

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Determinantes Sociales de la Salud:
Un análisis comparativo entre México, Brasil y Chile**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE MUÑOZ AGUIRRE

DIRECTOR

DR. ISRAEL LÓPEZ REYES

Ciudad de México, noviembre de 2020.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis profesores/as de la licenciatura de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por el apoyo brindando, en especial a mi director de tesis el D. en C. Israel López Reyes, por ser parte del pilar de esta tesis y no abandonarme en los momentos más difíciles; a mis tres lectores, la Mtra. Mayra Susana Carrillo, la Mtra. Yolanda Gómez Moreno y al D. en C. Miguel Ángel Godínez Gutiérrez, por su conocimiento proporcionado; y al M. en C. Sergio Lemus Alcántara por su ayuda cuando más lo necesitaba.

A mis padres, hermana y hermanos; les quiero agradecer por ser mi soporte y consuelo en momentos de felicidad y tristeza en el transcurso de esta investigación; en particular a José Trinidad Muñoz Aguirre, por su auxilio cuando lo necesitaba; así como a Erick Ortega Hernández por ser mi sostén en todo momento.

Y por último quiero agradecer a mi colega Luis Ángel González Rojo, por brindarme su conocimiento en la materia y apoyarme continuamente.

GRACIAS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
INTRODUCTION	9
DESARROLLO CAPITULAR	11
MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO I. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	11
CAPÍTULO II. CONTEXTO POLÍTICO Y ECONÓMICO EN AMÉRICA LATINA	17
CAPÍTULO III. EDUCACIÓN, EMPLEO, SALUD, ESPERANZA DE VIDA, MORTALIDAD Y MORBILIDAD EN MÉXICO, BRASIL Y CHILE	21
III.1. EDUCACIÓN	24
III.2. EMPLEO.....	25
III.3. SALUD.....	26
III.4 ESPERANZA DE VIDA.....	29
III.5 MORTALIDAD	29
III.6 MORBILIDAD.....	30
ANTECEDENTES	31
JUSTIFICACIÓN	33
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
HIPÓTESIS	35
OBJETIVO GENERAL	36
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
DELIMITACIÓN DEL TRABAJO	36
METODOLOGÍA	37
RESULTADOS	42
1. EDUCACIÓN	42
2. EMPLEO.....	48
3. SALUD.....	49
4. ESPERANZA DE VIDA.....	54
5. MORTALIDAD	55
6. MORBILIDAD	60

DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	75

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

1. EDUCACIÓN	42
1.1. Población analfabeta.....	42
Tabla 1. Porcentaje de analfabetas de México, Brasil y Chile 2005, 2010 y 2015.....	42
Gráfica 1. Porcentaje de la disminución de la población analfabeta del 2005 al 2015 en México, Brasil y Chile	43
1.2. Tasas netas de la matrícula en el primer nivel de educación (representada como porcentaje).	43
Tabla 2. Tasas netas (en porcentajes) de matrícula en el primer nivel de educación (primaria) en México, Brasil y Chile 2005, 2010 y 2015.	43
Gráfica 2. Porcentaje de la disminución o aumento de la tasa de la matrícula en el primer nivel de educación (primaria) en México, Brasil y Chile; considerando los datos de los años 2005, 2010 y 2015.....	44
1.3. Tasas netas de la matrícula en el segundo nivel de educación (representada como porcentaje).	45
Tabla 3. Tasas netas (en porcentajes) de matrícula en el segundo nivel de educación (secundaria) en México, Brasil y Chile 2005, 2010 y 2015.....	45
Gráfica 3. Porcentaje de la disminución o aumento de la tasa de la matrícula en el segundo nivel de educación (secundaria) en México, Brasil y Chile; considerando los datos de los años 2005, 2010 y 2015	46
1.4. Tasas netas de la matrícula en el tercer nivel de educación (representada como porcentaje).	46
Tabla 4. Tasas netas (en porcentajes) de matrícula en el tercer nivel de educación (preparatoria) en México, Brasil y Chile 2005, 2010 y 2015.	46
Gráfica 4. Porcentaje de la disminución o aumento de la tasa de la matrícula en el tercer nivel de educación (preparatoria) en México, Brasil y Chile; considerando los datos de los años 2005, 2010 y 2015.	47

2. EMPLEO	48
2.1. Población Económicamente Activa (PEA).....	48
Tabla 5. Tasas de la Población Económicamente Activa (PEA) total (porcentaje de la población total mayor de 15 años) de México, Brasil y Chile para los años 2005, 2010 y 2015.....	48
Gráfica 5. Tasas del avance y/o retroceso de la Población Económicamente Activa (PEA) (porcentaje de la población total mayor de 15 años) en México, Brasil y Chile durante los periodos de tiempo del 2005 al 2010, y del 2010 al 2015.....	49
3. SALUD	49
3.1. Gasto Público en Salud.....	49
Tabla 6. Gasto Público en Salud (porcentaje del PIB) de México, Brasil y Chile para los años 2005, 2010 y 2015.....	50
Gráfica 6. Aumento o en su caso disminución del Gasto Público en Salud (del porcentaje del PIB) por periodos del 2005 al 2010, y del 2010 al 2015 de México, Brasil y Chile.....	51
3.2. Personas derechohabientes.....	51
México	51
Tabla 7. Número de población derechohabiente de México correspondiente a cada institución de salud para los años 2005, 2010 y 2015.....	51
Gráfica 7. Avance del porcentaje de la población derechohabiente por institución de seguridad pública en México del periodo del 2005 al 2015..	52
Brasil.....	52
Chile.....	53
Tabla 8. Número de población derechohabiente en Chile para los años 2005, 2010 y 2015.	53
Gráfica 8. Avance o retroceso del porcentaje de la población derechohabiente por institución de seguridad pública en Chile del periodo del 2005 al 2015	54
4. ESPERANZA DE VIDA	54
Tabla 9. Esperanza de vida en México, Brasil y Chile para los años 2005, 2010 y 2015.	54
Gráfica 9. Avance de la esperanza de vida al nacer en porcentaje para México, Brasil y Chile en el periodo del 2005 al 2015.....	55

5. MORTALIDAD	55
5.1 Principales causas de mortalidad.....	55
México	56
Tabla 10. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en México para los años 2005, 2010 y 2015.....	56
Brasil.....	56
Tabla 11. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en Brasil del año 2005.....	56
Tabla 12. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en Brasil del año 2010.....	57
Tabla 13. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en Brasil del año 2015.....	57
Chile.....	58
Tabla 14. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en Chile para los años 2005, 2010 y 2015.....	58
5.2 Mortalidad materna	59
Tabla 15. Tasas de mortalidad materna en México, Brasil y Chile en los años 2005, 2010 y 2015.	59
5.3 Mortalidad infantil	60
Tabla 16. Tasas de mortalidad infantil en México, Brasil y Chile en los años 2005, 2010 y 2015.	60
6. MORBILIDAD	60
6.1 Cinco principales causas de morbilidad	60
Tabla 17. Tasas de las cinco principales causas de morbilidad en México para el año 2005.....	61
Tabla 18. Tasas de las cinco principales causas de morbilidad en México para el año 2010.....	61
Tabla 19. Tasas de las cinco principales causas de morbilidad en México para el año 2015.....	61

INTRODUCCIÓN

Los Determinantes Sociales de la Salud son considerados como las condiciones en que las personas nacen, viven y trabajan, los cuales tienen impacto en la calidad de vida de las personas, los determinantes son conocidos como las “causas de las causas” de las inequidades en salud, estos son fundamentales para una vida saludable. En el capítulo uno se desarrolla el concepto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS); se habla de la importancia de considerar los factores sociales y biológicos para poder mejorar las condiciones de vida de las personas; la relación que tiene la Promoción de la Salud con los Determinantes Sociales de la Salud, ya que la Promoción de la Salud es considerada como acciones basadas en la educación sanitaria y acciones del Estado; así como también se mencionan algunas conferencias internacionales de Promoción de la Salud, las cuales en las últimas de éstas ya se habla de la importancia de intervenir en los Determinantes Sociales de la Salud.

En el capítulo dos se comenta acerca de cómo es que los países latinoamericanos se han preocupado por mejorar las políticas públicas, en los años noventa se dio una gran producción teórica de enfoques y modelos diferentes de políticas públicas y programas para mejorar las condiciones de vida de las personas, para reducir las desigualdades, no obstante a pesar de los esfuerzos realizados, las desigualdades siguen estando presentes.

En el capítulo tres se habla de la importancia que tienen los determinantes que se consideran en esta tesis para mejorar las condiciones de vida de las personas, en tres países latinoamericanos en específico México, Brasil y Chile. La educación es uno de los primeros determinantes a considerar, ya que ésta es esencial para un desarrollo humano inclusivo y sostenible, así como también es un derecho de toda la humanidad; el siguiente determinante es el empleo, ya que este es uno de los principales causantes de las desiguales, también se considera a la salud, ya que es importante porque puede ser resultado de las buenas o malas políticas implementadas por el Estado, la esperanza de vida es otro indicador a considerar porque nos indica la capacidad que tienen las

personas de tener una vida larga y saludable, y por último consideramos la mortalidad y la morbilidad, ya que son indicadores sensibles del desarrollo de una nación.

Posteriormente se desarrollan los antecedentes para dar a conocer algunos textos de interés relacionados al tema de esta tesis; en seguida se muestra la justificación, en donde se desglosa el porqué es importante este tema; después está el planteamiento del problema y la hipótesis que nos planteamos, luego se menciona el objetivo general y los objetivos específicos, con los que se trabajó en esta tesis; seguidamente se propone la metodología con la que se trabajó; y por último se encuentran los resultados, las discusiones de cada determinante y las conclusiones con las que se trata de evidenciar la importancia que tiene la Promoción de la Salud en la implementación de políticas dirigidas a la población.

INTRODUCTION

The Social Determinants of Health are the conditions in which people are born, live, and work, that impact people's quality of life. These determinants, which are essential for a healthy life, are known as the "causes of the causes" of health inequities. In chapter one, the concept of Social Determinants of Health (SDH) is developed. There is a discussion of the importance of considering social and biological factors to improve people's living conditions. There is an examination of the relationship between the Promotion of Health based on Social Determinants of Health since Health Promotion is defined as the actions in Health Education and the State actions. International conferences on Health Promotion are also mentioned since these focus on the importance of intervening in the Social Determinants of Health.

Chapter two comments on how Latin American countries have been concerned with improving public policies. In the nineties, there were many theoretical, approaches and models of public policies and programs to improve people's living conditions and reduce inequalities; however, inequalities are still present despite the efforts made.

Chapter three focuses on the importance of the determinants considered in this thesis in improving people's living conditions in three Latin American countries, specifically Mexico, Brazil, and Chile. Education is one of the first determinants to consider since it is essential for inclusive and sustainable human development. Moreover, education is also a fundamental human right. The next determinant considered is employment, since this is one of the leading causes of inequalities. Health is also considered since it can result from good or bad policies implemented by the State. Life expectancy is another indicator to consider because it indicates people's ability to have a long and healthy life. Finally, mortality and morbidity are considered since they are receptive indicators of the development of a nation.

The antecedents mentioned above are developed in order to present some texts that relate to the subject of this thesis. Subsequently, the relationship

between these antecedents and texts is justified, and the importance of this topic is broken down. Then, the statement of the problem and the hypothesis that we propose are shown. Afterward, the approach of the problem, as well as the hypothesis, are detailed. This is followed by the articulation of the methodology that was proposed and applied. Finally, the results, the discussions of each determinant, and the conclusions, with which importance of Health Promotion in implementing policies directed to the population demonstrated, are listed.

DESARROLLO CAPITULAR

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son considerados como las condiciones sociales en que las personas nacen, viven y trabajan, las cuales tienen impacto sobre la salud de los individuos (Frenz, 2005). Estos también son conocidos como las “causas de las causas” de las inequidades en salud, los Determinantes Sociales de la Salud son fundamentales para una vida saludable, así como para el acceso a los servicios de salud, los cuales deben abordarse desde el marco de la cobertura universal de salud, ya que tanto los determinantes como la cobertura universal son cruciales para lograr una mayor equidad en la salud como menciona Vega y Frenz (S/F) (Citado en: Marmot, Pellegrini, Vega, Solar y Fortune, 2013).

Los Determinantes Sociales de la Salud no son un tema nuevo en América Latina; desde los años setentas y ochentas del siglo XX se habla de este término, estos están basados en la atención primaria inicialmente; y posteriormente por las directrices de la Promoción de la Salud, además entienden a la sociedad en su realidad poblacional, como la sumatoria de los individuos (Morales, Borde, Eslava y Concha, 2013).

Otros autores como Jaime Breilh no están de acuerdo en el término “Determinantes” sino con la “determinación”, él nos menciona que “en los años setentas se crearon las condiciones para que varios núcleos de la medicina social de América Latina se enfocarán en la relación entre el orden social capitalista y la salud, escenario en que nos fue posible proponer de manera directa y pormenorizada el uso de la noción de *determinación social de la salud* en la epidemiología”. La determinación Social propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir (Breilh, 2013).

La Determinación Social de la Salud a diferencia de los Determinantes Sociales de la Salud tiene como idea central a la salud-enfermedad como un proceso dialéctico, así como también sostiene una perspectiva conflictual entre lo biológico y lo social (Morales, Borde, Eslava y Concha, 2013).

Los Determinantes Sociales de la Salud son indispensables para la reducción de las inequidades existentes en salud, éstas aluden al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y el acceso desiguales; por lo que la inequidad es la injusticia produciendo desigualdades, siendo éstas consideradas como una injusticia en el acceso y una disparidad en la calidad de vida. Por lo que se puede decir que las desigualdades se miden y las inequidades se juzgan (González, 2009). La desigualdad tiene implicaciones importantes tanto para la salud como para los Determinantes Sociales, ya que conduce a una mayor estratificación e inequidad en los países y entre ellos (Marmot, Pellegrini, Vega, Solar y Fortune, 2013).

En el siglo XIX se postuló la salud como motivo de preocupación social, la medicina social también hace referencia en que las condiciones sociales y económicas tienen una relación estrecha con la salud y la enfermedad de las personas. En los años setentas se desarrolló un pensamiento innovador crítico y con base social en la salud, lo cual ha permitido explicar las desigualdades en salud que existen en las sociedades (Arellano, Escudero y Carmona, 2008).

A partir de los años setentas se comenzó a tener mayor conciencia sobre la importancia de implementar políticas y programas de salud analizando los DSS para mejorar la calidad de vida de las personas, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) menciona que “para lograr una equidad en salud, se necesitan políticas sociales que empoderen a los individuos, comunidades y países y la redistribución de la riqueza social, a fin de promover una vida saludable y prospera” (citado en: González, 2009).

En 1972 en Estocolmo, Suecia, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente Humano dio lugar a la significación de las políticas sobre la salud y condiciones de vida de las personas. Como bien lo dice el nombre de

esta conferencia, el primer objetivo era mejorar el medio ambiente para así mejorar la salud de las personas; en esta conferencia se menciona que la mayoría de los problemas ambientales se dan debido a que millones de personas siguen viviendo por debajo de los niveles mínimos necesarios, privadas de alimentación y vestido, de vivienda y educación, de sanidad e higiene adecuadas; así como también se dieron algunas resoluciones, las cuales incluían implementar acciones ligadas al desarrollo y la elaboración de tratados (Revisado en: Covert, Leone y Rosen, 2011).

En 1974 Marc Lalonde (como se citó en Galli, Pagés y Swieszkowski, 2017) partió de la base de que la salud y/o la enfermedad no están relacionadas simplemente con factores biológicos, sino que la mayoría de las causas por las que se da la salud y/o la enfermedad tienen una base marcada en lo socioeconómico.

