	25
2.2 Desigualdad económica y desigualdad vital	29
2.3 Prioridad: fortalecer el monitoreo de las desigualdades sociales en salud	33
2.4 Prioridad: mejorar la gobernanza y el desarrollo de políticas públicas para la reducción de desigualdades en salud	36
3. Justificación	40
4. Objetivos	43
4.1 Objetivo general	43
4.2 Objetivos específicos.....	43
5. Principios y enfoques	45
5.1 Justicia social y derecho a la salud	45
5.2 Determinantes sociales de la salud.....	48
5.3 Equidad y des(igualdad) social.....	50
5.4 Género y generaciones	51
5.5 Interculturalidad y abordaje territorial	52
5.6 Intersectorialidad, participación social e integralidad en salud	54
6. Líneas estratégicas	58
6.1 Fortalecer las capacidades institucionales para el monitoreo de las desigualdades sociales de salud.....	58
6.2 Fortalecer las competencias del recurso humano para el análisis, el monitoreo de desigualdades sociales en salud e iniciativas intersectoriales para reducir desigualdades	61
6.3 Abordar los determinantes sociales por medio del trabajo intersectorial e interinstitucional.....	62
6.4 Fortalecer la gobernanza y rectoría en políticas de salud pública con enfoque de derechos humanos, de la naturaleza y determinantes sociales de la salud	65



6.5	Desarrollar estrategias, políticas, programas, planes, proyectos e investigaciones transdisciplinarias para la reducción de las desigualdades de salud	66
6.6	Generar conocimiento orientado a la reducción de desigualdades múltiples	67
6.7	Fortalecer estrategias orientadas a la apropiación social del conocimiento para la reducción de las desigualdades sociales en salud	69
6.8	Fortalecer la Mesa Andina y comunidades de práctica para la reducción de las desigualdades sociales en salud	70
7.	Reflexión sobre aspectos clave para la implementación de la Política Andina	73
7.1	El sistema universal, integral, sostenible y resiliente de salud necesario	73
7.2	El financiamiento del sistema de salud	74
7.3	La protección social y los sistemas de cuidado como guía	75
8.	Herramientas por potenciar	79
8.1	Análisis de Situación en Salud	79
8.2	Atención Primaria de Salud	80
8.3	Salud digital	82
9.	Monitoreo y evaluación	86
9.1	Un set de indicadores básicos	87
9.2	La participación ciudadana y el control social de políticas públicas	92
	Bibliografía	95
	Anexo 1. Lista de otros indicadores a considerar	101

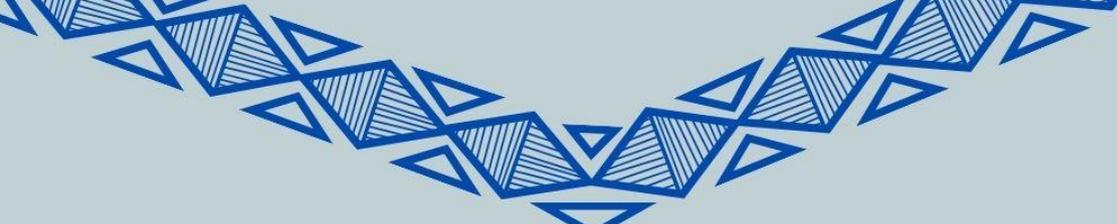


Índice de cuadros

Cuadro 1. Políticas relacionadas con la reducción de desigualdades en los países andinos.....	36
Cuadro 2. Acciones prioritarias para el fortalecimiento de sistemas de información en salud	60
Cuadro 3. Acciones prioritarias para el análisis permanente de las desigualdades sociales en salud .	61
Cuadro 4. Acciones prioritarias para el fortalecimiento de las competencias del recurso humano	62
Cuadro 5. Áreas de acción para abordar los determinantes sociales de la equidad en salud	63
Cuadro 6. Acciones prioritarias para abordar los determinantes sociales por medio del trabajo intersectorial e interinstitucional.....	65
Cuadro 7. Acciones prioritarias para fortalecer la gobernanza y rectoría en políticas de salud pública con enfoque de derechos humanos, de la naturaleza y determinantes sociales de la salud	66
Cuadro 8. Acciones prioritarias para desarrollar estrategias, políticas, programas, planes, proyectos e investigaciones transdisciplinarias para la reducción de las desigualdades de salud	67
Cuadro 9. Acciones prioritarias para generar conocimiento orientado a la disminución de desigualdades múltiples.....	68
Cuadro 10. Acciones prioritarias para fortalecer estrategias orientadas a la apropiación social del conocimiento para la reducción de las desigualdades sociales en salud	70
Cuadro 11. Acciones prioritarias para fortalecer Mesa Andina Mesa Andina con Comunidades de Práctica para la reducción de las Desigualdades Sociales en Salud.....	71
Cuadro 12. Acciones prioritarias respecto a salud digital, Atención Primaria de Salud, salud socioambiental y sociedad del cuidado de la vida.....	84
Cuadro 13. Metas e indicadores del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.....	87
Cuadro 14. Tipos de indicadores para medir desigualdades en salud y factores asociados	91
Cuadro 15. Indicadores y tópicos clave a considerar.....	101

Índice de tablas

Tabla 1. Región Andina: tasas de pobreza extrema y de pobreza 2018-2023.....	29
Tabla 2. Índice de Desarrollo Humano.....	31
Tabla 3. Índice de expectativa de vida ajustado por desigualdad	33
Tabla 4. Región Andina: Gasto en Salud con respecto al PIB según fuentes de ingreso 2018	75



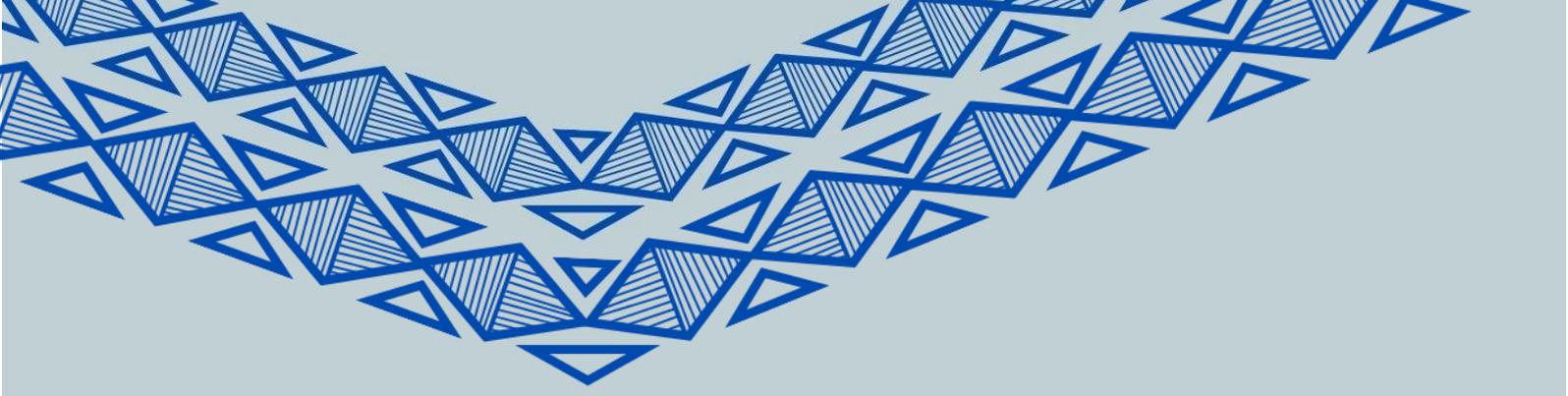
Índice de gráficos

Gráfico 1. América Latina (18 países): personas en situación de pobreza y pobreza extrema, según área de residencia, edad, condición étnico-racial y nivel educativo del jefe o la jefa del hogar y su cónyuge, 2021 (En porcentajes)	26
Gráfico 2. América Latina (18 países): personas en situación de pobreza y pobreza extrema, según área de residencia, edad y condición étnico-racial, promedio ponderado, 2022 (En porcentajes).....	26
Gráfico 3. América Latina (18 países): población en situación de pobreza, por sexo, grupos de edad y área de residencia, 2014-2023 (En porcentajes)	27
Gráfico 4. América Latina (11 países) a: población en situación de pobreza, por étnico-racial, 2023 o último año con información disponible (En porcentajes).....	27
Gráfico 5. Flujograma del monitoreo de las desigualdades en la salud	59
Gráfico 6. Modelo conceptual de los determinantes de la salud	64

Siglas y abreviaturas

APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas
Mesa Andina	Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
PIB	Producto Bruto Interno.





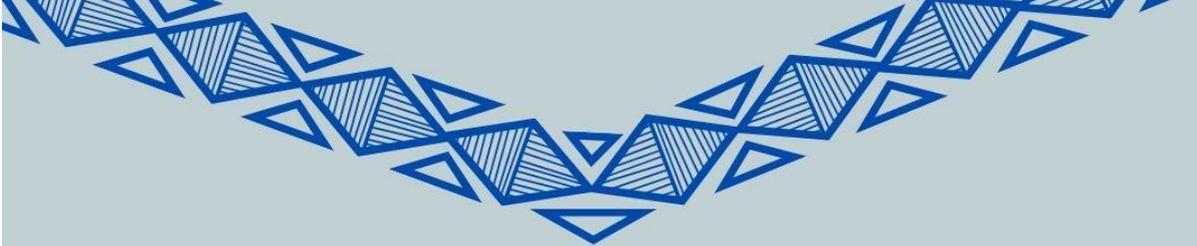
Presentación

En el 2020, cuando habían pasado un poco más de cien años del suceso relacionado con la epidemia de la gripe española, tuvimos la experiencia de la primera pandemia del siglo XXI, la COVID-19, con un alto impacto de letalidad. En medio de la revolución tecnológica actual, desde las tecnologías de la información y la comunicación e internet de los noventa a la hoy en día denominada inteligencia artificial, el fenómeno de las pandemias parecía una cosa del pasado, sin embargo, la COVID-19 llegó para recordarnos que el riesgo para los seres humanos siempre está presente, y que más que un progreso lineal, la historia viene por ciclos, unos de ascenso cuando la razón se compagina con los valores, y otros ciclos de descenso, cuando nos olvidamos de que solo somos una especie entre las demás que pueblan el planeta, frágil y vulnerable. Es decir, nuestra forma de ser y estar en el mundo puede llevarnos a mayores riesgos, que desafortunadamente se convierten en reales cuando olvidamos los referentes valorativos de lo humano y los derechos.

En consecuencia, debemos pensar hasta dónde la reciente pandemia y la crisis planetaria (cambio climático, pérdida de biodiversidad y contaminación) no son más que una muestra del riesgo manufacturado, construido por la misma acción humana. Dado que el riesgo es real y las amenazas externas existen, debemos empezar por entender que lo que potencia dichas amenazas, precisamente, proviene de no reflexionar ni actuar sobre ello.

En ese sentido, es bien conocido en la gestión del riesgo que la probabilidad de que una amenaza se convierta en catástrofe depende de factores sociales y físicos que contribuyan o, por el contrario, disminuyan dicha probabilidad. Si examinamos las condiciones sociales y físicas de nuestra región, descubrimos que América Latina ha sido considerada una de las regiones más desiguales del mundo, pero, al mismo tiempo, es considerada una de las regiones con más biodiversidad y recursos (agua, bosques, variedad de especies vegetales y animales).

Si examinamos los datos de la pandemia, podemos identificar la región como una de las más afectadas en el mundo, por lo tanto, nos corresponde mirar en qué radica su sensibilidad y vulnerabilidad a las amenazas. Si miramos el fenómeno de la desigualdad, podemos inferir una hipótesis sobre por qué la pandemia ha tenido un impacto tan alto en nuestros países y, tras mirar correlaciones, precisamos que la vulnerabilidad de la región reside en un factor social: una desigualdad



que, históricamente, se ha mantenido hasta hacerse estructural y que redundante en hacer más difícil la construcción de capacidades para afrontar los riesgos.

Por lo anterior, constituye una prioridad entender, entonces, que el derecho a la salud depende de que trabajemos sobre los determinantes sociales de la salud, y de que desarrollemos políticas para frenar y revertir el crecimiento de la desigualdad, para que así realmente avancemos en la construcción de sociedades con justicia social y ambiental que garanticen el derecho a la vida y a la salud, como corresponde a las sociedades democráticas del siglo XXI. En fin, impulsemos una Política Andina, referente para el mundo como un nuevo pacto social, expresión del compromiso con la acción transformadora para reducir desigualdades injustas e innecesarias en la región Andina, porque *Juntos somos más fuertes y Juntos llegamos más lejos*.

Dra. María del Carmen Calle Dávila

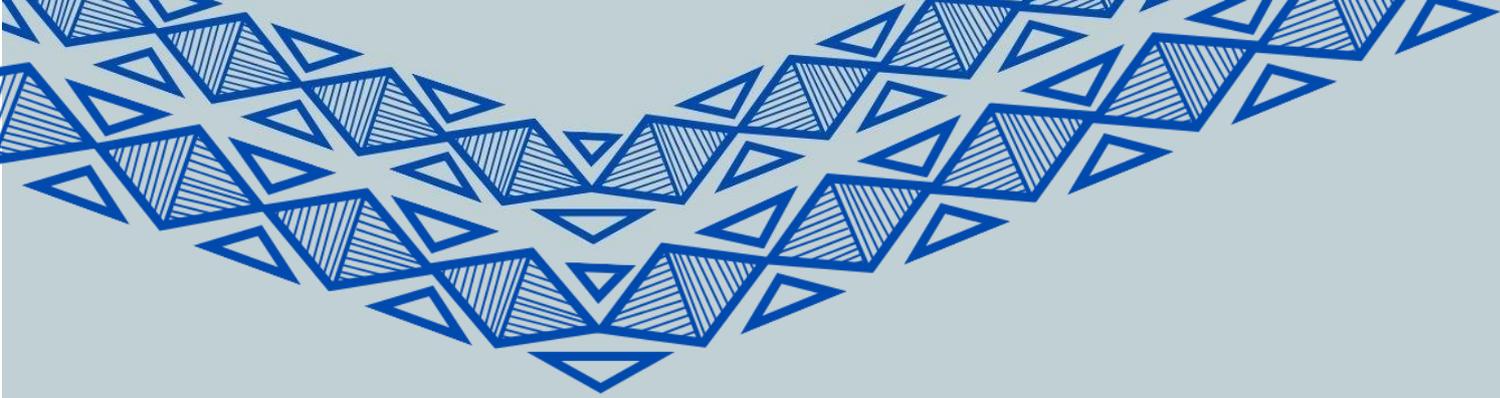
Secretaria ejecutiva

Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue



Ilustración 2

Tomado de Unequal Scenes — Johnny Miller Photography. [Fotografía], por. Johnny Miller Photography, (s/f), (<https://www.millefoto.com/unequalscenes>)



1. Introducción

Enfrentar la desigualdad y mejorar la salud como prioridad en la región Andina

El problema de las desigualdades constituye una prioridad para el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), como puede verse en la visión institucional:

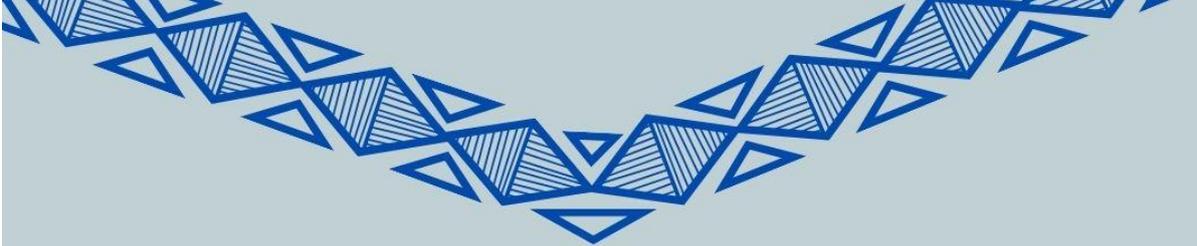
En el 2030, los habitantes de la región Andina gozan del derecho a la salud y al bienestar, las desigualdades se han reducido y hay una mayor capacidad de respuesta conjunta a los desafíos sanitarios, socioeconómicos y ambientales comunes, a través de la integración y cooperación regional (ORAS-CONHU, 2023, pág. 60).

Al llegar la pandemia y conocer el impacto en los países andinos, surgió la iniciativa de multiplicar las acciones en la región Andina para, precisamente, hacer frente a las desigualdades en salud. Ello se materializó con la Resolución XXXIX/547 del 11 de junio de 2021, en la cual, los ministros y las ministras de Salud de los seis países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) 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*.

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 (ORAS-CONHU, 2021, pág. 2).

Dos meses después, en agosto de 2021, se instaló la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud (en adelante Mesa Andina), con la participación de delegados los ministerios de Salud de los seis países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú



y Venezuela), así como el equipo del ORAS-CONHU, y asesores del Programa Subregional para América del Sur, el Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud y la Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (OPS/OMS Washington D.C.). Han participado otras organizaciones como la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza de Perú, los Institutos Nacionales de Estadística de los países seis andinos¹, entre otras.

A mediados de 2022, el trabajo realizado por la Mesa Andina se materializó con la publicación del documento: “**Desigualdades sociales en salud. Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la región andina**”. Como se ha mencionado, esta publicación sintetiza los resultados del trabajo colectivo realizado por la Mesa Andina, a finales de 2021 y principios de 2022, referente al marco conceptual “desigualdades múltiples”, el análisis situacional, las perspectivas y desafíos de la región Andina. Dicho estudio consta de cinco capítulos y dos anexos. Los capítulos son: (ORAS-CONHU, 2022).

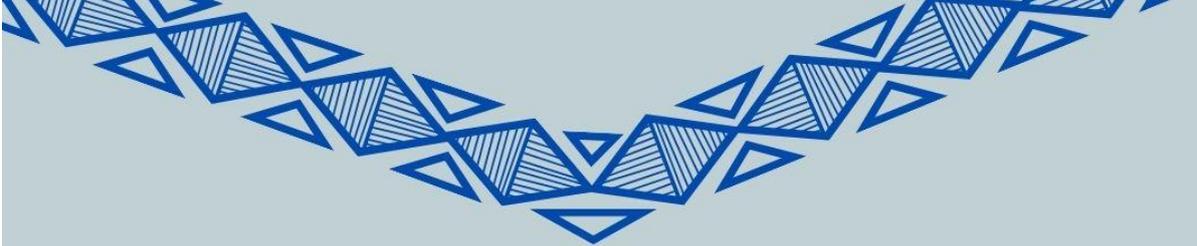
- 1) Marco de referencia de las desigualdades sociales en salud.
- 2) Desigualdades múltiples: perspectivas diversas, desafíos complejos.
- 3) Economías en crisis, protección social precaria, democracias frágiles.
- 4) Estado de situación de las desigualdades sociales en salud.
- 5) Desigualdades sociales en salud: perspectivas y desafíos.

Y los Anexos:

- 1) Un set mínimo de indicadores a utilizar como punto de partida.
- 2) Metas, indicadores y año base del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.

Posteriormente, en julio de 2022 los asesores regionales del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud (OPS/OMS Washington D.C.) presentaron a la Mesa Andina la propuesta de apoyo técnico para el desarrollo de una línea de base Andina sobre desigualdades sociales en salud. A partir del trabajo conjunto entre el equipo de la OPS/OMS y del ORAS-CONHU se brindó capacitación y asesoría en el uso de las herramientas SistemODS-3 de la OPS y explorador de equidad. Llegado el 2023, con integrantes de la Mesa Andina e Institutos Nacionales de Estadística, en mayo de dicho año se presentó el informe: *Monitoreo del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 en Chile, Colombia, Ecuador y Perú*.

¹ El 7 de junio de 2022 se realizó el primer encuentro regional entre directores de los Institutos Nacionales de Estadística (INE) y la Mesa Andina. Los delegados de los INE presentaron indicadores clave que están trabajando relacionados con las desigualdades.



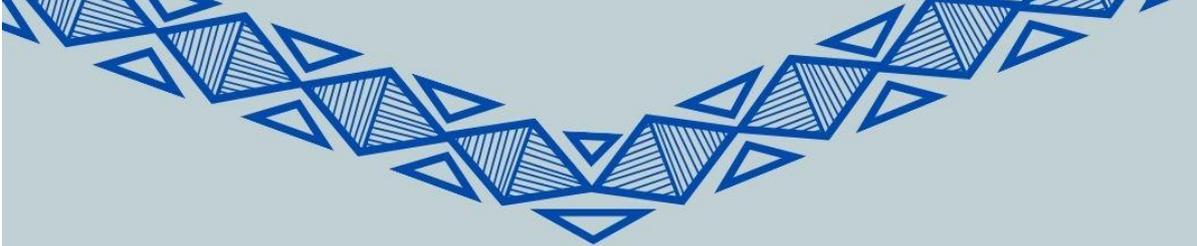
Respecto a la elaboración de la *Política Andina para la reducción de desigualdades de salud* (en adelante Política Andina), desde septiembre de 2022, los miembros de la Mesa Andina presentaron los primeros resultados de los diálogos al interior de los ministerios de Salud y con organizaciones socias con el objetivo de responder a preguntas clave para elaborar la *Política Andina para la Reducción de desigualdades sociales en salud*. Para ello, el equipo del ORAS-CONHU elaboró un documento borrador de sistematización de las respuestas respecto a cuáles deben ser los objetivos, las premisas conceptuales, los principios rectores y las acciones prioritarias. El 25 de noviembre del 2022, en la XL Reunión de Ministros y Ministras de Salud del Área Andina (REMSAA), los ministros de salud aprobaron dicha iniciativa, cuya resolución expresa textualmente:

Aprobar la iniciativa de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud de elaborar la Política: Reducción de las desigualdades sociales de salud a partir de un proceso participativo e intersectorial (ORAS-CONHU, 2022, pág. 2).

A su vez, el proceso de elaboración participativa de la Política Andina se retomó en dos eventos presenciales, cuya planificación y seguimiento implicó realizar reuniones virtuales entre los miembros de la Mesa Andina, con asesores de la OPS/OMS y la coordinación del ORAS-CONHU. Los talleres para intercambiar experiencias y conocimientos constituyen otra de las actividades que han complementado la iniciativa de dar prioridad a las desigualdades en salud:

- **Taller Regional Intercambio de Conocimientos y Experiencias: monitoreo para la reducción de desigualdades y presentación de la plataforma de monitoreo del ODS3 de la OPS/OMS.** En el marco del proyecto Cooperación entre Países para el Desarrollo Sanitario (CCHD por sus siglas en inglés) se coordinó el taller (entre OPS y el ORAS-CONHU) en Santa Cruz, Bolivia (10-12 de octubre de 2023). Los 35 participantes de los ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) de Bolivia, la OPS/OMS y el ORAS-CONHU, repasaron los conceptos de equidad en salud y desigualdades sociales, y aplicaron la metodología para la cuantificación de la desigualdad social en salud en un conjunto selecto de indicadores de mortalidad asociados a las metas del ODS3. También, revisaron los objetivos de la *Política Andina para la Reducción de las desigualdades sociales de salud* (ORAS-CONHU, 2023).

En las reuniones preparatorias y en el taller se evidenció la constitución de equipos (en promedio cinco participantes por país) de los ministerios de Salud trabajando en el análisis de

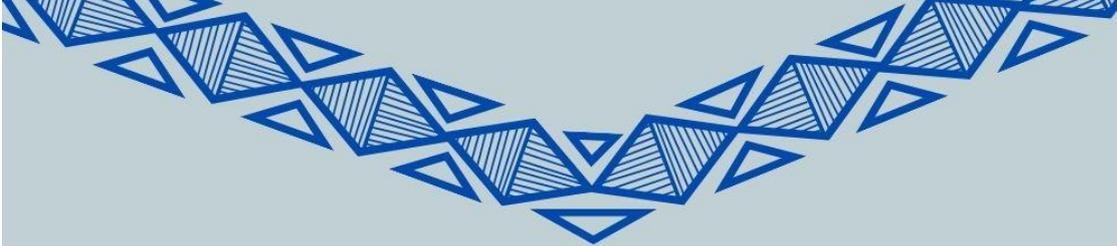


las desigualdades sociales de la salud. En este sentido se dio prioridad a la elaboración de los informes de monitoreo de los indicadores del ODS 3 y sus estratificadores de equidad.

- **Taller Andino Datos para el Impacto en la Equidad en Salud.** Este encuentro se realizó en el marco del Proyecto *Data for Health Impact* entre la OPS y *Vital Strategies, Bloomberg Philanthropies*, en la ciudad de Lima, Perú (22-24 de abril 2024). En el taller se logró (ORAS-CONHU, 2023):
 - La presentación por parte de los delegados de los ministerios de Salud de los seis países andinos (en promedio cuatro por cada país) de los informes de monitoreo de desigualdades (y los estratificadores de equidad seleccionados) realizados a partir del trabajo colectivo con la cooperación de la OPS y el ORAS-CONHU.
 - La presentación, por parte del equipo de la OPS, de los lineamientos y avances para generar los perfiles analíticos de las tendencias de las desigualdades ecosociales en los indicadores de mortalidad asociados a las metas del ODS3.
 - El análisis de los aspectos clave de la teoría del cambio para aplicarla en el diseño de la *Política Andina para la reducción de las desigualdades en Salud*.

Los análisis exploratorios desarrollados por los equipos de país a partir de estos dos talleres andinos constataron, en general, la presencia de importantes brechas y gradientes de desigualdad ecosocial en salud, con una persistente y desproporcionada concentración de los riesgos de mortalidad en los territorios subnacionales socialmente más desaventajados. Por otra parte, los análisis de tendencias mostraron avances no triviales en la reducción de las tasas nacionales de mortalidad como también en la reducción de brechas y gradientes de desigualdad, especialmente en los indicadores de supervivencia infantil.

Los Talleres Andinos permitieron avances sustanciales en el análisis de las desigualdades en salud entre los países andinos, pero también destacaron limitaciones en las metodologías matemáticas empleadas, la calidad y disponibilidad de los geodatos, y la interpretación de los resultados obtenidos. Persisten desafíos clave como la disponibilidad y accesibilidad de fuentes de datos, la precisión, cobertura de los registros vitales y vigilancia de la salud, y la consistencia de los datos desagregados por divisiones geográficas o administrativas, todos elementos esenciales para identificar áreas de alta vulnerabilidad e inequidad. Además, se observaron brechas en la coherencia de los estratificadores tradicionales de equidad y en la interoperabilidad entre los sistemas de información, lo que dificulta la incorporación de factores relevantes como la situación migratoria, la



condición de discapacidad o la capacidad de respuesta del sistema de salud. La falta de estandarización de indicadores y metodologías a nivel regional también constituye un obstáculo para garantizar la comparabilidad y el monitoreo conjunto.

El uso de metodologías matemáticas avanzadas, como el análisis de brechas absolutas y relativas, los índices de desigualdad (Fuller, Lorenz, otros) y los perfiles analíticos de tendencias, requiere no solo datos desagregados, actualizados y de alta calidad, sino también capacidades técnicas especializadas para su adecuada implementación e interpretación. Una comprensión rigurosa de estos resultados es crucial para tomar decisiones políticas informadas, basadas en evidencia sólida, y para diseñar intervenciones efectivas que contribuyan a reducir las desigualdades en salud de manera sostenible.

A pesar de las limitaciones identificadas, los talleres constituyeron un hito relevante al fortalecer las bases técnicas, metodológicas y políticas necesarias para avanzar hacia una acción regional más coordinada y efectiva. Además, promovió el compromiso de los países andinos y subrayó la importancia de generar políticas públicas más equitativas e inclusivas, orientadas a garantizar el derecho a la salud para todas las poblaciones, sin dejar a nadie atrás.

En la reunión virtual (5 de febrero de 2025) y reuniones con los delegados de cada país, los integrantes de la Mesa Andina definieron acciones prioritarias para incorporar en el Plan Operativo Anual y, también, expresaron la necesidad de continuar el trabajo para mejorar los informes de monitoreo de las desigualdades, y presentar, para su aprobación la Política Andina para la reducción de las desigualdades en salud en la Reunión de Ministros y Ministras de Salud del Área Andina.

