

Salud y desigualdad: la pandemia reforzó lo que ya sabíamos

Evangelina Martich

La desigualdad en salud configura un problema estructural en América Latina, que se manifiesta tanto en el acceso diferencial a los servicios e insumos de salud dependiendo de la configuración institucional de los sistemas, como en los resultados y su relación con los determinantes sociales. Con avances y retrocesos, este fenómeno siempre ha estado presente en la región, y la pandemia del coronavirus no ha hecho más que mostrarnos su peor cara.

América Latina es una de las regiones más desiguales del planeta¹. La desigualdad está relacionada con la distribución de la riqueza acumulada entre la población. Esa distribución desigual de la riqueza puede darse entre países o incluso entre regiones de un mismo país. Y por detrás de esas enormes diferencias se encuentra el modelo hegemónico en el cual vivimos: el capitalismo.

La importancia del combate contra la desigualdad se basa en que esta afecta a la inmensa mayoría de la población y no solo a aquellos que se encuentran en peor situación². Las personas que viven en regiones con una elevada desigualdad económica y social están más expuestas a la violencia (traducida en índice de homicidios) y, por lo tanto, a una vida

Evangelina Martich: es doctora en Política Social por la Universidad Federal Fluminense. Se desempeña como profesora asociada del departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Carlos III de Madrid y consultora en políticas de salud.

Palabras claves: covid-19, desigualdad, salud, América Latina.

1. Celia Lessa Kerstenetzky: *O Estado do Bem-Estar social na idade da Razão. A reinvenção do Estado social no mundo contemporâneo*, Elsevier, Río de Janeiro, 2012.

2. Richard Wilkinson y Kate Pickett: *Igualdad. Cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo*, Capitán Swing, Madrid, 2019.

La salud es mucho más que la mera ausencia de la enfermedad y se vincula con un estado de bienestar bio-psico-social

comunitaria más débil, que afecta el desarrollo de los proyectos de vida y el nivel de bienestar general del conjunto de la población. La salud como fenómeno social no escapa a estas consecuencias de la desigualdad. Existe una vasta cantidad de evidencias que indican la relación entre el nivel de ingresos de

una familia, las condiciones de la vivienda, la calidad de la alimentación y otros factores de riesgo que acaban afectando la salud de sus integrantes³.

Como la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido, la salud es mucho más que la mera ausencia de la enfermedad y se vincula con un estado de bienestar bio-psico-social⁴. Que una persona tenga más o menos salud depende, por supuesto, de factores biológicos, pero también sociales e institucionales. Aquí es donde cobra una fuerte relevancia el contexto

social: las condiciones en las cuales vivimos y nos relacionamos con los demás afectan sin duda nuestra salud física y mental (esta última a menudo menos mencionada). Y los factores institucionales interfieren, entre otras cuestiones, en las posibilidades de acceder al sistema de salud cuando lo necesitamos.

En este artículo me centraré en estos dos factores, el social y el institucional, y en su relación con las desigualdades en salud en América Latina, poniendo el foco también en la salud sexual y reproductiva. Señalaré, además, algunos aspectos que se han visto exacerbados en el último año como consecuencia de la pandemia de covid.

¿Cómo se manifiestan las desigualdades en salud?

Desde un abordaje analítico, las desigualdades en salud se manifiestan a través de, al menos, dos vías: por un lado, las dificultades que atraviesa una persona para acceder a servicios e insumos de salud (medicamentos, vacunas y diversas tecnologías) cuando los necesita; por el otro, la desigualdad en los resultados de salud, es decir, en los indicadores de morbilidad y mortalidad que presenta la población. El primer aspecto, el *acceso*, se relaciona con los factores políticos institucionales que definen la forma en que se organizan y brindan los servicios de salud. El segundo, los *resultados* alcanzados por la población, si bien se encuentran atravesados por las condiciones y características del sistema de salud, se relacionan además y fuertemente con los llamados «determinantes sociales».

3. Laís Abramo, Simone Cecchini y Heidi Ullmann: «Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social» en *Ciência & Saúde Coletiva* vol. 25 N° 5, 2020.