Lalonde clasificó cuatro grandes categorías de los Determinantes de la Salud las cuales son: Medio ambiente, estilo de vida, biología humana y servicios de atención (Galli, Pagés y Swieszkowski, 2017). Como se puede observar estas categorías incluyen factores que determinan las condiciones de vida de las personas, van desde lo particular hasta lo general, con lo cual son importantes las decisiones que los individuos toman respecto a su salud, así como también son importantes las políticas que son dirigidas a la salud y la enfermedad de las personas. La mayoría de estas políticas se basan en el tratamiento de la enfermedad y no en la causa de las causas. Es por ello que Lalonde dio un enfoque orientado a la Promoción de la Salud y a la prevención de enfermedades (Galli, Pagés y Swieszkowski, 2017).

Incluso mucho antes que Lalonde, Sigerist en 1948 (como se citó en Villar, 2011) sostuvo que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”. Es decir, para mejorar la salud tenemos que promoverla, esto es tarea esencial de la Promoción de la Salud para poder lograr un acceso equitativo a la salud y así evitar desigualdades sanitarias. Con esto podemos ver entonces que desde mucho antes de los años setentas la

Promoción de la Salud se veía relacionada con los factores sociales y biológicos para mejorar y preservar la salud en las sociedades.

La Promoción de la Salud (PS) también ha estado presente como un término para referirse a acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y a acciones del Estado para mejorar las condiciones de las personas, por el otro (Restrepo y Málaga, 2001). La PS tiene que ver con la mejora de los Determinantes Sociales de la Salud, interviniendo en éstos, a través del enfoque intersectorial, para mejorar la salud de las personas, Hancock en 1994 (Citado en Restrepo y Málaga, 2001) la refiere como “la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder”.

Para que un individuo pueda satisfacer sus necesidades depende en gran escala del Estado, quien debe proporcionar los medios. La Promoción de la Salud como uno de ellos, permite dirigirse a la población, especialmente a aquella más vulnerable, debido a que ésta proporciona herramientas conceptuales y metodológicas, que les permiten a los individuos tomar un adecuado control sobre su salud y mantenerla en buen estado o bien mejorarla en caso de que sea necesario (Villar, 2011).

A finales del siglo XX; y a mediados del siglo XXI fueron celebradas diversas conferencias de Promoción de la Salud y aunque en las primeras de estas conferencias no se menciona textualmente el concepto de DSS, si hacen referencia a ellos, y en las últimas de estas conferencias el concepto de DSS ya está presente; a continuación se mencionan algunas de las conferencias de Promoción de la Salud:

- Conferencia Internacional sobre Atención primaria de Salud, Alma Ata, 1978.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986.
- Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas, 1988.
- Declaración de Sundsvall sobre los Ambientes Favorables a la Salud, 1991.
- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI, 1997.
- Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad, México, 2000.

- Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado, 2005.
- La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud, Nairobi, 2009.
- Promover la salud, promover el desarrollo sostenible: Salud para todos y todos para la salud, Shanghai, 2016.

Estas conferencias de manera general tuvieron un objetivo en común, el cual era mejorar la salud y las condiciones de vida, así como disminuir las desigualdades que existen en la salud de las personas mediante políticas y acciones interviniendo en los DSS.

Según las conferencias mencionadas, existen actores principales que intervienen en la salud de las personas, algunos de estos son las políticas, la economía, la educación, la vivienda, la alimentación, la justicia social, un ecosistema estable, entre otros; los cuales se deben de mejorar ya que estos determinan la salud de las personas. Para poder intervenir en éstos se necesita la creación de políticas, estrategias y acciones dirigidas a los DSS con la intervención de la Promoción de la Salud, que también es fundamental en la implementación de estas políticas y acciones (Mejía, 2013).

Antes de la conferencia de Bangkok (2005); en Canadá en el año 2002 fue celebrada una reunión titulada “The Social Determinants of Health: An Overview of the Implications for Policy and the Role of the Health Sector” en la cual se identificaron diversos Determinantes Sociales de la Salud claves de la población canadiense; algunos de estos determinantes son:

- Ingresos y nivel social,
- Educación,
- Empleo/condiciones de trabajo,
- Entornos sociales,
- Características biológicas y genéticas,
- Servicios de salud y
- Género (Revisado en: Álvarez, García y Bonet, 2007).

Los determinantes anteriores nos ayudan a identificar con mayor claridad cuáles son las desigualdades existentes para la población canadiense y para otras poblaciones. Cuando se identifican estas desigualdades, no importan los esfuerzos y la inversión económica que se tenga que hacer para prevenir, curar y rehabilitar, es decir, tratar de restaurar la salud perdida.

A pesar de los esfuerzos que se han realizado en diversos países las inequidades en salud siguen estando presentes (Marmot, Pellegrini, Vega, Solar y Fortune, 2013), sobre todo en aquellos países con menos desarrollo, aunque en distintas conferencias se ha mencionado la importancia de actuar sobre diversos DSS.

Posteriormente, en el año 2005 se creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), en donde se analizaron los principales problemas de salud, cuyo propósito era resumir información científica sobre cómo las relaciones de empleo, los servicios sanitarios, la globalización, el bajo salario, las malas condiciones de vivienda, alimentación, etc. producen desigualdades en salud en el mundo entero. Esta comisión fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el entonces Director General Lee Jong-wook (Benach, Muntaner, Tarafa y Vergara, 2012).

En el año 2008 se presentó el informe final de esta Comisión titulado “Subsanar desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud”. En el cual se pueden ver las causas de las causas, es decir los factores sociales que determinan la salud de las personas, para actuar sobre estos determinantes y de esta forma poder disminuir las desigualdades en las poblaciones, ya mencionadas anteriormente (Benach, Muntaner, Tarafa y Vergara, 2012).

El informe mencionado también contiene algunos temas y recomendaciones, las cuales tienen que ver con la mejora de las condiciones de vida, justicia social, empleo justo, la financiación de los países más pobres, y la necesidad de la implementación de políticas públicas incluyendo la salud en todas éstas y no solo la prevención de las enfermedades (Benach, Muntaner, Tarafa y

Vergara, 2012). Dentro de este informe se menciona que las desigualdades son *“síntoma de las políticas fallidas y de inequidades en las condiciones de vida, del acceso al poder, a los recursos y la participación en la sociedad”* (Arellano, Escudero y Carmona, 2008).

Es por ello que en el siguiente capítulo de este trabajo de tesis se menciona la importancia de la implementación de las políticas públicas en América Latina, en particular en los países considerados en este estudio, los cuales son México, Brasil y Chile.

CAPÍTULO II. CONTEXTO POLÍTICO Y ECONÓMICO EN AMÉRICA LATINA

Para reducir las desigualdades en salud, el Estado es responsable de adoptar aquellas políticas que establezcan un entorno económico, social y político que favorezca el bienestar a través de las políticas implementadas; no obstante la población también tiene el deber de participar en la creación de dichas políticas para identificar cuáles son las desigualdades de manera individual y colectiva. De esta forma los sujetos pueden mejorar sus estilos de vida, y al mismo tiempo mejorar las condiciones de vida para evitar desigualdades de salud existentes a nivel local, estatal, nacional e incluso a nivel mundial (Arellano, Escudero y Carmona, 2008).

En América Latina los Estados se han preocupado por mejorar las condiciones de vida de la población, por lo cual han creado nuevas políticas públicas siguiendo los derechos sociales de las personas tratando de disminuir las desigualdades en salud por ejemplo, la pobreza, el sistema de salud, el empleo, la educación, entre otras. Estos países tratan de adherirse a políticas públicas que incidan en la mejora de la salud de la población, desde mejorar la economía hasta la universalidad de los sistemas de salud, tratando así de mejorar las condiciones de vida (Martínez, 2008).

“En la década de los noventa se dio una gran producción teórica de enfoques y modelos en las diferentes etapas de la política pública: formulación, implementación y evaluación” (Fuenmayor, 2014). Esto debido a la

desorientación de las políticas públicas, los pocos resultados que éstas generaban y que daban como resultado las continuas desigualdades existentes.

“En América Latina el escaso éxito logrado en el crecimiento económico y la reducción de la pobreza y la desigualdad ha disminuido el entusiasmo por las reformas en los últimos años. En cambio, se han fortalecido las dudas en relación con la eficacia de las mismas y el debate sobre el rumbo a seguir en política económica y social, para alcanzar la borrosa meta del desarrollo sostenible con equidad a la que aspira la sociedad latinoamericana” (Martínez, 2008).

En las últimas décadas en América Latina se han tratado de implementar políticas públicas en beneficio para la población, la mayoría de éstas “bajo dominio de la racionalidad económica” (Fuenmayor, 2014). Es decir y como se menciona con anterioridad, el propósito de las políticas siempre ha sido implementarlas desde un enfoque económico-social y aunque la economía es uno de los principales factores de desigualdades en América Latina, también hay otros factores importantes para la reducción de las desigualdades, y hacia los cuales deben de estar dirigidas estas políticas; entre estos factores están, la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad, que hasta la actualidad siguen estando en altos niveles de desigualdad.

El objetivo de la política pública en general es lograr un nivel máximo alcanzable de salud poblacional sin diferencias sociales. Esto obliga a actuar sobre las raíces socioeconómicas de las diferencias en salud, o lo que se conoce mejor aún como los Determinantes Sociales Estructurales de la Salud (Frenz y Titelman, 2013).

En 1980 se realizó una conferencia en Washington, patrocinada por el Instituto Internacional de Economía, en la cual una de las conclusiones a la que se llegó

fue que los Estados debían de priorizar el gasto público en educación y salud. Siendo de esta forma en que los neoliberales ponían a la educación como un medio para evitar la exclusión por lo cual se empezó a aumentar el gasto público en educación, pero la educación solamente era vista por éstos como un adiestramiento técnico-profesional y así las personas se convierten en empleados pero no empleadores, con lo cual no se mejora del todo la calidad de vida de las personas. Y respecto a la salud lo único que se aseguraba era aumentar el gasto público de ésta y mejorar la salud por medio de las políticas que se implementarían, sin embargo aún con esto, la exclusión fue aumentando por efecto del neoliberalismo (Del Búfalo, 2002).

En los años ochenta el modelo neoliberal en América Latina tuvo un objetivo principal, el cual era mejorar el crecimiento económico de los países, lograr una mejor asignación de recursos para mejorar el crecimiento y eliminar progresivamente la pobreza; generando empresas, importaciones y exportaciones, entre otras políticas y reformas que intervenían en la economía de los países de toda esta región (Del Búfalo, 2002).

Pero el objetivo de dicho modelo no se cumplió del todo, mucho de lo que provocó el modelo neoliberal en los años ochenta y noventa fue una economía estancada y agobiada por la deuda externa.

México fue uno de los pocos países que pudieron soportar la industrialización de bienes intermedios y de capital, con ello se dio un endeudamiento insoportable, por lo que en 1994 hubo una crisis económica, que recayó en algunos países latinoamericanos como es el caso de México.

Brasil al igual que México soportó la industrialización de bienes y de capital, con un gran endeudamiento.

Chile, a diferencia de estos dos y otros tantos países, contrastó en las situaciones de estancamiento e inflación; durante esta deuda Chile recibió una fuerte ayuda preferencial de organismos multilaterales y logró una cierta diversificación de sus exportaciones, con lo cual mejoró considerablemente su

situación económica, y así Chile se volvió un ejemplo a seguir dentro del modelo neoliberal (Del Búfalo, 2002).

A medida que el modelo avanzaba éste entraba en crisis, los gobiernos empezaron a descuidar el gasto social enfocándose en invertir grandes cantidades de dinero al déficit de empresas públicas mientras que las escuelas y los hospitales se deterioraban (Del Búfalo, 2002).

A pesar de las fallas que el modelo neoliberal tuvo en los años ochenta y noventa; en el siglo XXI en América Latina se continúa con una lucha constante en la implementación de políticas públicas para la reducción de las desigualdades que existen a nivel nacional. Es por ello que cada uno de los países involucrados en la implementación de estas políticas, trata de enfocarse en las problemáticas sociales según sus indicadores. En la mayoría de estas naciones se ha mejorado el desarrollo económico y con ello los DSS, los cuales dependen de las políticas públicas implementadas en cada país.

En el año 2000 la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas junto con los líderes de 189 naciones, incluidas México, Brasil y Chile, establecieron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, que van desde la reducción de la pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA (ONU, S/F).

Desde entonces se han desarrollado planes y estrategias para mejorar las condiciones de vida de las personas. Por ejemplo, en México se han creado diversas políticas públicas con el propósito de reducir las inequidades existentes a nivel nacional. Los tres Planes Nacionales de Desarrollo (PND) elaborados desde el 2000 hasta el 2018 son similares, en estos se abordan las temáticas para reducir estas inequidades por medio de Programas Sectoriales, los cuales van enfocados desde mejorar la calidad de vida hasta luchar contra la distribución inequitativa del poder, el dinero y los recursos (Urbina, 2016).

En Brasil, al igual que en México se han desarrollado planes y estrategias para la reducción de inequidades. El Plan Plurianual (PPA) es un instrumento utilizado con la intención de organizar y hacer cumplir los fundamentos y

objetivos planificados de la república, del 2004 al 2015 se han desarrollado tres PPA con el fin de abordar las estrategias y acciones para la reducción de las inequidades. En Brasil se estableció la Comisión Nacional de los Determinantes Sociales de la Salud, así como el programa “Bolsa Familia de Brasil”, para promover y mejorar el acceso a redes de servicios públicos para la salud, el bienestar social, la educación y la asistencia social con el fin de reducir la pobreza y las inequidades (Marmot, Pellegrini, Vega, Solar y Fortune, 2013).

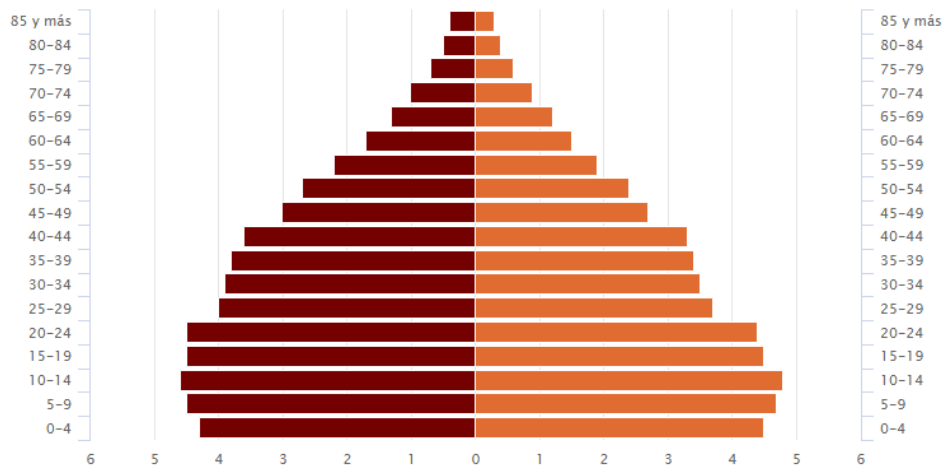
En Chile, al igual que México y Brasil se hacen programas y acciones por medio del Programa de Gobierno, del 2006 al 2014 se consideran dos Programas en donde se abordan las principales problemáticas para disminuir las inequidades, mejorando la calidad de la educación, de los servicios de salud, y del empleo.

Estos son algunos de los programas y estrategias que han desarrollado los países considerados, con el propósito de reducir las inequidades existentes a nivel nacional, que están enfocados en la economía, la salud, la educación, el empleo, y otros más Determinantes Sociales de la Salud.

CAPÍTULO III. EDUCACIÓN, EMPLEO, SALUD, ESPERANZA DE VIDA, MORTALIDAD Y MORBILIDAD EN MÉXICO, BRASIL Y CHILE

Como se menciona con anterioridad, es muy importante la implementación de políticas públicas para la mejora de las condiciones de vida de las personas, así como es necesario que se tomen en cuenta factores importantes como la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad, los cuales son los DSS que se consideran en esta tesis. En este capítulo se sitúan las pirámides poblacionales de México, Brasil y Chile, ya que éstas nos permiten explicar diversos comportamientos de la población, principalmente la fecundidad y la mortalidad (Rodríguez, Álvarez y Castañeda, 2007); así como también se definen los determinantes considerados y la importancia que tienen para mejorar las condiciones de vida de las personas.