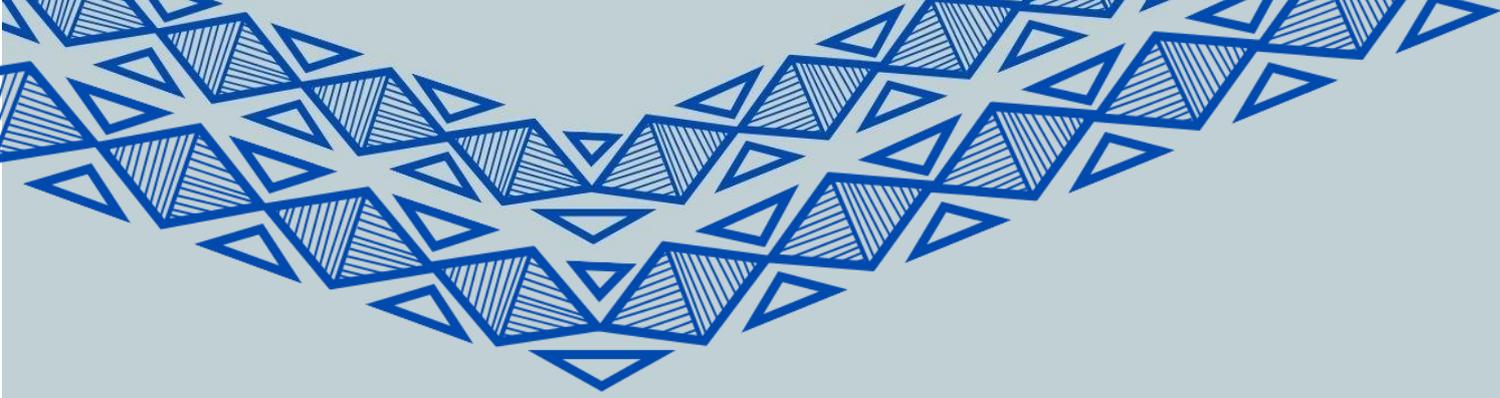
En síntesis, la iniciativa de una *Política Andina para la reducción de desigualdades en salud* se ha ido materializando paulatinamente, de manera participativa y a partir del fortalecimiento de capacidades para su análisis y del afianzamiento del compromiso de disminuir las desigualdades injustas en la región Andina.



Ilustración 3

Tomado de Infobae [Fotografía], istock, 2017,

<https://www.infobae.com/america/fotos/2017/03/11/las-imagenes-mas-impactantes-de-la-desigualdad-y-la-pobreza-en-el-mundo/>



2. El problema

La desigualdad constituye el principal problema de la región Andina de cara a alcanzar sociedades más vivibles para todas y todos. Una persona promedio de la región debería trabajar 90 años para ganar lo mismo que gana un millonario en un solo día. La desigualdad no es solo un problema ético: produce más hambre, más sufrimientos, más violencia. Mientras las mayorías sociales experimentan un deterioro acelerado de sus condiciones de vida, una reducida élite incrementa su riqueza, poder y privilegios (OXFAM, 2024).

En la *“Política para recuperar el progreso hacia el logro de los objetivos de desarrollo sostenible con equidad por medio de medidas que aborden los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial”* se afirma:

Es evidente que es necesario seguir trabajando para alcanzar el ODS 3, con un enfoque de equidad más firme. No se cuenta con datos oportunos, exactos y comparables para cada uno de los 28 indicadores de las metas del ODS 3 en todos los países por igual y a lo largo del tiempo -especialmente datos desglosados por sexo, género, edad, origen étnico, territorio, ingresos, educación, ocupación, clase social y otros estratificadores sociales-, que se requieren para hacer el monitoreo de los gradientes de salud y las desigualdades. La complejidad de algunos de los indicadores del ODS 3 constituye un desafío adicional para la medición y la comparabilidad (OPS/OMS, 2022, pág. 2).

Los datos anteriores a la pandemia mostraban tendencias regionales desparejas en los indicadores del ODS 3, con algunas metas en camino de alcanzarse para el 2030 y otras rezagadas, así como algunos casos en los que la tendencia iba en la dirección equivocada. Un análisis preliminar mostró que, en general, las desigualdades en los indicadores del ODS 3, tanto entre los países como dentro de ellos, no habían cambiado mucho. Las desigualdades relativas seguían siendo grandes y la mala salud seguía concentrándose de manera desproporcionada entre las personas más desfavorecidas socialmente (OPS/OMS, 2022, pág. 3).



2.1 La desigualdad en América Latina y la región Andina

Tras la caída del Muro de Berlín y con la llegada de la denominada globalización, el fenómeno de la desigualdad se hizo muy visible en los países del “Primer Mundo”, donde se había dado un descenso notorio de la desigualdad (Atkinson, 2016) desde la posguerra, tras la creación de la Organización de las Naciones Unidas y la proclamación de las cartas de los derechos humanos fundamentales de 1948 y de los derechos económicos, sociales y culturales de 1966. Pero, desde los años ochenta, tal disminución de la desigualdad se habría estancado, y en los noventa, volvería a crecer de manera preocupante.

Algunas de las más importantes investigaciones de las últimas décadas en las ciencias sociales muestran un crecimiento de la desigualdad económica y social en el mundo (Atkinson, 2016; Picketty, 2013; Picketty, 2015; Chancel; Picketty, Saez, Zucman, 2022), pero de manera muy pronunciada en América Latina (Bourguignon, 2015; Pérez Sainz, 2016). La difícil consolidación de los Estados sociales de derecho en la región, las lógicas internacionales que se han venido dando tras la Segunda Guerra Mundial, y los limitados alcances de la modernización democrática, han contribuido a hacer de ésta una de las regiones más desiguales del mundo (Bárcena, 2016).

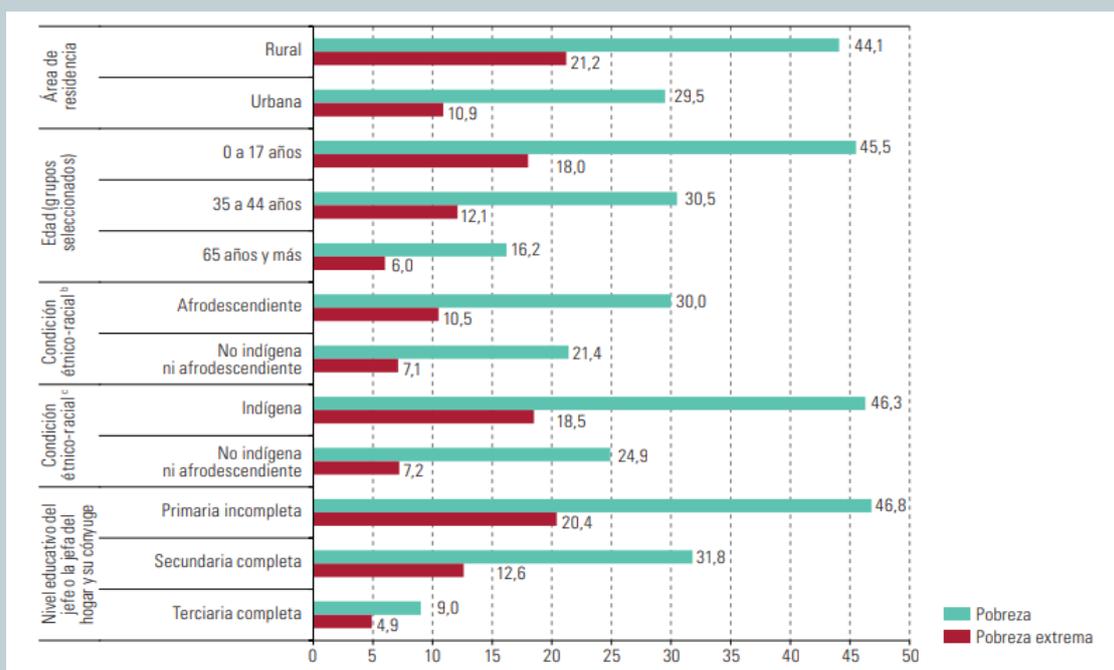
En un contexto pospandemia, resalta el crecimiento de la desigualdad y la pobreza en todo el mundo. Sin embargo, este fenómeno se presenta de manera más acentuada en América Latina. Al mirar los informes “*Panorama Social de América Latina y el Caribe*” (CEPAL, 2021, 2022, 2023 y 2024) se muestra que el año 2020 se caracterizó por un importante retroceso, en el que la pobreza extrema se elevó a niveles que no se habían visto por dos décadas.

Para solo introducir una cita de sus conclusiones, el informe de 2022 destaca la incidencia de la pobreza, y el aumento de su forma extrema, y de las desigualdades pronunciadas por grupos de edad, pertenencia étnica, contexto rural y nivel educativo:

Deben atenderse una vez más las importantes desigualdades que se producen en América Latina respecto de la forma en que la pobreza y la pobreza extrema afectan a los distintos grupos de población en relación con los ejes de la desigualdad social. En 2021, la pobreza y la pobreza extrema afectaban desproporcionadamente a niñas, niños y adolescentes, y la incidencia en este grupo casi triplicaba a la que tenía en la población de 65 años y más. Ambos fenómenos eran considerablemente mayores entre las personas que pertenecen a pueblos indígenas, habitan en áreas rurales o son afrodescendientes, respecto de quienes no son indígenas ni afrodescendientes o habitan en áreas urbanas. Mientras que entre la población de estos hogares la incidencia de la pobreza y la pobreza extrema llega al 46,8 % y el 20,4 %, respectivamente, entre quienes viven en hogares donde la principal persona perceptora de

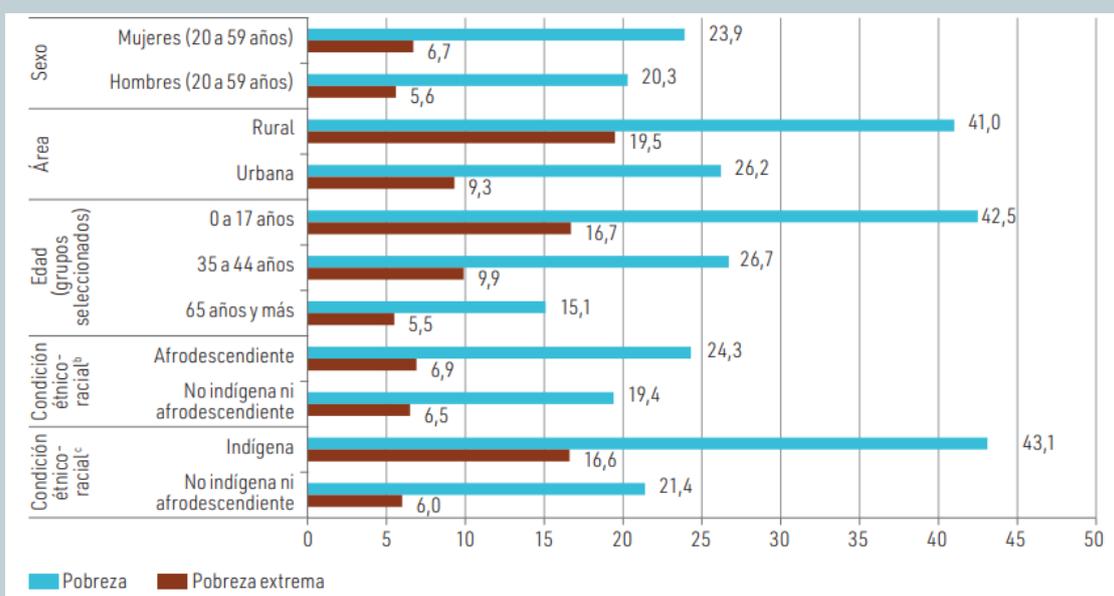
ingresos y su cónyuge tienen educación terciaria completa la pobreza llega al 9 % y la pobreza extrema alcanza al 4,9 %. (CEPAL, 2022, pág. 20)

Gráfico 1. América Latina (18 países): personas en situación de pobreza y pobreza extrema, según área de residencia, edad, condición étnico-racial y nivel educativo del jefe o la jefa del hogar y su cónyuge, 2021 (En porcentajes)



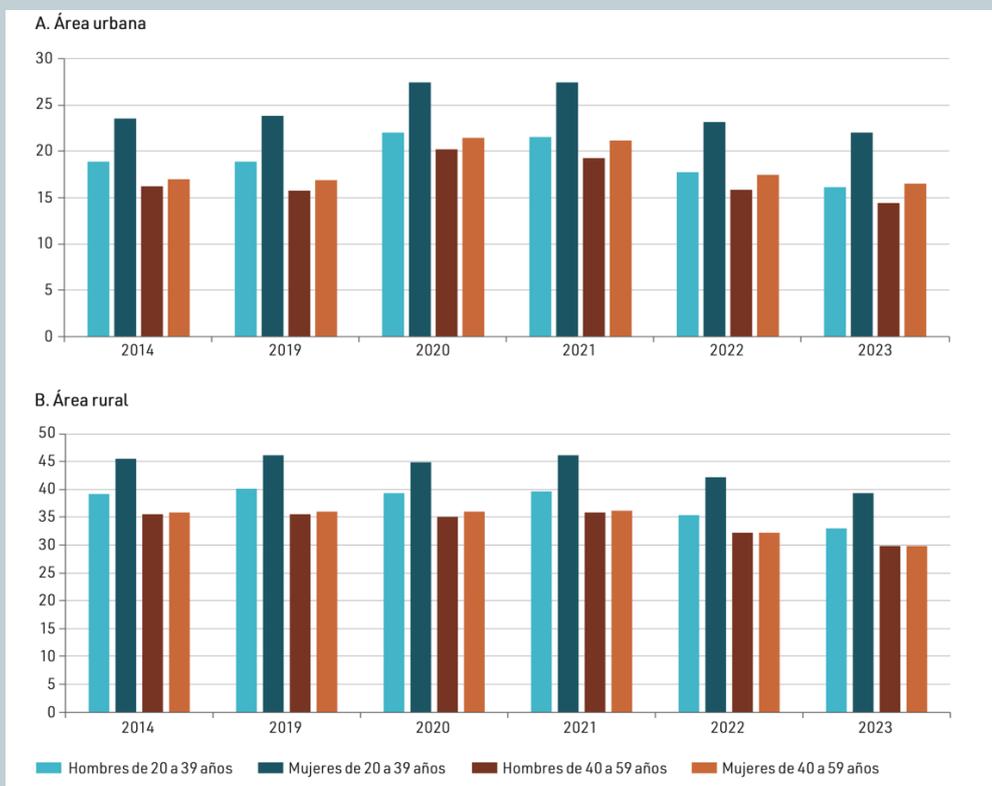
Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2022. Pág. 21.

Gráfico 2. América Latina (18 países): personas en situación de pobreza y pobreza extrema, según área de residencia, edad y condición étnico-racial, promedio ponderado, 2022 (En porcentajes)



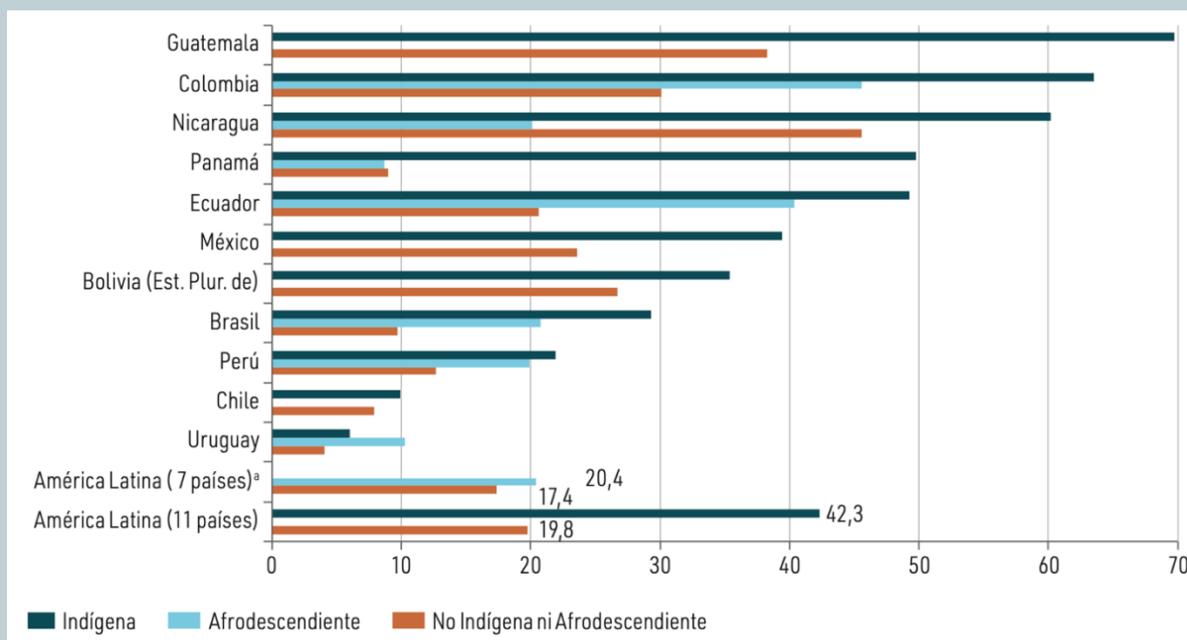
Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2023. Pág. 69

Gráfico 3. América Latina (18 países): población en situación de pobreza, por sexo, grupos de edad y área de residencia, 2014-2023 (En porcentajes)

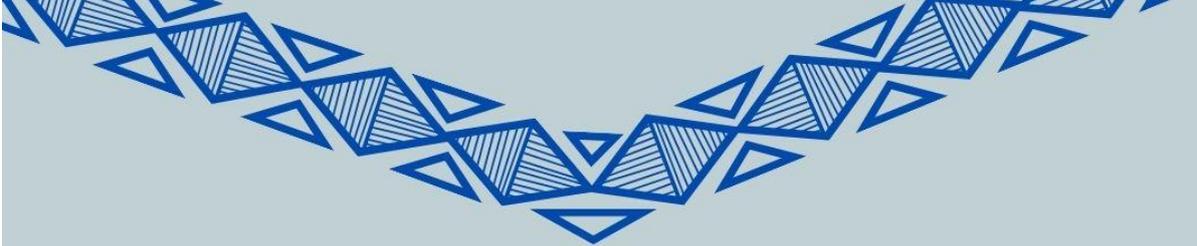


Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2024. Pág. 62

Gráfico 4. América Latina (11 países) a: población en situación de pobreza, por étnico-racial, 2023 o último año con información disponible (En porcentajes)



Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2024. Pág. 65.



Asimismo, se debe mencionar lo referente a la desigualdad de género:

En América Latina, las desigualdades de género tienen una de sus principales expresiones en la mayor incidencia de la pobreza entre las mujeres que entre los hombres para las edades de mayor participación en el mercado laboral (20 a 59 años). En promedio, mientras el porcentaje de hombres en ese rango etario que está en situación de pobreza es del 20,3 %, el de las mujeres es del 23,9 %. Esta brecha de género también persiste en los hogares que viven en condiciones de pobreza extrema, donde las mujeres registran 1,1 puntos porcentuales más de pobreza extrema que los hombres. (CEPAL, 2023, pág. 70)

Al respecto, la CEPAL (2023) ha planteado que la brecha de incidencia de la pobreza entre mujeres y hombres en el tramo de edad de 20 a 39 años se explica en gran medida por la división sexual del trabajo y la consecuente mayor participación de las mujeres en el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. Las mujeres de América Latina dedican al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado casi el triple de tiempo que los hombres, lo que limita su participación en todas las esferas y profundiza las desigualdades en todas sus formas. La mayor participación de las mujeres en el trabajo de cuidados no remunerado y la debilidad o la inexistencia de políticas de cuidados redunda en su inserción más precaria e interrumpida en el mercado de trabajo remunerado, lo que afecta sus ingresos presentes y compromete sus ingresos futuros. (CEPAL, 2024, pág. 62-63)

En términos del análisis desagregado del informe *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2024*, en casi todos los países de la región, las personas que declaran pertenecer a un Pueblo Indígena enfrentan mayores tasas de pobreza que el resto de la población. Las personas afrodescendientes también presentan tasas de pobreza superiores en comparación con la población no indígena ni afrodescendiente. Esta tendencia se mantiene de forma consistente, ya que, en casi todos los países de la región con datos disponibles hacia 2023, las personas pertenecientes a pueblos indígenas son afectadas por la pobreza en una proporción significativamente más alta. Esto reafirma lo ya señalado en ediciones anteriores del Panorama Social (CEPAL, 2021 y 2022), evidenciando una persistente desigualdad estructural que impacta de manera desproporcionada a estos grupos históricamente excluidos.

Tabla 1. Región Andina: tasas de pobreza extrema y de pobreza 2019-2023

Países	Pobreza extrema					Pobreza				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Bolivia	12,0	13,5	9,9	-	-	30,9	32,3	29,0	-	-
	12,9	13,7	11,1	12,5	-	37,2	39,0	36,4	37,7	-
Chile	-	4,5	-	2,1	-	-	14,2	-	8,1	-
	-	4,3	-	2,0	-	-	18,8	-	6,5	-
Colombia	12,8	19,2	15,0	16,8	15,9	31,7	39,8	35,4	34,5	32,7
	9,6	15,1	12,2	13,8	11,4	35,7	42,5	39,3	36,6	33,0
Ecuador	7,6	10,8	7,6	6,9	7,4	25,7	30,6	28,5	25,7	25,3
	8,9	15,4	10,5	8,3	9,8	25,0	33,0	27,7	25,2	26,0
Perú	3,0	8,6	4,2	3,3	4,2	15,4	28,4	19,3	17,2	18,2
	2,9	5,1	4,1	5,0	5,7	20,2	30,1	25,9	27,5	29,0

Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024

Sin embargo, lo que los informe de la CEPAL muestran solo es una constatación de un proceso más amplio, que va de mediano a largo plazo: la persistencia histórica de la desigualdad y la pobreza en la región (Bértola y Ocampo, 2010; Puchet y Puyana, 2018).

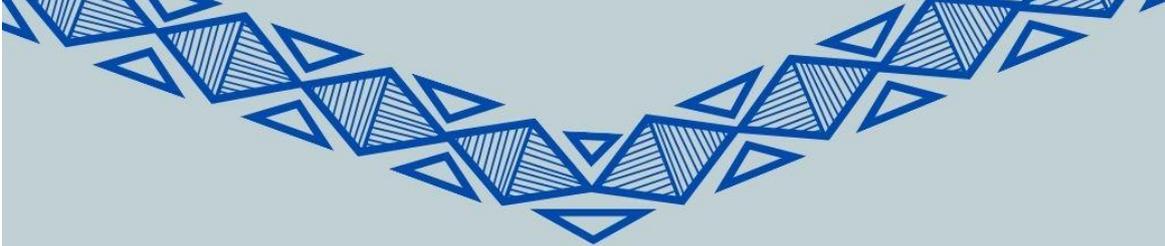
2.2 Desigualdad económica y desigualdad vital

La desigualdad económica en América Latina y el Caribe es uno de los desafíos más persistentes y complejos de la región, y constituye una de las llamadas “trampas del desarrollo” identificadas por la CEPAL (2025). Esta trampa se caracteriza por una alta concentración del ingreso y baja movilidad social, lo que limita la capacidad de los países para avanzar hacia un desarrollo más inclusivo y sostenible (CEPAL 2024b). A pesar de que la pobreza disminuyó en 2023 hasta alcanzar al 27,3 % de la población, este avance es frágil y se mantiene una marcada heterogeneidad entre países y dentro de ellos (CEPAL 2025b).

Esta intrincada relación entre la estructura económica y las oportunidades de desarrollo humano lleva a considerar un concepto clave para comprender las múltiples dimensiones de la inequidad: la desigualdad vital.

Para entender el concepto de desigualdad vital se puede citar el libro: *Los campos de exterminio de la desigualdad*:

No solo la muerte les llega más temprano a los pobres y a los menos instruidos. Las dolencias crónicas comunes también comienzan con bastante anterioridad, si es que llegan [...] La evidencia empírica es indiscutible: la desigualdad mata. La desigualdad de estatus acorta la vida de los desiguales (Therborn G. , 2015, págs. 20-22).



De acuerdo con Therborn, se pueden hablar de tres tipos de desigualdad:

- **La desigualdad vital:** se refiere a la desigualdad socialmente construida entre las oportunidades de vida a disposición de los organismos humanos. Esta desigualdad se estudia hoy mediante la evaluación de las tasas de mortalidad, la esperanza de vida, la esperanza de salud (años esperados de vida sin enfermedades graves) y varios otros indicadores de salud infantil, como el peso al nacer y el crecimiento que ha alcanzado el cuerpo a cierta edad. También se utilizan estudios sobre el hambre y la malnutrición.
- **La desigualdad existencial:** es la asignación desigual de los atributos que constituyen a la persona, es decir la autonomía, la dignidad, los grados de libertad, los derechos al respeto y al desarrollo de uno mismo.
- **La desigualdad de recursos,** que adjudica a los actores humanos recursos desiguales para actuar.

Al inicio del nuevo siglo parecía disminuir la desigualdad en la región (Bértola y Williamson, 2016), pero la persistencia de desigualdad y pobreza volvió a su cauce histórico y al llegar en el 2020 la pandemia del COVID-19, los efectos de correlación de la desigualdad económica (Sen, 1973; Piketty, 2015) sobre la desigualdad vital (Therborn, 2015a; Therborn, 2015b) se hicieron evidentes, ya que algunos países de América Latina se contaron entre los países con más contagios y letalidad (Cid y Marinho, 2022), poniendo de presente que la desigualdad estructural de las sociedades termina afectando las condiciones sociales necesarias para alcanzar el disfrute de la salud:

Las desigualdades en salud, tanto en el acceso como en los resultados, no solo reflejan la vulneración del derecho a la salud, que además incide sobre el goce de otros derechos, sino que también son un eslabón central para la reproducción de la pobreza y la desigualdad, al reducir las capacidades y oportunidades en la esfera económica, obstaculizando la innovación y los aumentos de productividad (Abramo, Ceccini y Ullman, 2020, 1590).

Así, en el informe para la CEPAL de Cid y Marinho (2022), que se denomina *“La evolución de la pandemia y la profundización de la desigualdad”*, resaltan la sinergia funesta entre COVID-19, desigualdad, determinantes sociales de la salud, debilidades de los sistemas de salud y protección social, y por supuesto, la informalidad laboral:

Los datos para los países de América Latina muestran que, en general, el exceso de mortalidad medido en tasa de muertes por cada 100.000 habitantes es más alto en aquellos países donde hay mayores niveles de pobreza y pobreza extrema [...] (Cid y Marinho, 2022, p. 19).



A esta altura, con lo mostrado en los datos e investigaciones citadas, queda claro que los niveles de pobreza y desigualdad existentes en América Latina antes de la pandemia del 2020 y, desde luego, en los países de la región Andina, han contribuido a hacer más lesivo el impacto del COVID-19 dado la alta tasa de letalidad en estos países. El análisis sociológico del riesgo muestra que fenómenos como la desigualdad y la pobreza se convierten en componentes de vulnerabilidad social haciendo que fenómenos como la pandemia, puedan tener efectos de una dimensión de catástrofes, dado el número de vidas perdidas. En otras palabras, de no existir esos niveles tan altos de pobreza y desigualdad antes de 2019 en los países de la región, el impacto de la pandemia hubiese sido menor, lo que se puede sintetizar en la expresión de un autor que sirve de título a su libro “La desigualdad mata” (Therborn, 2015).