4. Constitución de la OMS, disponible en <www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>.

El sistema de salud

Cuando hablamos del sistema de salud, nos referimos a todas las organizaciones, instituciones y recursos en un país determinado cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud involucran a una cantidad múltiple de actores que pueden organizarse de diversas formas y presentar diferentes diseños político-institucionales⁵. Ese entramado político-institucional va de la mano, por un lado, de la concepción de salud que se tenga: como un derecho de la ciudadanía o como un esquema de protección por áreas específicas; por el otro, de cómo se organiza ese sistema, los actores que lo componen y sus roles, cómo se financia y el modelo de gestión de los servicios, es decir, la forma en que brinda servicios de salud⁶. Tanto la concepción de salud que se tenga como la forma de organización, financiamiento y gestión de los servicios pueden contribuir o dificultar el acceso para la población.

En América Latina hay tantos modelos de sistemas de salud como países, y a su vez los países combinan características de unos y otros, pero es posible agruparlos a grandes rasgos en tres tipos: modelo universal, modelo del seguro social y modelo de seguros privados⁷.

El primero, el modelo de tipo universal, se financia con impuestos generales y provee servicios de forma gratuita a toda la población (esto puede variar para la población inmigrante según el país). Los proveedores de los servicios en general son también públicos, aunque en algunos países puede existir lo que se denomina servicios concertados (públicos de gestión privada). El segundo, el modelo del seguro social, se caracteriza fundamentalmente por financiarse mediante aportes obligatorios de los trabajadores y trabajadoras insertos en el mercado formal de empleo y de sus empleadores. Los servicios de salud son brindados por entidades privadas no lucrativas y la prestación de servicios se organiza por grupos específicos que suelen ir de la mano de la rama de actividad productiva. De esa forma, por ejemplo, los docentes tienen su grupo de prestadores, los empleados públicos los suyos, y así sucesivamente. La cobertura alcanza al contribuyente y su núcleo familiar. Así, el sistema como tal se compone de múltiples prestadores, los cuales pueden (o no) establecer algunos «pisos básicos» de prestaciones que todos deban garantizar a las usuarias y usuarios. El tercero, el modelo de seguros privados, se financia con el pago (directo o indirecto) de los usuarios;

5. E. Martich: «Acesso a contraceptivos: estratégias políticas e configuração institucional dos sistemas de saúde da Argentina e do Brasil», tesis de doctorado, Universidad Federal Fluminense, Escuela de Servicio Social, Programa de Estudios de Posgrado en Política Social Brasil, junio de 2018.

6. Federico Tobar: «Herramientas para el análisis del sector salud» en *Medicina y Sociedad* vol. 23 N° 2, 9/2000.

7. *Ibíd.*

generalmente cubre al grupo de población de más altos ingresos. Los prestadores son privados y, dependiendo del rol regulador que ejerza el Estado, habrá (o no) algunos servicios básicos que todos deban garantizar. Este modelo es el que más se aleja de la concepción de la salud como un derecho.

En la práctica, los países presentan una combinación imperfecta de elementos de unos y otros modelos

En la práctica, los países presentan una combinación imperfecta de elementos de unos y otros modelos. De esa forma, el Sistema Único de Salud (sus) de Brasil se aproxima al modelo de tipo universal, aunque el país cuenta con una gran cantidad de población cubierta por el sector de planes privados de salud. En Argentina, a pesar de que existe un sector público universal y gratuito de prestación de servicios, el modelo que mejor representa al sistema de salud en su conjunto es el del seguro social, ya que la mayor parte de la población argentina está cubierta por las llamadas obras sociales⁸. Chile, por último, se acerca al modelo del seguro privado, ya que cuenta con un sistema de salud fuertemente privatizado compuesto por las llamadas Instituciones de Salud Previsional (Isapres), aunque tiene también un Fondo Nacional de Salud (Fonasa) con prestadores de salud públicos. Además, en Chile se han establecido Garantías Explícitas en Salud (GES), un conjunto de beneficios transversales a usuarios y de los dos subsistemas anteriores que constituye una especie de seguro focalizado para la cobertura de un grupo definido de prestaciones.

Según sea el modelo de sistema de salud, se podrán producir diferentes desigualdades en el acceso. Los sistemas de tipo universal, cuando no cuentan con suficiente presupuesto o cuando la enorme demanda produce largas listas de espera, tienden a «expulsar» a quienes tienen la posibilidad de pagar por mejores servicios. En el caso de los sistemas del seguro social, estos tienden a replicar la estratificación propia del mercado, reproduciendo una lógica desigual entre quienes lo utilizan por su propia configuración. Por último, en los sistemas de seguro privado prevalece la lógica de acceso según capacidad de pago, lo que crea una importante desigualdad entre quienes tienen más o menos poder adquisitivo en cuanto al tipo de servicio al que pueden acceder.