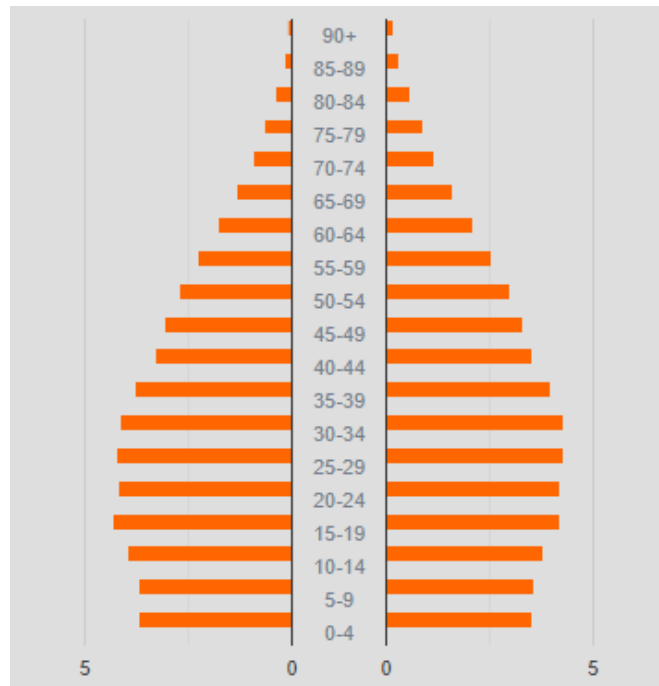
Actualmente los Estados Unidos Mexicanos cuentan con un territorio de 5,120,679 Km², este está conformado por 32 entidades federativas (INEGI, S/F), la moneda nacional de México es el Peso Mexicano (MXN\$). A continuación se muestra la pirámide poblacional de México en el año 2017:



Pirámide poblacional de México, 2017. Fuente: INEGI. (2017). Población. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>

Las pirámides poblacionales están divididas por sexo, en el caso de México las mujeres están representadas con el color vino y los hombres con el color naranja. Esta pirámide nos indica que hay una alta proporción de niños y jóvenes, esto es debido a una alta fecundidad y mortalidad; y por otro lado, una esperanza de vida baja.

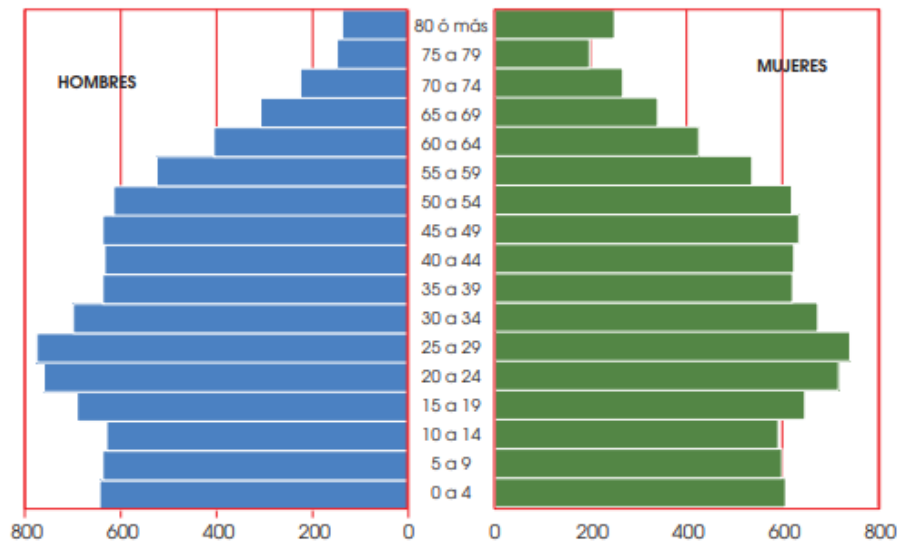
En el caso de Brasil su territorio es de 8,511,965 Km² (Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación, 2019), Brasil está conformado por 26 Estados y un Distrito Federal (SELA, S/F) y su moneda nacional es el Real Brasileño (R\$). Su pirámide poblacional se representa a continuación:



Pirámide poblacional de Brasil, 2017. Fuente: IBGE. (2017). Pirámide Poblacional 2010-2060 Brasil y Distrito Federal. Recuperado de: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_piramideplay.php

En la pirámide poblacional de Brasil, se representa en el lado izquierdo a los hombres y en el lado derecho las mujeres, en esta pirámide se observa que la población está en proceso de envejecimiento, es decir, tienen una fecundidad y mortalidad baja, con una esperanza de vida creciente.

En Chile a diferencia de esos dos países mencionados, su territorio es más pequeño es de 756,252 km² (SIAGUA, S/F), es decir, Chile es casi 6 veces más pequeño que México, y casi 10 veces menor que Brasil en territorio. Chile se divide en 15 regiones y la moneda de este país es el Peso Chileno (CPL\$). En seguida se muestra la pirámide poblacional de Chile.



Pirámide poblacional de Chile, 2017. Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Anuario de Estadísticas Vitales. Recuperado de: <https://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2017/anuario-de-estadisticas-vitales-2015.pdf>

En la pirámide poblacional de Chile las mujeres están representadas de color verde y los hombres de color azul, esta pirámide es una pirámide regresiva, es decir, tiene una fecundidad y mortalidad baja y una esperanza de vida alta, con lo cual se entiende que es una población en su mayoría de edad avanzada.

En seguida se definen y se explica la importancia de todos y cada uno de los determinantes a considerar en este trabajo de tesis.

III.1. EDUCACIÓN

Uno de los principales determinantes a considerar en este trabajo de investigación documental correspondiente a esta tesis, fue la educación, ya que ésta es esencial para un desarrollo humano, inclusivo y sostenible, la educación también es un derecho de toda la humanidad (UNESCO, 2014).

Como se mencionó con anterioridad, la educación empezó a promocionarse con el propósito de educar personas para que fueran empleadas y no empleadores, con el paso de los años la educación no solo ha ofrecido empleados a la sociedad, sino que ésta promueve la inclusión social, la tolerancia y el respeto a la diversidad con lo cual también hay menores tasas de mortalidad materna infantil, reducción en las tasas de infección por Virus de

Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), entre otras. (UNESCO, 2014). De este determinante, para este trabajo de investigación, se consideraron dos indicadores, los cuales son: la población analfabeta y la matrícula escolar del primer, segundo y tercer nivel de educación de cada país contemplado.

Dentro de la población analfabeta se considera a todas las personas que no saben leer ni escribir, actualmente no solo se hace referencia a lo antes mencionado, sino también al adquirir competencias para un efectivo desempeño social y productivo de las personas y la sociedad (UNESCO, 2006. Como se citó en: CEPAL, 2009).

La tasa neta de matrícula escolar es definida como el número de alumnos del grupo de edad correspondiente teóricamente a un nivel de educación dado. Una tasa elevada indica una buena cobertura de la población en edad escolar oficial (UNESCO, 2009).

III.2. EMPLEO

Como anteriormente se mencionó, desde los años setenta la mayoría de los países Latinoamericanos cuentan con un sistema económico semejante, el neoliberalismo. La economía es uno de los determinantes principales causantes de las desigualdades en salud, es por ello que es considerada en esta tesis, específicamente la Población Económicamente Activa, la cual en 1988 fue definida por la Organización Internacional del Trabajo como: todas las personas de uno u otro sexo que aportan su trabajo para producir bienes y servicios económicos [...] estas personas pueden estar empleadas o desempleadas. En el empleo se considera a todas aquellas personas que tengan cierta edad específica (dependiendo el país) y que durante un breve periodo de referencia, tal como una semana o un día, tuvieran un empleo asalariado o un empleo independiente (como se citó en: Neffa, Panigo, Pérez y Persia, 2014).

En América Latina dentro del sistema económico se han tratado de generar mayores empleos con menos desigualdades, sin embargo, a pesar de los

esfuerzos se sigue generando una grave exclusión, desigualdad y pobreza en estos países (Del Búfalo, 2002).

III.3. SALUD

Otro DSS considerado en esta tesis es la salud, la cual es definida por Briceño (2000) como “una síntesis de multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (como se citó en: Alcántara, 2008).

En general se puede decir que la salud es diversa, en ésta intervienen múltiples factores que van desde lo biológico hasta lo social y de lo individual a lo colectivo; así como también podemos decir que la salud puede ser objetiva o subjetiva. De este indicador se tomaron en cuenta el gasto público en salud y las personas beneficiarias de los sistemas de salud de México, Brasil y Chile.

El gasto público representa el principal instrumento disponible en las sociedades para promover la equidad del desarrollo humano en economías mixtas, especialmente en condiciones de extrema desigualdad, apoyando la capacidad de gasto privado en los hogares (Scott, 2011). Por lo tanto el gasto público en salud nos ayudará a identificar el desarrollo y las condiciones en las que se encontraba el sistema de salud de México, Brasil y Chile, en los años contemplados.

Otro de los indicadores en salud es la población beneficiaria de cada uno de los sistemas de salud de los países considerados. Esta población beneficiaria es considerada como todas aquellas personas que tienen acceso gratuito a algún sistema y/o servicio de salud público.

Es importante conocer cómo están organizados los sistemas de salud de cada país considerado en esta tesis, ya que esto nos da una idea de la población que tiene acceso a los servicios de salud. A continuación se menciona brevemente cómo están organizados los sistemas de salud de cada país contemplado en este trabajo.

El sistema de salud mexicano estaba compuesto (hasta el 2015) por dos sectores, el público y el privado. El sector público comprendía a las instituciones de seguridad social, que prestan servicio a los trabajadores del sector formal de la economía, las cuales son:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Petróleos Mexicanos (PEMEX)
- Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
- Secretaría de Marina (SEMAR), entre otros.

Y las instituciones o programas que prestaban servicio a la población sin seguridad social eran:

- Seguro Popular (SPS)
- Secretaría de Salud (SSa)
- Servicios Estatales de Salud (SESA)
- Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O)

El financiamiento de estas instituciones proviene de contribuciones gubernamentales, del empleador y de los empleados. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago (Octavio, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011).

Para las personas derechohabientes, no se considera la población afiliada al Seguro popular, ya que este programa aprobado en el 2004 anhelaba una cobertura “universal”, aunque paradójicamente antes de la implementación de este, la población ya contaba con un “derecho” constitucional a la salud, solo que ahora con el Seguro Popular en virtud de esa “universalidad”, se ofrecían exactamente los mismos servicios de salud que ya recibían los ciudadanos sin seguridad social, pero en peores condiciones y pagado por ellos, lo cual llamaban prepago o pago diferenciado (Leal, 2013), es por ello que no era un servicio gratuito del todo.

Actualmente se planea trabajar con un modelo distinto al Seguro Popular, este es por medio del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), fundado en 2020, con el cual se pretende establecer una organización de los servicios y el proceder para la Promoción de la Salud, la prevención de las enfermedades, la mejoría y la recuperación de la salud, entre otras más estrategias que van desde el autocuidado personal hasta la acción sobre los Determinantes Sociales y Ambientales que actúan negativamente en la salud (SELA, 2019).

El sistema de salud de Brasil al igual que el de México, está conformado por un sector público y uno privado. En este caso, el sector público está constituido únicamente por el Sistema Único de Salud (SUS). Este está financiado con contribuciones de impuestos federales, estatales y municipales. El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria, el cual está financiado con recursos de las empresas y/o familias. Este sector también está destinado a la población con capacidad de pago (Becerril, Medina y Aquino, 2011).

Y por último el sistema de salud de Chile, que al igual que los anteriores está conformado por un sector público y uno privado.

En Chile el sector público está conformado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) los cuales son:

- Ministerio de Salud y sus organismos dependientes
- Instituto de Salud Pública
- Central de Abastecimiento
- Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- Superintendencia de Salud

Este sector está financiado con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos. El sector privado se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (Becerril, Reyes y Manuel, 2011).

Los tres sistemas de salud antes mencionados deberían permitir a las personas elegir en que sistema de salud pertenecer, si al público o al privado, pero la mayoría de las ocasiones el gasto de bolsillo suele ser mayor (Lechuga y Mayen, 2009) ya que las instituciones públicas no se dan abasto con la población a cubrir.

III.4 ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida es considerada como el número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica (PAHO, S/F).

Aunque la esperanza de vida ha aumentado sustancialmente en la mayoría de los países durante los últimos tres decenios, la medición no revela si los años vividos son saludables y placenteros. Es importante este indicador porque nos puede indicar la capacidad que tienen las personas de tener una vida larga y saludable para cada nación (PNUD, 2018).

III.5 MORTALIDAD

La mortalidad expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado; la mortalidad general es el volumen de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedades en todos los grupos de edad y para ambos sexos (Moreno, López y Corcho, 2000). En este indicador consideramos la mortalidad materna y la mortalidad infantil.

La mortalidad materna es considerada como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. Este es uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de una nación, ya que si hay altos niveles de éste, se puede evidenciar la inequidad, falta de acceso y la deficiente calidad de atención en los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2016).

La mortalidad infantil es la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida. Ya que la mayoría de las muertes en menores de un año son prevenibles, se considera un indicador de la calidad de vida y bienestar de una población y es imprescindible como indicador de monitoreo del derecho a la salud. La sobre-mortalidad infantil puede interpretarse como una brecha en la implementación del derecho a la salud, producto de la discriminación estructural (Oyarce, Ribotta y Pedrero, 2010).

III.6 MORBILIDAD

La morbilidad hace referencia a la presencia de una enfermedad o síntoma de enfermedad en una población, ésta tiene un aspecto esencial para la planificación sanitaria y la asignación de los recursos (Martín, Esnaola, Audicana y Bacigalupe, 2011). Es decir, es importante para mejorar las políticas públicas en salud según las enfermedades de la población.

ANTECEDENTES

Con el propósito de generar un estudio pertinente con base en los datos recabados de la investigación estadística comparativa de algunos Determinantes Sociales de la Salud, nos dimos a la labor de investigar artículos, revistas, estudios, etc. relacionados y/o similares con el objetivo de investigación de esta tesis, que nos permitieran mostrar algún antecedente sobre dicho tema. Cabe mencionar que no se encontraron muchos documentos similares al tema de estudio, a pesar de que bastantes hablan de Determinantes Sociales de la Salud, muy pocos hacen una comparación como la realizada en este trabajo de tesis.

El primero de estos documentos considerado como antecedente fue escrito en el siglo pasado, en el año 1991, titulado “Desarrollo económico y salud”. Escrito por Molina R., Romero R. y Trejo J. en este ensayo se comparó el desarrollo económico con el nivel de salud de la población con el propósito de conocer la relación que estos dos tienen; primeramente se hizo una recopilación bibliográfica en la cual se habló acerca del desarrollo económico y posteriormente de la relación que este tiene con la salud de la población en el cual se consideraron algunos indicadores, como: el Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita, la mortalidad materna, la esperanza de vida al nacer, la población con acceso a agua, entre otros; esto para cinco países, los cuales fueron, Colombia, Costa Rica, México, Inglaterra y Estados Unidos. En ese ensayo se finaliza resaltando la importancia de mejorar las políticas públicas de salud, ya que éstas están más enfocadas en el crecimiento industrial que en la calidad de vida de las personas, de esta forma se menciona que si el PNB es alto, las personas tienen mejor salud y si es bajo por ende tienen peor salud.