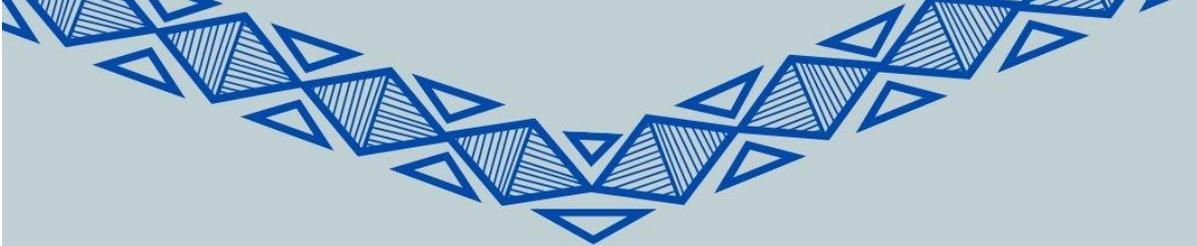
Para mirar un pequeño esbozo de lo que puede hacerse con los datos para entender lo sucedido en los países andinos, con base en la fuente del Informe de Desarrollo Humano (IDH), se ha reconstruido una tabla, a manera de metaanálisis, mostrando su situación en desigualdad económica antes de la pandemia, hacia 2019, y en pospandemia, hacia 2022, 2023 y 2024, y algunos indicadores de salud como expectativa de vida al nacer y el Índice de Desarrollo Humano que involucra la calidad de vida:

Tabla 2. Índice de Desarrollo Humano

Países andinos	IDH y puesto en el IDH			Coeficiente de Gini			Expectativa de vida			
	Años	2019	2022	2023/4	2019	2022	2023/4	2019	2022	2023/4
Bolivia		0.703/ 114	0.692/ 118	0.698/ 120	44.0	43.6	40.9	71.2	63.6	64.9
Chile		0.847/ 42	0.855/ 42	0.860/ 44	46.6	44.9	44.9	80.0	78.9	79.5
Colombia		0.761/ 79	0.752/ 88	0.758/ 91	49.7	54.2	51.5	77.1	72.8	73.7
Ecuador		0.758/ 85	0.740/ 95	0.765/ 83	44.7	47.3	45.5	76.8	73.7	77.9
Perú		0.759/ 82	0.762/ 84	0.762/ 87	43.3	43.8	40.2	76.5	72.4	73.4
Venezuela		0.726/ 96	0.691/ 120	0.699/ 119	-	-	-	72.1	70.6	71.1

Fuente: PNUD. Informe de Desarrollo Humano. 2019, 2022, 2023 y 2024.

Como se puede ver allí, hacia 2019, antes de la pandemia, en la región Andina, Perú es el país con menos desigualdad económica, lo que se expresa en un coeficiente de Gini de 43.3, mientras que el país con más desigualdad en ese momento es Colombia, con un Gini de 49.7. La esperanza de vida al nacer es mayor en ese momento para Chile con 80 años, y la menor expectativa de vida al nacer la tiene Bolivia con 71.2 años.



Transcurrida la pandemia de COVID-19, con los datos de 2021 que aparecen en el Informe de Desarrollo Humano 2022, y los datos de 2022 que aparecen en el Informe 2023-2024, el país con mayor desigualdad económica sigue siendo Colombia, con un Gini de 54.2 (2021) y de 51.5 (2022), mientras que Bolivia es el país con menos desigualdad, expresada en un Gini de 43.6 al 2021 y Perú con 40.22.

Respecto a la expectativa de vida al nacer, Chile sigue teniendo la cifra más alta con 78.9 años al 2021, pero esta cifra es menor que la presentada en 2019, es decir, ha disminuido 1.1 años dicha esperanza de vida y al 2022, es de 79.5, quedando aún por debajo de la cifra de 80 años en 2019. La menor expectativa de vida al nacer es en Bolivia (63.6 años) y Venezuela (70.6 años) hacia el 2021, y aunque al año siguiente vuelve a aumentar, tanto en Bolivia (64.9 años) como en Venezuela (71.1 años), siguen siendo los países andinos con menor expectativa de vida al nacer.

En términos comparativos individualmente por país, la desigualdad económica entre 2019 y 2022 disminuyó tanto en Bolivia como en Chile, y Perú, pero una disminución constante sólo se da en Bolivia dado que pasó de 44.0 en 2019, a 43.6 en 2021 y a 40.9 en 2022, mientras que en Chile pasó de 46.6 en 2019 a 44.9 en 2021, pero allí se estancó en el 2022. Por otro lado, en Perú, creció levemente de un 43.3 en 2019 a 43.8 en 2021, pero disminuyó pasada la pandemia a un 40.2 en 2022. En el resto de los países andinos siguió aumentando, como es el caso más llamativo el de Colombia, ya que en 2019 de un Gini de 49.7 pasó en 2021 a un 54.2, pero al año siguiente volvió a disminuir a un 51.5, aunque dicha cifra sigue siendo superior a la de 2019. Para el caso de Venezuela, no se cuenta con cifras del coeficiente de Gini en los informes.

Respecto a la expectativa de vida al nacer, disminuyó en casi todos los países andinos con motivos de la pandemia, con la excepción de Ecuador, siendo mayor la reducción en años de esperanza de vida en Bolivia, seguida de Colombia, Perú, luego Ecuador, y finalmente de Venezuela y Chile, los dos países en los que menos disminuyó la expectativa de vida. Aunque existe una relación entre la desigualdad económica, medida por el coeficiente de Gini, y desigualdad vital, medida por la expectativa de vida, como se puede ver en el caso de Colombia, la correlación entre estos dos indicadores de desigualdad pareciera ser negativa en los casos de Bolivia y Perú, en donde la disminución de la desigualdad no se ha correspondido con un aumento de la expectativa de vida, pero la razón se encuentra en que la pandemia afectó la expectativa de vida de todas las sociedades, incluidas las de baja desigualdad. En un periodo de tiempo sin pandemia, se esperaría que entre mayor desigualdad económica, se afecte más la expectativa de vida, pero la lección aprendida de la pandemia se traduce en que con crecimiento de los indicadores de desigualdad socioeconómica, hay mayores condiciones de vulnerabilidad, lo que magnifica el impacto de los riesgos y, precisamente, de ahí que

en los países andinos, con unos coeficientes de Gini tan altos se tuvieron indicadores de letalidad muy altos en la pandemia. De allí la importancia de contar en la región Andina con el monitoreo de estas desigualdades.

2.3 Prioridad: fortalecer el monitoreo de las desigualdades sociales en salud

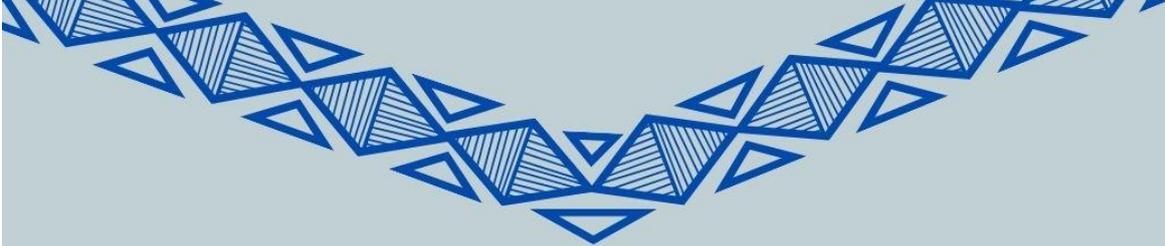
El fortalecimiento del monitoreo de las desigualdades sociales en salud constituye una prioridad estratégica para avanzar hacia sistemas sanitarios más equitativos y resilientes en la región Andina. No obstante, este proceso enfrenta desafíos estructurales importantes, tal como se advierte en el informe del *Operational Framework for Monitoring Social Determinants of Health Equity* de la OMS (2024).

Tabla 3. Índice de expectativa de vida ajustado por desigualdad

Países	Índice de expectativa de vida ajustado por desigualdad			IDH ajustado por desigualdad		
	2019	2022	2023/4	2019	2022	2023/4
Bolivia	0,611	0.550	0.573	0,533	0.549	0.560
Chile	0,866	0.862	0.870	0.696	0.722	0.704
Colombia	0,785	0.737	0.749	0,585	0.589	0.568
Ecuador	0,773	0.752	0.812	0,607	0.604	0.630
Perú	0,776	0.736	0.752	0,612	0.635	0.607
Venezuela	0,665	0.678	0.692	0,600	0.592	0.600

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de los Informe de Desarrollo Humano. PNUD (2019, 2022 y 2024).

Para mirar este fenómeno con más detalle, precisamente, en el Informe de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se ha construido un índice complejo para descubrir la relación entre expectativa de vida y desigualdad, y al mirar el comportamiento en los tres Informe de Desarrollo Humano: 2019, 2022 y 2023/4, lo que en realidad corresponde a los años 2018, 2021 y 2022; en los que se corrobora indirectamente el impacto de la desigualdad en la expectativa de vida ya que los países con un valor más cercano a 1 son aquellos en los que la desigualdad en la distribución de los ingresos tiene un impacto negativo en la expectativa de vida. Aunque esto no muestra una correlación directa entre desigualdad económica y disminución de esperanza de vida, sirve para ilustrar el tipo de investigaciones que se pueden empezar a realizar con índices novedosos y complejos y, aún más, si se desagrega información en indicadores y sus estratificadores por diferencias de edad, género, etnicidad y territorio. Así, paulatinamente, irán



apareciendo correlaciones entre desigualdad económica y desigualdad vital, medida ya no solo con la esperanza de vida al nacer, sino, por ejemplo, con esperanza de vida a los cincuenta años, por los estratificadores mencionados, o con índices de tasa de letalidad durante la pandemia, mortalidad por diversas causas, o morbilidad con diversos estratificadores, etc.

Análisis puntuales, producto de investigaciones que, en adelante, de manera sistemática indaguen las relaciones entre desigualdad económica y social con desigualdad vital, permitirán mostrar cómo la desigualdad estructural de las sociedades de los países andinos facilitó enormemente que se dispararan las tasas de contagio y letalidad durante la pandemia, para solo mencionar el caso epidemiológico reciente. Precisamente, la enorme reducción de la esperanza de vida en algunos países por este suceso muestra que estas sociedades presentaban una vulnerabilidad, consistente en desigualdad estructural, al riesgo de la pandemia, pero así mismo, a las amenazas relacionadas con la crisis climática. Si se desagregan los datos por estratificadores, aparecerían más especificidades, como la desigualdad de género, por ejemplo, en la manera sobre cómo afecta la desigualdad de ingresos a las mujeres para el acceso al derecho a la salud, sobre todo cuando son jefas de hogar, si tienen o no empleo formal, o si viven en territorios con muy poca infraestructura de salud, etc.

Los datos sobre la pobreza y la desigualdad en los países de América Latina, y en especial, los de la región Andina, son tozudos. Dos de estos países andinos, precisamente, están entre los tres primeros lugares de tasas de letalidad durante la pandemia en toda América Latina. En síntesis, sabiendo que no hay riesgo sin vulnerabilidad, es decir, que riesgo es igual a amenaza más vulnerabilidad; la vulnerabilidad de los países de la región Andina, y en general de América Latina, a las amenazas pandémicas y a enfermedades producidas por el cambio climático, reside en las desigualdades estructurales, que se expresan en altos indicadores, tanto de pobreza como de desigualdades múltiples, un fenómeno que ha caracterizado históricamente a los países andinos.

En aras de una búsqueda de resolución, resulta fundamental mejorar la evidencia y retomar los avances en el monitoreo de las desigualdades para lograr cambios necesarios que repercutan en el ejercicio del derecho a la salud de la población de los países andinos. En ese sentido, es preciso fortalecer las competencias en el análisis de las desigualdades sociales en salud.

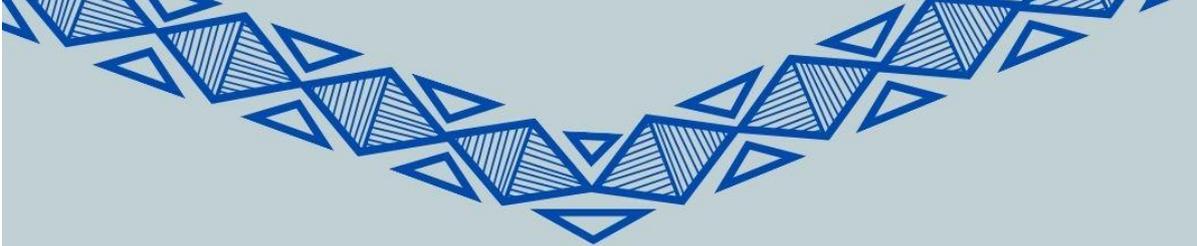


Fuente: OPS/OMS. www.paho.org/ods3; <https://opendata.paho.org/es/ods3>
<https://opendata.paho.org/es/ods3/monitoreo-y-analisis/caja-de-herramientas-para-monitoreo-y-analisis/herramientas-de-analisis>

En los talleres realizados, con la OPS, los integrantes de Mesa Andina conocieron el portal web de indicadores básicos para América Latina², y el portal “Evidencia e inteligencia para la acción en las metas del ODS 3” que permite seguir el progreso hacia el cumplimiento de las metas del ODS 3 en la Región de las Américas, con especial énfasis en el monitoreo de las desigualdades sociales en sus indicadores. Los usuarios encuentran productos analíticos, evidencia científica, y tableros de monitoreo de las metas del ODS 3 y sus desigualdades, y además se facilita el acceso a datos de los indicadores. También se ofrecen distintos recursos de inteligencia y evidencia para orientar las acciones dirigidas a alcanzar las metas del ODS 3. Estos recursos se actualizan regularmente y se tiene la meta de destacar la información actualizada de los países andinos.

No obstante, mejorar el monitoreo del progreso en el cumplimiento de las metas e indicadores del ODS 3 en la región Andina solo constituye una razón necesaria, para retroalimentar la toma de decisiones con base en evidencia, en consonancia con el Enfoque de Política y Práctica Basada en Evidencia PPBE (Flórez-Crespo, 2013), pero la razón suficiente la constituye el abordaje de los determinantes sociales de la salud, que implica develar las fuentes de la persistencia de la desigualdad

² Disponible en www.paho.org/sdg3 y del portal de indicadores básicos: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>



estructural en la región, y con base en ello, desarrollar políticas eficaces para la reducción de las desigualdades múltiples y de salud.

2.4 Prioridad: mejorar la gobernanza y el desarrollo de políticas públicas para la reducción de desigualdades en salud

Mejorar la gobernanza y el desarrollo de políticas públicas orientadas a la equidad en salud se ha convertido en una prioridad ineludible para los países andinos, especialmente tras las profundas lecciones dejadas por la pandemia de COVID-19. La complejidad de los determinantes sociales de la salud exige respuestas integrales que trasciendan el sector sanitario, lo que ha llevado a reconocer ampliamente que:

La gobernanza multisectorial es imprescindible para abordar los desafíos de salud, abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar los ODS. La importancia de la acción multisectorial para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud ha sido reconocida desde hace tiempo, incluso destacada en la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud de 1978 y, más recientemente, en la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud de 2011 (OMS, 2024, p. 68).

Este marco normativo y político internacional refuerza el mandato de los Estados de construir estructuras de gobernanza más inclusivas y eficaces, capaces de generar transformaciones sostenibles en las condiciones de vida y salud de sus poblaciones.

Diversos informes muestran las limitaciones de los sistemas de protección social vigentes en los diferentes países de la región Andina, acotados en su cobertura y calidad, y segmentados desde el punto de vista operativo, todo lo cual incide en la exacerbación de las desigualdades sociales. 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 COVID-19 al hacer evidentes las limitaciones de los sistemas institucionales, las prácticas operativas y el financiamiento insuficiente. Respecto a las políticas y planes nacionales relacionados con la reducción de las desigualdades, los miembros de la Mesa Andina destacaron las que se muestran a continuación.

Cuadro 1. Políticas relacionadas con la reducción de desigualdades en los países andinos

Bolivia
<ul style="list-style-type: none">• Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025, "Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, hacia la Industrialización con Sustitución De Importaciones"
<ul style="list-style-type: none">• Ley N° 1152, que modifica la Ley N° 475 de 30/12/2013, hacia un Sistema Único de Salud Universal y Gratuito



<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Supremo N° 29601, Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)
<ul style="list-style-type: none"> • Programa SAFCI – Mi Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Programa Bono Juana Azurduy
<ul style="list-style-type: none"> • La Ley N° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana
<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos de Medicina Tradicional e Interculturalidad en Salud
Chile
<ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional de Salud Mental
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 19.966 Régimen de Garantías en Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de Medicina Preventiva (EMPA)
<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 20.850 Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo
<ul style="list-style-type: none"> • Atención Primaria Universal
<ul style="list-style-type: none"> • Chile crece contigo
<ul style="list-style-type: none"> • Programa Nacional de Inmunizaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Programación Nacional de Alimentación de Complementaria
<ul style="list-style-type: none"> • Copago Cero
<ul style="list-style-type: none"> • Ley TEA 21.545 – Trastorno del Espectro Autista
Colombia
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Nacional de Desarrollo
<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Igualdad y Equidad de Colombia
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de Situación de Salud (ASIS)
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración e implementación de Planes Decenales de salud pública y respectivas Evaluaciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Observatorio Nacional de Equidad y Salud (ONES)
<ul style="list-style-type: none"> • Atlas Nacional de Equidad en Salud Sostenible
<ul style="list-style-type: none"> • Política Pública Nacional de Equidad de Género
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de Conocimiento con Inclusión Social
<ul style="list-style-type: none"> • Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)
Ecuador
<ul style="list-style-type: none"> • La Constitución de la República del Ecuador 2008
<ul style="list-style-type: none"> • Ley Orgánica de Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Ley Orgánica de Salud Mental
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Nacional de Desarrollo
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Decenal de Salud 2022-2031
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Atención Integral de Salud- Familiar Comunitario e Intercultural
<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) Ecuador
<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de Situación en Salud (ASIS) Ecuador
<ul style="list-style-type: none"> • Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025
<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto para el Fortalecimiento de la Salud Intercultural en el Ecuador
<ul style="list-style-type: none"> • Agendas Nacionales para la Igualdad de Género, de Generaciones, de Discapacidades, Movilidad Humana, Pueblos y Nacionalidades
<ul style="list-style-type: none"> • Política de Transformación Digital
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Nacional de Inmunizaciones
Perú
<ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 – “Perú país saludable”.
<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) realizado anualmente.
<ul style="list-style-type: none"> • Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Redes Integradas de Salud.

- 
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. |
| Venezuela |
| <ul style="list-style-type: none">• La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela fue adoptada el 15 de diciembre de 1999. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ley Orgánica de Salud de la República Bolivariana de Venezuela. |

Fuente: ORAS-CONHU. Documento de trabajo de la Mesa Andina. Sistematización de los resultados de diálogos para elaborar la Política Andina para la reducción de las desigualdades sociales de salud. 2022.

A fin de regular las acciones que permitan efectivizar el derecho a la salud, en los países se encuentran vigentes leyes, reglamentos, políticas, programas, proyectos, agendas y estrategias que dan cuenta de los avances en materia de gobernanza y rectoría en políticas de salud. Por ejemplo, en la Constitución de la República del Ecuador (2008) se prevé como uno de los deberes primordiales del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la referida Carta Constitucional y en los tratados internacionales, particularizando, entre otros la salud de sus habitantes, mismo que, acorde al artículo 32 de la invocada Carta Constitucional, su realización se vincula al ejercicio de otros derechos.

Lo anterior refleja la relevancia de políticas públicas y la prioridad de la evidencia del impacto logrado en el abordaje en los determinantes sociales de la salud y la reducción de desigualdades sociales de salud.

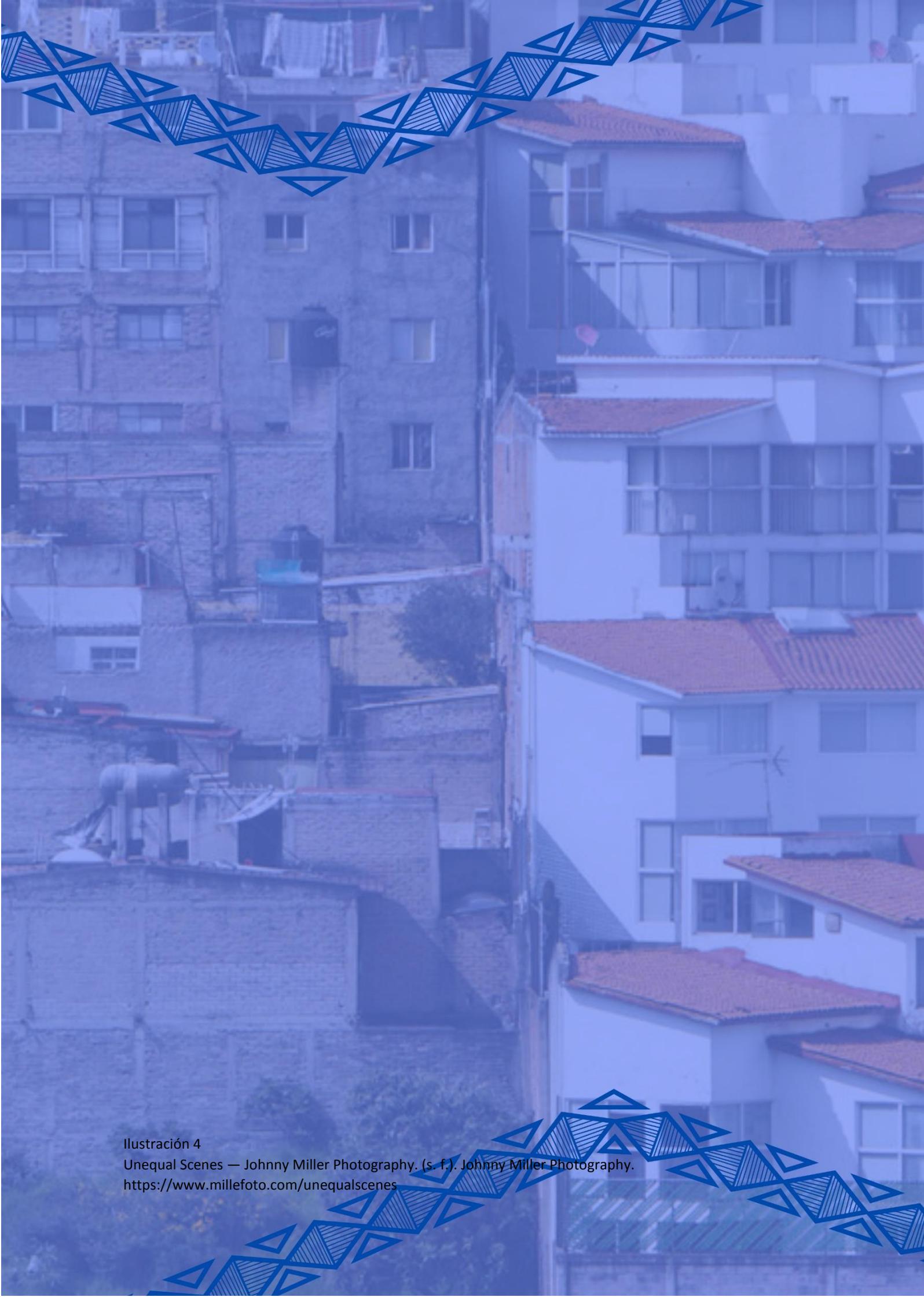
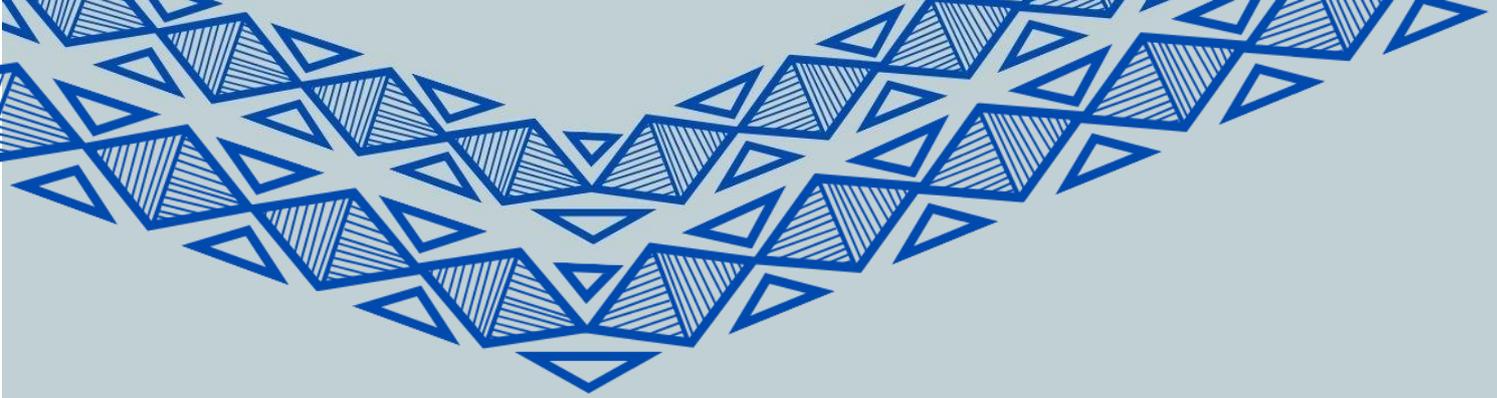


Ilustración 4

Unequal Scenes — Johnny Miller Photography. (s. f.). Johnny Miller Photography.

<https://www.millefoto.com/unequalscenes>



3. Justificación

Tras observar lo sucedido en la pandemia del COVID-19, se puede constatar, con una evidencia científica expresada en validez de los datos y credibilidad de las fuentes citadas, cómo la desigualdad económica y social ha terminado convirtiéndose en desigualdad vital³. Ante esto, resulta necesario pensar seriamente el problema de la desigualdad social dada las implicaciones para la salud de las personas que comparten la condición de ciudadanía, ya que sin derecho a la salud no puede hablarse de derecho a la vida en unos Estados cuyas constituciones los proclaman.

En ese intento loable, la Mesa Andina se ha propuesto empezar por esclarecer mejor el problema de la desigualdad social y sus implicaciones para la satisfacción del derecho a la salud en los países andinos, poniendo como propósito inicial fortalecer las capacidades institucionales para el monitoreo de las desigualdades sociales de salud, y mejorar las competencias del recurso humano para el análisis, el monitoreo de desigualdades sociales en salud y el desarrollo de iniciativas intersectoriales para reducir desigualdades. Además, se considera esencial abordar los determinantes sociales por medio del trabajo intersectorial e interinstitucional y fortalecer la gobernanza y rectoría en políticas de salud pública con enfoque de derechos humanos, de la naturaleza y determinantes sociales de la salud. Asimismo, es crucial desarrollar estrategias, políticas, programas, planes, proyectos e investigaciones transdisciplinarias. Por consiguiente, se deben consolidar estrategias orientadas a la apropiación social del conocimiento y al fortalecimiento de la Mesa Andina y comunidades de práctica para la reducción de las desigualdades sociales en salud.

En este sentido, resulta fundamental recabar mejor la información en las fuentes, de la mano de indicadores rigurosos y específicos que permitan mostrar las múltiples desigualdades en salud existentes, y de esa manera, hacer de la evidencia científica un recurso relevante para la toma de decisiones en políticas de salud en la región Andina.

- **Preguntas centrales sobre las desigualdades en salud en la región Andina**

³ De acuerdo con Therborn, 2015, págs. 53-54 la desigualdad vital, se refiere a la desigualdad socialmente construida entre las oportunidades de vida a disposición de los organismos humanos. Esta desigualdad se estudia hoy mediante la evaluación de las tasas de mortalidad, la esperanza de vida, la esperanza de salud (años esperados de vida sin enfermedades graves) y varios otros indicadores de salud como el peso al nacer y el crecimiento que ha alcanzado el cuerpo a cierta edad. También se utilizan estudios sobre el hambre y la malnutrición.



En términos metodológicos, el interrogante problemático que orienta esta Política Andina radica en ¿Cómo avanzar en la evidencia científica para esclarecer el fenómeno de desigualdades en salud y así poder retroalimentar mejor la toma de decisiones en las políticas de salud en la región Andina? Y derivado de ello, ¿Cómo generar alternativas para disminuir la desigualdad y avanzar en la garantía del derecho a la salud en la región Andina?