Más allá de esas desigualdades propias de cada modelo, se puede identificar una serie de desafíos que los atraviesan en mayor o menor medida a todos y que acaban impactando en la desigualdad en el acceso. En primer lugar, deficiencias estructurales e históricas del sector salud a escala regional. En segundo lugar, cambios en la demanda relacionados con la propia

8. *Ibid.*

evolución epidemiológica de la población. En tercer lugar, cambios producidos por la incorporación de nuevas tecnologías, lo que repercute en un incremento del gasto en salud; este último, a su vez, puede incrementarse o bien para los países o para las personas, según se trate de un sistema donde prima la gratuidad de los servicios, o donde existen copagos o desembolso directo de los usuarios y usuarias. En definitiva, se elevan los costos (ya sean individuales o colectivos), lo que no necesariamente significa mejoras para la salud de la población. Otros retos están relacionados con la gestión de los servicios, como en lo que refiere a la fragmentación de la red asistencial y la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención, lo que dificulta, por un lado, la continuidad en el cuidado y, por otro, la posibilidad de un abordaje integral. Por último, de una forma u otra, todos los sistemas enfrentan dificultades en relación con el rol regulador del Estado, y allí donde la regulación de las relaciones entre los agentes del sistema (usuarios, prestadores, financiadores y aseguradores) es ineficaz, se tiende a perjudicar al eslabón más débil, en este caso, las personas usuarias, perpetuando reglas injustas, dificultando su acceso a los servicios e insumos y aumentando así las desigualdades en salud.

Los determinantes sociales

Además de las condiciones políticas institucionales del sistema de salud, existen otros factores que ejercen un fuerte impacto sobre la salud de la población y son aquellas condiciones en las cuales nacemos, vivimos, envejecemos, el tipo de trabajo que realizamos y sus condiciones, el nivel de educación alcanzado, el lugar de residencia, los ingresos, la alimentación, la raza, el género, la etnia, la situación migratoria, entre muchos otros factores. En definitiva, los determinantes sociales de la salud.

Desde hace años, diferentes trabajos de investigación vienen presentando evidencias del impacto de esos determinantes sociales y cómo se manifiestan en forma de desigualdades en la salud de la población⁹. De manera inversa, también se pueden encontrar evidencias de la relación entre, por ejemplo, una alimentación de buena calidad y un mejor desarrollo cognitivo, capacidad de aprendizaje y mejoras en el rendimiento escolar¹⁰. Pero sería ingenuo pensar que las personas se alimentan mal solo porque ellas quieren, condenando así su salud y propio bienestar.

9. R. Wilkinson y K. Pickett: ob. cit.

10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal): «La matriz de la desigualdad social en América Latina», LC/G.2.690 (MDS.1/2), 2016.

El impacto de los determinantes sociales sobre las desigualdades en salud se produce tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados. En ambos casos, la salud de las personas varía según el grupo social al que pertenecen. A comienzos de 2020, se publicó una revisión sobre desigualdades en salud en Reino Unido (*Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On* [Equidad sanitaria en Inglaterra: la revisión Marmot 10 años después])¹¹, donde se indica que la esperanza de vida, que había ido aumentando en ese país desde comienzos del siglo xx, se estancó a partir de 2011, y cómo eso se evidenció de forma más marcada en regiones más desfavorecidas (del norte) y en el caso de las mujeres. En términos generales, el informe demuestra cómo el cierre de centros infantiles, la caída de los presupuestos en educación, las dificultades en el acceso a la vivienda, la reducción de salarios y la precarización del empleo, entre otros, han afectado la salud de la población, condenándola a vivir menos y con peor salud¹².