El segundo de estos textos, fue el que mayor semejanza tuvo respecto a la investigación que se realizó en esta tesis, ese artículo es titulado “Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina”. Escrito por London S., Temporelli K. y Monterubblanesi P. en el año 2009. En ese texto se analiza la relación sobre las condiciones socioeconómicas y la

salud. Primeramente, por medio de una recopilación bibliográfica sobre la relación de estos determinantes, en donde se observa la vinculación que tienen las condiciones socioeconómicas y de salud, tales como el ingreso y la pobreza, así como también se evidencia el vínculo existente de la educación con la salud. Posteriormente en ese trabajo se muestra la relación entre estos determinantes (condiciones socioeconómicas, salud, ingreso, pobreza y educación) y se habla de los países latinoamericanos en el contexto del mundo. En esa misma investigación se analizó la relación entre, salud, educación e ingreso. Las variables consideradas fueron: esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil, tasa de alfabetismo, paridad del poder adquisitivo (PPA) y población por debajo de la línea de pobreza, y para hacer el análisis de estas variables se utilizó estadística comparativa como herramienta. Para finalizar en ese estudio se concluye que existe una fuerte vinculación entre el ingreso, la educación y la salud. Así como también gracias a la revisión bibliográfica se concluye que un mal desarrollo genera pobreza y malas condiciones en los sistemas de salud de los países Latinoamericanos (London, Temporelli y Monterubblanesi, 2009).

El tercero y último de estos documentos es titulado "Identifying Vulnerable Populations Using a Social Determinants of Health Framework: Analysis of National Survey Data across Six Asia-Pacific Countries". Escrito por Ward Paul R., Mamerow L. y Meyer Samantha B. en el año 2013. En ese texto se analizaron cuatro variables clave de los Determinantes Sociales de la Salud según el texto, los cuales fueron: cohesión social, exclusión social, empoderamiento social y seguridad socioeconómica. Estas variables se compararon de seis países de Asia-Pacífico: Australia, Hong Kong, Japón, Corea del Sur, Taiwán y Tailandia con la intención de mejorar la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad conociendo su calidad de vida social. Para poder hacer lo anteriormente mencionado, realizaron alrededor de 1000 encuestas en los países contemplados con un instrumento validado en el año 2009-2010 para recopilar los datos y así identificar predictores sociodemográficos de cada país. El objetivo de este documento fue describir las similitudes y diferencias de los Determinantes Sociales de la Salud en esos seis países; al identificar estas variables, se mencionó que la baja seguridad

socioeconómica depende de los bajos ingresos, lo cual está asociado con una salud deficiente. Ese documento concluye proporcionando medidas de referencia para identificar dónde y cómo deberían mejorarse las políticas de cada país, principalmente aquellos países más vulnerables, tomando en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud (Ward, Mamerow y Meyer, 2013).

JUSTIFICACIÓN

En el año 2005 la OMS realizó la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con la intención de mejorar la salud y que haya una distribución sanitaria justa en todo el mundo. Durante el transcurso de los primeros tres años posteriores a la creación de dicha comisión países tales como: Brasil, Canadá, Chile, el Reino Unido, entre otros, se fueron adhiriendo a la CDSS. Los cuales desde entonces han estado trabajando en conjunto con la comisión para contrarrestar las desigualdades en salud en sus territorios. Posteriormente, países como: México, Noruega, Tailandia, entre otros siguieron su ejemplo (OMS, 2009), primeramente incorporándose a la CDSS y luego creando políticas y acciones para contrarrestar esas desigualdades en sus territorios.

Por otra parte, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador que nos muestra el desarrollo de cada país, midiendo diversas variables como la esperanza de vida, la educación, el ingreso per cápita, etc. En el cual los países se clasifican como: Muy Alto, Alto, Medio y Bajo. Este indicador nos permitió observar que países latinoamericanos como México y Brasil se encuentran en la clasificación Alta, mientras que Chile se encuentra en Muy Alta (PNUD, 2018). Para esto consideramos importante tomar como referencia a estos tres países para mostrar la situación de cada uno de ellos, y así identificar los avances y/o retrocesos que han tenido en cada una y entre estas naciones.

A nivel mundial, la desigualdad en los ingresos, seguida por desigualdad en la educación y en la esperanza de vida reducen el IDH; y esto golpea más a los

países en las categorías de desarrollo bajo y medio como es el caso de México, Brasil y Chile que son países en desarrollo medio (PNUD, 2018).

Y puesto que se dice que “La Promoción de la Salud permite que las personas tengan mayor control sobre su propia salud” (OMS, 2016) mejorando su calidad y las condiciones de vida, así como que los DSS son importantes para la disminución de las desigualdades en salud que existen. Es por ello que en este trabajo de tesis se pretende analizar algunos de estos DSS en los países latinoamericanos mencionados anteriormente.

Algunos de los indicadores, que mide el IDH, como la esperanza de vida han aumentado en la mayoría de los países, por ejemplo, en los países con IDH Muy Altos la esperanza de vida es 79.5 y la saludable es de 69.9, teniendo una diferencia de 9.6 años; y los países con IDH Altos la esperanza de vida es de 76 y la saludable es de 67.7, con una diferencia de 8.3; lo cual nos indica que a pesar de los avances sigue habiendo una gran desigualdad (PNUD, 2018).

De acuerdo con la OMS “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia y la equidad” (OMS, 1986). Así entonces, todo esto es parte de los DSS; y para los objetivos de este trabajo resulta de suma importancia realizar un análisis de ciertos Determinantes Sociales de la Salud, tales como la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad.

La primera etapa de este análisis se realizó utilizando la información del año en que se creó la CDSS, es decir en el año 2005, como el basal comparativo. El segundo momento fue utilizando los datos del año 2010, que son dos años después de que dicha comisión entregó su primer informe; y el tercer tiempo a considerar para el análisis fue utilizando los datos correspondientes al año 2015, siendo estos los datos más actuales a considerar en este trabajo. De esta forma consideramos importante el poder observar desde la perspectiva de la Promoción de la Salud el avance y/o retroceso, que se ha tenido en cada uno de estos DSS y entre los tres países, para con ello poder inferir el impacto

que estos tienen en las desigualdades sociales de salud en estos tres países considerados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la creación en el año 2005 de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), la integración de diversos países como es el caso de Brasil, Chile, Canadá, Kenia, el Reino Unido, entre otros; seguido por países como México, Noruega, Tailandia, y otros tantos, y el informe final entregado en el año 2008 analizando diversos Determinantes Sociales de la Salud (DSS), se pretende realizar un análisis de los datos de educación, empleo, salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad de tres de estos países latinoamericanos los cuales son: México, Brasil y Chile, en tres años que corresponden al 2005, 2010 y 2015. Para ello se elaboró la siguiente pregunta:

¿Cuál ha sido el avance o retroceso que han tenido la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad correspondientes a los años a analizar en estos tres países?

Con base a los datos obtenidos, también se pudo elaborar la pregunta: ¿Cuál ha sido el impacto que han tenido estos DSS en las desigualdades en salud para estos tres países?

Para esta investigación de tesis se planteó la siguiente hipótesis.

HIPÓTESIS

La investigación documental desde la perspectiva de la Promoción de la Salud de los Determinantes Sociales de la Salud; educación, empleo, salud, esperanza de vida, mortalidad y morbilidad para el estudio en tres países latinoamericanos como lo son México, Brasil y Chile, en tres momentos que corresponden a: 2005, 2010 y 2015, nos puede evidenciar el avance y/o

retroceso que éstos han tenido; y permitir identificar el impacto de los mismos sobre las desigualdades en salud.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis comparativo de los Determinantes Sociales de la Salud: educación, empleo, salud, esperanza de vida, mortalidad y morbilidad, durante los años 2005, 2010 y 2015 en México, Brasil y Chile para conocer el avance y/o retroceso e identificar el impacto que han tenido en las desigualdades en salud y de bienestar de las personas en cada uno de estos países.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Buscar datos estadísticos oficiales de la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad en México, Brasil y Chile de los años 2005, 2010 y 2015 y realizar un análisis de éstos.
2. Identificar desde la perspectiva de la Promoción de la Salud los avances o retrocesos de estos DSS en México, Brasil y Chile.
3. Realizar una comparación de estos Determinantes Sociales de la Salud entre estos tres países, considerando los años 2005, 2010 y 2015; y el impacto que han tenido en las desigualdades en salud y bienestar de las personas de estas naciones.
4. Realizar un análisis de la información obtenida de cada uno de los países y determinante a considerar.

DELIMITACIÓN DEL TRABAJO

En esta investigación se realizó un análisis de los datos obtenidos de distintas fuentes de algunos de los Determinantes Sociales de la Salud en México, Brasil y Chile, para realizar una comparación entre estas naciones. Los datos de los Determinantes Sociales de la Salud considerados fueron: la educación, el

empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad; y correspondieron a los años 2005, 2010 y 2015. Con esto se identificó desde la perspectiva del autor como profesional de Promoción de la Salud, si se ha avanzado o ha ido en retroceso en estos mismos. Los resultados obtenidos de la comparación permitirán inferir el impacto que los DSS considerados tuvieron en las desigualdades sociales en salud para estos países durante el transcurso de los años mencionados.

METODOLOGÍA

Esta tesis es una investigación mixta, ya que abarca aspectos cuantitativos y cualitativos, por un lado, es cuantitativa ya que se utilizan datos estadísticos para poder realizar la comparación de estos determinantes entre los países considerados y conocer el avance y/o retroceso que estos tienen. Por la parte cualitativa, es una investigación documental, en la cual se realizó el estudio desde la Promoción de la Salud de algunos DSS con mayor impacto en las poblaciones a considerar, así como también se realiza un análisis comparativo de estos determinantes de los países de México, Brasil y Chile para conocer el impacto que tienen en las desigualdades de salud.

Esta revisión se realizó considerando la información de páginas electrónicas con datos estadísticos oficiales, todo esto con el fin de poder alcanzar cada uno de los objetivos planteados (por cuestión de presentación y para facilitar al lector, las fuentes revisadas fueron ordenadas debajo de cada tabla correspondiente a la información).

Este estudio por su temporalidad fue de tipo longitudinal ya que la información considerada es de tiempos diferentes (esto con la intención de ampliar el panorama del avance o retroceso que haya habido en cada uno y entre estos países), como también ya se había dicho los años considerados fueron: 2005, 2010 y 2015, con la intención de considerar el año en que inició la labor de la CDSS (2005) hasta el año 2015 que fue la última fecha a considerar en este trabajo.

Por su cronología es de tipo retrospectivo ya que el inicio del estudio fue posterior a la información estudiada, por lo que la investigación se limita a la observación documental de la información sin manipulación, lo que hace que el estudio también sea de tipo observacional.

Como ya se había mencionado se tomaron en cuenta algunos DSS que tienen mayor impacto en las desigualdades en salud, estos DSS considerados fueron: la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad. A continuación se desglosan estos mismos, de manera ordenada, según fueron considerados para este estudio.

1. EDUCACIÓN

1.1. Población analfabeta

1.2. Matrícula de primer nivel (Primaria) de educación

1.3. Matrícula de segundo nivel (secundaria) de educación

1.4. Matrícula de tercer nivel (preparatoria) de educación

2. EMPLEO

2.1. Población Económicamente Activa (PEA)

3. SALUD

3.1. Gasto público en salud

3.2. Personas derechohabientes

4. ESPERANZA DE VIDA

5. MORTALIDAD

5.1 Cinco principales causas de mortalidad

5.2 Mortalidad materna

5.3 Mortalidad infantil

6. MORBILIDAD

6.1 Cinco principales causas de morbilidad

Como anteriormente se mencionó, para facilitar el análisis de la información y obtener los resultados se elaboraron diversas tablas de datos que facilitaron la identificación por determinante, para conocer el avance o retroceso que han tenido en estos países a lo largo de los años considerados; a continuación se muestra un ejemplo:

<u>DETERMINANTE A ANALIZAR</u>			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	-----	-----	-----
2010	-----	-----	-----
2015	-----	-----	-----

NOTA: En el caso de las personas aseguradas (derechohabientes) y de las causas de muerte, se realizaron tablas por país.

El análisis se realizó comparando datos de los países contemplados para identificar el avance o retroceso que cada nación tuvo de acuerdo a sus datos oficiales, en los periodos indicados (2005, 2010 y 2015).

A continuación se desglosan los datos encontrados y como se fueron analizando.

Los datos de la población analfabeta se encontraron directamente como porcentaje, para lo cual se realizó una resta de los porcentajes del año 2015 con el porcentaje del año 2005 para conocer cuál fue el avance y/o retroceso que hubo para este indicador.

Los datos que se obtuvieron de la matrícula escolar están representados en tasa neta en porcentaje, con lo cual al igual que el anterior indicador se realizaron sustracciones para poder conocer el avance y/o retroceso de este indicador.

Los datos de la Población Económicamente Activa (PEA) se encontraron en tasa de la población total como porcentaje de la población total mayor de 15

años. Por lo cual al igual que los anteriores indicadores se realizó una resta para conocer el avance y/o retroceso de dicho determinante.

Los datos que se obtuvieron del gasto en salud fueron encontrados como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), con estos datos se realizó una operación en la que se restó el porcentaje del gasto en salud del año 2005 al porcentaje del año 2010; así mismo el porcentaje del año 2010 se restó del porcentaje del año 2015, y con ello se identificó el avance y/o retroceso que hubo en este indicador.

Los datos correspondientes a las personas derechohabientes de estos tres países, estuvieron representados como el número de personas, con este indicador se calculó el porcentaje por medio de fórmulas más adelante representadas. Se obtuvo el porcentaje del 2005 al 2015 para conocer el avance y/o retroceso que hubo en este indicador. A continuación se menciona la fórmula que se utilizó para obtener el porcentaje del avance y/o retroceso.

$$\frac{(\text{Número de personas del año 2015})}{(\text{Número de personas del año 2005})} - 1 \times 100$$

Los datos de la esperanza de vida se encontraron por edad de la población, para este indicador no se modificó nada.

En la mortalidad, tanto las causas como la mortalidad materna e infantil, se encontraron tasas por 1,000 habitantes, la operación que se realizó fue multiplicar esa tasa por 100 y dividir entre uno, para obtener la tasa de mortalidad por 100,000 habitantes.

Y para el último indicador, que es la morbilidad, los datos se encontraron en tasas por 1,000 habitantes; y al igual que la mortalidad, se multiplicó por 100 y se dividió entre uno para obtener la morbilidad por 100,000 habitantes.

Los datos que se presentan en esta investigación documental, como se mencionó al principio de la metodología fueron recabados de diversas páginas oficiales que contienen las estadísticas de estos datos. Al inicio de este estudio se pretendió considerar otros indicadores relacionados con los DSS, sin embargo muchos de los datos no se encontraron en las páginas oficiales, por lo cual se tuvo que hacer una selección de los indicadores y sólo se tomaron en cuenta algunos de los más importantes, y de los que en su mayoría se encontraron los datos. Por consiguiente, los indicadores estudiados fueron: la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad, para cada uno de los países considerados. Algunos de los datos considerados para este estudio y que no se encontraron para este trabajo fueron señalados como Sin Datos (SD).

RESULTADOS

Primeramente y como ya se mencionó en la metodología; se elaboraron tablas con los datos de los indicadores de los Determinantes Sociales de la Salud que consideramos en esta tesis. Dichas tablas se realizaron con la intención de analizar y comparar los datos. A continuación se muestran los resultados de los indicadores de los DSS: la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad.

1. EDUCACIÓN

1.1. Población analfabeta

En la tabla 1 se muestra el porcentaje de la población analfabeta de México, Brasil y Chile para los años 2005, 2010 y 2015.

Tabla 1. Porcentaje de analfabetas de México, Brasil y Chile 2005, 2010 y 2015.

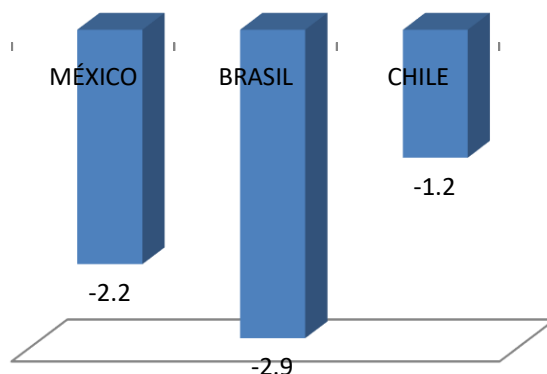
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ANALFABETA			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	7.4	11.1	3.5
2010	6.2	9.6	2.9
2015	5.2	8.2	2.3

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes: CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2006 (LC/G.2483-P), Santiago de Chile, 2006. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.06.II.G.1

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010 (LC/G.2483-P), Santiago de Chile, 2011. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.10.II.G.1.