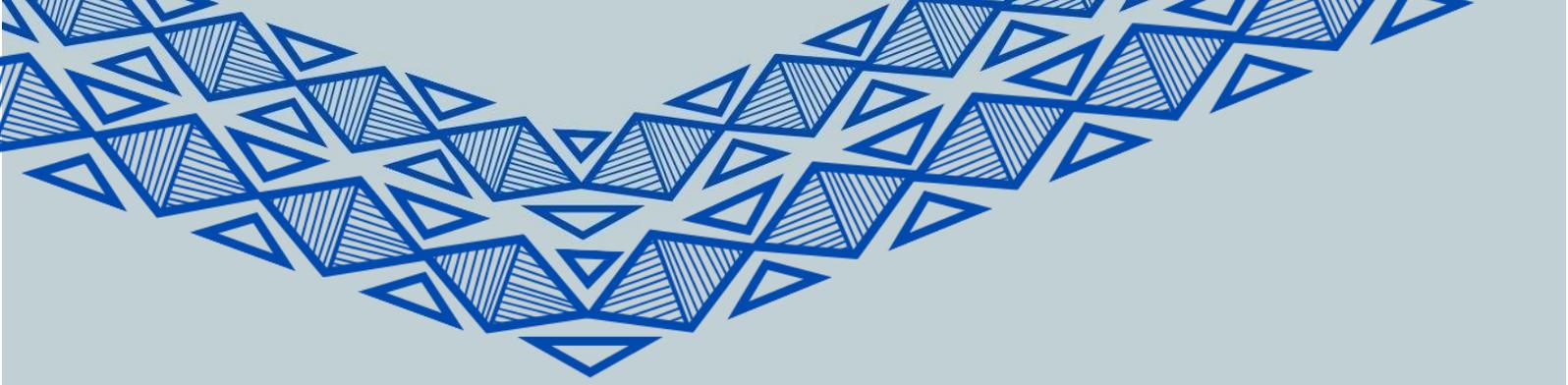
Como respuesta a la pregunta problemática, se puede afirmar que la mejor manera de esclarecer el fenómeno de las desigualdades en salud consiste en fortalecer un sistema de monitoreo regional de análisis de las desigualdades con el fin de influir en la toma de decisiones en salud y en las capacidades de respuesta conjunta, a través de la integración y cooperación regional y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Se cuenta con las metas y los indicadores del ODS 3; y es prioridad disponer de datos desagregados de calidad comparables; avanzar en el diseño de indicadores generales y específicos que puedan dar cuenta de las especificidades de situaciones que se vienen dando en la región Andina en términos de desigualdades en salud, disparidades que, al no ser captadas científicamente, pueden pasar desapercibidas en la toma de decisiones en políticas de salud. En un primer momento, como parte de la gestión del sector salud, este sistema de monitoreo regional centralizaría la información actualizada de la problemática descrita, aunque su realización implica la creación de otras instancias complementarias para convertir la información en conocimiento aplicado en la toma de decisiones y para la apropiación social por parte de la ciudadanía de la región, en general.



Ilustración 5

Unequal Scenes — Johnny Miller Photography. (s. f.). Johnny Miller Photography.

<https://www.millefoto.com/unequalscenes>



4. Objetivos

4.1 Objetivo general

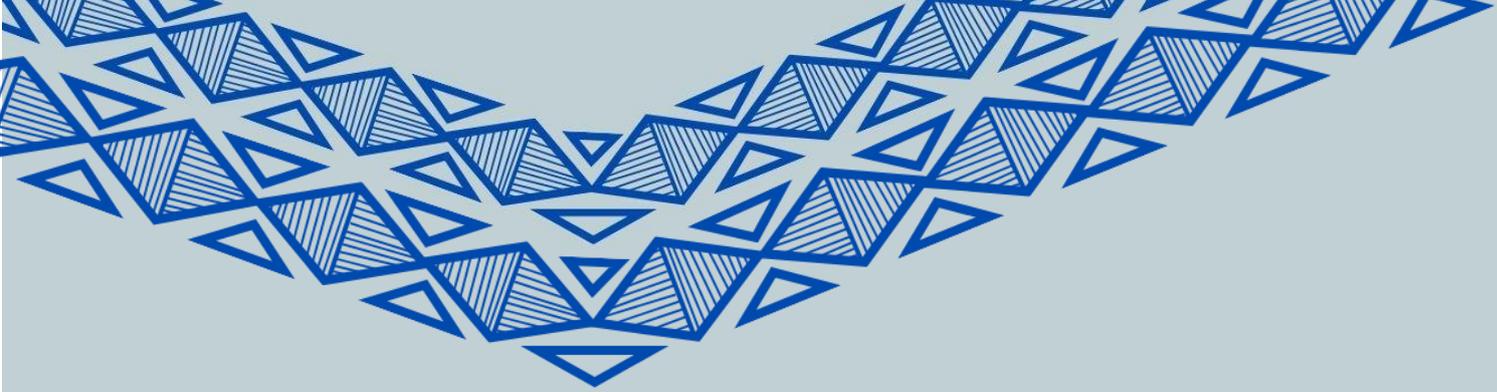
Contribuir al logro de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*” en la región Andina, mediante el fortalecimiento de las capacidades institucionales para la reducción de las desigualdades de salud, el abordaje de los determinantes sociales, el trabajo intersectorial, la integración y la cooperación regional para, en conjunto, avanzar en hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud.

4.2 Objetivos específicos

- Fortalecer las competencias institucionales y del recurso humano para el monitoreo de las desigualdades sociales en salud, la evidencia científica y la incidencia en políticas públicas para la reducción de las desigualdades en salud.
- Abordar los determinantes sociales por medio de la acción intersectorial, interinstitucional, la integración y la cooperación regional.
- Fortalecer la rectoría en políticas de salud con enfoque de derechos humanos, abordaje de los determinantes sociales de la salud y reducción de desigualdades sociales de la salud.
- Desarrollar políticas, planes, programas y proyectos regionales y nacionales para la reducción de las desigualdades sociales (género, generacionales, étnicas, raciales, territoriales, entre otras) en salud con énfasis participativo, el trabajo interinstitucional, intersectorial, la integración y la cooperación regional.
- Fortalecer estrategias de capacitación, comunicación, tecnologías de la información, orientadas a la apropiación social del conocimiento para la reducción de las desigualdades sociales en salud.
- Fortalecer la Mesa Andina, su relación con comunidades de práctica y otros espacios encaminados en la reducción de las desigualdades sociales en salud.



Ilustración 6
Unequal Scenes — Johnny Miller Photography. (s. f.). Johnny Miller Photography.
<https://www.millefoto.com/unequalscenes>



5.Principios y enfoques

La *Política Andina para la reducción de desigualdades en salud* se sustenta en los siguientes principios y enfoques:

5.1 Justicia social y derecho a la salud

La Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) marca un hito en la historia de la humanidad cuando estipula: todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros (Artículo 1). Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (Artículo 2). Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (Artículo 3). Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (Artículo 25).

Los derechos humanos sociales (salud, alimentación, vivienda, educación, seguridad social, participación, agua, saneamiento, trabajo) son progresivos, es decir, requieren mayor financiamiento por parte del Estado, con prioridad en la defensa de la dignidad y la inclusión de todas las personas. El enfoque basado en derechos humanos tiene como premisas el reconocimiento de este marco normativo, la rendición de cuentas y la participación social.

Según el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966) los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Así mismo, en la Carta de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establece: “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” (OMS, 1946. P.1)

En relación con la salud como derecho humano fundamental, es notable la mención que se hace en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que en el párrafo I de la Declaración de Alma Ata (1978), señaló:



La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental, el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OMS/OPS, 1978. P.4).

En el precepto V, de la Declaración, dice: los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social (OMS/OPS, 1978).

De acuerdo con las Naciones Unidas⁴ la idea de que la promoción de la justicia social debe ser el objetivo central que guíe todas las políticas nacionales e internacionales cobra cada vez más fuerza. Esta idea ha ganado adeptos entre los defensores que argumentan que permite que las sociedades y las economías funcionen de forma más cohesionada cuando se da prioridad a la justicia social (promover el trabajo decente y una agenda de globalización justa centrada en los derechos fundamentales, la protección social y el diálogo constructivo). Por tanto, reforzar las instituciones y las políticas que realmente promueven la justicia social debe ser una prioridad urgente.

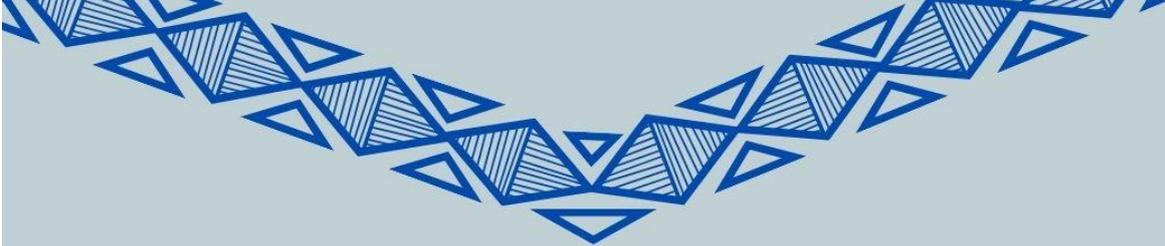
- ***Elementos mínimos esenciales del derecho a la salud***

Dentro de la normatividad internacional, el más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado, lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General N°14 “Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (ONU, 2000. P.1) que presenta las cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

En dicha Observación se plantea que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte (ONU, 2000. P.1-4):

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo,

⁴ Véase: <https://www.un.org/es/observances/social-justice-day>



esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán **estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población**, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, las niñas, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.



c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, **es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades**, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

La Observación general N°14 también enfatiza en los siguientes aspectos:

- **Participación:** se debe mejorar y fomentar la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, en la organización del sector de la salud y, en particular, en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.
- **Rendición de cuentas:** los titulares de obligaciones (gobierno, funcionarios, empresarios, otros) deben respetar, proteger y garantizar los derechos humanos en el ámbito de la salud.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: 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 (ONU, 2000). En la Observación general N°14, la obligación de cumplir también incorpora la obligación de promover habida cuenta de la importancia de la promoción de la salud.

5.2 Determinantes sociales de la salud

El Informe *“Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”* (OPS/OMS, 2008) afirma:

La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermarse 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 [...] 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, 2008. P. 3)

En este marco, se formularon tres grandes recomendaciones:

- Mejorar las condiciones de vida, especialmente de niñas, niños y mujeres.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Es importante volver a las ideas centrales de aquel importante informe, y considerar la perspectiva del pensamiento crítico latinoamericano en salud⁵ que tiene como premisa eliminar las causas de las desigualdades sociales en salud y promover otros sistemas categoriales desde el que se puedan repensar los sistemas de salud, a partir de una epistemología del Sur global. Desde dicha perspectiva se propone problematizar el para qué de los sistemas de salud en el siglo XXI desde la especificidad sociopolítica, ecológica, epidemiológica e intercultural del Sur, mediante la apertura a descolonizar las teorías y las políticas de los sistemas de salud y avanzar en la soberanía sanitaria.

Algunas de las categorías propuestas para la refundación y la descolonización de los sistemas de salud en el siglo XXI son las siguientes (Basile y Feo, 2022).

- Epistemología de la salud desde el Sur y soberanía sanitaria. Análisis del contexto (histórico, político, social y cultural) que producen y reproducen las desigualdades.
- Participación protagónica de la población en la salud pública y colectiva.
- Sistemas universales e interculturales de salud como estrategia para enfrentar la determinación social de la vida y la salud.
- Cuidado integral de la salud, vivir bien y promoción de la salud.
- Territorio y nuevas territorialidades. Cartografías de sistemas-redes.
- Lo público como esfera y nuevas arquitecturas organizacionales sanitarias para la universalización de bienes colectivos, integrales e interdependientes.
- Economía política, democratización del gobierno en salud, el monitoreo de las interseccionalidades y determinaciones de la salud, la integración regional y cooperación Sur-Sur.

⁵ Véase: Diploma Superior de Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=qS6KWwl7V9M>; <https://www.clacso.org/diploma-superior-en-gestion-y-politicas-de-salud-internacional-y-soberania-sanitaria-3/>; <https://pensamientocriticoensalud.org/>



5.3 Equidad y des(igualdad) social

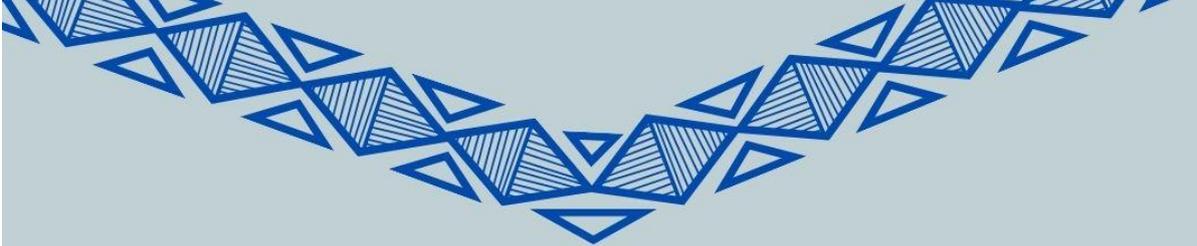
Respecto al concepto desigualdad social en el *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud (OPS/OMS, 2016)*, se argumenta:

Quienes estudian las desigualdades en salud deberían considerar una decisión fundamental respecto a si desean medir la distribución general de la salud (desigualdad total) o **las desigualdades entre grupos sociales (desigualdad social)**. Las mediciones de la desigualdad total solo consideran variables de indicadores de salud y requieren cálculos como la desviación estándar y la varianza. Estudiar la desigualdad social en salud exige la convergencia de al menos dos variables: el indicador de salud y el estratificador⁶ de equidad. Las mediciones de la desigualdad social pueden indicar situaciones de inequidad en salud cuando las diferencias en salud entre distintos grupos sociales se juzgan injustas o arbitrarias [...] ambos son enfoques válidos e importantes que contribuyen a una comprensión más cabal de la desigualdad en salud en las sociedades. (OPS/OMS, 2016)

De acuerdo con este marco, se presentará una síntesis de conceptos claves (Mujica, 2021; Mujica 2023):

- **Desigualdades en salud:** son diferencias en salud numéricamente objetivables entre dos o más grupos poblacionales socialmente determinados.
- **Equidad como valor social:** cualidad virtuosa aspiracional con protagonismo central en la toma de decisiones sociales, el conducto de la vida civilizada, la identidad de los pueblos y sus instituciones y la promoción de la salud poblacional.
- **Inequidades en salud:** son desigualdades en salud valoradas como injustas (porque se las juzga arbitrarias, innecesarias y evitables).
- **Equidad en salud:** estado de completa ausencia de desigualdades injustas en las oportunidades para la salud (el estado de bienestar físico, mental y social) de las personas y colectivos humanos debidas a circunstancias histórica y socialmente determinadas.
- **Equidad en salud como valor social:** cualidad virtuosa aspiracional con protagonismo central en la toma de decisiones sociales, el conducto de la vida civilizada, la identidad de los pueblos y sus instituciones y la promoción de la salud poblacional.
- **Equidad en salud como principio rector de la acción política en salud:** fundamento racional total para la realización de la misión de la salud pública como práctica social:

⁶ Los estratificadores son: plaza o lugar de residencia (rural, urbano, etc.); raza o etnicidad; ocupación; género o sexo; religión; educación; situación socioeconómica; ambiente (acceso a agua, saneamiento, etc.); recursos o capital social (OPS/OMS, 2016).



satisfacer a plenitud los intereses de la sociedad en asegurar las condiciones por las cuales las personas pueden ser saludables.

En este sentido, importa retener el concepto de “desigualdades injustas”, en la medida en que esta es la clave para diferenciar dos conceptos que se utilizan (casi) indistintamente: equidad e igualdad. En tal sentido, en el marco de esta Política Andina se utilizan ambos, con prioridad en la necesidad de avanzar en el ejercicio de los derechos sin discriminación, y el trato a todas las personas con igualdad ante la ley (es un derecho humano). El logro de la equidad implica analizar las brechas existentes y desarrollar políticas para la garantía de los derechos considerando la diversidad y las necesidades específicas de las personas.

Por ello, por ejemplo, desde los movimientos feministas se promueve la “equidad de género” que implica identificar las brechas y el desarrollo de estrategias para lograr la “igualdad de género” y en el mismo sentido, desde las políticas públicas se promueve la equidad en salud “con enfoque intercultural”. Apenas dos ejemplos, sin duda, pero de gran relevancia, que permiten constatar (en la práctica) el alcance efectivo de estos dos conceptos claves.

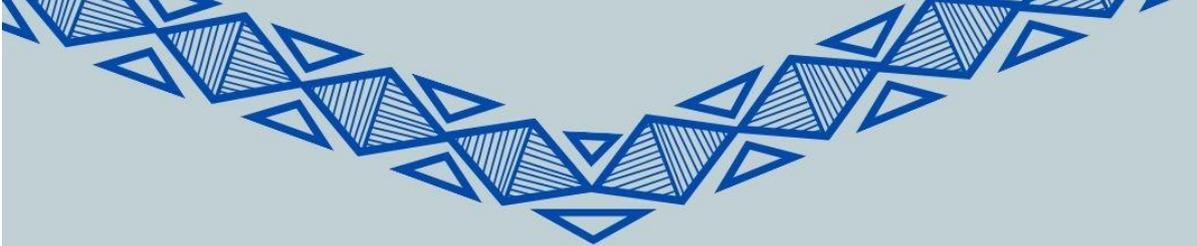
Las desigualdades sociales no son nuevas, pero todos los estudios disponibles muestran que han crecido exponencialmente desde 1980, como resultado de la implementación de modelos de desarrollo excluyentes e insostenibles. Las desigualdades afectan más a los países carentes de sistemas eficaces de protección social.

En general, se han documentado ampliamente las desigualdades de ingreso. No obstante, en las últimas décadas se han incorporado otras dimensiones igualmente relevantes, como las desigualdades de género, étnico/raciales, territoriales, generacionales, relacionadas con las capacidades humanas y el ambiente. Por lo tanto, se reconoce que las desigualdades son múltiples, multidimensionales y acumulativas, pues se presentan en simultáneo y se suman en una misma persona o grupo humano, en este sentido el concepto: interseccionalidad es muy importante.

Sabemos que estas desigualdades múltiples y acumulativas impactan en muy diversas esferas del desarrollo personal y social, con efectos en la educación, el trabajo, la cultura, en la salud, el bienestar, entre otras áreas esenciales del desarrollo humano.

5.4 Género y generaciones

Entre las “múltiples” desigualdades existentes, la vinculadas con el género y las generaciones ocupan un sitial destacado. Por ello, en el marco de esta Política Andina éstas se ubican prioritariamente, consideradas con base en las siguientes consideraciones:

- 
- **Desigualdades de género:** tiene como premisa eliminar los estereotipos de género, las desigualdades basadas en la división sexual del trabajo y en las relaciones de poder asimétricas, sus causas y efectos en la vida social. Aunque existen desde siempre, éstas 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 éstas 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)⁷.
 - **Desigualdades generacionales:** estas desigualdades siguen contando con una muy escasa visibilidad y el consecuente reconocimiento. 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. De este modo, este enfoque se alinea (también) con el denominado “curso de vida”, en términos de “trayectorias” personales y sociales.

Importa destacar, en este sentido, que ambas dimensiones funcionan en paralelo y tienen numerosos puntos de contacto e interrelación efectiva, por lo cual, género y generaciones se consideran articuladamente, como una pieza clave del combate a las desigualdades sociales en general y a las existentes en el campo de la salud en particular.

5.5 Interculturalidad y abordaje territorial

El otro componente fundamental se refiere a superar las desigualdades étnicas y raciales, relacionándolas, además, con las desigualdades territoriales y las desigualdades ecológicas:

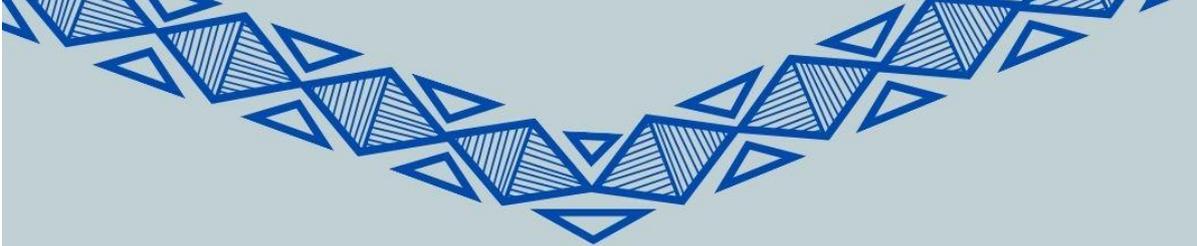
- **Desigualdades étnicas:** para reducir desiguales es esencial promover la participación de los Pueblos Indígenas, originarios y afrodescendientes, así como incorporar la medicina tradicional y los saberes ancestrales en los sistemas nacionales de salud. Al respecto, se considera fundamental promover los “Diálogos de Saberes”, también denominados

⁷ Respecto a este principio se recomienda tener en cuenta la Conferencia regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en la cual los países de la región se comprometieron a transitar hacia un nuevo estilo de desarrollo: la sociedad del cuidado. <https://www.cepal.org/es/organos-subsidiarios/conferencia-regional-la-mujer-america-latina-caribe>.



diálogos interculturales, como procesos de comunicación e intercambio entre individuos y grupos que provienen de diferentes orígenes o culturas. Su punto de partida es el respeto a las opiniones, creencias y costumbres de las personas y grupos que no necesariamente coinciden en los puntos a tratar, en tanto proceden de raíces culturales, lingüísticas, religiosas y étnicas diferentes (OPS, 2022). Asimismo, es esencial reconocer los avances que en medicina tradicional y salud intercultural se han dado en los países andinos.

- **Desigualdades territoriales:** en general, se ha trabajado (casi desde siempre) sobre la dicotomía urbano – rural, pero actualmente estamos ante desigualdades mucho más complejas y de una extrema gravedad que no son abarcables con base en ella. El tamaño y el tipo de ciudades que 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. Se requiere fortalecer las estrategias de trabajo con enfoque territorial, en donde se ataque las desigualdades sociales por medio de la intervención multiactor, en función de las necesidades y las sinergias con los diferentes actores en el territorio dando relevancia al contexto local.
- **Desigualdades en la 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 complejos y desafiantes desde todo punto de vista.
- **Desigualdades ecológicas:** las desigualdades mundiales de ingresos y riqueza están estrechamente relacionadas con las desigualdades ecológicas y en las contribuciones a problemas como el cambio climático. Los datos disponibles 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 en materia de acceso a conocimientos y tecnologías para adaptarse a los efectos de la crisis climática, y para reducir y evitar las emisiones de gases de efecto invernadero. Como se sabe, la crisis climática afecta la salud de muy diversas maneras. Las consecuencias más graves se presentan en los países y en la población que menos han contribuido al problema.



Existen otros tipos de desigualdades, por ejemplo, las que afectan a los colectivos y personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros, transexuales, travestis, intersexuales y queer (LGBTIQ+), que se incorporarán en los procesos de análisis y desarrollo de las líneas estratégicas para el logro de los objetivos propuestos de reducción de las desigualdades. Cabe destacar que en el ORAS-CONHU se desarrollan planes, proyectos y eventos para atender necesidades específicas en relación con desigualdades por orientaciones sexuales. Por ejemplo, en el 2024 y 2025 a partir de un proceso participativo se elaboró el *Plan andino para la eliminación del estigma y la discriminación contra las personas con VIH, población clave y población vulnerable en el sector salud*.

A este respecto, en el desarrollo de la presente Política Andina, es prioridad articularse con otras instituciones y otros procesos e instancias de integración regional del ORAS-CONHU como los siguientes:

- **Comités Andinos:** Salud en Fronteras, Salud Intercultural, Salud de las Personas Migrantes, Atención de Personas con Discapacidad, Salud Integral para Adolescentes, Salud y Economía, Gestión del Riesgo para Emergencias y Desastres y Cambio Climático.
- **Subcomités Andinos:** Salud Materna con Enfoque Intercultural y Salud de Afrodescendientes y Salud digital.
- **Grupos de Trabajo Andinos:** Prevención de Muerte Materna, Salud Infantil, Salud del Adulto Mayor.
- **Redes Andinas:** Red Andina de Institutos de Salud Pública o sus homólogos a nivel nacional y Red Andina de Comunicadores en Salud.

5.6 Intersectorialidad, participación social e integralidad en salud

Evidentemente, abarcar este amplio y complejo conjunto de desigualdades sociales, es imposible en el marco de esfuerzos impulsados por un único poder o sector y menos una única institución. Por ello, en el marco de esta Política Andina se asume que su implementación efectiva solo es posible en el marco de la más amplia y plural concertación de esfuerzos (públicos y privados, nacionales, regionales y locales, etc.).

Por ello, se postula que el sector salud (articulando todos los esfuerzos que se despliegan en su interior) tendrá que asumir un activo protagonismo en la promoción de las articulaciones interinstitucionales e intersectoriales que se consideren pertinentes para contribuir a la reducción de desigualdades injustas. Además, se deberá fomentar la participación como un derecho a incidir en la toma de decisiones relevantes.



A este respecto, se constituye como marco la propuesta renovada de las funciones esenciales de salud pública (FESP), entendida como las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y **junto con la sociedad civil**, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población. La propuesta tiene una perspectiva institucional en términos de las capacidades del Estado y la sociedad para ejercer funciones esenciales para proteger la salud de la población. Se busca orientar el desarrollo de políticas de salud pública a través de la colaboración intersectorial durante cuatro etapas que forman parte de un ciclo de políticas integrado: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso. Asimismo, se introduce un nuevo paradigma para la salud pública basado en cuatro pilares orientados a la acción: i) la necesidad de aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas, ii) abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones, iii) garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos y, iv) expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública⁸.

Los cuatro pilares son muy relevantes. Respecto al punto tres, importa recordar que los diagnósticos centrados en los sistemas de salud realizados hasta el momento, enfatizan que éstos enfrentan tres grandes problemas: la fragmentación, la segmentación y el subfinanciamiento. Frente a dicha realidad, una y otra vez se visualiza la relevancia de contar con enfoques integrales e integrados en este campo con sostenibilidad financiera. En este contexto, las funciones esenciales se enmarcan como capacidades institucionales que los países deberían fortalecer para una apropiada formulación de acciones de salud pública⁹, a saber:

- Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.
- La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.
- Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud.
- Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población,
- Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.
- Desarrollo de recursos humanos para la salud.

⁸ Véase: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>.

⁹ Véase: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>.

- 
- Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces.
 - Financiamiento de la salud eficiente y equitativo.
 - Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.
 - Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables.
 - Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

La integralidad en salud es un concepto polisémico, pero ello no impide caracterizarlo, tal como se entiende en el campo de la salud, por ello, con base en los siguientes cinco parámetros, se debe:

- Responder al principio básico de la salud, concebida como el estado de completo bienestar físico, mental y social y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- Tener plena vigencia en relación con los destinatarios centrales de la salud (las personas) ubicadas en sus respectivos entornos familiares, comunitarios y ambientales.
- Asegurar las articulaciones necesarias entre los diferentes niveles de atención.
- Tener plena vigencia en los territorios, a partir de unidades de salud que operan en diferentes lugares y brindan diversos niveles y tipos de atención.
- Funcionar con equipos interdisciplinarios que tienen en cuenta los diversos saberes existentes en las personas, las familias y las comunidades.

En su conjunto, la integralidad debe asegurar el acceso universal a la salud, proporcionando los mayores niveles de calidad, independientemente de la diversidad de demandas que se reciban y de los diferentes servicios que se presten.

Por todo lo dicho, en el marco de esta Política Andina, se sostiene la pertinencia de trabajar en la construcción de otro modelo de desarrollo, que sea, a la vez, inclusivo socialmente y sostenible ambientalmente.