América Latina

La desigualdad en América Latina es un problema estructural muy complejo y persistente. En los últimos 30 años, la región logró avances en cuestiones sociales, como por ejemplo la reducción de la pobreza y la indigencia o el aumento de la esperanza de vida de la población en alrededor de seis años¹³. A escala regional se han vivenciado ciclos entre los años 2000 y 2014 en los que el ritmo del crecimiento económico de los países se aceleró y estuvo acompañado de importantes inversiones en política social, lo que impactó no solo en la reducción de la pobreza extrema (que pasó de 12,2% en 2002 a 7,8% en 2014) sino además en los niveles de desigualdad (pasando de un índice de concentración de Gini de 0,54 en 2002 a uno de 0,49 en 2014)¹⁴. Pero esos ciclos de crecimiento económico, acompañados de políticas redistributivas, empezaron a decrecer a partir de 2014. Como consecuencia de esto, tanto la tasa de pobreza como la de pobreza extrema

11. Michael Marmot, Jessica Allen, Tammy Boyce, Peter Goldblatt y Joana Morrison: *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*, Institute of Health Equity, Londres, 2020.

12. Sarah Boseley: «Austerity Blamed for Life Expectancy Stalling for First Time in Century» en *The Guardian*, 25/2/2020.

13. E. Martich, Gonzalo Ibañes Mestres y Lenaura de Vasconcelo Costa Lobato: «Una paradoja en América Latina: desarrollismo, bienestar y salud sexual y reproductiva», ponencia presentada en el Congreso Euroamericano de Derecho y Políticas, Universidad de Vigo, abril de 2017.

14. Fuente: Cepal: CEPALSTAT, <<https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/portada.html>>.



volvieron a incrementarse a escala regional, pasando respectivamente de 27,8% y 7,8% en 2014 a 30,2% y 10,2% en 2017¹⁵.

Así como el crecimiento económico, junto con las políticas de redistribución, se asocia a mejoras en los indicadores de pobreza, pobreza extrema y desigualdad, es posible identificar algunas estrategias tanto directas como indirectas que han ayudado en la reducción de las desigualdades en salud de la región.

Con estrategias directas me refiero a aquellas adoptadas desde el sector salud, y una fundamental es el aumento de la población con algún tipo de cobertura. Un ejemplo sería el de los servicios de salud en las zonas rurales, cuya cobertura aumentó de 36% a 64% entre 1990 y 2015¹⁶. En el caso de Brasil, cabe destacar el programa Saúde da Família, que fortaleció la atención primaria fundamentalmente en áreas de mayor riesgo y vulnerabilidad social del país. Otras medidas innovadoras están relacionadas con

Otras medidas innovadoras están relacionadas con mejorar el acceso a los medicamentos, a partir, por ejemplo, de la promoción de las versiones genéricas

mejorar el acceso a los medicamentos, a partir, por ejemplo, de la promoción de las versiones genéricas (que contribuyen a la competencia por precios), o programas de suministro gratuito de fármacos, como ha sido el caso del Plan Remediar en Argentina, y el suministro gratuito de medicamentos antirretrovirales a población con VIH sida sin cobertura¹⁷.

Sin embargo, aun en aquellos países de la región con cobertura amplia de la población y/o con fuerte presencia de servicios públicos de salud, persisten importantes barreras para el acceso, ya que la universalización manifiesta en las normas no necesariamente significa la garantía del derecho a la salud en la práctica. Por otro lado, es visible también la desigualdad en la calidad de los servicios a los que se accede según grupo de población. Para reducir esto, es necesario que los servicios de salud estén disponibles cuando la población los requiere y que esto se produzca de la forma más homogénea posible para que no sean las propias instituciones las que reproducen la desigualdad en el acceso.

Con estrategias indirectas me refiero a aquellas que trascienden al sector exclusivo de la salud, pero cuyas consecuencias acaban impactando

15. L. Abramo, S. Cecchini y H. Ullmann: ob. cit., p. 3.

16. OPS: «Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna», resumen ejecutivo del Informe de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, Washington, DC, 2018.

17. Gabriel Kessler: *Controversias sobre la desigualdad. Argentina 2003-2013*, FCE, Buenos Aires, 2014.

en los indicadores de salud y bienestar de la población. Un claro ejemplo es el fortalecimiento general de la protección social, cuyo objetivo es garantizar el bienestar de las personas y protegerlas de riesgos derivados de su condición individual, como pueden ser el desempleo o la vejez, pero también estructurales, como la pobreza¹⁸. Los programas de transferencia de ingresos entran en esta categoría. Existen evidencias sobre el impacto de este tipo de estrategias y las consecuencias positivas para la salud de la población, como la reducción de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años¹⁹.