Lo que se puede observar en la tabla anterior es que el porcentaje de la población analfabeta disminuyó en los tres países. Para México en el periodo

del 2005 al 2015 disminuyó 2.2%; en Brasil del periodo del 2005 al 2015 disminuyó un 2.9%; y para el mismo periodo en Chile disminuyó el porcentaje de la población analfabeta en un 1.2%.



Gráfica 1. Porcentaje de la disminución de la población analfabeta del 2005 al 2015 en México, Brasil y Chile (Elaboración propia).

1.2. Tasas netas de la matrícula en el primer nivel de educación (representada como porcentaje).

En la tabla 2 se muestran las tasas netas de matrícula en el primer nivel de educación del 2005, 2010 y 2015, representadas en este caso como porcentajes para México, Brasil y Chile. Para los datos que no se encontraron se indica Sin Datos (SD).

Tabla 2. Tasas netas (en porcentajes) de matrícula en el primer nivel de educación (primaria) en México, Brasil y Chile 2005, 2010 y 2015.

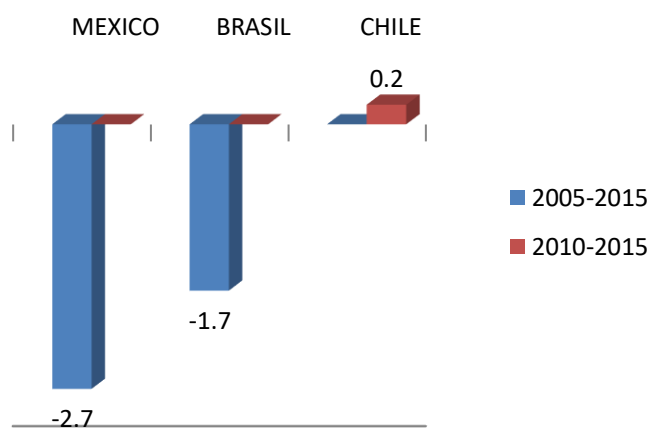
TASAS NETAS DE MATRÍCULA (REPRESENTADAS EN PORCENTAJE) EN EL PRIMER NIVEL DE EDUCACIÓN (PRIMARIA)			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	97.8	94.4	SD
2010	94.8	SD	94.1
2015	95.1	92.7	94.3

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010 (LC/G.2483-P), Santiago de Chile, 2011. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.10.II.G.1.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2656-P), Santiago de Chile, 2015.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2018 (LC/PUB.2019/2-P), Santiago de Chile, 2019.

Como se observa en la tabla 2, en México las tasas (representadas como porcentaje) de matrícula en el primer nivel de educación desde el 2005 hasta el 2015 fueron las más altas en comparación con Brasil y Chile; México a diferencia de este último país su tasa de matrícula de este nivel no aumentó con el paso de los años considerados sino que disminuyó en un 2.7% en el periodo del 2005 al 2015, y aun así con esta disminución continuo siendo mayor que la de los otros dos países. Se puede observar que para Brasil del 2005 al 2015 esta tasa en porcentaje disminuyó un 1.7%; y en Chile hubo un aumento del 2010 al 2015 de sólo un 0.2% de la tasa neta de matrícula en el primer nivel de educación. Se debe mencionar que para Brasil del año 2010 y para Chile del año 2005 no se encontraron datos.



Gráfica 2. Porcentaje de la disminución o aumento de la tasa de la matrícula en el primer nivel de educación (primaria) en México, Brasil y Chile; considerando los datos de los años 2005, 2010 y 2015 (Elaboración propia).

La gráfica 2 muestra los valores de los porcentajes de la disminución o aumento de la tasa de la matrícula en el primer nivel de educación para los tres países considerados en este estudio, los datos que no se encontraron teóricamente se encuentran en el eje del valor cero.

1.3. Tasas netas de la matrícula en el segundo nivel de educación (representada como porcentaje).

En la siguiente tabla se muestran las tasas netas de la matrícula del segundo nivel de educación, nuevamente representada en porcentaje, para México, Brasil y Chile. Al igual que la tabla anterior, los datos que no fueron encontrados se indican como SD.

Tabla 3. Tasas netas (en porcentajes) de matrícula en el segundo nivel de educación (secundaria) en México, Brasil y Chile 2005, 2010 y 2015.

TASAS NETAS DE MATRÍCULA (REPRESENTADAS EN PORCENTAJE) EN EL SEGUNDO NIVEL DE EDUCACIÓN (SECUNDARIA)			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	67.6	78.7	SD
2010	67.3	SD	84.8
2015	SD	81.3	88

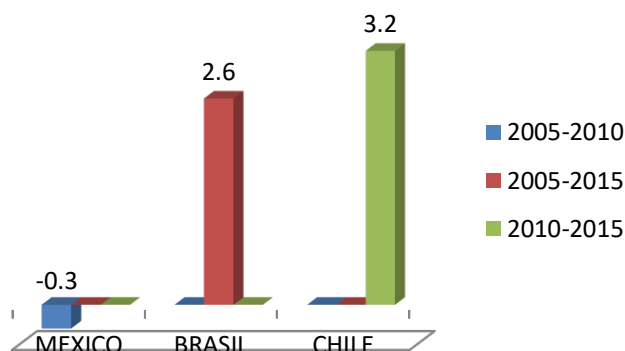
Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010 (LC/G.2483-P), Santiago de Chile, 2011. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.10.II.G.1.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2656-P), Santiago de Chile, 2015.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2018 (LC/PUB.2019/2-P), Santiago de Chile, 2019.

La tabla 3 nos muestra las tasas netas de matrícula, representadas en porcentajes, para el segundo nivel de educación (secundaria), en ésta al igual

que la anterior no se encontraron todos los datos. Se puede observar que a diferencia de la matrícula de primer nivel de educación, aquí sólo México disminuyó su tasa en un 0.3%, Brasil aumentó su tasa en un 2.6% y Chile en un 3.2%. Cabe mencionar que para México en el año 2015, en Brasil en el año 2010, y en Chile en el año 2005 no se encontraron los datos requeridos.



Gráfica 3. Porcentaje de la disminución o aumento de la tasa de la matrícula en el segundo nivel de educación (secundaria) en México, Brasil y Chile; considerando los datos de los años 2005, 2010 y 2015 (Elaboración propia).

La información que se muestra en la gráfica 3 corresponde a las tasas netas de la matrícula, representadas en porcentajes, para el segundo nivel de educación de los tres países considerados, los datos que no se encontraron teóricamente se ubican en el eje del valor cero.

1.4. Tasas netas de la matrícula en el tercer nivel de educación (representada como porcentaje).

En seguida se presenta la tabla con los datos de las tasas netas, representadas en porcentaje, de matrícula del tercer nivel de educación en México, Brasil y Chile. Al igual que las tablas anteriores, los datos que no fueron encontrados se indican como SD.

Tabla 4. Tasas netas (en porcentajes) de matrícula en el tercer nivel de educación (preparatoria) en México, Brasil y Chile 2005, 2010 y 2015.

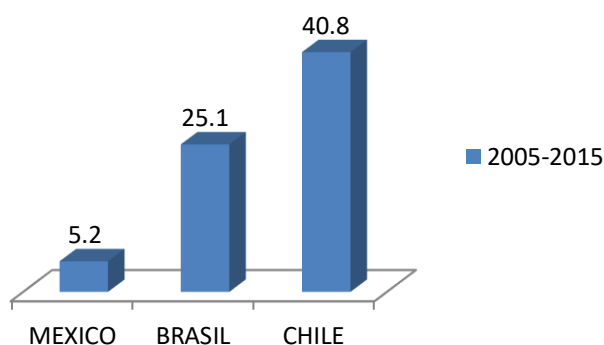
TASAS NETAS DE MATRÍCULA (REPRESENTADAS EN PORCENTAJE) EN EL TERCER NIVEL DE EDUCACIÓN (PREPARATORIA)			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	24.7	25.5	47.8
2010	26.7	SD	65.9
2015	29.9	50.6	88.6

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010 (LC/G.2483-P), Santiago de Chile, 2011. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.10.II.G.1.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2656-P), Santiago de Chile, 2015.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2018 (LC/PUB.2019/2-P), Santiago de Chile, 2019.

En esta tabla las tasas netas de matrícula, representadas en porcentaje, en el tercer nivel de educación, aumentaron para todos los países, desde el 2005 hasta el 2015, para México hubo un aumento de 5.2%; para Brasil un 25.1%; y en Chile aumentó en un 40.8%. Se puede observar que Chile fue el que mayor aumento tuvo, seguido de Brasil y posteriormente México.



Gráfica 4. Porcentaje de la disminución o aumento de la tasa de la matrícula en el tercer nivel de educación (preparatoria) en México, Brasil y Chile; considerando los datos de los años 2005, 2010 y 2015 (Elaboración propia).

2. EMPLEO

2.1. Población Económicamente Activa (PEA)

En la siguiente tabla se muestran las tasas de la Población Económicamente Activa total como porcentaje de la población total mayor de quince años de México, Brasil y Chile de los años 2005, 2010 y 2015, siendo este otro de los indicadores a tomar en cuenta para este estudio.

Tabla 5. Tasas de la Población Económicamente Activa (PEA) total (porcentaje de la población total mayor de 15 años) de México, Brasil y Chile para los años 2005, 2010 y 2015.

TASAS DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA TOTAL (PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN TOTAL MAYOR DE 15 AÑOS)			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	60.57	66.36	57.25
2010	60.71	64.72	60.42
2015	60.75	64.05	62.08

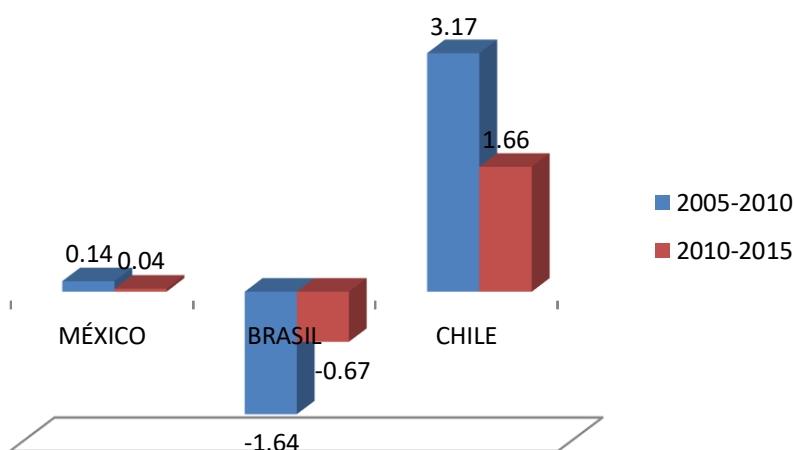
Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Banco Mundial. (2019). Población activa, total (% de la población total mayor de 15 años) (estimación Organización Internacional del Trabajo) - Brasil, Chile, México. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.ZS?locations=BR-CL-MX>

Como se puede observar en la tabla 5, en México del año 2005 al año 2010 la tasa de la Población Económicamente Activa aumentó en un 0.14, y del año 2010 al 2015 aumentó únicamente en un 0.04, por ende para el periodo del 2005 al 2015 tuvo un aumento del 0.18 de la Población Económicamente Activa.

En Brasil a diferencia de México disminuyó su tasa de la PEA. Así entonces, del año 2005 al 2010 disminuyó en un 1.64, y del 2010 al 2015 también disminuyó aunque sólo en un 0.67, lo cual nos indica que del periodo del 2005 al 2015 disminuyó en un 2.31 total de su PEA.

En Chile a diferencia de los otros dos países aumentó considerablemente su PEA, del año 2005 al 2010 aumentó en un 3.17, y del 2010 al 2015 aumentó en un 1.66. De esta manera en el periodo considerado del 2005 al 2015 su tasa de PEA (en porcentaje del total de la población mayor de 15 años) aumentó en un total de 4.83.

A continuación se muestra la gráfica número 5 que contiene los porcentajes de la PEA durante los periodos del año 2005 al 2010 y del 2010 al 2015 para los tres países contemplados en este trabajo.



Gráfica 5. Tasas del avance y/o retroceso de la Población Económicamente Activa (PEA) (porcentaje de la población total mayor de 15 años) en México, Brasil y Chile durante los periodos de tiempo del 2005 al 2010, y del 2010 al 2015 (Elaboración propia).

La gráfica 5 muestra el avance y/o retroceso de las tasas que hubo en la Población Económicamente Activa por periodos, del 2005 al 2010, y del 2010 al 2015 en México, Brasil y Chile.

3. SALUD

3.1. Gasto Público en Salud

En la siguiente tabla se muestra el Gasto Público en Salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) de los tres países considerados en los años 2005, 2010 y 2015.

Tabla 6. Gasto Público en Salud (porcentaje del PIB) de México, Brasil y Chile para los años 2005, 2010 y 2015.

GASTO PÚBLICO EN SALUD (PORCENTAJE DEL PIB)			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	5.9	8.0	6.6
2010	6.0	8.0	6.8
2015	5.9	8.9	8.1

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010 (LC/G.2483-P), Santiago de Chile, 2011. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.10.II.G.1.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2656-P), Santiago de Chile, 2015.

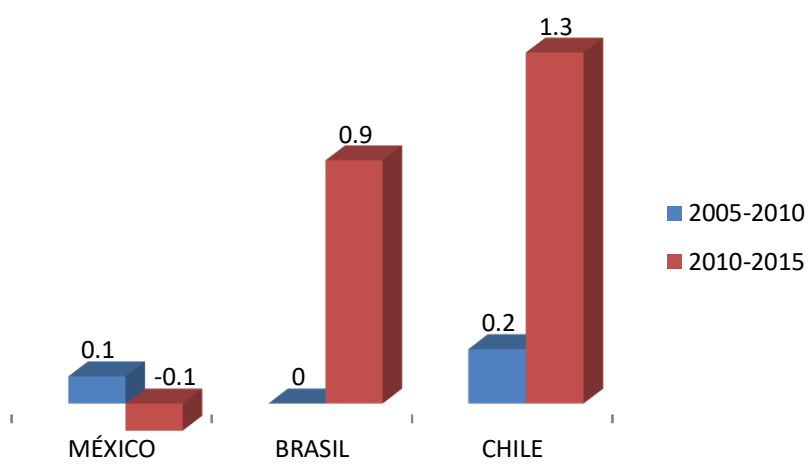
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2018 (LC/PUB.2019/2-P), Santiago de Chile, 2019.

Como se puede observar en la tabla 6, en México el Gasto Público en Salud del año 2005 al 2010 aumentó sólo en un 0.1%, y para el siguiente periodo del 2010 al 2015 disminuyó lo mismo que había aumentado el periodo anterior.

En Brasil del 2005 al 2010 se mantuvo el gasto en salud; y del 2010 al 2015 aumentó un 0.9%, es decir, del año 2005 al 2015 sólo aumentó en un 0.9%.

En Chile en los dos periodos del 2005 al 2010, y del 2010 al 2015, el Gasto Público en Salud aumentó en el primer periodo en un 0.2%, y en el segundo periodo hubo un mayor aumento el cual fue de 1.3%, lo que nos indica que del 2005 al 2015 hubo un aumento total de un 1.5%.

En la siguiente gráfica se muestra el aumento o disminución que hubo en el Gasto Público en Salud para los tres países.



Gráfica 6. Aumento o en su caso disminución del Gasto Público en Salud (del porcentaje del PIB) por periodos del 2005 al 2010, y del 2010 al 2015 de México, Brasil y Chile (Elaboración propia).

3.2. Personas derechohabientes

-México

A continuación se muestra la tabla 7 con el número de población derechohabiente de México de los años 2005, 2010 y 2015.