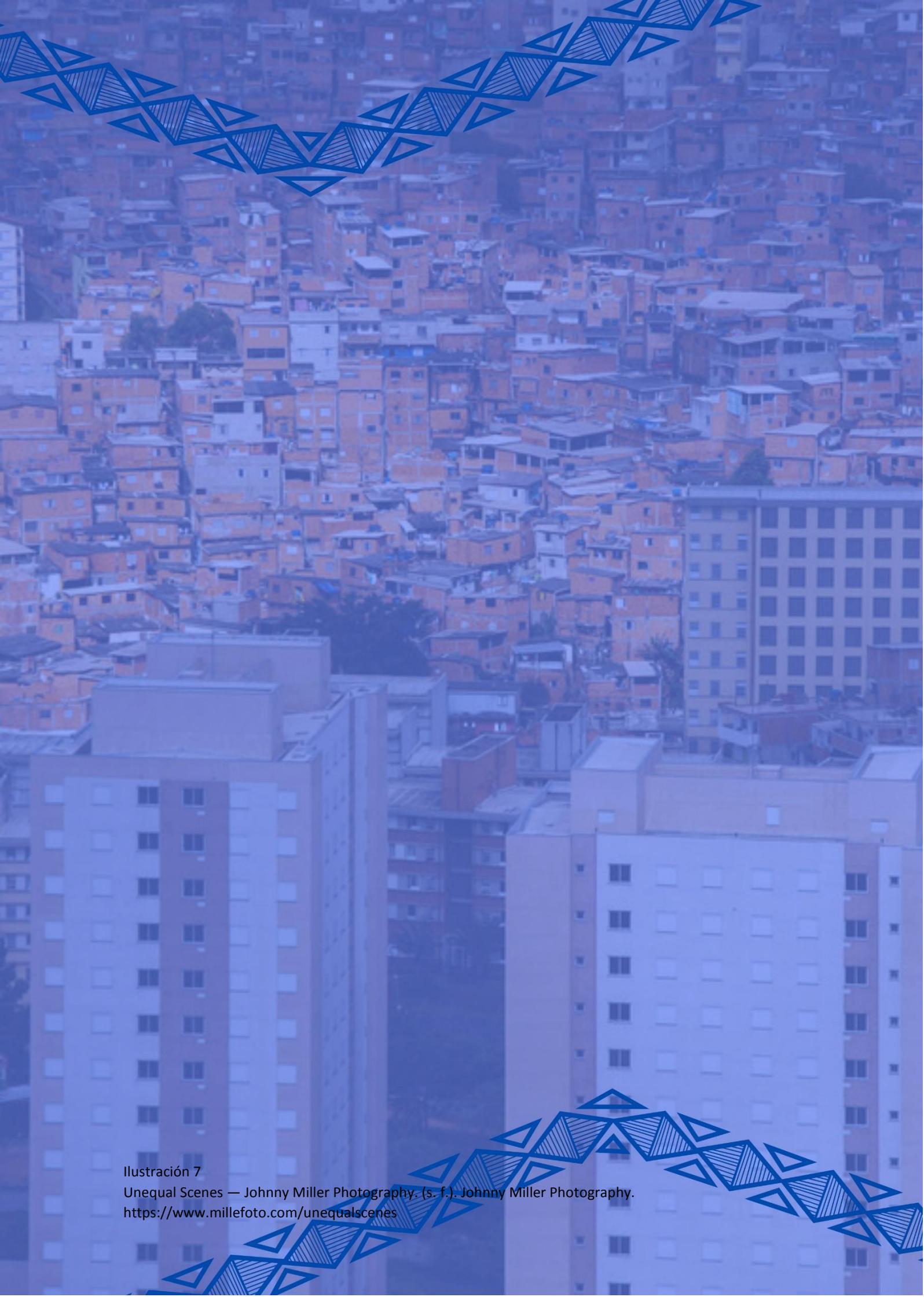
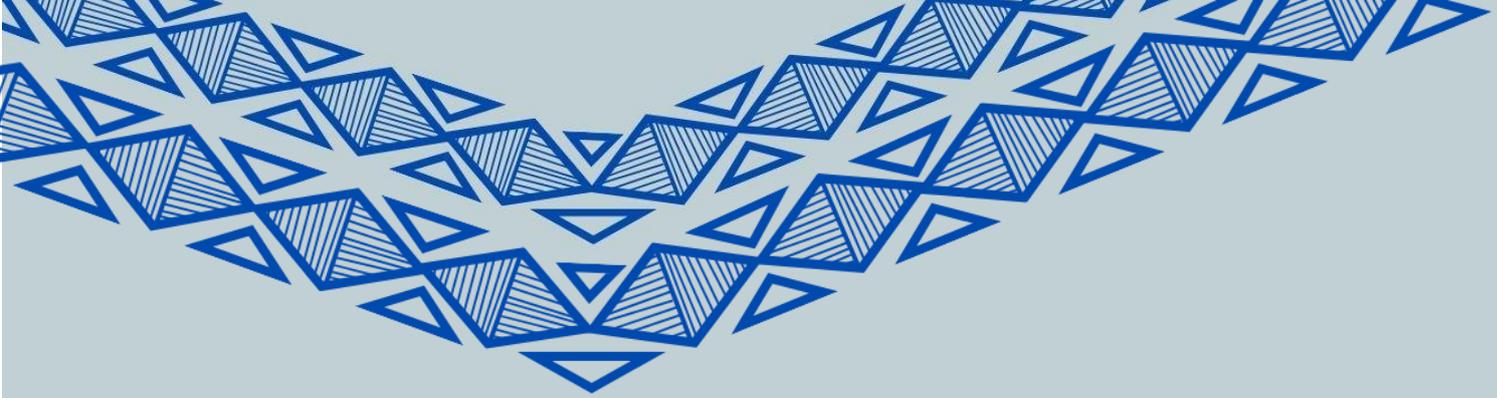


Ilustración 7

Unequal Scenes — Johnny Miller Photography. (s. f.). Johnny Miller Photography.
<https://www.millefoto.com/unequalscenes>



6. Líneas estratégicas

En respuesta a los problemas identificados y en coherencia con los objetivos, principios y enfoques, a partir de un proceso participativo de la Mesa Andina se identificaron las siguientes líneas estratégicas. El desarrollo de estas líneas estratégicas requiere el fortalecimiento de la Mesa Andina, la articulación con otras instancias del ORAS-CONHU (comités, subcomités, grupos de trabajo y redes) y el trabajo intersectorial.

6.1 Fortalecer las capacidades institucionales para el monitoreo de las desigualdades sociales de salud

Esta línea estratégica incluye el fortalecimiento de los sistemas de información en salud y el análisis permanente de las desigualdades sociales.

- **Fortalecer los sistemas de información en salud con enfoque de equidad**

El fortalecimiento de las capacidades institucionales empieza por las técnicas para recabar, procesar e interpretar información. En ese sentido, para monitorear un problema tan complejo como el de las desigualdades en salud, se necesita información y datos oportunos, exactos, comparables y de calidad para cada uno de los indicadores de las metas del ODS 3 en todos los países andinos. En general, se deben lograr los atributos de una buena métrica de desigualdad social que aporte evidencia para incidir en la elaboración y desarrollo de políticas para la reducción de las desigualdades.

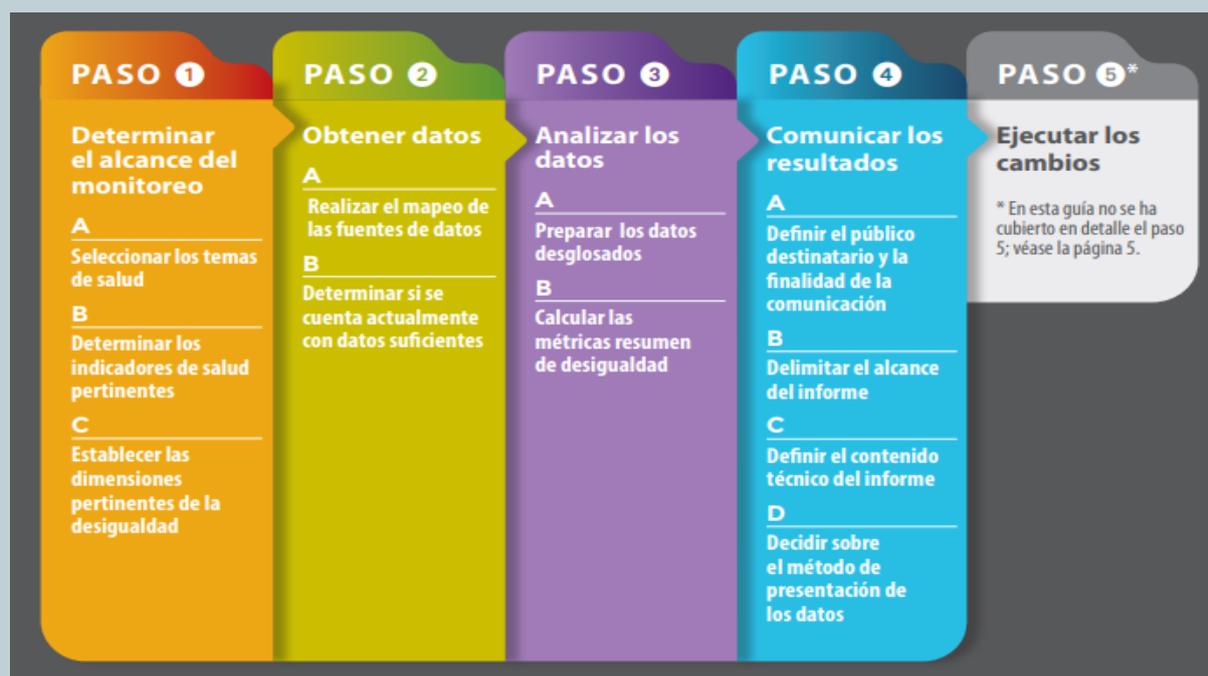
En función de lo anterior, de acuerdo con la Resolución REMSAA XXXIX/547, la Mesa Andina debe “propiciar la creación de un sistema de monitoreo regional con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales de salud y la incidencia en políticas públicas para alcanzar las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*” (ORAS-CONHU, 2021, pág. 2). Por lo tanto, los resultados del sistema de monitoreo deben presentarse de manera tal que resulten útiles para los diversos grupos destinatarios, lo cual también facilitará la acción intersectorial y la participación social. Es necesario desglosar los indicadores de salud por variables sociales como los ingresos, la educación, el origen étnico, el género,

la ubicación geográfica, la ocupación, entre otras, a fin de hacer visibles las condiciones que subyacen a las inequidades.

En relación con las técnicas de medición, resulta prioritario avanzar en la identificación de indicadores e índices apropiados y cuyo uso permita un análisis comparativo, o, en su defecto, avanzar en la definición y diseño consensuado de indicadores específicos que puedan retroalimentar, a su vez, el diseño de procesos claves para reducir las desigualdades en salud, como el desarrollo de observatorios nacionales para el monitoreo de las desigualdades de salud con información para la toma de decisiones sectorial e intersectorial con base en evidencia científica en los países de la región andina.

En este sentido la *Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional* (OPS, 2021) propone un flujograma de cinco pasos:

Gráfico 5. Flujograma del monitoreo de las desigualdades en la salud



Fuente: OPS. Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional. P. 2. 2021.



Las acciones prioritarias serían las siguientes:

Cuadro 2. Acciones prioritarias para el fortalecimiento de sistemas de información en salud con enfoque de equidad

Nro.	Acciones
1)	Definición de variables, indicadores y fuentes de datos.
2)	Desempeño en el uso de software apropiado para el análisis estadístico.
3)	Desempeño en análisis agregado y desagregado de los datos.
4)	Mapeo de fuentes de datos nacionales y articulación regional de información en red.
5)	Mapeo de fuentes de datos secundarios internacionales pertinentes.
6)	Procesamiento de información, generación de datos para análisis crítico en el marco de las desigualdades e inequidades en salud.
7)	Comunicación, difusión y apropiación social de conocimiento obtenido (por ejemplo, encuentros presenciales, seminarios web).
8)	Otras acciones estratégicas prioritarias.

- ***Promover el análisis permanente de las desigualdades sociales en salud para la toma de decisiones intersectoriales para la reducción de desigualdades con base en evidencia***

Para retroalimentar la toma de decisiones con base en la evidencia obtenida, resulta prioritario fortalecer las capacidades institucionales en el fortalecimiento de capacidades de investigación social de desigualdades en salud, en el campo de la realización de diagnósticos de situación para el análisis de las desigualdades en salud, para lo que se considera pertinente:

- **Análisis de las metas y los indicadores del ODS3 y los estratificadores** (determinantes intermedios y categorías incluidas en el concepto de desigualdades múltiples), esto es, orientada a analizar las desigualdades de ingreso, género, generaciones, etnia/raza, territorios, movilidad humana y discapacidades, entre otras, articulándolas dinámicamente y no solo analizándolas por separado.
- **Fortalecimiento de observatorios nacionales y locales de desigualdades sociales de la salud**, articulando los esfuerzos de los ministerios de Salud, conjuntamente con los Institutos Nacionales de Estadística, la OPS/OMS y otras instituciones. Es prioridad fortalecer las capacidades en todo el ciclo de la información: generación, tratamiento, análisis y difusión.
- **Generación de las herramientas y los protocolos necesarios para fortalecer el análisis de los determinantes sociales y “desigualdades múltiples”** en la labor de los ministerios de Salud y demás organizaciones clave en esta esfera.

- **“Homogeneización” de la información recogida a nivel nacional**, para facilitar las comparaciones correspondientes, una labor donde los organismos internacionales (OPS/OMS, CEPAL, entre otros) pueden brindar cooperación fundamental.
- **Desplegar esfuerzos sistemáticos para asegurar la participación de diversos actores en el análisis**, con una perspectiva transdisciplinaria, para lo cual, habrá que instalar espacios plurales y permanentes de diálogos de saberes y de reflexión a nivel local, nacional y regional y con actores que han sido excluidos. Así como desarrollar encuentros periódicos de análisis de las desigualdades sociales de la salud en reuniones presenciales y virtuales de la Mesa Andina.

Cuadro 3. Acciones prioritarias para el análisis permanente de las desigualdades sociales en salud

Nro.	Acciones
1)	Banco de datos con disponibilidad oportuna de información obtenida.
2)	Sistema de actualización permanente de bases de datos disponibles.
3)	Capacidades intersectoriales de interpretación de información desde diversas disciplinas de la salud, las ciencias sociales y otras (transdisciplinariedad) y actores representantes de diferentes sectores.
4)	Encuentros periódicos (virtuales y presenciales) y eventos para el análisis a nivel local, nacional, subregional: reuniones de la Mesa Andina (ministerios de salud) y con representantes de otros sectores para incidir en toma de decisiones para la reducción de las desigualdades.
5)	Capacidades en toma de decisiones con base en evidencia científica.
6)	Otras acciones estratégicas prioritarias.

6.2 Fortalecer las competencias del recurso humano para el análisis, el monitoreo de desigualdades sociales en salud e iniciativas intersectoriales para reducir desigualdades

Resulta imperioso trabajar intensamente en la capacitación permanente de los recursos humanos de la salud en todos los niveles (directivos, mandos medios, operadores en el terreno, etc.) y representantes de otros sectores. El objetivo de los procesos de capacitación, intercambio de experiencias y de conocimientos es lograr mayor apropiación conceptual de la equidad y la igualdad en salud, y mejorar su desempeño y gestión de iniciativas para contribuir a la reducción de las desigualdades sociales en salud. Es esencial, la apropiación del enfoque de derechos humanos, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, la justicia social y ambiental y el compromiso con la reducción de las desigualdades sociales de la salud, así como contribuir a fortalecer sus competencias para la abogacía con tomadores de decisión y autoridades gubernamentales.

Se deben generar las condiciones para contar con la recolección y el tratamiento pertinente y oportuno de información para la toma de decisiones y las herramientas necesarias para conocer a fondo el perfil social de las personas que consultan en los establecimientos de salud, no limitándolas a las categorías más básicas (sexo, edad, etc.).

En el marco de las funciones esenciales de la salud pública, se debe promover la articulación de saberes, el intercambio de conocimiento y experiencias y en esto la Mesa Andina tiene un rol fundamental.

Cuadro 4. Acciones prioritarias para el fortalecimiento de las competencias del recurso humano

Nro.	Acciones
1)	Capacitación para el desarrollo de capacidades en el monitoreo de las desigualdades sociales de la salud y su reducción.
2)	Capacitación permanente para el desempeño del recurso humano de salud y representantes de otros sectores en la reducción de las desigualdades sociales en salud.
3)	Análisis cualitativo orientado al abordaje de determinantes sociales de salud claves para la reducción de las desigualdades sociales de la salud.
4)	Diagnósticos participativos (con enfoques de diálogos de saberes y transdisciplinar) sobre las desigualdades de salud y determinantes sociales de la salud con actores clave.
5)	Conceptualización, operacionalización y ajustes pertinentes con base en las metas e indicadores del ODS3.
6)	Identificación y selección de indicadores para diseño de índices.
7)	Evaluación con expertos para homogeneización de información en los países andinos.
8)	Desarrollo de alianzas estratégicas con los sistemas de educación superior y otros sectores clave.
9)	Gestión con la academia para programas de formación con prioridad en el análisis de las desigualdades y abordaje de los determinantes sociales de la salud.
10)	Otras acciones estratégicas prioritarias.

6.3 Abordar los determinantes sociales por medio del trabajo intersectorial e interinstitucional

El "*World report on social determinants of health equity*" (OMS, 2025) resalta que la conclusión de la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud en 2008 de que "la injusticia social mata a gran escala" sigue vigente. El informe enfatiza que persisten brechas inaceptables en cuanto al tiempo que las personas pueden esperar vivir una vida saludable dependiendo de dónde vivan, las comunidades a las que pertenezcan, su nivel de educación, su raza y etnia, sus ingresos y riqueza, su género y si tienen una discapacidad. Los determinantes sociales de la equidad en salud, es decir, las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y el acceso de las personas al poder, el dinero y los recursos, tienen una poderosa influencia en las brechas de salud evitables e injustas. El informe propone cuatro áreas de acción interrelacionadas:

Cuadro 5. Áreas de acción para abordar los determinantes sociales de la equidad en salud

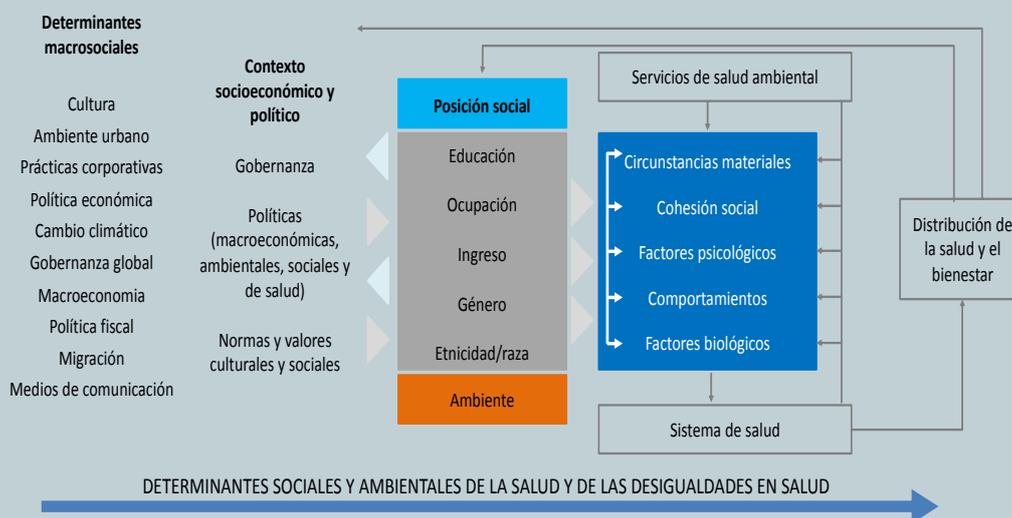
1-Abordar la desigualdad económica e invertir en infraestructura social y servicios públicos universales.	2-Superar la discriminación estructural.	3-Gestionar los desafíos y oportunidades que plantean las megatendencias del cambio climático y la transformación digital	4-Provocar un cambio a través de nuevos enfoques de gobernanza.
1.1 Abordar la desigualdad económica y financiar servicios públicos universales.	2.1 Tomar medidas contra la discriminación estructural.	3.1 Articular y acelerar los beneficios de equidad en salud de la acción climática y la preservación de la biodiversidad.	4.1 Dotar a los gobiernos locales para reducir las inequidades en salud.
1.2 Defender el financiamiento y la inversión en el desarrollo que promuevan la equidad en salud.	2.2 Salvaguardar los determinantes sociales de la equidad en salud durante emergencias, migraciones y conflictos.	3.2 Asegurar que la transformación digital promueva la equidad en salud.	4.2 Apoyar la participación comunitaria y la sociedad civil.
1.3 Evaluar y abordar los determinantes comerciales de la salud.			4.3 Alcanzar la cobertura universal de salud mediante un financiamiento progresivo de la salud y la APS.
1.4 Expandir la cobertura de los sistemas de protección social universal para todos.			4.4 Construir y mantener una fuerza laboral de salud y atención capaz de ofrecer equidad.
			4.5 Fortalecer el enfoque en los determinantes sociales en los sistemas de salud y las plataformas de políticas.
			4.6 Monitorear los determinantes sociales de la equidad en salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de la lectura de WHO. *World report on social determinants of health equity*. 2025.

Es prioridad fortalecer estructuras institucionales y alianzas para mejorar los mecanismos de acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, las “causas de las causas” de

la generación y perpetuación de las desigualdades en salud. En este sentido, es prioridad el trabajo con todos los Poderes los Estados¹⁰.

Gráfico 6. Modelo conceptual de los determinantes de la salud



Fuente: Mujica. Taller Regional Intercambio de Conocimientos y Experiencias: monitoreo para la reducción de desigualdades. Santa Cruz, Bolivia; Octubre 10-12 de 2023

Para abordar los determinantes sociales de salud se necesitan también nuevos tipos de liderazgo dentro y fuera del sector de la salud que reconozcan que el papel principal puede recaer en el sector de la salud o en otros sectores (por ejemplo, en los sectores que tiene la responsabilidad de promover la garantía de vivienda digna, agua potable, empleo decente, alimentación, educación de calidad, entre otros). Para ello, entre otras cosas, es esencial que haya crecimiento económico sostenible en los países (inversión pública y privada, pero con responsabilidad social), avanzar en la eliminación de la corrupción, el abordaje de los determinantes estructurales (gobernanza, política fiscal, etc.). Asimismo, incumbe aunar esfuerzos y capacidades que favorezcan el trabajo intersectorial, la inversión y transparencia en la ejecución de los recursos para avanzar en el ejercicio de los derechos humanos y de la naturaleza; fomentar la cooperación Sur-Sur, el intercambio de experiencias y buenas prácticas y la colaboración horizontal. Así como fortalecer grupos de trabajo intersectoriales para alcanzar las metas del ODS 3. La participación social también es necesaria para que la acción intersectorial sea eficaz, especialmente en lo que se refiere a las políticas de salud y las políticas públicas requeridas para cumplir las metas del ODS 3.

¹⁰ Véase, por ejemplo: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gerentes/Modulo1/tema-2/2-ramas-poder.html>

Cuadro 6. Acciones prioritarias para abordar los determinantes sociales por medio del trabajo intersectorial e interinstitucional

Nro.	Acciones
1)	Mesa intersectorial en cada país andino para el monitoreo de las desigualdades sociales de la salud y acciones para su reducción, y trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.
2)	Establecimiento de mecanismos legales de coordinación y articulación intersectorial (decretos, acuerdos, etc.)
3)	Identificación y gestión con sectores y actores claves para la reducción de desigualdades en salud y abordaje de los determinantes sociales de la salud.
4)	Socialización para la apropiación de la Política Andina con los actores claves del sector salud y otros sectores.
5)	Talleres para establecer el aporte de cada sector a la Política Andina y a la reducción de las desigualdades.
6)	Encuentros y eventos (reuniones, talleres, foros, congresos) para coordinar acciones intersectoriales para la reducción de las desigualdades de salud y desarrollo de la Política Andina.
7)	Publicación de resultados en reducción de desigualdades de salud y de las acciones intersectoriales en el desarrollo de la Política Andina.
8)	Definición de políticas públicas intersectoriales nacionales para la reducción de las desigualdades sociales de la salud.
9)	Otras acciones estratégicas prioritarias.

6.4 Fortalecer la gobernanza y rectoría en políticas de salud pública con enfoque de derechos humanos, de la naturaleza y determinantes sociales de la salud

Se espera que la *Política Andina para la Reducción de Desigualdades en Salud* se constituya en un referente para el desarrollo de procesos nacionales (estrategias, políticas, planes, proyectos) y, especialmente, posibilite el diálogo y encuentro entre actores de diferentes sectores para compartir el sentido de la política, los avances y desafíos con tomadores de decisión. En todos los casos, habrá que tener siempre presente que la labor que se despliega deberá enmarcarse en la consideración de la salud como un derecho y no como una mercancía, algo que está claro en el plano discursivo pero que no siempre se refleja efectivamente en la práctica concreta, en los diversos niveles donde cotidianamente se da el encuentro entre los diferentes actores involucrados en estas particulares y complejas dinámicas.

Además, se deberán desarrollar estrategias y mecanismos para aumentar (en autoridades, tomadores de decisiones, funcionarios y recurso humano) la voluntad política para la reducción de las desigualdades sociales. Esto deberá incidir en establecer mecanismo de financiamiento de la Política Andina (anclado a las líneas estratégicas) y de lo que ella derive, para que efectivamente se implementen dichas líneas y reporten los resultados del monitoreo (mejora en los indicadores del ODS3) y reducción de desigualdades en salud en la región Andina.

Cuadro 7. Acciones prioritarias para fortalecer la gobernanza y rectoría en políticas de salud pública con enfoque de derechos humanos, de la naturaleza y determinantes sociales de la salud

Nro.	Acciones
1)	Identificación de actores clave para la gobernanza y rectoría de reducción de las desigualdades de la salud, abordar los determinantes y ejecución de la Política Andina.
2)	Socialización y gestión participativa de insumos de información, evidencia de las desigualdades de salud, análisis e interpretación de situación por países y en región Andina.
3)	Socialización y gestión participativa de los resultados del trabajo intersectorial en el marco de la Política Andina y reducción de las desigualdades de salud.
4)	Socialización y gestión participativa para la toma de decisiones puntuales de la Política Andina con base en evidencia científica.
5)	Otras acciones estratégicas prioritarias.

6.5 Desarrollar estrategias, políticas, programas, planes, proyectos e investigaciones transdisciplinarias para la reducción de las desigualdades de salud

En respuesta a los diagnósticos de situación, se desarrollarán estrategias, políticas, programas, planes, proyectos para reducir las desigualdades sociales en salud, desde el enfoque de desigualdades múltiples. Ello implica fortalecer las capacidades institucionales respectivas, para lo cual será fundamental poner en común enfoques y experiencias generados en muy diversos ámbitos: científicos, academia, poderes del Estado, comunitarios, entre otros.

La elaboración de estrategias, políticas, programas, planes y proyectos tendrán como objetivos contribuir a reducir las desigualdades de género, generacionales, étnicas, raciales, territoriales (áreas urbanas, suburbanas y rurales), entre otras, y que no sean un obstáculo para el acceso oportuno, con calidad y pertinencia cultural a los servicios de salud.

Por su parte, en términos metodológicos, será clave determinar los enfoques con los que se trabajará (marco lógico, teoría del cambio, etc.) y cómo se los combinará (o no) en el desarrollo de las acciones correspondientes. Asimismo, será clave determinar el tipo de estudios a realizar (diacrónicos, sincrónicos, cuantitativos, cualitativos, mixtos, etc.) así como las herramientas concretas que se utilizarán (revisión documental, entrevistas a informantes claves, grupos focales, encuestas, etc.). Se considera pertinente optar por la combinación dinámica de todas estas herramientas, y priorizar el uso de la teoría de cambio que retoma aspectos centrales del marco lógico y de la planificación estratégica. Habrá que trabajar intensa y creativamente para generar o mejorar categorías conceptuales potentes.

Cuadro 8. Acciones prioritarias para desarrollar estrategias, políticas, programas, planes, proyectos e investigaciones transdisciplinarias para la reducción de las desigualdades de salud

Nro.	Acciones
1)	Elaboración participativa de estrategias, políticas, programas, planes y proyectos (que aborden las desigualdades y sus causas) para reducir las desigualdades sociales en salud y los determinantes sociales de la salud, la intersectorialidad y las acciones de política económica.
2)	Estrategias de cooperación técnicas y financiera para fortalecer sistemas de monitoreo locales de desigualdades sociales de la salud con el componente de vigilancia en salud socioambiental, entre otros.
3)	Políticas públicas de salud, con enfoques de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, género, interculturalidad con prioridad en la reducción de desigualdades.
4)	Desarrollo de estrategias intersectoriales, políticas, programas y proyectos con énfasis en la reducción de desigualdades sociales de la salud y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.
5)	Articulación con otras instancias del ORAS-CONHU (Comités, subcomités y grupos de trabajo).
6)	Otras acciones estratégicas prioritarias.