Las políticas enfocadas en proteger a los niños, su nutrición y desarrollo tienen un potencial grande de repercusión en frenar los círculos de reproducción de la pobreza y disminuir las desigualdades en salud. Un ejemplo es el programa de Asignación Universal por Hijo implementado en Argentina en 2009, cuyas propias condicionalidades estaban relacionadas con los controles prenatales (y acaban aumentándolos) y el cumplimiento del calendario de vacunación en niños y niñas, lo que a su vez impacta en la disminución del contagio de enfermedades²⁰. Otro ejemplo es el programa Subsidio Educativo de Colombia, que tuvo un impacto en la reducción del embarazo adolescente en el país²¹.

Desde hace décadas, el escenario regional de las desigualdades en salud acompaña el patrón de las desigualdades sociales y económicas, con avances y retrocesos. Así como mencionamos que en América Latina aumentó la esperanza de vida de la población, también ha disminuido 42% la mortalidad infantil desde 2003, un indicador altamente sensible a la pobreza y la desigualdad. Pero esa reducción presenta disparidades cuando miramos el caso de los niños y niñas afrodescendientes o indígenas²². Algo similar se ha producido con la mortalidad materna, que se redujo 32% a escala regional desde el año 2000 en adelante, pero con importantes diferencias entre los países y dentro de ellos.

18. S. Cecchini, Fernando Filgueira, Rodrigo Martínez y Cecilia Rossel (eds.): *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, Libros de la Cepal N° 136, Cepal, Santiago de Chile, 2015.

19. Davide Rasella, Rosana Aquino, Carlos A.T. Santos, Rômulo Paes-Sousa y Mauricio L. Barreto: «Effect of a Conditional Cash Transfer Programme on Childhood Mortality: A Nationwide Analysis of Brazilian Municipalities» en *The Lancet* N° 382, 2013.

20. Valentina Suárez Baldo: «Mudanças na institucionalidade da proteção social estatal da Argentina a partir da criação da Asignación Universal por Hijo», tesis de maestría, Universidad Federal Fluminense, 2014.

21. Banco Mundial: «Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos», Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial, Washington, DC, 2012.

22. OPS: ob. cit.

Si nos centramos, por ejemplo, en el caso del acceso a la anticoncepción, sin bien este ha mejorado a escala regional en las últimas décadas, aún queda un largo camino por recorrer. El acceso a métodos anticonceptivos se encuentra además fuertemente influido por la variable de la clase social. En Brasil, por ejemplo, las mujeres de clase baja que no usan ningún método anticonceptivo han llegado a duplicar a las de poder adquisitivo alto²³. Teniendo en cuenta que además la principal vía de acceso a los anticonceptivos en la región continúa siendo el mercado, la regresividad se refuerza. Las dificultades para acceder a la salud sexual y reproductiva, y a los métodos anticonceptivos en particular, impactan fuertemente en los indicadores de salud de las mujeres y se traducen en mortalidad materna,

Si nos detenemos en los embarazos adolescentes, América Latina y el Caribe ocupa el segundo lugar en el mundo

embarazos no deseados, embarazo adolescente y exposición a abortos inseguros (en la mayoría de los países de la región, con excepción de Argentina y Uruguay, la práctica continúa siendo ilegal).

Si nos detenemos en los embarazos adolescentes, América Latina y el Caribe ocupa el segundo lugar en el mundo, solo superado por África subsahariana. Mientras que a escala global el embarazo adolescente representa 11% del total de los nacimientos, en América Latina y el Caribe esa cifra asciende a 19%²⁴.

No es casualidad que una región que padece una fuerte desigualdad presente altos índices de embarazo en adolescentes, y también existe una vasta cantidad de evidencias sobre la relación de estos índices con la pobreza, los bajos ingresos, el abandono de la escolarización y el incremento de la vulnerabilidad y la exclusión social.

El escenario anterior de mejoras y retrocesos manifiesta que el camino aún es arduo, la realidad regional frente a las desigualdades en salud es compleja y las posibilidades de revertirlos requieren de esfuerzos mancomunados de varios sectores.

La pandemia y la desigualdad

La crisis sanitaria causada por la pandemia de covid-19 no hizo más que poner en primer plano la realidad antes descripta. A poco más de un año de

23. *Ibíd.*, p. 6.