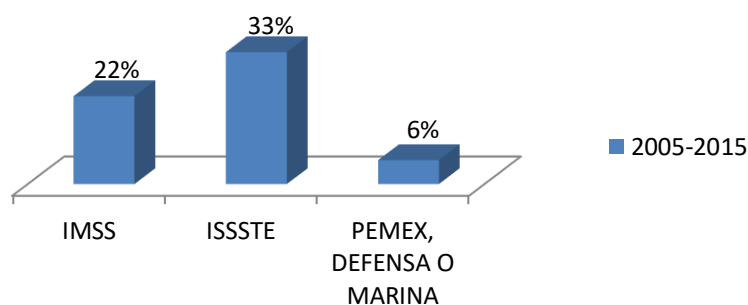
Tabla 7. Número de población derechohabiente de México correspondiente a cada institución de salud para los años 2005, 2010 y 2015.

POBLACIÓN ASEGURADA MÉXICO 2005-2015 (Miles de personas)				
AÑO	IMSS	ISSSTE	PEMEX, DEFENSA O MARINA	TOTAL
2005	32,087,547	5,779,620	1,085,245	38,952,412
2010	35,380,021	6,303,630	1,091,321	42,774,972
2015	39,184,316	7,705,800	1,150,159	48,040,275

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005). II Censo de Población y vivienda 2005. Recuperado el 09 de Diciembre del 2019 de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2005/>
 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Censo de Población y vivienda 2010. Recuperado el 09 de Diciembre del 2019 de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta Intercensal 2015. Recuperado el 09 de Diciembre del 2019 de: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

En la tabla 7 se puede observar un aumento del 23% en la población total derechohabiente de México, en el periodo del año 2005 al 2015.

A continuación se muestra el aumento en porcentaje del periodo del 2005 al 2015 en cada una de las instituciones de seguridad social en México.



Gráfica 7. Avance del porcentaje de la población derechohabiente por institución de seguridad pública en México del periodo del 2005 al 2015 (Elaboración propia).

Como se muestra en la gráfica anterior el ISSSTE fue el seguro con mayor avance en la cobertura de población derechohabiente, seguido del IMSS y PEMEX, Defensa o Marina.

-Brasil

Respecto a Brasil, no se encuentra un registro de la población derechohabiente del sector público, ya que cualquier persona en Brasil incluso extranjeros puede acceder a los servicios de salud de las instituciones públicas (comunicación personal con Schneider, correo electrónico, 06 de agosto de 2019). Por ende

podemos decir que Brasil pudiera llegar a cubrir con servicios de salud al 100% de su población.

- Chile

A continuación, para Chile se muestra la siguiente tabla con el número de población derechohabiente de las instituciones de salud pública de los años 2005, 2010 y 2015.

Tabla 8. Número de población derechohabiente en Chile para los años 2005, 2010 y 2015.

POBLACIÓN ASEGURADA EN CHILE 2005-2015			
AÑO	FONASA	ISAPRES	TOTAL
2005	11,120,094	2,660,338	13,780,432
2010	12,731,506	2,825,618	15,557,124
2015	9,751,006	3,410,487	13,161,493

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Ministerio de Salud. (2010). Población Beneficiaria FONASA por comuna según sexo y edad Región Metropolitana. Recuperado de Ministerio de Salud, México: <http://www.deis.cl/estadisticas-poblacion/>

Ministerio de Salud. (2015). Población Beneficiaria FONASA 2015 Servicio de Salud Metropolitana. Recuperado de Ministerio de Salud, México: <http://www.ssmn.cl/infoestadistica/index.php/inicio/beneficiaria/>

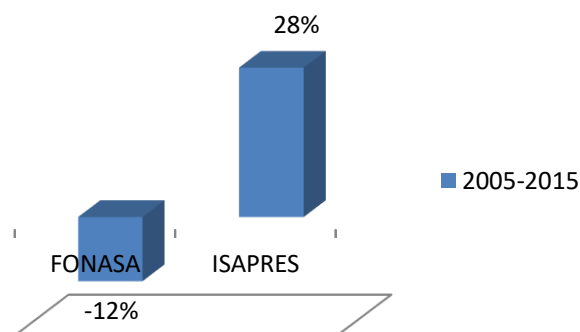
Superintendencia de Salud. (2016). Beneficiarios de ISAPRES por comunas a diciembre de 2015. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-13905.html>

Superintendencia de Salud. (2010). Beneficiarios de ISAPRES año 2010. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-6900.html>

Superintendencia de Salud. (2005). Beneficiarios de ISAPRES año 2005. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-724.html>

Como se puede observar en la tabla 8, el porcentaje de la población total derechohabiente en Chile disminuyó en un 4% en el periodo del 2005 al 2015.

A continuación se muestra la gráfica 8, la cual muestra el avance o en su caso disminución del porcentaje de la población derechohabiente de las instituciones de seguridad pública de Chile.



Gráfica 8. Avance o retroceso del porcentaje de la población derechohabiente por institución de seguridad pública en Chile del periodo del 2005 al 2015 (Elaboración propia).

Como se puede observar en la gráfica anterior el porcentaje de la población derechohabiente en FONASA disminuyó en un 12% del 2005 al 2015, mientras que en ISAPRES se observó un aumento del 28% para el periodo del 2005 al 2015.

4. ESPERANZA DE VIDA

En seguida se muestra la tabla 9 con la esperanza de vida de México, Brasil y Chile para los años 2005, 2010 y 2015.

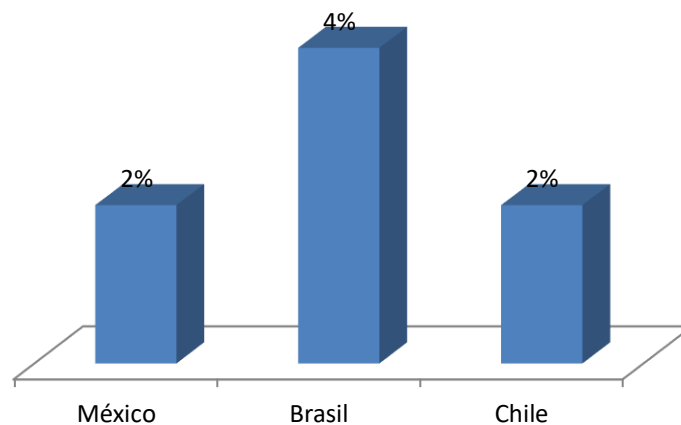
Tabla 9. Esperanza de vida en México, Brasil y Chile para los años 2005, 2010 y 2015.

ESPERANZA DE VIDA			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	75.3	72	77.7
2010	76	73.8	78.4
2015	76.9	75.2	79.3

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Banco Mundial. (S/F). Esperanza de vida al nacer, total (años) 1960-2016. Recuperado de:

https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=CL-BR-MX&name_desc=false

Lo que se observa en la tabla anterior es que Chile es el que mayor esperanza de vida tiene, seguido de México y por último Brasil; en seguida se muestra una gráfica con el avance que cada país tuvo respecto a este indicador.



Gráfica 9. Avance de la esperanza de vida al nacer en porcentaje para México, Brasil y Chile en el periodo del 2005 al 2015 (Elaboración propia).

Como se observa en la gráfica anterior Brasil es el país con mayor avance en comparación con México y Chile, que mantuvieron un avance igual del 2005 al 2015. A pesar de que Brasil es el país con mayor porcentaje cabe destacar que en el incremento que se muestra se parte de una base al menos 3 puntos por debajo en comparación de México y más de 5 puntos por debajo con respecto a Chile, es decir, sigue teniendo una esperanza de vida baja, pero de seguir con ese aumento pudiera mejorar este indicador en los años siguientes.

5. MORTALIDAD

5.1 Principales causas de mortalidad

- México

A continuación se muestra las tasas de las cinco principales causas de mortalidad general México para los años 2005, 2010 y 2015.

Tabla 10. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en México para los años 2005, 2010 y 2015.

TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR 100,000 HABITANTES EN MÉXICO 2005, 2010 Y 2015				
	CAUSAS	2005	2010	2015
1	Enfermedades del corazón	78.67	93.60	107.33
2	Diabetes mellitus	65.04	73.85	82.14
3	Tumores malignos	61.13	62.53	66.30
4	Accidentes	34.72	33.93	31.00
5	Enfermedades del hígado	29.30	28.89	29.78

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: INEGI. (2015). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Recuperado de:

<https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?t=14&c=11817>

Como se muestra en la tabla anterior, las causas de mortalidad en los tres años no cambio, pero la tasa si aumentó en todas, excepto en los accidentes.

- Brasil

A continuación se muestran las tasas de las cinco principales causas de mortalidad en Brasil para los años 2005, 2010 y 2015.

Tabla 11. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en Brasil del año 2005.

TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR 100,000 HABITANTES EN BRASIL 2005		
	CAUSAS	2005
1	Enfermedades isquémicas del corazón	75.19
2	Enfermedades cerebrovasculares	55.31
3	Violencia interpersonal	30.73
4	Infección inferencial de las vías respiratorias	29.53
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	28.29

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Secretaria de vigilancia en salud. (S/F). Análisis de salud y vigilancia de enfermedades no transmisibles. Recuperado de:

<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>

Tabla 12. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en Brasil del año 2010.

TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR 100,000 HABITANTES EN BRASIL 2010		
	CAUSAS	2010
1	Enfermedades isquémicas del corazón	77.05
2	Enfermedades cerebrovasculares	54.73
3	Infección inferencial de las vías respiratorias	33.32
4	Violencia interpersonal	30.15
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	27.78

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Secretaria de vigilancia en salud. (S/F). Análisis de salud y vigilancia de enfermedades no transmisibles. Recuperado de:

<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>

Tabla 13. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en Brasil del año 2015.

TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR 100,000 HABITANTES EN BRASIL 2015		
	CAUSAS	2015
1	Enfermedades isquémicas del corazón	78.43
2	Enfermedades cerebrovasculares	54.16
3	Infección inferencial de las vías respiratorias	38.02
4	Alzheimer y otras demencias	31.97
5	Violencia interpersonal	30.32

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Secretaria de vigilancia en salud. (S/F). Análisis de salud y vigilancia de enfermedades no transmisibles. Recuperado de:

<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>

Como se puede observar en las tres tablas anteriores, donde se representan las causas de mortalidad en Brasil del 2005, 2010 y 2015; las primeras dos causas de mortalidad no cambiaron de posición, las siguientes causas si variaron tanto en tasa como en posición de causas.

- Chile

A continuación se muestran las cinco principales causas de mortalidad en Chile para los años 2005, 2010 y 2015.

Tabla 14. Tasas de las cinco principales causas de mortalidad en Chile para los años 2005, 2010 y 2015.

TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR 100,000 HABITANTES EN CHILE 2005, 2010 Y 2015				
	CAUSAS	2005	2010	2015
1	Enfermedades del sistema circulatorio	150.10	159.17	157.61
2	Tumores malignos	132.20	135.60	149.51
3	Enfermedades del sistema respiratorio	49.48	58.57	55.28
4	Causas externas (Traumatismos, envenenamientos, etc.)	46.46	49.14	43.79
5	Enfermedades del sistema digestivo	37.88	41.32	42.66

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: - Instituto Nacional de Estadística (INE). (2008). Estadísticas vitales. Informe anual 2005. Recuperado de:

https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/ine_anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales_2005.pdf?sfvrsn=f514a57b_3

- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2012). Estadísticas vitales. Informe anual 2010. Recuperado de: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/ine_anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales_2010.pdf?sfvrsn=33a64649_3

- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). Estadísticas vitales. Informe anual 2017. Recuperado de: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4

Como se puede observar en la tabla 14, en Chile al igual que en México, las cinco principales causas de mortalidad no variaron de posición simplemente aumentaron o en su caso disminuyeron su tasa.

5.2 Mortalidad materna

En seguida se muestra la tabla de mortalidad materna en México, Brasil y Chile, en los años 2005, 2010 y 2015.

Tabla 15. Tasas de mortalidad materna en México, Brasil y Chile en los años 2005, 2010 y 2015.

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA POR 100,000 HABITANTES EN MÉXICO, BRASIL Y CHILE 2005, 2010 Y 2015			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	54	67	27
2010	45	65	26
2015	38	44	22

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de la Población de las Naciones Unidas. Recuperado de: https://oig.cepal.org/sites/default/files/who_rhr_15.23_spa.pdf

Como se puede observar en la tabla 15, Chile es el país con menor tasa de mortalidad materna por 100,000 habitantes, seguido por México y por último Brasil, que es el país con mayor número en su tasa de mortalidad materna.

5.3 Mortalidad infantil

En la siguiente tabla se muestra las tasas de mortalidad infantil en México, Brasil y Chile, para los años 2005, 2010 y 2015.

Tabla 16. Tasas de mortalidad infantil en México, Brasil y Chile en los años 2005, 2010 y 2015.

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR 100,000 HABITANTES EN MÉXICO, BRASIL Y CHILE 2005, 2010 Y 2015			
AÑO	MÉXICO	BRASIL	CHILE
2005	1,940	2,200	770
2010	1,640	1,670	740
2015	1,390	1,400	670

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Banco Mundial. (2019). Tasa de mortalidad, bebés (por cada 1,000 nacidos vivos) Brasil, Chile y México. Recuperado de:

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?locations=BR-CL-MX>

Lo que nos indica la tabla anterior es que la tasa de mortalidad infantil, al igual que la tasa de mortalidad materna, Chile es el país con menor tasa de mortalidad respecto a 100,000 habitantes, seguido por México y por último Brasil que es el país con mayor mortalidad infantil.

6. MORBILIDAD

6.1 Cinco principales causas de morbilidad

A continuación se muestran las tasas de las principales causas de morbilidad en México para los años 2005, 2010 y 2015.

Tabla 17. Tasas de las cinco principales causas de morbilidad en México para el año 2005.

TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR 100,000 HABITANTES EN MÉXICO 2005		
	CAUSAS	2005
1	Infecciones respiratorias agudas	25.78
2	Infecciones int. Por otros organismos y las mal definidas	4.61
3	infección de vías urinarias	3.08
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1.38
5	Amebiasis intestinal	739

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Gobierno de México. (S/F). Anuario de morbilidad 1984 – 2019. Morbilidad por grupo de edad. Recuperado de:
https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html

Tabla 18. Tasas de las cinco principales causas de morbilidad en México para el año 2010.

TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR 100,000 HABITANTES EN MÉXICO 2010		
	CAUSAS	2010
1	Infecciones respiratorias agudas	25.25
2	Infecciones int. Por otros organismos y las mal definidas	4.38
3	infección de vías urinarias	3.26
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1.39
5	Otitis media aguda	582

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Gobierno de México. (S/F). Anuario de morbilidad 1984 – 2019. Morbilidad por grupo de edad. Recuperado de:
https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html

Tabla 19. Tasas de las cinco principales causas de morbilidad en México para el año 2015.

TASAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR 100,000 HABITANTES EN MÉXICO 2015		
	CAUSAS	2015
1	Infecciones respiratorias agudas	19.807
2	Infecciones int. Por otros organismos y las mal definidas	4.085
3	infección de vías urinarias	3.417
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1.192
5	Gingivitis y enfermedades periodontales	956

Elaboración propia a partir de la siguiente fuente: Gobierno de México. (S/F). Anuario de morbilidad 1984 – 2019. Morbilidad por grupo de edad. Recuperado de:
https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html

En las tres tablas anteriores se muestran las cinco principales causas de morbilidad en México, del 2005, 2010 y 2015; en los tres años la primera causa fue por infecciones respiratorias agudas, y las otras tres causas siguientes se mantuvieron en esa misma posición los tres años, la única que cambio fue la última causa.

De este indicador únicamente se encontraron datos de México; de Brasil y Chile no se encontraron las principales causas de morbilidad para los años analizados.