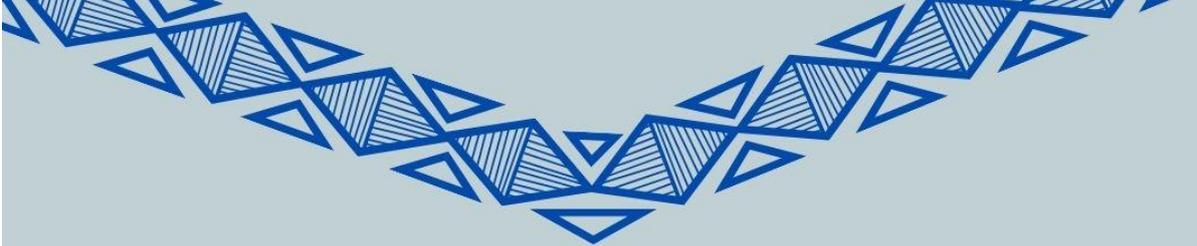
6.6 Generar conocimiento orientado a la reducción de desigualdades múltiples

Uno de los componentes centrales del concepto de “desigualdades múltiples” es el referido a la diversidad existente en cualquier grupo humano con el que se entable relaciones de cualquier índole. Por ello, en estas materias, es fundamental recordar siempre que las desigualdades múltiples son, además, acumulativas, lo que significa que -en una misma persona o grupo humano- pueden presentarse (y de hecho así ocurre permanentemente) varias de ellas. Como afirma el sociólogo Dubet:

Si en las sociedades industriales y nacionales las desigualdades sociales eran percibidas, ante todo, como desigualdades de clase, hoy en día vivimos en un régimen de desigualdades múltiples en el cual las desigualdades “estallan” y se individualizan más aún porque aumentan o se reducen según la manera en que se las mida (Dubet, F, 2024. P 11).

En este sentido, es relevante el concepto: interseccionalidad¹¹. Si pensamos, por ejemplo, en una mujer joven afrodescendiente, que habita en áreas suburbanas empobrecidas y tiene varios hijos e hijas a su exclusivo cargo (padre ausente, falta de apoyos familiares, etc.) se puede constatar fácilmente que estamos ante una persona afectada por una multiplicidad de desigualdades (género, generaciones, etnia/raza, territorio, ingresos, etc.) que se acumulan y se refuerzan unas a otras, condicionando severamente el bienestar de dicha mujer, sus hijos e hijas. Pero aún si concentramos

¹¹ La interseccionalidad se refiere a la marginación estructural y la desventaja en la intersección del género con otras identidades sociales y estratificadores como la edad, el estatus socioeconómico, la raza, el origen étnico, la nacionalidad, la religión, la discapacidad y la capacidad; apoyado o exacerbado por el legado colonial de las relaciones desiguales de poder.



nuestra atención en un grupo muy específico, por ejemplo, población de 0 a 4 años resulta imperioso tener en cuenta que no estamos ante un grupo homogéneo (ni mucho menos) en la medida en que (en su interior) existen niños y niñas, de diferentes condiciones étnico-raciales, pertenecientes a hogares de diferentes niveles de ingreso, habitantes de diferentes territorios, etc.

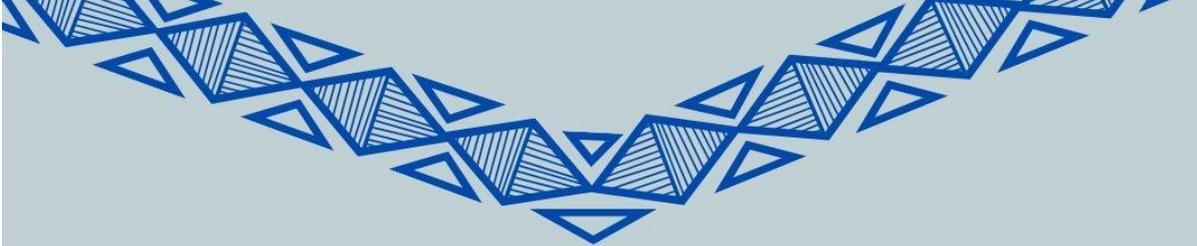
Por ello, es esencial generar y fortalecer conocimientos sobre las desigualdades sociales en salud, y la manera de contribuir a su reducción, es prioritario realizar eventos (congresos, seminarios, foros, talleres, reuniones, *webinars*, etc) que promuevan el interaprendizaje constante, el intercambio de conocimientos y experiencias. Asimismo, corresponde garantizar la participación de representantes de los diferentes poderes de los Estados y diversos sectores.

La comunicación con la población destinataria de las intervenciones (participantes de las diversas iniciativas), deberá tener centralmente en cuenta las “diversidades”, evitando la emisión de mensajes homogéneos para un conjunto de población heterogéneo por definición. Esto puede parecer obvio (y lo es) pero es lo contrario de lo que suele ocurrir (lamentablemente) con la publicidad, que abruma en los medios de comunicación masiva y redes sociales que está construida (en general) con base en estereotipos “de clase media”, pensando en potenciales consumidores de los productos que se promocionan, pero que reciben (también) sectores poblacionales que no pueden acceder a dichos consumos, lo que genera -a su vez- problemas de todo tipo.

Existen diversas estrategias y los ministerios de Salud y otras organizaciones tienen avances, que se deben retomar o fortalecer para dicho fin, por ejemplo: la metodología Ecologías y Diálogos de Saberes, solo por citar un caso. Por lo dicho, habrá que distinguir, claramente, comunicación y publicidad, también en el campo de las políticas públicas, y los desafíos de lograr una comunicación efectiva, pensada para diferentes destinatarios/as ubicados/as en diferentes contextos específicos. En este sentido, también habrá que diferenciar “tiempos”, en términos de corto, mediano y largo plazo.

Cuadro 9. Acciones prioritarias para generar conocimiento orientado a la disminución de desigualdades múltiples

Nro.	Acciones
1)	Congresos, seminarios, foros, talleres, reuniones, <i>webinars</i> , etc., que promuevan el intercambio de conocimientos y experiencias en reducción de desigualdades de salud.
2)	Publicación y eventos de socialización de acciones de: 1) Informe de desigualdades, 2) Trabajo intersectorial en el abordaje de determinante sociales de la salud. 3) Monitoreo para la reducción de desigualdades. 4) Lecciones aprendidas en gobernanza de salud; y otros temas.
5)	Publicación y eventos de socialización de artículos científicos con investigadores académicos, tomadores de decisión, entre otros.
6)	Sistematización de la experiencia del trabajo en el monitoreo y reducción de las desigualdades sociales de la salud y eventos de socialización.
7)	Otras acciones estratégicas prioritarias.



6.7 Fortalecer estrategias orientadas a la apropiación social del conocimiento para la reducción de las desigualdades sociales en salud

Es prioridad desarrollar estrategias que le permitan a los países miembros de la ORAS-CONHU mejorar los mecanismos de divulgación de los datos y lograr la apropiación social del conocimiento referente a las desigualdades de la salud. Este conjunto de lineamientos estratégicos, deberán converger en dinámicas de promoción de aprendizajes colectivos sustentados en la propia práctica desplegada, combinando saberes diversos (científicos, institucionales, comunitarios, ancestrales, etc.) contruidos colectivamente desde diferentes miradas (funcionarios, autoridades, tomadores de decisión, académicos, operadores de políticas públicas, activistas sociales, movimientos culturales, comunicadores sociales, pueblos originarios, etc.) pero convergentes en torno a los mismos principios y objetivos, centrados en la reducción de desigualdades de salud.

Estos aprendizajes colectivos se verán alimentados dinámicamente por los diagnósticos de situación, las evaluaciones programáticas, las capacitaciones realizadas y las comunicaciones establecidas, convergentes en los espacios de reflexión colectiva que se fortalezcan, a medida que se van desplegando las diversas iniciativas programáticas priorizadas.

Estos procesos, a su vez, se conciben como permanentes y recurrentes, alejados de la simple comparación en el tiempo (entre un punto de partida y un punto de llegada) y/o la comparación entre espacios en los que se interviene y otros similares en los que no se interviene (grupos de control) en la medida en que se concibe al aprendizaje a partir de la práctica, como un conjunto de dinámicas alejadas de la simple reflexión entre especialistas.

Por ello, estos espacios de aprendizaje colectivo no se conciben como dinámicas encerradas en espacios académicos formales e institucionalizados, excluyentes, sino como espacios abiertos a la praxis que despliegan los diferentes actores involucrados en estos procesos, incluyendo los espacios de educación informal y no formal, los espacios de evaluación participativa y de control social ciudadano, las prácticas comunicativas sustentadas en la presentación de testimonios y reflexiones desde la base, etc. En esta línea estratégica se dará especial prioridad a la participación de grupos sociales excluidos y marginados (pueblos indígenas, afrodescendientes, etc.). Asimismo, se propiciará espacios de encuentro con niños, niñas, adolescentes y jóvenes para la capacitación en este ámbito. Se asumen los viejos principios de la educación popular (nadie enseña a nadie, nadie aprende solo; todos enseñamos y aprendemos en comunidad) que son aplicables a todas las esferas del desarrollo humano en general y del desarrollo social en particular, incluido el sector de la salud.

Cuadro 10. Acciones prioritarias para fortalecer estrategias orientadas a la apropiación social del conocimiento para la reducción de las desigualdades sociales en salud

Nro.	Acciones
1)	Encuentros virtuales y presenciales con representantes de Pueblos Indígenas, afrodescendientes, etc.), niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
2)	Desarrollo e implementación de estrategias de capacitación y comunicacionales para la apropiación social del conocimiento que conlleve a acciones y resultados en la reducción de las desigualdades sociales de la salud.
2)	Campañas comunicacionales que legitimen más y mejor el énfasis en la reducción de las desigualdades sociales en salud.
3)	Informes y eventos de presentación y análisis de los avances de la implementación y evaluación parcial de la Política Andina.
5)	Informes de planes, programas y proyectos resultado de la Política Andina y sistematización de lecciones aprendidas y recomendaciones.
7)	Difusión de las acciones y los resultados obtenidos a través de documentos escritos, comunicación masiva e interpersonal para diferentes destinatarios y utilizando medios tradicionales y modernos de comunicación.
8)	Otras acciones estratégicas prioritarias.

6.8 Fortalecer la Mesa Andina y comunidades de práctica para la reducción de las desigualdades sociales en salud

De acuerdo con la publicación: *“Metodologías de la OPS/OMS para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud¹²”* las comunidades de práctica (CdP) son grupos de personas, que forman parte de redes o instituciones, que comparten intereses, intercambian información o debaten ideas sobre un tema en particular a través de la interacción continua en grupo. (OPS, 2018. P.4)

En el marco de la Política Andina se propone que la Mesa Andina y las organizaciones socias impulsen la conformación y fortalecimiento de CdP como espacios donde grupos de personas con intereses comunes interactúan y comparten conocimientos, fomentan el interaprendizaje continuo en desigualdades sociales en salud. Estos espacios se constituyen en una herramienta que complementa el monitoreo de las desigualdades en salud, toda vez que a través del intercambio de información y opiniones se podrán identificar y desarrollar acciones para cerrar brechas y avanzar en la reducción de las desigualdades de salud.

¹² Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34994/Comunidadespactica2015_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Cuadro 11. Acciones prioritarias para fortalecer Mesa Andina Mesa Andina con Comunidades de Práctica para la reducción de las Desigualdades Sociales en Salud

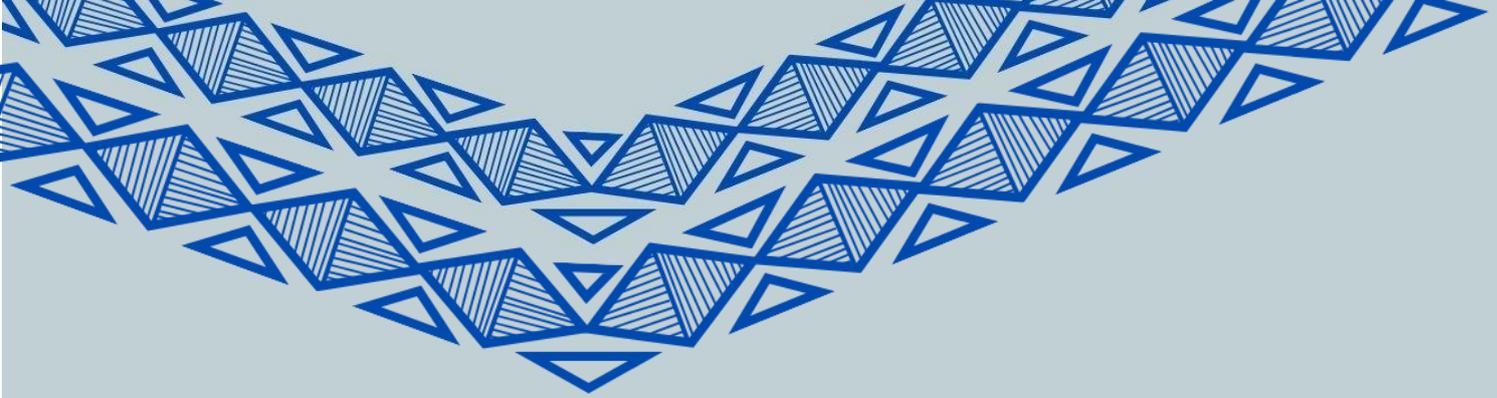
Nro.	Acciones
1)	Definición y planificación de CdP en el monitoreo y reducción de las desigualdades de salud: 1) Identificación del problema; 2) Definición del objetivo; 3) Definición de los resultados esperados; 4) Selección y definición de roles los miembros; 5) Identificación de las audiencias destinatarias.
2)	Implementación de CdP: 1) Herramientas de gestión del conocimiento; 2) Invitación a los miembros; 3) Reuniones de lanzamiento; 4) Procesos de desarrollo.
3)	Evaluar, registrar y comunicar los resultados alcanzados: 1) Autoevaluación. 2) Comunicación y retroalimentación de los resultados alcanzados obtenidos.
4)	Otras acciones estratégicas prioritarias.



Ilustración 8

Ojo Público (7 de marzo de 2021). Ana Sotelo.

<https://ojo-publico.com/especiales/cartografia-de-la-desigualdad/index.html>



7. Reflexión sobre aspectos clave para la implementación de la Política Andina

La implementación efectiva de esta Política Andina deberá sustentarse en un sistema universal e integral de salud fuerte, dinámico, promotor de los principios aquí expuestos, eficiente y eficaz en su gestión operativa, pertinente y oportuno en sus intervenciones, y que cuente con los recursos necesarios para responder a los desafíos y las demandas previstas.

7.1 El sistema universal, integral, sostenible y resiliente de salud necesario

En este marco, la Política Andina, aspirara a que los sistemas universales e integrales de salud de los países andinos funcionen sobre la base de los siguientes criterios básicos:

- Realizar todos los esfuerzos necesarios para superar la crisis por la que atraviesa América Latina, centrada en 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 marginados y excluidos.
- Incorporar decididamente categorías de análisis relacionada con el enfoque propuesto en esta Política Andina, los derechos humanos y de la salud, la reducción de desigualdades, con el cruce de las demás variables y el tratamiento de los indicadores seleccionados.
- Fortalecer el compromiso y la decisión de encarar el conjunto de las desigualdades múltiples existentes, a través de estrategias intersectoriales que abordan el carácter acumulativo de tales desigualdades, en las mismas personas y comunidades.
- 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, migración, entre otras) operando con los correspondientes enfoques “relacionales”.
- Centrar las respuestas a futuro en el marco de propuestas generales de transformación sistémica.
- Fortalecer la perspectiva de salud socioambiental, con sistemas de salud sostenibles y resilientes, e implementar un sistema de mantenimiento preventivo en la infraestructura física que garantice la operatividad de los establecimientos de salud, a través de la



implementación de construcciones sostenibles, y alternativas amigables al medio ambiente y establecimientos de salud carbono cero.

- Someter todas las medidas que se diseñen e implementen a las dos condiciones básicas de los modelos de desarrollo (incluyentes y sostenibles).

Más concretamente, las principales líneas de acción a impulsar a futuro desde los sistemas universales e integrales de salud deberían ser (desde este enfoque) las siguientes:

- Revisar y transformar los sistemas de salud actualmente vigentes, en procura de superar sus principales limitaciones (segmentación, fragmentación, subfinanciamiento) para estar en mejores condiciones para asegurar el acceso universal, la disponibilidad, la calidad, la aceptabilidad y la participación. Autoridades con un rol más activo en la rectoría del sector salud, acotando los márgenes de autonomía de las dinámicas de mercado a través de regulaciones más pertinentes y efectivas.
- Establecer mecanismos de financiamiento del sector salud más equitativos, sostenibles, sustentables y resilientes.
- Mejorar el desempeño del personal de salud en el monitoreo y reducción de las desigualdades sociales en salud, con capacitación permanente al respecto. Asimismo, es fundamental revisar y ajustar las propias prácticas y rutinas de trabajo cotidiano y fomentar relaciones más empáticas con las personas (usuarios).
- Desplegar campañas comunicacionales proactivas que legitimen más y mejor estos nuevos énfasis en la reducción de las desigualdades sociales en salud, y procurar que las políticas públicas que se diseñen e implementen a futuro cuenten con más y mejores apoyos.

Por tanto, para concretar estos principios y enfoques generales en la dinámica efectiva de los sistemas integrales y universales de salud, habrá que promover todas aquellas reformas legales, organizacionales y administrativas que correspondan, construyendo los más amplios consensos sociales y políticos posibles, procurando construir políticas de Estado y no solo de gobierno.

7.2 El financiamiento del sistema de salud

Se requiere un gasto público en salud de al menos el 6% del producto interno bruto (PIB) para garantizar el acceso a un conjunto básico de servicios de salud, y al menos un 6,7% del PIB para generar un impacto significativo en la protección financiera. Los países de la región deben aumentar, en

promedio, el gasto público en salud en un 1,6% del PIB para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal (CEPAL, 2024).

Para que este funcionamiento de los sistemas de salud pueda hacerse efectivo, se tiene que contar con los recursos necesarios. 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. Se recomienda analizar los datos de estudios como: *“Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe”* (CEPAL, 2021)¹³.

Tabla 4. Región Andina: Gasto en Salud con respecto al PIB según fuentes de ingreso 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. Lineamientos y Propuestas para un Plan de Autosuficiencia Sanitaria para América Latina y el Caribe. Santiago.2021.

La salud es un derecho y no puede estar supedito a la capacidad de pago de las personas. Esto implicará transformaciones en el propio funcionamiento de los sistemas de salud, que deberían procesarse con fuertes respaldos sociales y políticos, en la evaluación y análisis para asegurar su sostenibilidad.

7.3 La protección social y los sistemas de cuidado como guía

El fomento de la igualdad en salud, que no solo implica enfrentar las desigualdades de ingreso a través de mecanismos no mercantilizados de financiamiento, deberá impulsarse en el marco de sistemas de protección más amplios, que articulen dinámicamente las diversas esferas implicadas, incluyendo programas de desarrollo social que aseguren (a través de fórmulas contributivas y no contributivas) la plena vigencia de derechos a la salud, la educación, la vivienda, al agua, a la convivencia pacífica y demás componentes de las estrategias integrales que correspondan. Para ello, habrá que enfrentar las notorias limitaciones de los sistemas de pensiones, que ostentan coberturas escasas, calidades limitadas, segmentaciones injustas y funcionamientos precarios.

¹³ Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47252-lineamientos-propuestas-un-plan-autosuficiencia-sanitaria-america-latina-caribe>



Los problemas presentados son estructurales y deberán ser enfrentados decididamente como tales a futuro. En tal sentido, algunos países vienen ensayando diversos programas centrados en la instalación de “sistemas de cuidado”, que permitan articular al conjunto de las respuestas programáticas que se brinden a futuro, en sectores poblacionales que enfrentan limitaciones particularmente relevantes en estas materias, en particular, menores de 17 años y mayores de 65).

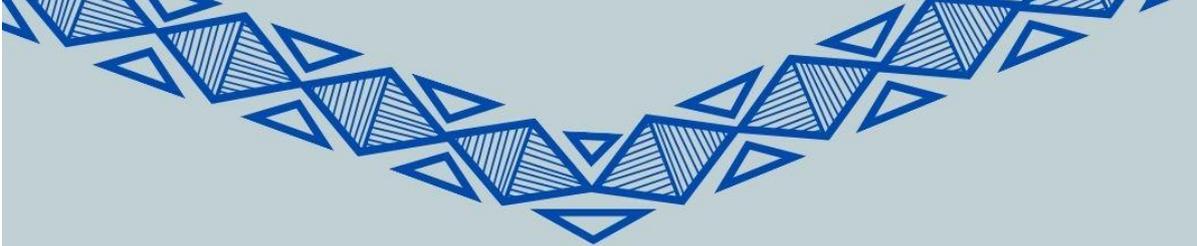
Una dimensión particular que tienen estos sistemas de cuidados en construcción es la vinculada con la perspectiva de género, en la medida en que gran parte de los cuidados que se brindan a estos sectores poblacionales están a cargo de las mujeres en el seno de sus propios hogares, sin contar con los 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.

En la Conferencia regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe¹⁴ los países de la región se comprometieron a transitar hacia un nuevo estilo de desarrollo: la sociedad del cuidado. La sociedad del cuidado es una noción propositiva que requiere una construcción colectiva y multiescalar con corresponsabilidad de género y social. La Agenda Regional de Género, los aportes de mujeres feministas, el paradigma del buen vivir orientan los principios que permiten la construcción de una sociedad que coloque en el centro los cuidados y la sostenibilidad de la vida, con igualdad de género. Para evitar la profundización de las brechas de género y avanzar hacia la igualdad sustantiva es imprescindible el reconocimiento del cuidado de las personas y el planeta.

El derecho al cuidado, entendido como el derecho a recibir cuidados, a cuidar y al autocuidado, es parte de los derechos humanos ya reconocidos en los pactos y tratados internacionales. Sobre la base de los principios de igualdad, universalidad y corresponsabilidad social y de género, estos derechos hacen posible la sostenibilidad de la vida y el cuidado del planeta. Los elementos para avanzar hacia la sociedad del cuidado son la ecodependencia (dependencia humana respecto a la naturaleza); la interdependencia (la dependencia entre las personas y diversos ámbitos como el económico, socioambiental y cultural y la corresponsabilidad (entre el Estado, el mercado, las comunidades, las familias y entre las personas).

Algunas recomendaciones para tener en cuenta son las siguientes:

¹⁴ XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Buenos Aires, 7 al 11 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://conferenciamujer.cepal.org/15/es/>; <https://conferenciamujer.cepal.org/15/es/documentos/la-sociedad-cuidado-horizonte-recuperacion-sostenible-igualdad-genero>

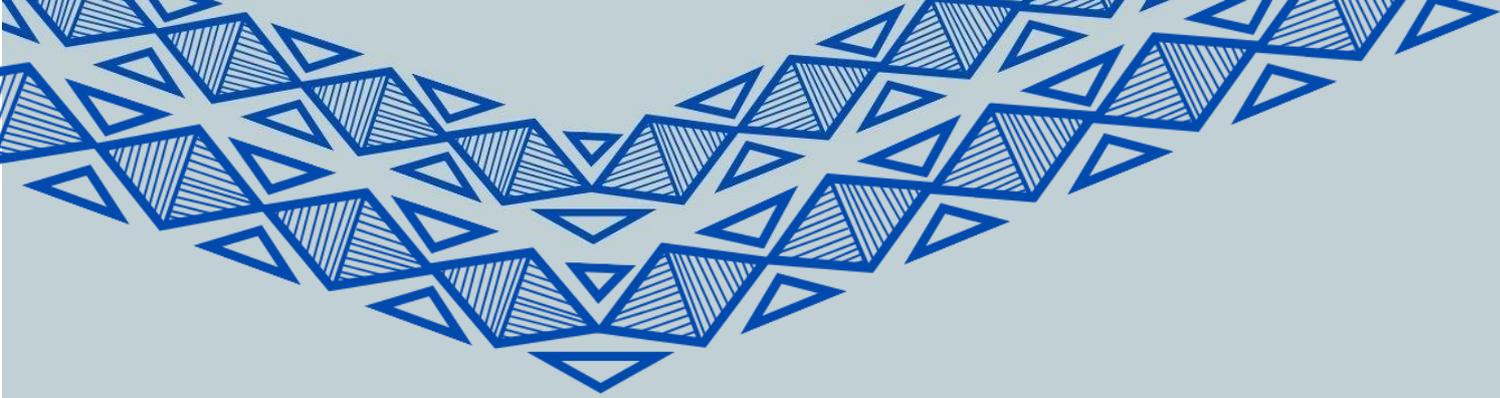
- 
- Diseñar e implementar políticas para la sociedad del cuidado, que garanticen los derechos a la salud y laborales de las personas que necesitan de un continuo de cuidados y de las personas que proveen dichos cuidados.
 - Diseñar e implementar políticas de cuidados mediante acciones afirmativas en el ámbito de la fiscalidad, el empleo, las políticas productivas, económicas y sociales en el corto, mediano y largo plazo. Implica: visibilizar los efectos multiplicadores de la economía del cuidado.
 - Eliminar la precarización de los empleos relacionados con el sector de los cuidados, además de la necesaria retribución y reconocimiento de las mujeres que aún no cuentan con la remuneración por sus servicios de cuidado.
 - Generar información y avanzar en la georreferenciación de datos sobre uso del tiempo, participación laboral de las mujeres y brechas de género.

Otras recomendaciones para tener en cuenta se encuentran en el “Compromiso de Buenos Aires”¹⁵ de la XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.

¹⁵ Compromiso de Buenos Aires. XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://conferenciamujer.cepal.org/15/es/documentos/compromiso-buenos-aires>; https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48468/S2201138_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Ilustración 9
Infobae (8 de Agosto de 2024). David Solar Silva. Infobae/Techo.org/Andina.
<https://www.infobae.com/peru/2024/08/08/el-67-de-peruanos-considera-que-ser-hombre-es-una-ventaja-economica-segun-estudio-de-desigualdad-de-genero/>



8. Herramientas por potenciar

La Política Andina se sustenta en un amplio conjunto de herramientas de trabajo, entre las que se destacan tres en particular:

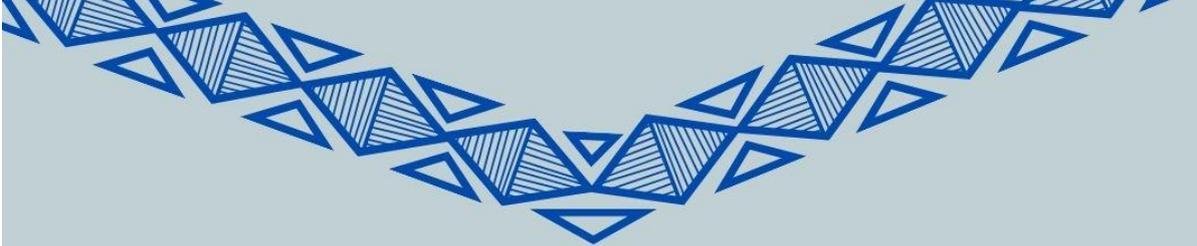
8.1 Análisis de Situación en Salud

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 un conjunto de conceptos, métodos y actividades para la medición y el monitoreo del proceso salud-enfermedad-servicios, utilizando diferentes metodologías que permiten el análisis estratégico y la síntesis de información, con el fin de facilitar la gestión en salud de manera propositiva, oportuna y participativa, en colaboración con diversos actores y sectores sociales.

En este marco, suelen destacarse los siguientes objetivos específicos de los ASIS:

- Describir el contexto histórico, político, socioeconómico, cultural y demográfico de la población.
- Analizar la calidad de vida, el bienestar y la salud de la población.
- Analizar la morbilidad y mortalidad y sus tendencias.
- Identificar y monitorear las desigualdades socioeconómicas, de género, generacionales y étnico-raciales en salud.
- Identificar prioridades y proponer intervenciones en salud potencialmente costo-efectivas, como insumo para la toma de decisiones.
- Evaluar los resultados y el impacto de las políticas públicas, programas y servicios de salud.
- 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 que se han realizado ejercicios analíticos de este tipo en la región



Andina, tanto a nivel nacional como (especialmente) a niveles sub-nacionales. El ORAS-CONHU, incluso, cuenta con una Guía para la realización de ASIS, con especial énfasis en las zonas de frontera y procesos que promueven las integración y cooperación regional, se cuenta con publicaciones a partir de las cuales se han sistematizado los esfuerzos que se vienen desplegando en estos dominios.

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, sobre todo desde sus roles centrados en la rectoría y la evaluación comparada. Es prioridad fortalecer en los ASIS el análisis de las desigualdades sociales en salud y del derecho a la salud¹⁶ y el abordaje de los determinantes sociales y ambientales.

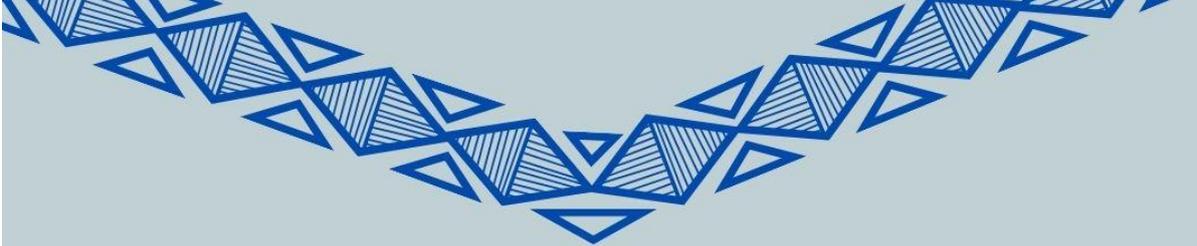
Por todo lo dicho, en el marco de esta Política Andina, se espera concretar una evaluación de los avances (con sus aportes y sus limitaciones) concretados en torno a los ASIS, tanto en términos de su propio diseño como en lo atinente a su monitoreo y evaluación. Esto debiera realizarse tanto a niveles 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, revisando, en particular, los componentes vinculados con el encare de las desigualdades sociales en salud y los determinantes de las salud incorporando, para ello, a otros actores institucionales (gubernamentales y de la sociedad civil) que operan en este campo.

8.2 Atención Primaria de Salud

Existe un amplio consenso en torno a la relevancia de la Atención Primaria de Salud (APS) renovada, pero eso no impide (al contrario) que existan matices y hasta enfoques diferentes en cuanto a qué significa efectivamente. En materia de consensos, está claro que la APS sigue siendo la estrategia sanitaria más adecuada para construir sistemas de salud equitativos y de calidad que garanticen la atención directa a las personas, las familias y las comunidades, para que puedan tener servicios integrales que consideren los determinantes sociales de la salud y favorezcan una vida sana, productiva y con dignidad para alcanzar el derecho a la salud.

A 40 años de la Declaración de Alma-Ata, en que los líderes mundiales adquirieron el compromiso histórico de lograr la salud para todos mediante la APS, se aprobó la Declaración de Astaná en Kazajistán, en el contexto de la Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria de Salud, llevada a cabo por la OMS y el UNICEF en octubre de 2018, donde se ratifican los compromisos con la

¹⁶ Los Análisis de Situación en Salud realizados en las zonas de frontera de los países andinos se encuentran disponible en la página electrónica del ORAS-CONHU <https://www.orasconhu.org/webinars>



APS como parte de los esfuerzos por alcanzar la salud y el bienestar para todos de acuerdo con la Declaración de Alma-Ata y de comprometer a los Estados participantes a reforzar la APS para alcanzar la cobertura sanitaria universal y los ODS.

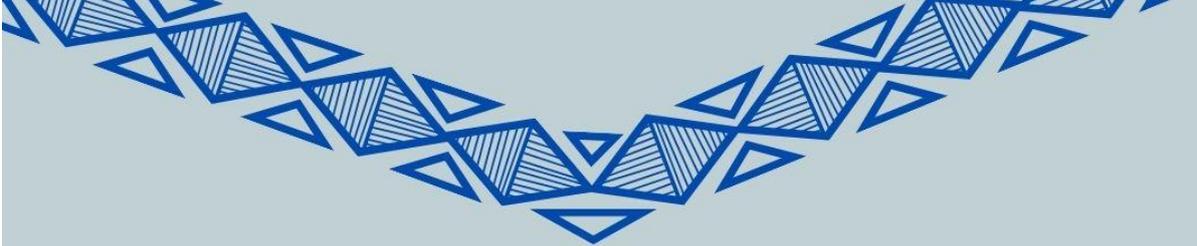
Los valores y principios de la APS incluyeron el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la justicia social, la participación y la acción multisectorial, entre otros. Sin embargo, los progresos no han sido los esperados. Por ello, en la Declaración de Astaná (OPS/OMS, 2018), se volvieron a reafirmar algunos de los principios básicos de una APS que contribuya a¹⁷:

- 1) Empoderar a las personas y las comunidades para que se sientan dueñas de su salud, defiendan las políticas que la promueven y la protegen, además de que asuman el papel de arquitectos de la salud y los servicios sociales que contribuyen con la salud.
- 2) Abordar los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud por medio de acciones y políticas que estén basadas en la evidencia, que abarquen a todos los sectores.
- 3) Asegurar un sistema de salud pública y una atención primaria fuertes a lo largo de la vida de las personas, como elementos centrales de la prestación de servicios integrados.

En el 2019, la OPS lanzó el Pacto Regional por la Atención Primaria de la Salud para la Salud Universal: APS 30-30-30, un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región para lograr la salud universal y los ODS en el 2030. Es un pacto para reafirmar que la salud es un derecho y que universal significa que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras. Esto requiere el compromiso de transformar los sistemas de salud, un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30 % como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos en un 6 % del Producto Interno Bruto, e invertir al menos el 30 % de estos recursos en el primer nivel de atención. La presentación del Pacto tuvo lugar después del lanzamiento del informe de la Comisión de Alto Nivel “*Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*” (OPS/OMS, 2019).

En el 2023 se realizó el Foro Regional: **Alianza por la Atención Primaria de Salud en las Américas** (Montevideo, Uruguay, del 4 al 6 de diciembre) en el cual se lanzó la Alianza entre la OPS, el Banco Mundial y el Banco Interamericano a fin de promover una acción coordinada que oriente y articule las inversiones en la salud, aproveche la innovación y acelere la transformación de los sistemas de salud a nivel de país sobre la base del enfoque de la APS. Como parte de esta iniciativa, las tres

¹⁷ <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>.



organizaciones tienen el propósito de colaborar en el apoyo a los países para la evaluación del desempeño de sus sistemas de salud, en los diálogos sobre políticas y en la colaboración con dichos países para la formulación de sus planes de inversión a fin de apoyar la expansión y el desarrollo de sistemas de salud resilientes, sobre la base de la APS¹⁸.

El libro *“Implementing the primary health care approach A primer”* (OMS, 2024)¹⁹ destaca los siguientes aspectos: la APS es la piedra angular de unos sistemas de salud fuertes y resilientes. Los moldea para que respondan a las personas, para ofrecer atención de calidad y asequible cerca de las comunidades e involucrar a las personas en su propia salud y bienestar. La APS es un enfoque de la salud que abarca a toda la sociedad y cuyo objetivo es maximizar el nivel y la distribución equitativa de la salud y el bienestar centrándose en las necesidades y preferencias de las personas lo antes posible a lo largo del proceso que va desde la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. A estas coordenadas se pretende volver desde esta Política Andina, superando las visiones más restrictivas que ven a la APS -apenas- como un nivel básico de atención.

En el ORAS-CONHU el Comité Andino de Salud y Economía (CASE) en el 2023 y el 2024 desarrollaron el XI y XII Foro Andino de Salud y Economía, el taller “Cuentas de Salud” CASE con énfasis en mejorar el financiamiento de la APS. Además, se realizaron reuniones virtuales e híbridas de CASE, que contaron con la participación de delegados de los ministerios de Salud de los seis países andinos, el equipo de la OPS y, por supuesto, el equipo del ORAS-CONHU en las cuales se elaboró el proyecto: *Mejorar el financiamiento para la Atención Primaria de Salud en los países andinos*.

8.3 Salud digital

El uso de las tecnologías de la información y comunicaciones en el sector de la salud permite disminuir las brechas de atenciones médicas, ampliar la cobertura de salud, agilizar los servicios y apoyar a la toma de decisiones. De acuerdo con la Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVII/5: Salud digital (ORAS-CONHU, 2024): la OMS define la Salud Digital como el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para mejorar la salud y campos relacionados con la misma²⁰. Las tecnologías digitales (TD) son determinantes del futuro de la salud mundial. El uso estratégico e innovador de las TD y de vanguardia de la información y las comunicaciones será un factor facilitador esencial para garantizar que 1000 millones más de personas se beneficien de la cobertura sanitaria

¹⁸ El Documento marco - Alianza por la Atención Primaria de Salud en las Américas (AxAPS) se encuentra disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/documento-marco-alianza-por-atencion-primaria-salud-americas-axaps>

¹⁹ Disponible en <https://euro.who.int/publications/i/Implementing-the-primary-health-care-approach-a-primer>

²⁰ <https://www.paho.org/es/blog-sistemas-informacion-para-salud-is4h/futuro-salud-pasara-necesariamente-por-implementar>



universal, 1000 millones más estén mejor protegidas frente a las emergencias sanitarias y 1000 millones más disfruten de una salud y un bienestar mejores²¹.

En el ORAS-CONHU en respuesta a la Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVII/5, se instaló en el 2024, el Grupo de Trabajo Salud Digital, cuyo primer producto fue la Hoja de Ruta Andina de Salud Digital. Además, el ORAS-CONHU, junto a *Copenhagen Instituto for futures studies (CIFS)*, realizó el Curso sobre Privacidad y Seguridad de Datos de Salud, en el marco de las actividades formativas sobre la Salud Digital.

La OPS/OMS reconocen la importancia de la salud digital y los sistemas de información para la salud en la mejora de la atención médica y la toma de decisiones basada en evidencia. La organización de los servicios de salud es un componente esencial para el desarrollo e implementación exitosa de una estrategia de salud digital en la región Andina. Los países de la región Andina cuentan con agendas de salud digital en sus carteras ministeriales que abarcan una serie de iniciativas para impulsar la transformación digital en el sector de la salud.

La telesalud se ha venido abriendo camino lentamente en las últimas décadas (al menos en algunas áreas específicas). 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 establecimientos de salud, 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, han irrumpido con mucha fuerza. 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.

Es muy claro el avance que se produce cuando se logran desarrollar las tecnologías que permiten contar con historias clínicas electrónicas interoperables (un proceso en el que los países andinos 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. 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 solo 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 los centros del primer nivel de atención, de quienes se puede tener toda una radiografía personal, familiar y social, que luego podría transformarse en la base de la construcción de verdaderas hojas de vida electrónicas saludables, que

²¹ Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025

fueran a su vez la base de las estrategias de monitoreo y evaluación. El contar con las historias clínicas electrónicas permitirá el registro de las actividades relacionadas con las personas usuarias de los servicios: atenciones médicas, diagnósticos, tratamientos, órdenes médicas, resultados de exámenes de laboratorio y de imagenología, etc. Pero para contar con toda la información de salud de un paciente, es necesario contar con historias clínicas electrónicas interoperables, ya que esto permitirá el intercambio de información de salud entre diferentes prestadores de salud. Por lo tanto, en el marco de la Política Andina, se proponen las siguientes acciones estratégicas:

Cuadro 12. Acciones prioritarias respecto a salud digital, Atención Primaria de Salud, salud socioambiental y sociedad del cuidado de la vida

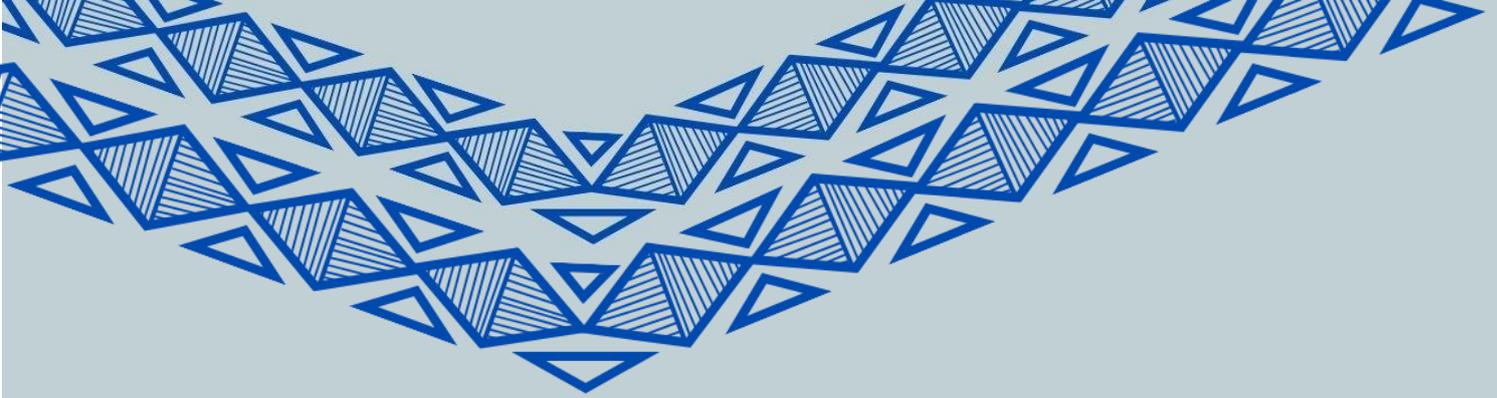
Nro.	Acciones
1)	Desarrollo de diversos eventos (congresos, talleres, foros, webinars, entre otros) para enfatizar la relevancia del monitoreo y la reducción de las desigualdades con el enfoque de sociedad del cuidado de la vida, la Atención Primaria de salud y la Salud socioambiental.
2)	Articulación con otras instancias en el desarrollo de proyectos para fortalecer la atención primaria de salud.
3)	Desarrollo de los ASIS, en especial en las zonas de frontera con enfoque de integración regional y en articulación con el Plan Andino de Salud en Fronteras (ORAS-CONHU).
4)	Articulación con el Grupo de Trabajo Salud Digital y otras instancias en procesos de alfabetización digital, promoción del uso de medios electrónicos asociados a los servicios de salud y la inteligencia artificial, desarrollo de la historia clínica electrónica, entre otras prioridades.
5)	Uso regional de estándares clínicos de interoperabilidad para la implementación del Resumen Internacional del Paciente (IPS) que implica fomentar la disponibilidad y acceso a la conectividad.
6)	Uso secundario de datos en Salud: Definir estrategias regionales de gobernanza de datos en salud
7)	Otras acciones prioritarias



Ilustración 10

Al Poniente (26 de enero de 2022), Uniandes

<https://alponiente.com/mitos-sobre-la-desigualdad-en-colombia-conversacion-con-javier-mejia/>



9. Monitoreo y evaluación

La Política Andina contará con un sistema de monitoreo y evaluación que permita realizar el seguimiento regular de las acciones que se desplieguen y a la vez facilite y promueva los aprendizajes correspondientes. Más allá de los aspectos operativos sobre el funcionamiento de los Observatorios sobre Desigualdades Sociales en Salud que habría que estructurar, para promover estas dos grandes líneas de acción, se deberá contar con respuestas satisfactorias a -al menos- cuatro preguntas claves.

La primera refiere al **“qué” monitorear y evaluar**. Dado el análisis conceptual, la respuesta obvia debería ser simple de enunciar: monitorear y evaluar las desigualdades sociales en salud, y hacerlo desde el enfoque centrado en las denominadas “desigualdades múltiples”. Esto implicaría superar los enfoques más reduccionistas, que apenas se concentran en las dimensiones biológicas, así como de los planteos que se quedan en la consideración exclusiva de la “pobreza” y los “grupos vulnerables”. Pero también implicaría superar los enfoques que -aun considerando las desigualdades sociales- las toman simplemente como un “dato” más o menos relevante (sin incorporar las causas explicativas correspondientes y menos aún las relaciones evidentes entre ricos y pobres o negros y blancos, por ejemplo) y se concentran casi exclusivamente en las desigualdades de ingreso, ignorando las otras múltiples desigualdades sociales y culturales existentes.

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 herramientas, así como las lógicas con las que se imbrican teorías y herramientas. En el marco del trabajo de la Mesa Andina se ha resaltado el valor y la pertinencia de la denominada “teoría del cambio”, centrada precisamente en los elementos causales y explicativos del problema que se pretende encarar, así como de la cadena de razonamientos que permiten ir del diagnóstico a la implementación de respuestas para concretar los cambios que se pretenden conseguir.

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, pero en todos los casos, deberían tener un denominador común: monitorear y evaluar para mejorar sustancialmente el desarrollo de las políticas públicas.

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 bastante obvias: centrar la mirada en la desigualdad y los determinantes sociales de la salud, operar sobre el conjunto de las desigualdades múltiples y no solo en relación con las centradas en el ingreso, operar desde la lógica del interés colectivo Pero, además, tenemos que asumir resueltamente una opción metodológica fundamental, apostando a cruzar efectivamente las diferentes variables sectoriales y transversales, lo más dinámicamente posible. Definitivamente, hoy se pueden hacer muchas de las cosas que antes no se podía. Los avances tecnológicos (como ya se mencionó anteriormente) pueden facilitar todos estos procesos.

9.1 Un set de indicadores básicos

Respecto a la forma de incorporar los indicadores de desigualdades en salud, se presentan dos enfoques para su sistematización: el primero, consistente en los indicadores señalados por las Naciones Unidas para alcanzar las metas del ODS3, en cuyo cuadro se menciona por cada meta el indicador indispensable.

En la publicación elaborada con la Mesa Andina: *“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), en el anexo 2 (págs. 203-229) se presentaron los datos de cada país andino de los indicadores del ODS3²², la información se actualizó (a principios de 2025) con los datos oficiales de los seis países andinos y constituye un documento de trabajo central.

Cuadro 13. Metas e indicadores del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Meta 3.1.:
De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
3.1.1 Tasa de mortalidad materna.
3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado.
3.1.3 (...) partos atendidos por prestador de medicina tradicional, partera, partero, en centros de salud de primer nivel ²³
Meta 3.2.:

²² Véase: https://www.orasconhu.org/sites/default/files/DESIGUALDADES_SOCIALES_EN_SALUD_2022.pdf

²³ 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.

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.

3.2.1 Tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años.

3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal.

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.

3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave.

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.

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.

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.

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.

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

3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico.

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.

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 (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad.

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.

3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales²⁴.

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, por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo.

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.

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.

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.

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.

3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud.

²⁴ 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.

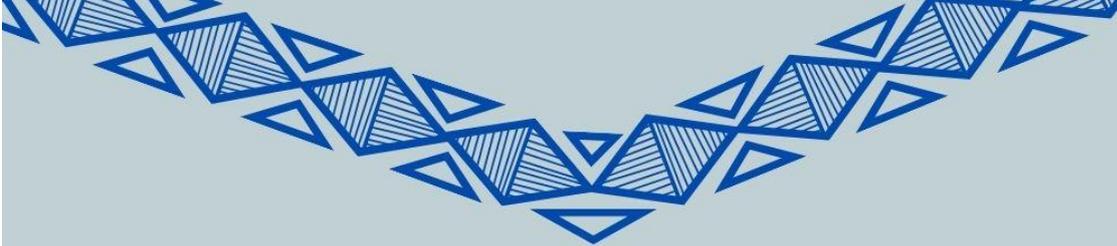


Fuente: Naciones Unidas (2017). Anexo. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030. Disponible en: https://ggim.un.org/documents/A_Res_71_313_s.pdf

En segundo lugar, una clasificación de los indicadores construidos por investigadores de la desigualdad y existentes en publicaciones como el **Informe de Desarrollo Humano**, o en las publicaciones especializadas sobre desigualdad y salud, fundamentales para la investigación interdisciplinaria.

Cuadro 14. Tipos de indicadores para medir desigualdades en salud y factores asociados

Enfoques	Categorías	Indicadores	Estratificadores	Índices
Línea de Pobreza	Ingresos y acceso a canasta básica	Nivel de ingresos	País Región Rural/Urbano Género Edad Etnia	Índice de pobreza económica
Necesidades básicas	Necesidades básicas insatisfechas	Acceso a agua potable/Alcantarillado/ Vivienda digna/Servicios básicos	País Región Rural/Urbano Género Edad Etnia	Índice NBI
Pobreza Multidimensional	Ingresos, necesidades básicas, Salud y capacidades	Índice de pobreza multidimensional	País Región Rural/Urbano Género Edad Etnia	Índice PM
Desigualdad socioeconómica	Desigualdad de ingresos y riqueza	Coficiente de Gini Razones de ingresos: Análisis por deciles o cuartiles	País Región Rural/Urbano Género Edad Etnia	Coficiente de Gini/ Coficiente de Atkinson/ Índice de Theil
	Empleo, subempleo e informalidad	Tasa de desempleo/ Tasa de informalidad o marginalidad	País Región Rural/Urbano Género Edad Etnia	Tasas de empleo, subempleo y marginalidad
Desigualdad vital (indicadores de salud por categoría social)	Esperanza de vida	Esperanza de vida al nacer/ a los 50 años	País Región Rural/Urbano Género Edad Etnia	Esperanza de vida saludable/ Esperanza de vida ajustada por desigualdad
	Morbilidad	Tasa de morbilidad general/ por tipo de enfermedad	País Región Rural/Urbano Género Edad Etnia	Tasa de incidencia/ Tasa de prevalencia/Tasa de contagio en pandemia/ Tasa de mortalidad por enfermedad
	Mortalidad	Tasa de mortalidad general / Tasa de mortalidad por tipo de causa	País Región Rural/Urbano Género Edad	Tasa bruta de mortalidad/Tasa de mortalidad infantil/Tasa de mortalidad



Enfoques	Categorías	Indicadores	Estratificadores	Índices
			Etnia	materna/ Tasa de mortalidad por cáncer, cardíaca, tasa de letalidad en pandemia, etc.
	Fecundidad Adolescente	Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años).	País Región Edad	Tasa global de fecundidad / Tasa de natalidad
Desigualdades socioambientales o ecológicas (Salud y cambio climático)	Cambios de temperatura/ Precipitación/Nivel del mar/Migración	Ver indicadores Informe de Sudamérica, Lancet Countdown sobre salud y cambio climático	País Región Rural/Urbano Género Edad Etnia	Ver índice de la OPS.

Fuente: elaboración propia resultado de sistematización de tipos de indicadores sociales de salud, pobreza y desigualdad

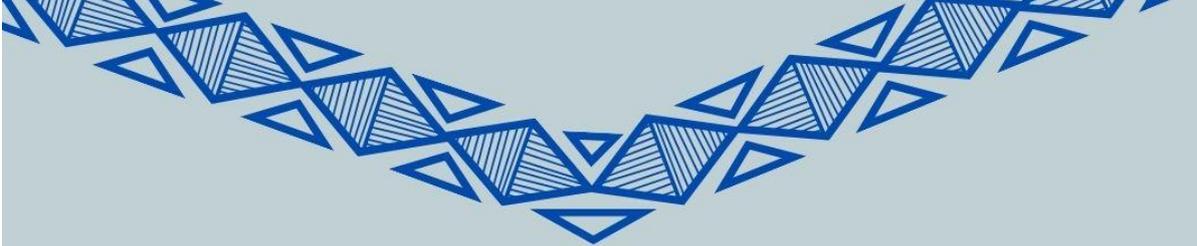
Para una mayor claridad de cómo está la bibliografía internacional sobre este tipo de indicadores, se adjunta el anexo 1, los tipos de indicadores que sistematizan dos publicaciones en inglés (Albert-Vallister and García-Altes, 2021; McCartney, McMaster y Culler, 2019).

9.2 La participación ciudadana y el control social de políticas públicas

El monitoreo y la evaluación de cualquier política pública, es mucho más que un simple ejercicio técnico, concretado exclusivamente por el gobierno. Es, ante todo, un ejercicio político que (en democracia) implica el involucramiento de todas las estructuras del Estado y la participación activa de la ciudadanía (organizada y no organizada) a todos los niveles.

Convertir el monitoreo de la desigualdad en salud en una responsabilidad compartida lo incorpora a un conjunto más amplio de prioridades y fortalece las alianzas, la colaboración y la alineación al servicio de objetivos más amplios de salud y desarrollo. De esta manera, el empoderamiento, la equidad y la inclusión se convierten no solo en el objeto del monitoreo de la desigualdad en salud, sino también en parte de su proceso mismo dentro y entre los países (OMS, 2024b, P. 50).

Por ello, los Observatorios sobre Desigualdades Sociales en Salud deberían ir más allá del simple procesamiento de indicadores seleccionados (del estilo de los incluidos en la sección anterior) promoviendo y animando las más amplias consultas públicas sobre todos estos temas. Para ello, se deberán utilizar todas las herramientas disponibles y a construir, del estilo de las que ya se han presentado en las páginas precedentes (encuestas de opinión pública, debates parlamentarios,



asambleas vecinales, plebiscitos, etc.). Definitivamente, se deberá trabajar en la promoción de los mecanismos de participación ciudadana, social, política y comunitaria a través de canales institucionales y de dinámicas proactivas, que amplíen el reconocimiento y la legitimidad de todas las opiniones y posturas que se fundamenten adecuadamente, a través de debates abiertos y respetuosos de las diferentes opiniones.

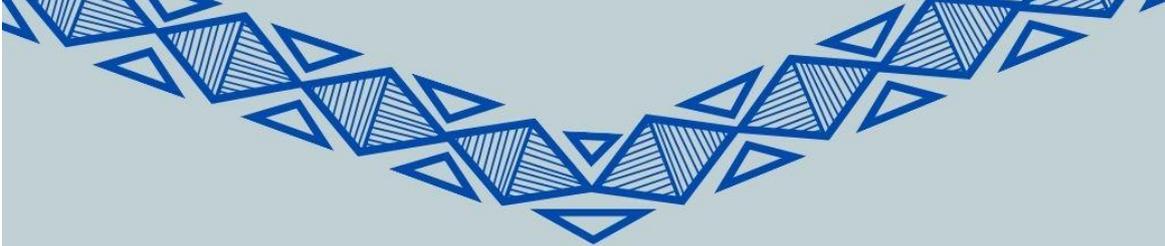
Por todo lo dicho, estos mecanismos de participación no serán concebidos como simples “espacios de consulta”, sino que deberán promover la participación efectiva de todos y todas en la propia toma de decisiones, a través de los canales que el conjunto de la ciudadanía determine, en el marco de las reglas de juego de la democracia. De este modo, además, estos espacios de participación serán auténticos procesos de control social de las diferentes políticas públicas que se pongan en práctica en general, y en lo atinente a la reducción de las desigualdades sociales en salud en particular.