DISCUSIÓN

En este trabajo de tesis se analizaron por medio de la comparación algunos Determinantes Sociales de la Salud de tres países de América Latina. Estos tres países considerados fueron México, Brasil y Chile, el análisis realizado tuvo la intención de conocer el avance y/o retroceso que ha habido en estos determinantes, y el impacto que éstos han tenido en las desigualdades en salud en estas naciones. Los determinantes considerados fueron aquellos que tienen mayor impacto sobre la salud de las personas, estos son: la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad; y esos mismos son los que se contemplaron para esta tesis, y en específico los datos de éstos para los años 2005, 2010 y 2015.

A continuación discutiremos sobre cada uno de estos determinantes, de acuerdo a como se presentaron ordenados en los resultados de este trabajo.

EDUCACIÓN

En los resultados encontrados podemos observar que la disminución de la población analfabeta en México fue de manera marginal, sí disminuyó pero no como en Brasil por ejemplo, lo cual nos dice que Brasil tuvo mejores avances en este aspecto de la educación. Esto coincide con lo que Rivas y Sánchez (2016) mencionan, que en Brasil se establecieron mecanismos de focalización escolar en los aprendizajes, lo cual ayudó en mejorar la educación. A diferencia de México y Brasil, Chile fue el país con menor disminución en la población analfabeta, si disminuyó, pero mucho menos que los dos países mencionados anteriormente; por el contrario, Rojas (2014) menciona que Chile es uno de los países que se encuentran delante de México y de otros tantos países que tienen niveles marginales en analfabetismo.

En lo que respecta a la tasa neta de matrícula, México fue el país con menor avance en esta tasa, principalmente en el nivel terciario de educación. Nuevamente, esto puede estar de acuerdo con lo que Rivas y Sánchez (2016) han indicado, cuando dicen que en la educación media superior hay altos

niveles de exclusión, esto implica que existe una alta proporción de alumnos fuera del sistema educativo a los 15 años.

Por otra parte, Brasil a diferencia de México tuvo mayor avance en la tasa neta de matrícula en los tres niveles educación, Rivas y Sánchez (2016) han mencionado que Brasil partió de débiles niveles históricos de cobertura en educación pero que ha llegado a igualar los niveles estándares de la región.

Hemos de resaltar que, Chile fue la nación que mayor cobertura tuvo con respecto a la tasa neta de matrícula, en los tres niveles de educación, a diferencia de México y Brasil. Así mismo, nuestros resultados coinciden con lo que Ocegueda, Miramontes, Moctezuma y Mungaray (2017) mencionan en que Chile es una de las naciones más altas en las tasas de cobertura en educación en América Latina.

Es entonces que podemos decir que para este indicador, la cobertura en educación, Chile fue el que mayor avance tuvo, seguido de Brasil y por último México, con los peores niveles de cobertura en comparación con esos dos países. Rivas y Sánchez (2016) mencionan que gracias a las políticas implementadas centradas en los resultados del aprendizaje Chile, Brasil y México (en este orden) mejoraron sus niveles de educación. No obstante, a pesar de que Chile mantuvo niveles altos de educación, también se destaca por ser uno de los países con mayores desigualdades sociales educativas, ya que ha habido un creciente mercado educativo privado, el cual es segregado por el nivel socioeconómico (Carrillo, Espinoza y Valenzuela, 2018).

Se ha dicho que la educación como expresión de las relaciones sociales está condicionada por circunstancias económicas y políticas “la situación de pobreza limita el acceso a la educación y obstaculiza el aprovechamiento del estudio y de las oportunidades” (Escribano, 2017). Nosotros coincidimos con lo antes mencionado, destacando que a pesar de los esfuerzos realizados por cada país, la desigualdad sigue estando presente en este sentido, siendo la educación afectada por los niveles socioeconómicos.

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

En lo que respecta a la tasa de la Población Económicamente Activa (PEA) se pudo observar que Chile fue el país con un mayor aumento en el porcentaje de PEA, lo cual nos puede indicar que tiene menor desempleo, esto coincide con lo que Carrillo, Espinoza y Valenzuela (2018) mencionan, en que a lo largo de los años la PEA de Chile fue en aumento, desde el año 2000 hasta el 2015 y por ende hay menor desempleo.

La PEA en México aumentó sólo 0.18% para el periodo del 2005 al 2015 en comparación con Chile. Esto quizá puede relacionarse con lo que se mencionó con anterioridad, respecto a la cobertura de educación en México, sobre todo la observada en el tercer nivel, que fue la que menor avance tuvo en comparación con Chile y Brasil. Esto nos podría indicar, de manera general, que la población de 15 años o más en México, no está estudiando ni trabajando, ya que los niveles de desempleo, como los han mostrado otros autores, son elevados (Chávez 2018). Puesto que también, para México, se ha mencionado que muchos jóvenes de entre 15 a 24 años de edad se ubican en el término de "NINI", que son jóvenes que ni estudian, ni trabajan, este autor menciona que para el año 2015 aproximadamente el 18% de la población mexicana eran "NINI" (Chávez 2018).

Brasil a diferencia de México y Chile, disminuyó su porcentaje de PEA, lo cual nos podría decir que tiene mayor desempleo, en cambio, este porcentaje es tomado del total de la población, y Brasil es el país que mayor porcentaje tiene respecto a su población, así entonces decimos que la población en desempleo en Brasil es menor en comparación con los otros dos países a pesar de la disminución que tuvo; estos resultados encontrados coinciden con lo que Siqueira (2014) indica al decir que hubo una reducción en el crecimiento de la PEA, pero también menciona que entre el año 1998 y el 2012 hubo mucha participación laboral juvenil, la cual ayudó a la reducción de los índices de desempleo para la PEA total de Brasil.

Entonces podemos decir que el periodo del 2005 al 2015 Brasil es el país que mayor avance tuvo en la PEA, seguido por Chile y al último México que fue el país con el menor avance respecto a su población.

SALUD

En el año 2002 el informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS) de la Organización Mundial de la Salud, sugirió aumentar el gasto en países en desarrollo, en específico, se recomendó incrementar en uno o dos por ciento el gasto público en salud del Producto Interno Bruto (PIB), en el periodo del 2007 al 2015, ya que el gasto público en salud es importante para poder mejorar tanto la calidad como la cobertura en los sistemas de salud; de la misma manera que ayuda a disminuir las desigualdades de salud (como se citó en: Lechuga y Mayen, 2009). Es por ello que es significativo el análisis del gasto público en salud.

Lo que se encontró en los resultados de este trabajo de tesis respecto al gasto público en salud es que México aumentó en un 0.1% del 2005 al 2010, en cambio de este último año al 2015 volvió a reducir el gasto público en salud en un 0.1%; con lo cual en el periodo del 2005 al 2015 México no aumentó su gasto público en salud, nuestros resultados coinciden con lo que Senyacen (2016) ha reportado, respecto a que el gasto público en salud de México como porcentaje se ha mantenido en la misma proporción.

Brasil a diferencia de México si tuvo un aumento en su porcentaje del gasto público en salud del 2005 al 2015, únicamente de un 0.9%, Roitbarg coincide con nuestros datos, este autor indica que el gasto público en Brasil se mantiene con un valor inferior al 1% (Roitbarg, 2018).

Chile en comparación con México y Brasil aumentó un 1.5% del gasto público en salud; como se puede observar Chile fue el país que mayor aumento tuvo. Estos datos coinciden con lo que Benavides, Castro y Jones (2013) indican, que Chile aumentó del 2005 al 2012 en un 1.2% del gasto público en salud, que es un aumento similar al que nosotros encontramos.

Todo esto nos indica que Chile es el país, de los considerados en esta tesis, con mayor aumento en el gasto público en salud, sugiriendo que Chile es la nación que aparentemente llevo a cabo las recomendaciones hechas por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud sobre aumentar el porcentaje del PIB entre uno o dos por ciento.

Los países que no siguieron dichas recomendaciones para aumentar el gasto público en salud, como es el caso de México y Brasil se puede decir que tienen problemas de acceso y marginación en grandes sectores de la población, por lo cual las desigualdades siguen estando presentes. El gasto público en salud y el acceso a los servicios de salud deberían de ser una prioridad para el Estado, tomando en cuenta que una buena salud es requisito para la reducción de pobreza (Lechuga y Mayen, 2009).

En relación a la cobertura de los Sistemas de Salud de estos tres países considerados, Brasil es el país que mayor alcance de cobertura tiene según su población, podría llegar a cubrir hasta un 100%, pero al igual que México y Chile, Brasil también cuenta con un sector privado, el cual es aprovechado por la población que puede pagarlo. El gasto en salud para esta nación (como se mencionó anteriormente) no avanzó mucho, lo cual esto nos puede indicar que pudiera en realidad haber una mala calidad en los servicios de salud y desigualdad; Sobral y Schubert (2013) concuerdan en que la cobertura del sistema de salud brasileño cubre por lo menos el 80% y el resto son las personas que pueden pagar el sector privado.

Chile a pesar de que tuvo una disminución en la cobertura del sistema de salud, esto considerando de acuerdo al número de su población, aparentemente tuvo mejores indicadores de cobertura en comparación con México. No obstante, esta disminución total de la cobertura nos pudiera llegar a indicar que hay mayor gasto de bolsillo y por ende mayor pobreza y desigualdad en Chile. De hecho esto coincide con lo que Cid y Prieto (2012) han indicado, en que el gasto de bolsillo en Chile ha ido creciendo en los últimos años.

México a diferencia de Chile, aumentó su cobertura del 2005 al 2015, en cambio respecto a la cantidad de su población, es el país que tiene mayor número de población sin cobertura, por ende, podríamos sugerir que hay mayor gasto de bolsillo para la población mexicana; Lechuga y Mayen (2009) aproximadamente a mediados del periodo del cual obtuvimos los datos mencionaron que en México el gasto de bolsillo ha ido en aumento.

ESPERANZA DE VIDA

Los datos de este indicador nos mostraron que Chile fue el país con mayor esperanza de vida en los tres años considerados, seguido por México y al último Brasil con la menor esperanza de vida, Restrepo y Rodríguez (2014) indicaron que Chile poseía una esperanza de vida mayor en comparación con Brasil, el cual tenía una menor esperanza de vida. Con respecto al avance, en México y Chile este fue de 1.6 años y en Brasil un avance de 3.2 años, lo cual nos indica que Brasil es el país con mayor avance, aunque Brasil fue el país con menor esperanza de vida en comparación con los dos países anteriormente mencionados, si continua así, pudiera llegar a aumentar su esperanza de vida igual o mejor que Chile.

La esperanza de vida nos indica la capacidad que tienen las personas de tener una vida larga y saludable, por ende la esperanza de vida nos da a conocer las desigualdades existentes que tiene cada nación, de esta forma decimos que Chile es el país con menores desigualdades, seguido por México; y por Brasil que es el país con mayores desigualdades.

MORTALIDAD

La mortalidad es generada por diversas causas, tanto externas como internas, que dependen en gran medida de las desigualdades en cada nación, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad para los tres países, además esta causa con el paso de los años fue aumentando tanto en México, como en Brasil y Chile. Esto que nosotros encontramos coincide con lo que Dávila (2019) ha indicado, de que las enfermedades cardiovasculares son uno de los principales problemas de salud pública en

América Latina, así como también se estima que su impacto social y económico continúe incrementándose.

Las enfermedades cardiovasculares tienen diversos factores de riesgo, como el consumo del tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta poco saludable, poca actividad física, la obesidad, entre otros (Instituto Nacional de Salud, 2011), que son factores prevenibles y que con el paso de los años van aumentando y por ende la mortalidad en estas causas.

La mortalidad materno-infantil es considerada un reflejo de la situación de salud en un país; es el resultado de determinantes económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a los servicios de salud (González, 2010). Según los resultados se pudo observar que la tasa de mortalidad materna e infantil disminuyó en los tres países.

Chile fue el país con menor tasa de mortalidad materno-infantil en los tres años considerados, lo cual se asemeja a lo que González (2010) ha reportado, que Chile es uno de los países con mejores resultados a ese respecto, gracias a la implementación de programas específicos en sectores más vulnerables.

México seguido de Chile, fue el país con menor tasa de mortalidad y por último Brasil que fue el país con mayor tasa de mortalidad, en lo que respecta a la disminución de este indicador, Brasil es el país que mayor disminución tuvo, posteriormente México y por último Chile, con la menor disminución en esta tasa.

La esperanza de vida y la mortalidad materno-infantil tienen una relación estrecha, es decir, al haber mayor esperanza de vida hay menor mortalidad tanto materna como infantil (PNUD, 2018).

Así entonces, Chile seguido de México y por último Brasil, es que tienen mejor sus indicadores; y respecto al avance en este aspecto, Brasil, México y Chile (en este orden) fue que redujeron sus tasas de mortalidad y su esperanza de vida en el periodo del 2005 al 2015.

MORBILIDAD

La morbilidad es considerada como el total de enfermedades en un país, este indicador es importante porque según se sepa de las enfermedades que se tengan en dicho país, ello puede ayudar a mejorar o bien a hacer políticas y programas dirigidos para la reducción de las enfermedades.

Para este indicador únicamente se encontró la tasa de morbilidad de México, para Brasil y Chile, hasta donde nosotros revisamos, no se encuentran estos datos, por lo cual nos enfocamos únicamente en México.

En México la principal causa de morbilidad son las enfermedades respiratorias, desde hace décadas ésta ha sido la principal causa de morbilidad; aunque en los últimos años se ha reducido considerablemente, esto último es muy similar a los datos de Soto, Moreno y Pahuja (2016) quienes han indicado que en México específicamente desde el año 2003 en adelante la tasa de morbilidad de enfermedades respiratorias ha ido en disminución.

De manera general se puede observar que en estos tres países considerados sí hubo avance en los datos de los Determinantes Sociales de la Salud considerados en esta tesis, pero nosotros creemos que a pesar de los esfuerzos realizados, las desigualdades siguen estando presentes. Estos determinantes tienen un gran impacto en la salud de las personas, además de que estos están relacionados entre sí; si a alguno de estos no se le da la atención debida los otros podrían también estar mal, a pesar de la implementación de políticas, es decir, no ayuda el hecho de tener políticas para mejorar la calidad de la educación si no hay políticas para mejorar la cobertura de ésta.

Por otra parte, actualmente estamos viviendo una situación a nivel mundial, que es la pandemia por el virus SARS-CoV2 (causante de la enfermedad llamada COVID-19), con la cual se están viviendo desafíos sanitarios. Su alta velocidad de propagación y capacidad de provocar muertes en las poblaciones más vulnerables genera grandes incertidumbres sobre las estrategias que se deben seguir para combatirla (Loureiro, Sá Carvalho, 2020).

En el siglo XXI como se menciona con anterioridad, siguen habiendo diversas desigualdades que afectan la salud de las personas y por ende las vuelve vulnerables a la actual pandemia de COVID-19, ésta es uno de los desafíos más grandes en el siglo, ya que el virus se agudiza en mayor medida en las poblaciones más vulnerables; este es identificado como un Síndrome Respiratorio Agudo Grave (PNUD, 2020), lo que se sabe del actual virus es que afecta más a la población mayor de edad, así como a personas con enfermedades crónicas, con lo cual se tiene preferencia por estrategias poblacionales de alto riesgo (Loureiro, Sá Carvalho, 2020).

Como lo antes mencionado, ahora señalaremos que en países tales como México, Brasil y Chile se han realizado estrategias para prevenir la propagación de SARS-CoV2, principalmente medidas radicales de distanciamiento social de toda la población para evitar mayor número de contagios y reducir el número de hospitalizaciones, como es el caso de México.

Aún así los casos siguen en aumento para los tres países, debido a las desigualdades aun existentes, como se pudo observar, en esta tesis, las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial; y en el caso de México la principal causa de morbilidad son las infecciones respiratorias, estas dos enfermedades pudieran llegar a ser detonantes para la COVID-19. Además de que existen otros factores como la pobreza, un mal manejo en el gasto público en salud, las malas condiciones en la que se encuentran los sistemas de salud, la mala alimentación de la población; que influyen sobre la propagación y mortalidad ocasionada por el virus.