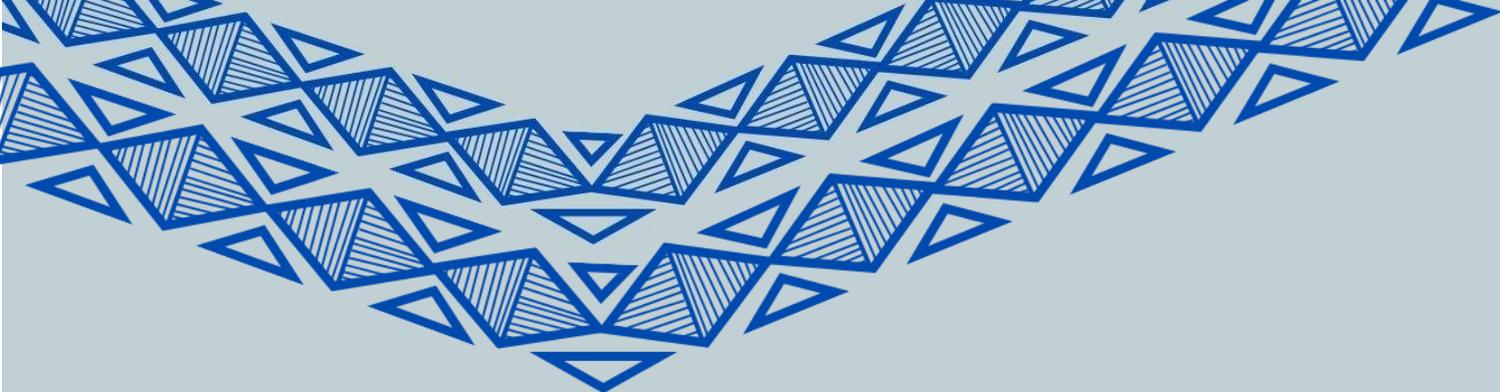
En definitiva, estos procesos deberán permitir la superación de los enfoques que se quedan en la promoción de la “igualdad de oportunidades”, promoviendo a la vez, lo que varios especialistas denominan “igualdad de posiciones”. Esto implicará, lógicamente, el reforzamiento de todos aquellos mecanismos que permitan fortalecer, a la vez, las capacidades correspondientes, actuando, por tanto, desde ambas dimensiones.

Tal como expone magistralmente François Dubet (2021):

Vivimos en un tiempo de pasiones tristes. Emociones como la ira, la indignación y el resentimiento atraviesan las redes sociales y la opinión de los panelistas televisivos. Ese enojo toma la forma de la denuncia o la catarsis por un orden que se siente injusto, y suele encarnizarse con los que reciben asistencia del Estado (¡todos inútiles!) pero también con los políticos y las élites (¡todos corruptos!). Acá y allá, un lenguaje paranoico acusa a los pobres, los inmigrantes y los desempleados por no esforzarse lo suficiente, a las finanzas por hacer negocios a costa de las economías nacionales y a éstas por no abrirse a la globalización, a los gobiernos por dismantelar las políticas sociales o, al contrario, por abusar de ellas demagógicamente. Cada uno tiene razones para sentirse abandonado, amenazado y para sospechar que el otro -cualquier otro- recibe ventajas indebidas. (Dubet, 2021. P. 55)

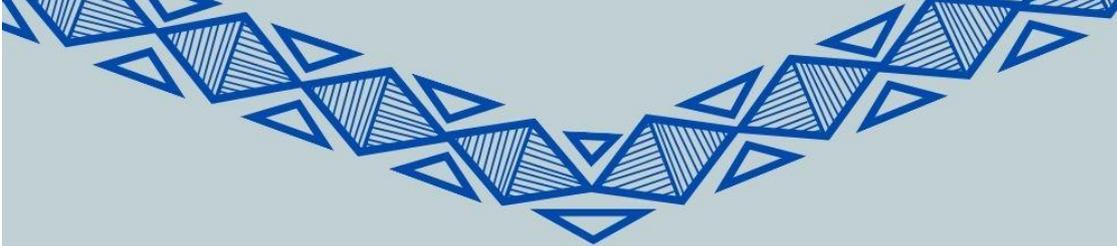
Un panorama complejo que habrá que enfrentar decididamente, promoviendo la solidaridad en lugar de la competencia salvaje, las salidas colectivas y no sólo las individuales, y siempre sobre la base del reconocimiento de la diversidad como un valor y no como un problema.

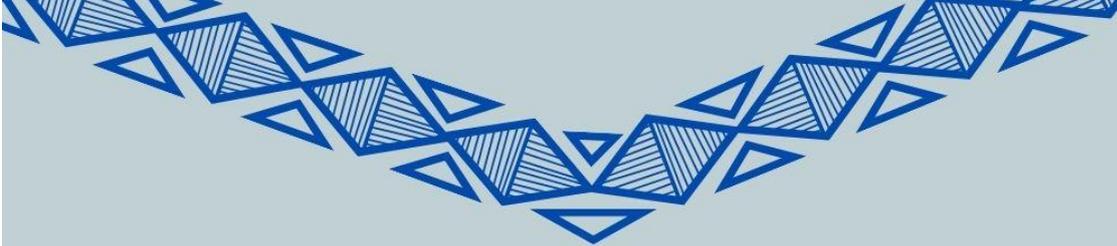




Bibliografía

- Abramo, L., Ceccini, S., Ullman, H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5):1587-1598.
- Albert-Ballestar, S., García-Altés, A. Measuring health inequalities: a systematic review of widely used indicators and topics. *International Journal for Equity in Health* (2021) 20:73. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01397-3>.
- Atkinson, A. B. (2016). *Desigualdad ¿Qué podemos hacer?* México, FCE.
- Bárcena, A. (2016). América Latina y el Caribe es la región más desigual del mundo. ¿Cómo solucionarlo? Disponible en: <https://www.cepal.org/es/articulos/2016-america-latina-caribe-es-la-region-mas-desigual-mundo-como-solucionarlo>.
- Bértola, L., Ocampo, J.A. (2010). *Desarrollo, vaivenes y desigualdad. Una historia económica de América Latina desde la Independencia*. Buenos Aires, Temas.
- Bértola, L., Williamson, J. (2016). *La fractura. Pasado y presente de la búsqueda de equidad en América Latina*. Buenos Aires, FCE.
- Bourguignon, F. (2017). *La globalización y la desigualdad*. México, FCE.
- Chancel, L., Piketty, T., Saez, E., Zucman, G. et al. *World Inequality Report 2022*, World Inequality Lab. Disponible en <https://wir2022.wid.world/>
- CEPAL (2021). *Lineamientos y Propuestas para un Plan de Autosuficiencia Sanitaria para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47252-lineamientos-propuestas-un-plan-autosuficiencia-sanitaria-america-latina-caribe>.
- CEPAL (2022). *XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Buenos Aires. Disponible en: <https://conferenciamujer.cepal.org/15/es>.
- CEPAL. (2022). *Panorama Social de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Disponible en <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3ca376cf-edd4-4815-b392-b2a1f80ae05a/content>.

- 
- CEPAL. (2023). Panorama Social de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/68702-panorama-social-america-latina-caribe-2023-la-inclusion-laboral-como-eje-central>.
- CEPAL. (2024). Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2024, Santiago de Chile. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b47d0172-5948-467c-804e-083de2968fe9/content>.
- CEPAL. (2024b). América Latina y el Caribe ante las trampas del desarrollo: transformaciones indispensables y cómo gestionarlas. Síntesis. Santiago de Chile. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7a3effff-8d5c-40de-b5f5-53d52983164c/content>.
- CEPAL. (2025). América Latina y el Caribe y la Agenda 2030 a cinco años de la meta: ¿cómo gestionar las transformaciones para acelerar el progreso? Santiago de Chile. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/1c7d9df9-fd4d-42fb-90dc-2e6378b9b7c9/content>.
- CEPAL. (2025b). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2024. Santiago de Chile. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/9e2080ce-41d9-4d2d-9386-fb4a1f13a071/content>.
- Cid, C., Marinho, M.L. (2022). “Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes”, Documentos de Proyectos (LC/TS.2022/63), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe Disponible en https://www.orasconhu.org/sites/default/files/DESIGUALDADES_SOCIALES_EN_SALUD_2022.pdf.
- CLACSO. Diploma Superior de Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <https://www.youtube.com/watch?v=qS6KWwl7V9M>; <https://www.clacso.org/diploma-superior-en-gestion-y-politicas-de-salud-internacional-y-soberania-sanitaria-3/>; <https://pensamientocriticoensalud.org/>.
- Dubet, F. El nuevo régimen de las desigualdades solitarias. Qué hacer cuando la injusticia social se sufre como un problema individual. Buenos Aires. Siglo veintiuno.
- Flores-Crespo, P. (2013). El Enfoque de la Política Basado en la Evidencia. RMIE, 2013, Vol. 18, Núm. 56, pp. 265-290.



McCartney, G., F. Popham, F., McMaster R, Cumbers; A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health* 172, 22-30.

Mujica, Oscar. Taller Regional Intercambio de Conocimientos y Experiencias: monitoreo para la reducción de desigualdades. Santa Cruz, Bolivia; Octubre 10-12 de 2023.

Naciones Unidas (2015). Comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible A/RES/71/313. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en https://ggim.un.org/documents/A_Res_71_313_s.pdf.

OMS y European Observatory (2024) Implementing the primary health care approach A primer. Disponible en <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/implementing-the-primary-health-care-approach-a-primer>.

OMS (2024). Operational framework for monitoring determinants of health equity. Geneva. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375732/9789240088320-eng.pdf?sequence=1>.

OMS (2024b). Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity. Geneva. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240102606>.

OMS (2025). *World report on social determinants of health equity*. Disponible en <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity>.

OPS (2018) Metodologías de la OPS/OMS para Intercambio de Información y Gestión del Conocimiento en Salud: Desarrollo de Comunidades de Práctica. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34994/Comunidadespractica2015_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

OPS (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington D.C. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf.

OPS (2021) Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55118>.

OPS (2023). Documento marco - Alianza por la Atención Primaria de Salud en las Américas (AxAPS) se encuentra disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/documento-marco-alianza-por-atencion-primaria-salud-americas-axaps>.



OPS. (2022). Metodología de los diálogos de saberes. Manual para facilitadores. Washington, D.C. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55746>.

OPS/OMS (2016). Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211>.

OPS/OMS (2021). Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55118>.

OPS/OMS (2022). 30.a Conferencia Sanitaria Panamericana 74.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA. Disponible en https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-8-s-politica-objetivos-desarrollo-sostenible_0.pdf.

OPS/OMS. (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

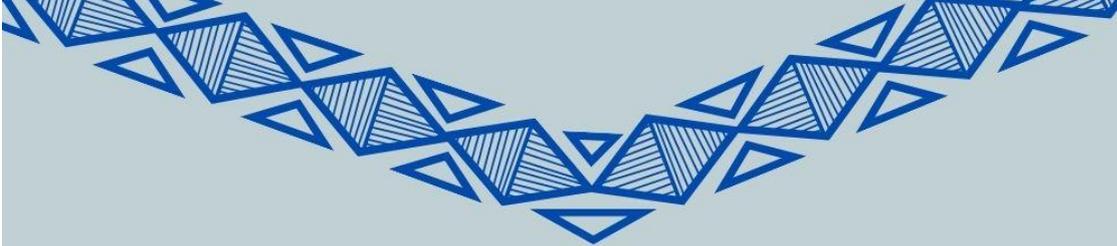
OPS/OMS. (2022). Política para recuperar el progreso hacia el logro de los objetivos de desarrollo sostenible con equidad por medio de medidas que aborden los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial. Washington, D.C. Disponible en https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-8-s-politica-objetivos-desarrollo-sostenible_0.pdf.

ORAS-CONHU (2022). Documento de trabajo de la Mesa Andina. Sistematización de los resultados de diálogos para elaborar la Política Andina: Reducción de las desigualdades sociales de salud.

ORAS-CONHU. (2021). Resolución XXXIX/547. Lima. Disponible en https://orasconhu.org/sites/default/files/Resol.%20REMSAA%20547.%20Mesa%20Andina%20Interinstitucional%20Contra%20Desigualdades%20%281%29-signed_0.pdf.

ORAS-CONHU. (2022). Desigualdades sociales en salud. Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la región andina. Lima. Disponible en https://www.orasconhu.org/sites/default/files/DESIGUALDADES_SOCIALES_EN_SALUD_2022.pdf.

ORAS-CONHU. (2022). Resolución REMSAA XL/554. Disponible en <https://www.orasconhu.org/es/remsaas-ordinarias/remsa-xl>.

- 
- ORAS-CONHU. (2023). Boletín Notisalud Andina N° 87. Disponible en https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/Boletin_Notalud_87_abril_2024_1.pdf.
- ORAS-CONHU. (2023). Boletín Notisalud Andinas N° 81. Lima. Disponible en https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/Boletin_NotiSalud_81_oct_2023_.pdf.
- ORAS-CONHU. (2023). Plan Estratégico 2023-2030 del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. Lima. Disponible en <https://www.orasconhu.org/sites/default/files/PLAN%20ESTRATEGICO%20PEIS%202023-2030%20ORASCONHU.pdf>.
- ORAS-CONHU. Análisis de Situación en Salud realizados en las zonas de frontera de los países andinos se encuentran disponible en la página electrónica del ORAS-CONHU <https://www.orasconhu.org/webinars>.
- ORAS-CONHU. (2025) Resolución REMSAA XXXVIII.10. Disponible en <https://www.orasconhu.org/es/remsaas-extraordinarias/xxxviii-remsaa-extraordinaria>.
- OXFAM. (2024). EconoNuestra. Es tiempo de una economía para todas y todos. Disponible en <https://lac.oxfam.org/publicaciones/econonuestra>.
- Pérez Sainz, J.P. (2016). Una historia de la desigualdad en América Latina. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Picketty, T. (2014). La estructura de las desigualdades. En: El capital en el siglo XXI. Bogotá, FCE.
- Picketty, T. (2022). Una breve historia de la igualdad. Barcelona, Ariel.
- Picketty, T. (2015). La economía de las desigualdades. Buenos Aires, Siglo XXI.
- PNUD (2019). Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. Nueva York.
- PNUD (2022). Human Development Report 2021-2022. Uncertain Times, Unsettled Lives: Shapping our Future in a Transforming World. New York.
- PNUD (2024). Informe de Desarrollo Humano (2023-2024). Salir del estancamiento: Reimaginar la cooperación en un mundo polarizad. Disponible en <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24overviewsp.pdf>
- Puchet, M, Puyana, M. (2018). América Latina en la larga historia de la desigualdad. México, FLACSO.
- Sen, A. (1973). La desigualdad económica. México, FCE.
- Tavares Riveiro, L. [Comp.] (2013). Pobreza, desigualdad y salud en América Latina. Buenos Aires, CLACSO.



Therborn, G. (2015a). La desigualdad mata. Madrid, Alianza.

Therborn, G. (2015b). Los campos de exterminio de la desigualdad. México, FCE.

Anexo 1. Lista de otros indicadores a considerar

Además de los indicadores mencionados en el numeral 9, relacionados con el ODS3 se considera el análisis y cruce con los indicadores clave que se enuncian a continuación.

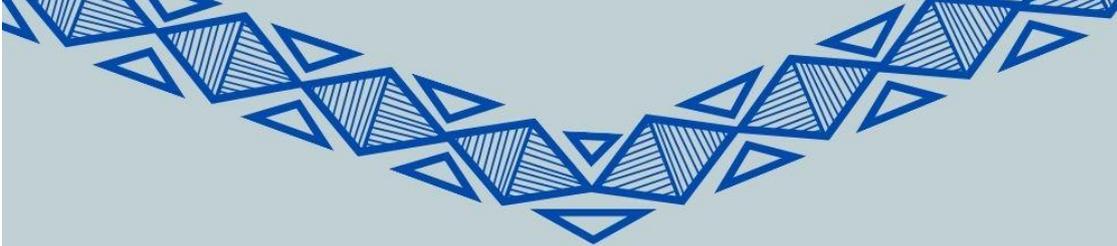
Cuadro 15. Indicadores y tópicos clave a considerar

Indicadores	Tópicos
Esperanza de vida	Esperanza de vida al nacer o a cierta edad (total, por sexo, nivel educativo y/o estatus socioeconómico).
	Esperanza de vida ajustada por salud.
	Desigualdad en la esperanza de vida, índice de pendiente de la desigualdad (SII) para la esperanza de vida masculina y femenina.
	Años de vida sana (total, por sexo, región y/o estatus socioeconómico).
	Índice de pendiente de la desigualdad de la esperanza de vida sin discapacidad masculina y femenina.
Mortalidad infantil	Mortalidad infantil (total, por sexo, por estatus socioeconómico, privación o renta familiar disponible).
	Mortalidad infantil de recién nacidos con un peso mínimo de 500 g.
	Desigualdad en la mortalidad infantil.
	Tasas más altas y más bajas de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos y medidas de desigualdad entre los Estados miembros de la UE, 2000-2010
Bienestar infantil	Altas hospitalarias en niñas y niños por edad.
	Bienestar infantil/alcanzar un buen nivel de desarrollo a los 5 años.
	Desarrollo infantil temprano.
	Incidencia de uno de los 17 trastornos más comunes en niños, por sexo y edad.
Bajo peso al nacer	Bajo peso al nacer.
	Parto prematuro.
	Altas hospitalarias por retraso del crecimiento intrauterino, desnutrición fetal embarazo acortado y bajo peso al nacer, cesáreas y recién nacidos de bajo peso al nacer (por provincia).
	Pequeño para la edad gestacional.
Mortalidad perinatal, neonatal, fetal y de mortinatos	Mortalidad perinatal.
	Tasa de mortalidad neonatal.
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años.
	Mortalidad de mortinatos.
	Mortalidad fetal por nacionalidad.
Mortinatos, mortalidad perinatal y mortalidad infantil.	
Cuidados durante el embarazo/lactancia	Lactancia materna (total, haber amamantado alguna vez, iniciación, exclusiva, por edad).
	Duración recomendada de la lactancia materna.
	Alta hospitalaria por parto (ICD9MC: 650).
	Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal.
Salud autopercebida	Salud autopercebida (total, por edad y/o sexo).
	Ganancia total de salud evaluada por los pacientes para procedimientos electivos: físicos procedimientos relacionados con la salud/terapias psicológicas.
Tasa de mortalidad	Mortalidad por todas las causas (total, por sexo, edad o región).
	Tasas de mortalidad por causa de muerte.

Indicadores	Tópicos
	% de exhaustividad del registro de defunciones con información sobre la causa de muerte.
Desempleo	Desempleo (total, por duración/larga duración).
	Empleo de personas con afecciones de larga duración/enfermedades mentales/discapacidades.
	Derecho al seguro de desempleo (15-69 años).
	Tasa de dependencia de la edad (% población en edad de trabajar).
	Población que vive en hogares sin empleo.
	Brecha de empleo.
Bienestar mental	Riesgo de sufrimiento psicológico.
	Calidad de vida relacionada con la salud de las personas con enfermedad mental (eventual o recuperación).
	Bienestar o malestar psicológico (por edad, utilizando el GHQ-12).
	Trastornos o enfermedades mentales (CIE9MC: 290-319 / incluidas las adicciones).
	Morbilidad: trastornos neuróticos, de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto drogas o alcohol) (CIE9MC: 300-302, 306-319).
	Depresión (salud mental).
	Tasa de hospitalización por enfermedad mental (total, por edad).
	Cobertura de servicios para trastornos mentales graves.
	Centros residencias para alcohol y otras drogas.
Salud mental percibida	Angustia psicológica (total o por lugar, por edad).
	Exceso de mortalidad de menores de 75 años en adultos con enfermedades mentales comunes.
	Salud mental percibida (regular o mala).
Enfermedades cardiovasculares/ hipertensión	Mortalidad por causas cardiovasculares, incluidas las cardiopatías (total, por sexo y/o edad).
	Hipertensión arterial.
	Tensión arterial.
	Proporción de pacientes con ictus que afirman haber mejorado su actividad.
	Enfermedades cardiovasculares y del corazón (incluidos infartos, angina de pecho e insuficiencia cardíaca).
	Primer ingreso hospitalario por infarto de miocardio (menores de 75 años).
	Mortalidad hospitalaria a 30 días por IAM e ictus
Estatus socioeconómico (SES)/ privación material	Trabajadores pobres.
	Renta familiar disponible/SEE familiar.
	Base imponible del impuesto sobre la renta.
	Personas en hogares que reciben prestaciones dependientes de los ingresos.
	Índice de pendiente de la desigualdad para las personas de hogares que perciben prestaciones sujetas a la comprobación de recursos.
	% en riesgo de pobreza - con menos del 60% de la renta mediana/% en riesgo persistente de pobreza (por intensidad de la pobreza).
	% de propietarios de vivienda y vehículo.
	% de zonas con > 20% de población pobre.
	Porcentaje estandarizado por edad de personas de 25 años o más según la gravedad de la privación material privación material.
	SII Renta/SII Privación (por salud percibida)/índice relativo de desigualdad/Coeficiente de Gini (distribución de la renta)/brecha salarial/desigualdad de renta (S80/S20) dentro de las zonas locales y entre ellas
	Población por debajo del umbral de pobreza y desigualdad de ingresos
Obesidad y sobrepeso (IMC)	Obesidad y/o sobrepeso (total, por sexo, edad o nivel educativo).

Indicadores	Tópicos
	Índice de masa corporal.
Diabetes / Resistencia a la insulina	Tasa de prevalencia estandarizada por edad de receptores de fármacos antidiabéticos.
	Diabetes (excluida la gestacional) (por región, edad).
	Aumento de la glucemia/diabetes en adultos.
	Control de la diabetes.
Actividad física	Actividad física, activa o moderadamente activa (total o durante el tiempo libre, por sexo y/o edad).
	Sedentarismo/actividad física insuficiente.
	% de niñas y niños según el número de horas de actividad física a la semana.
	Poca actividad social o recreativa.
Cáncer	Mortalidad por cáncer (total, por sexo, edad).
	Incidencia del cáncer (total, por edad).
	Incidencia o mortalidad por cáncer de pulmón-
	Tasas de supervivencia cáncer (1-5 años de todos los cánceres/diagnosticados en estadios 1 y 2).
	Incidencia o mortalidad por cáncer de cérvix.
	Incidencia o mortalidad por cáncer infantil.
	Cribado de cáncer colorrectal, últimos 5 años (50-74 años)
VIH	Incidencia / prevalencia del VIH (total, por sexo, edad).
	Tasa de mortalidad relacionada con el sida.
	Personas seropositivas que conocen su estado serológico.
	Cobertura de la terapia antirretrovírica.
	Prevención de la transmisión de madre a hijo/a.
	Resultados de la prueba del VIH en pacientes con tuberculosis (resultados positivos).
Limitaciones de larga duración/enfermedades crónicas	Tasa de mortalidad por tuberculosis, VIH y hepatitis por sexo.
	Calidad de vida relacionada con la salud de las personas con dolencias de larga duración.
	Afecciones, limitaciones o enfermedades crónicas o de larga duración (total, por edad, sexo).
	Morbilidad crónica autodeclarada o limitaciones en las actividades cotidianas.
	Limitaciones funcionales físicas y sensoriales.
Tuberculosis	Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas por sexo.
	Incidencia/prevalencia de la tuberculosis (por país de origen, nacionalidad, edad y sexo).
	Evolución de la vacunación antituberculosa (BCG).
	Tasa de notificación de TB.
	Cobertura del tratamiento de la TB/pruebas de sensibilidad a los medicamentos (para infección activa, latente o farmacorresistente).
Consumo peligroso de alcohol	Tasa de mortalidad por tuberculosis, VIH y hepatitis por sexo.
	Consumo peligroso de alcohol/bebida excesiva (total, por edad).
	Muertes relacionadas con el alcohol (45-74 años).
	Consumo de alcohol de alto riesgo.
Utilización de médicos de cabecera	Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como consumo de alcohol per cápita (mayores de 15 años) durante un año civil en litros de alcohol puro.
	Consultas a profesionales sanitarios (incluidos médicos de cabecera/especialistas) (por periodo de tiempo).
	Utilización de la atención sanitaria (incluido el médico de cabecera).
	Experiencia en servicios de medicina general/servicios fuera del horario laboral
	% sin médico de cabecera.

Indicadores	Tópicos
Suicidio/autoagresión	Mortalidad por suicidio.
	Suicidio y mortalidad por lesiones de intención no determinada entre las personas con contacto reciente del SNS.
	Suicidios y autolesiones.
Recursos sanitarios	Camas hospitalarias.
	Centros sanitarios.
	% de zonas con falta de personal en sanidad y educación.
	Médicos empleados (total o tasa, por región).
	Personal quirúrgico especializado (por 100.000 habitantes).
Consumo de alcohol	Enfermeras empleadas, incluidas/excluidas las matronas (total y tasa).
	Consumo de alcohol (total, por sexo).
	Primeros ingresos hospitalarios por alcohol (menores de 75 años).
	Riesgo del alcohol.
Accidentes de tráfico (heridos y muertes)	Patrones de consumo de alcohol.
	Mortalidad causada por lesiones de tráfico (por 100.000 personas).
	Años de vida sana perdidos por accidentes de tráfico y caídas.
Consumo de alimentos (verduras, fruta, sal)	Lesiones y muertes en carretera (registradas y autodeclaradas).
	Consumo de fruta/verdura (total, por veces al día, por edad).
	Ingesta de sal.
Estudios primarios/analfabetismo	Escaso acceso a alimentos sanos.
	Población por estudios (incluido el abandono escolar prematuro).
	Jóvenes que no cursan estudios, no trabajan ni reciben formación.
	Días sin estudiar o sin trabajar.
	Resultados en matemáticas y alfabetización o años de educación.
Enfermedades respiratorias	Porcentaje de analfabetos o que no conocen bien el idioma.
	Tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias (incluida la EPOC, total, por edad).
	EPOC y enfermedades asociadas (CIE9MC: 490-496).
	Bronquitis y bronquiolitis aguda, incluido el enfisema (ICD9MC: 466).
Riesgos para la salud relacionados con el trabajo	Búsqueda de atención por síntomas de neumonía.
	Calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores.
	Enfermedades profesionales.
	Accidentes laborales.
	Densidad y distribución del personal sanitario.
Atención odontológica/salud bucodental	Riesgos sanitarios relacionados con el trabajo.
	Personas fallecidas en accidentes laborales.
	Consultas odontológicas, atención preventiva a las niñas y los niños menores de 3 años y a las niñas y los niños de 6 a 9 años (primer molar definitivo) con la colocación de sellantes y fluorizaciones dentales.
	Extracciones dentales en atención secundaria para niñas y niños menores de 10 años.
	Cuidado dental (cepillado regular de los dientes, visitas periódicas al dentista, dieta adecuada y el uso de agentes protectores).
	Enfermedades dentales (caries y enfermedad periodontal).
	Dolor o molestias dentales, último mes (mayores de 18 años)
Incapacidad para masticar.	
Política y legislación	Índice de dientes cariados (6-17 años).
	Medida de la eficacia de los cuidados posteriores al diagnóstico para mantener la independencia y mejorar la calidad de vida.



Indicadores	Tópicos
	Nuevos casos de enfermedades de declaración obligatoria según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y otras enfermedades de declaración obligatoria.
	Ayuda oficial al desarrollo neta total para la investigación médica y los sectores sanitarios básicos.
	Capacidad de reglamentación sanitaria internacional y preparación para emergencias sanitarias.
	Programas integrados en entornos, incluidos el lugar de trabajo, las escuelas y el hospital.
	Gasto en administraciones sanitarias públicas.
	Legislación, planes y fondos para luchar contra la discriminación y las desigualdades estructurales en salud.
	Prevención del VIH en poblaciones clave.
	Políticas y prácticas sobre modos (estilos) de vida saludables, incluida la nutrición.
	Prevención del VIH en poblaciones clave.
Fracturas de cadera y procedimientos quirúrgicos	Proporción de pacientes con fracturas de cadera que recuperan sus niveles previos de movilidad/capacidad para caminar a los 30 días de movilidad/capacidad para caminar a los 30 días
	Fracturas, incluidas fracturas de cadera, vertebrales y de antebrazo (CIE9MC: 800-829) (por provincia, sexo, edad)
	Número de intervenciones quirúrgicas incluyendo ACTP, cadera, cataratas (por 100.000 habitantes)
Fumadores habituales/consumo de tabaco	Fumar/consumo de tabaco (total, por frecuencia de consumo, edad, sexo, situación laboral y profesional y/o por dificultades para pagar las facturas).
	Consumo de tabaco y alcohol.
	Embarazadas fumadoras.

Fuente: Sergi Albert-Ballestar and Anna García-Altés. Measuring health inequalities: a systematic review of widely used indicators and topics. *International Journal for Equity in Health* (2021) 20:73. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01397-3>,



ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPOLITO UNANUE

Av. Paseo de la Republica N°3832, San Isidro – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611-3700

contacto@conhu.org.pe

<http://www.orasconhu.org>