El análisis de la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad, y la comparación entre México, Brasil y Chile, nos ayuda a demostrar las deficiencias existentes en las políticas públicas implementadas por cada país, así como también evidencia las desigualdades de cada nación.

A continuación se presentan las conclusiones de este trabajo de tesis.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que redactamos tienen el propósito de resaltar las desigualdades que existen en México, Brasil y Chile que son los países considerados en este trabajo de tesis. De esta forma concluimos que la perspectiva (o el trabajo) de la Promoción de la Salud es importante en la implementación de las políticas públicas, ya que ayuda a mejorar los Determinantes Sociales de la Salud.

- En América Latina se han hecho diversos esfuerzos por mejorar los Determinantes Sociales de la Salud y con ello la calidad de vida de las personas, no obstante eso no ha sido suficiente, ya que las desigualdades en salud siguen estando presentes.

- Respecto a la población analfabeta de Brasil, México y Chile, en este orden, se puede decir que estos países fueron mejorando sus niveles de alfabetización.

- En las tasas de matrícula de primero, segundo y tercer nivel de educación, el país que mayor avance tuvo fue Chile, seguido de Brasil, y al último México con el menor nivel de avance.

- Chile seguido de México, avanzaron en su tasa de Población Económicamente Activa, Brasil disminuyó su tasa, pero al hacer una comparación con la población de cada país, Brasil es el que mayor tasa de PEA tuvo para el periodo analizado, seguido de Chile y por último México, que fue el país con menor tasa de PEA respecto a su población.

- En el Gasto Público en Salud, Chile fue el país que mayor avance tuvo, seguido de Brasil, y por último México que no avanzó a este respecto.

- Brasil es el país con una cobertura universal en salud, lo cual puede llegar a cubrir al 100% de su población, Chile seguido de Brasil es el país que a pesar de que no tuvo avance, con relación a su población es el que mayor cobertura

tiene; y por último México que fue el país que avanzó poco pero en comparación con su población es el que menor cobertura tiene.

- Respecto a la esperanza de vida, Chile fue el país con mayor esperanza de vida, seguido de México y por último Brasil, este último es el que mayor avance tuvo de los tres países y aun así se mantuvo por debajo de Chile y México.

- La principal causa de mortalidad en México, Brasil y Chile para el periodo contemplado fueron las enfermedades cardiovasculares, las cuales son resultado de diversos factores de los cuales algunos son prevenibles.

- Chile es el país con menor tasa de mortalidad materno-infantil, seguido por México y al último Brasil, al igual que la esperanza de vida, en este indicador Brasil fue el país que mayor avance tuvo, aunque continuo teniendo una tasa por debajo de Chile y de México.

- Para estas tres naciones consideradas, las tasas de mortalidad materno-infantil disminuyeron del periodo, 2005 al 2015, lo cual nos indicaría que hay mayor esperanza de vida, esto de igual manera se confirma con los resultados obtenidos.

- Las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias (principal causa de morbilidad en México) son factores que influyen en la mortalidad del COVID-19 y que afectan de peor manera a las poblaciones más vulnerables.

- Para la mayoría de estos determinantes Chile es el país que mejores indicadores tuvo en los años estudiados; posteriormente Brasil, y por último México, que fue el país con menor avance respecto a estos determinantes comparado con los otros dos países.

A pesar de los esfuerzos realizados para mejorar los Determinantes Sociales de la Salud y por ende la calidad de vida y salud de las personas, las

desigualdades siguen estando presentes, principalmente en la economía, la cual es un factor importante en el desarrollo y crecimiento de cada nación. Así como también la economía influye en el desarrollo de la buena calidad y cobertura de la educación y la salud de las poblaciones de América Latina (en este caso de México, Brasil y Chile).

Con el análisis y comparación de los Determinantes Sociales de la Salud, educación, empleo, salud, esperanza de vida, mortalidad y morbilidad, de México, Brasil y Chile; se trató de evidenciar las desigualdades en México, Brasil y Chile y la importancia de la implementación de políticas públicas y sociales en los Determinantes Sociales de la Salud; con lo cual se hace evidente la importancia de la participación de la Promoción de la Salud en la implementación de políticas, programas y proyectos dirigidos a la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcántara M. G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Rev. Universitaria de investigación*, 9(1): pp. 93-107, recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
2. Álvarez A. G., García A. y Bonet M. (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*, 33(2): pp. 1-16. Recuperado de:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n2/spu13207.pdf>
3. Arellano L., Escudero J. y Carmona L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Rev. Medicina Social*, 3(4): pp. 323-335. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/260-1405-1-PB.pdf>
4. Becerril V., Medina G. y Aquino R. (2011). Sistema de Salud de Brasil. *Rev. Salud Pública de México*, 53(2): pp. 120-231. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>
5. Becerril V., Reyes J. y Manuel A. (2011). Sistema de salud Chile. *Rev. Salud Pública de México*, 53(2): Pp. 132-142. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/09.pdf>
6. Benach J., Muntaner C., Tarafa G. y Vergara M. (2012). Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. *Rev Cubana de Salud Pública*. 38(5): pp. 794-802. Recuperado de:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38s5/sup12512.pdf>
7. Benavides S., Castro L. y Jones J. (2013). Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales. Dirección de presupuestos Chile. ISBN: 978-956-8123-69-7.

8. Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 (supl 1): pp. 13-27. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
9. Carrillo F., Espinoza S. y Valenzuela A. (2018). Mercado laboral y educación en Chile: Principales tendencias y resultados. Comisión Nacional de Productividad. Santiago, Chile.
10. Chávez F. (2018). El mundo de los NiNi en México. América economía. Análisis y Opinión. Recuperado de: <https://www.americaeconomia.com/analisis-opinion/el-mundo-de-los-nini-en-mexico>
11. Cid P. C., Prieto T. L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Rev. Panam Salud Pública*, 34(4): pp. 310-316.
12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2009). Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/impacto_social_economico_analfabetismo.pdf
13. Covert J., Leone F. y Rosen T. (13 de Enero de 2011). Síntesis de la primera reunión entre sesiones de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible. (Boletín de Negociaciones de la Tierra). Recuperado de: <https://enb.iisd.org/vol27/enb2702s.html>
14. Davila C. (2019). Tendencia e impacto de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en México, 1990-2015. *Rev. Cubana de Salud Pública*, 45(4): pp. 1-18. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2019.v45n4/e1081/es>
15. Del Búfalo E. (2002). Las reformas económicas en América Latina. *Rev. Venez. De Econ. Y Ciencias Sociales*, 8(2): pp. 129-182. Recuperado de:

<http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/venezuela/rvecs/bufalo.pdf>

16. Escribano E. (2017). La educación en América Latina: desarrollo y perspectivas. *Actualidades Investigativas en Educación. Rev. INIE*, 17(2): pp. 1-23. Recuperado de:

[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/La educación en América Latina desarrollo y perspe.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/La%20educacion%20en%20America%20Latina%20desarrollo%20y%20perspe.pdf)

17. Fuenmayor J. (2014). Política pública en América Latina en un contexto neoliberal: Una revisión crítica de sus enfoques, teorías y modelos. N. 50 pp. 39-52. Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/32788-1-111340-1-10-20140825.pdf>

18. Frenz P. (2005). Desafíos en salud pública de la reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev. Chile Salud Pública*; 9(2): pp. 103-110. Recuperado de:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20128-1-61917-1-10-20120626.pdf>

19. Frenz P. y Titelman D. (2013). Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*, 30(4): pp. 665-670. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a20v30n4.pdf>

20. Galli A., Pagés M. y Swieszkowski S. (2017). Factores Determinantes de la Salud. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/factores-determinantes-de-la-salud.pdf>

21. González G. R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, organización Mundial de la Salud. *Rev. Medicina Social*, 4(2): pp. 135-143. Recuperado de: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/315>

22. González P. (2010). Salud materno-infantil en las Américas. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*, 75(6): pp. 411-421. Recuperado de:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v75n6/art11.pdf>

23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (S/F). Cuéntame, división territorial. Recuperado de:

<http://cuentame.inegi.org.mx/territorio/division/default.aspx?tema=T>

24. Instituto Nacional de Salud. (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica*, 31(4): pp. 1-5. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n4/v31n4a01.pdf>

25. Leal F. G. (2013). ¿Protección social en salud? Ni “seguro”, ni “popular”. Universidad Nacional Autónoma de México. Núm. 28: pp. 163-193. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ep/n28/n28a9.pdf>

26. Lechuga M. J y Mayen H. E. (2009). El gasto en salud en América Latina. *Comercio Exterior*, 59(2): pp. 85-96.

27. Loureiro G. y Sá Carvalho M. (2020). La pandemia de COVID-19 en Brasil: crónica de una crisis sanitaria anunciada. *Rev. Salud Pública*, 36(5): pp. 1-4. Recuperado de: https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n5/es_1678-4464-csp-36-05-e00068820.pdf

28. London S., Temporelli K. y Monterubblanesi P. (2009). Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina. *Economía y Sociedad*, XIV (23). Pp. 125-146. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/510/51011904007.pdf>

29. Marmot M., Pellegrini A., Vega J., Solar O. y Fortune K. (2013). Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Americas. *Rev. Panam Salud Pública*; 34(6): pp. 382-384. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n6/382-384>

30. Martin U., Esnaola S., Audicana C. y Bacigalupe A. (2011). Impacto de la morbilidad en la salud de la población del país Vasco 2002-2007: una visión

integral a través de las esperanzas de salud. *Rev. Esp. Salud Pública*, núm 5: pp. 469-479. Recuperado de:

<https://www.scielosp.org/pdf/resp/2011.v85n5/469-479/es>

31. Martínez B. (2008). Un nuevo rumbo para las políticas públicas en América Latina. Instituto superior de Ciencias de la Educación del Estado de México. *Rev. De Ciencias Sociales*, 15(46): pp. 293-300. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v15n46/v15n46a13.pdf>

32. Mejía L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1): pp. 28-36. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a03.pdf>

33. Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación. (2019). República Federativa de Brasil. Recuperado de:

http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/BRASIL_FICHA%20PAIS.pdf

34. Molina R., Romero R. y Trejo J. (1991). Desarrollo económico y salud. *Salud Pública de México*, 33 (3): pp. 227-234. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/106/10633304.pdf>

35. Morales B. C., Borde E., Eslava J. C. y Concha S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública*, 15(6): pp. 797-808. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/422/42231751001.pdf>

36. Moreno A. A., López M. S. y Corcho B. A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Rev. Salud Pública en México*, 42(4): pp.337-348. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n4/337-348/es>

37. Neffa J. C., Panigo D. T, Pérez P. E. y Persia J. (2014). Actividad, empleo y desempleo: conceptos y definiciones. Buenos Aires. CEIL-CONICET. Recuperado de:

http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/ceil-conicet/20171027042035/pdf_461.pdf

38. Ocegueda J. M., Miramontes M. A., Moctezuma P. y Mungaray A. (2017). Análisis comparado de la cobertura de la educación superior en Corea del Sur y Chile: una reflexión para México. *Perfiles Educativos*, 39(155): pp. 141-159.

39. Octavio D., Sesma S., Becerril V. Knaul F., Arreola H. y Frenk J. (2011). Sistema de Salud de México. *Rev. Salud Pública de México*. 53(2): pp. 220-232. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

40. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud. Informe de la Secretaría. A62/9: 1-6. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_9-sp.pdf

41. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016) ¿Qué es la promoción de la Salud? Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

42. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). La Carta de Ottawa. En Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.

43. Organización de las Naciones Unidas México. (S/F). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de: <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>

44. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2009). Indicadores de la educación. Especificaciones técnicas. Recuperado de: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/education-indicators-technical-guidelines-sp.pdf>

45. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2014). Indicadores UNESCO de cultura para el desarrollo. Manual metodológico. París Francia.

46. Oyarce A. M., Ribotta B. y Pedrero M. (2010). Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos. CEPAL. Recuperado de:

<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3798/1/lcw348.pdf>

47. Pan American Health Organization (PAHO). (S/F). Esperanza de vida al nacer. Recuperado de:

<https://cursospaises.campusvirtualsp.org/mod/glossary/showentry.php?eid=127>

8

48. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). Índices e indicadores de desarrollo humano. Nueva York, Estados Unidos.

49. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2020). Desafíos de desarrollo ante la COVID-18 en México. Panorama Socioeconómico. Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/UNDP-RBLAC-CD19-PDS-Number13-Mexico.pdf>

50. Restrepo H. E. y Málaga H. (2001). Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá, Colombia; Editorial Médica Internacional. Recuperado de:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Promocion%20de%20la%20salud%20como%20construir%20vida%20saludable.pdf>

51. Restrepo L. F. y Rodriguez H. (2014). Análisis comparativo de la esperanza de vida en Sudamérica, 1980-2010. *Rev. Univ. Salud*, 16(2): pp. 177-187. Recuperado de: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/07/692100/2384-7935-1-pb.pdf>

52. Rivas A. y Sánchez B. (2016). Políticas y resultados educativos en América Latina: un mapa comparado de siete países (2000-2015). *RELIEVE*, 22(1): pp. 1-30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/916/91649056006.pdf>
53. Roitbarg H. A. (2018). La rigidez del gasto público brasileño a largo plazo. *APUNTES DEL CENES*, 37(66): pp. 77-98.
54. Rodríguez C. A., Álvarez V. L., y Castañeda A. I. (2007). La pirámide de población. Precisiones para su utilización. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400008&lng=es&tlng=es.
55. Rojas H. (2014). Analfabetismo en México, una realidad de alto riesgo. Educación Furura. Periodismo de interés público. Recuperado de: http://www.iisue.unam.mx/iisue/documentos/medios/EducacionFutura_HugoCasanova200614.pdf
56. Schneider L. (06 de agosto de 2019). Comunicación personal con Larissa Schneider Calza, segunda secretaria de la Embajada de Brasil en México.
57. Scott J. (2011). Gasto público y desarrollo humano en México. Análisis de incidencia y equidad. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
58. Secretaria de Salud. (2016). Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento técnico. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Recuperado de: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf
59. Senyacen M. J. (2016) Gasto en Salud: Propuesta 2017. Boletín, El Centro de Investigación Económica y presupuestaria. Recuperado de: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/>

60. Sistema Económico Latinoamericano y Del Caribe (SELA). (2019). Transformación de los ciudadanos a la salud en México. Instituto de Salud para el Bienestar INSABI. Recuperado de:
<http://www.sela.org/media/3219090/transformacion-de-los-cuidados-a-la-salud-en-mexico.pdf>
61. Sistema Económico Latinoamericano y Del Caribe (SELA). (S/F). Estados miembros Brasil. Recuperado de:
<http://www.sela.org/es/estados-miembros/brasil/>
62. Sistema Iberoamericano de Información sobre el Agua (SIAGUA). (S/F). Chile. Situación / Ubicación. Recuperado de: <http://www.siaqua.org/pais/chile>
63. Siqueira F. (2014). "Ascensão E Queda Do Desemprego No Brasil: 1998-2012," Brazilian Association of Graduate Programs in Economics. Recuperado de:
https://www.anpec.org.br/encontro/2013/files_l/i13-a25aa641e3de121884a9966e761431c0.pdf
64. Sobral B. y Schubert B. (2013). El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito. Su regulación y control en el contexto de la salud suplementaria. Superintendencia Nacional de Salud. N.3
65. Soto G., Moreno L. y Pahuá D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Rev. Fac. Med*, 59(6): pp. 8-22. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n6/2448-4865-facmed-59-06-8.pdf>
66. Urbina F. M. (2016). Los Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud. *Academia Nacional de Medicina*. Editorial, Intersistemas S.A de C.V.

67. Villar A. M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4): pp. 237-241. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

68. Ward P, R., Mamerow L. y Meyer S. B. (2013). Identifying Vulnerable Populations Using a Social Determinants of Health Framework: Analysis of National Survey Data across Six Asia-Pacific Countries. 8(12). Pp. 1-18.