24. Taylor Riley, Elizabeth Sully, Zara Ahmed y Ann Biddlecom: «Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries», Guttmacher Institute, Nueva York, 2020.

que la OMS declarase la pandemia, ya se han publicado varios trabajos que estiman sus impactos en los planos social, económico y sanitario.

La pandemia encontró a los países de América Latina con economías frágiles, crisis políticas, desconfianza en las instituciones y sistemas de salud que debieron enfrentar un nivel de demanda sin precedentes y se vieron obligados a reorganizarse rápidamente para poder dar una respuesta. Sin embargo, en algunos casos han logrado ir sorteando la situación sin llegar a colapsar, aunque de nuevo, dentro de cada país se han evidenciado situaciones muy diferentes entre sí. De igual forma, se ha visto que el virus afecta de forma desigual a la población.

La pandemia de covid-19 afectó de manera diferente a las personas según sus condiciones particulares de nivel de ingreso, grupo étnico, lugar de residencia, etc. El virus rápidamente se expandió por los barrios más pobres de los grandes centros urbanos de América Latina. Donde las condiciones de la vivienda son precarias, falta acceso al agua potable o no existe la posibilidad de mantener la «distancia social» y es imposible cumplir con los confinamientos por las condiciones de trabajo precarias, el coronavirus se ha disparado sin piedad²⁵. También existe evidencia sobre cómo el virus se cobró más víctimas mortales entre personas de zonas pobres y población afrodescendiente²⁶.

Por otro lado, desde hace algunos meses ya circulan evidencias de los posibles impactos de la pandemia en la salud de mujeres y niñas²⁷. A partir de la reorganización que atravesaron los sistemas de salud y las medidas de confinamiento ampliamente implementadas por los países, se han visto afectados servicios ambulatorios de salud y, en consecuencia, el suministro de métodos anticonceptivos. Y ello repercute inevitablemente sobre el aumento de embarazos no deseados, embarazos adolescentes, enfermedades de transmisión sexual, exposición a abortos inseguros, entre otros.

En América Latina se estima una discontinuidad del uso de métodos anticonceptivos de 3,9 millones por dificultades económicas de las personas para comprarlos, pero también de 13,1 millones por desabastecimiento de los servicios públicos. Esto último, sumado a las mujeres que

25. Ana V. Diez Roux et al.: «Urban Health and Health Equity in Latin American Cities: What COVID-19 Is Teaching Us» en *Cities & Health*, 2020.

26. Pedro Baqui, Ioana Bica, Valerio Marra, Ari Ercole y Mihaela van der Schaar: «Ethnic and Regional Variations in Hospital Mortality from COVID-19 in Brazil: A Cross-Sectional Observational Study» en *The Lancet* vol. 8 N° 8, 2020.

27. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA): «Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil», UNFPA, 2020.

ya no accedían a los anticonceptivos antes de la pandemia y que en la región representan 19,7 millones, hará que la situación retroceda unos 27 años, pasando de 11,4% a 16,3% el porcentaje de personas con dificultades en el acceso a la anticoncepción; situación que además se agrava en el caso de las adolescentes. En Guatemala, por ejemplo, se produjo una disminución en la entrega de los anticonceptivos de 6% para mujeres de 20 a 24 años, mientras que entre las adolescentes esa disminución alcanza el 41%²⁸.

Como si no fuera suficiente lo anterior, también niñas y mujeres han estado más expuestas a sufrir situaciones de violencia de género. En la mayoría de los países han aumentado las denuncias y se ha alertado sobre esta situación²⁹. Teniendo en cuenta que quienes padecen violencia sexual se enfrentan además a barreras para acceder a métodos anticonceptivos de emergencia o a una interrupción legal del embarazo, es posible inferir que esto produzca un aumento de los embarazos en niñas y adolescentes.

Finalmente, cabe señalar, como si se tratara de una ironía del destino, que la posible salida de esta crisis sanitaria también está profundamente atravesada por la desigualdad en salud. Desde hace algunos meses cobró fuerza la idea de que solo una vacuna sería capaz de ayudarnos a salir de este calvario³⁰. Mucho se ha discutido sobre la carrera por la vacuna contra el coronavirus y quién se lograría vanagloriar de haberla descubierto primero. Pasados los meses, ya hay disponibles varias vacunas que han demostrado ser eficaces y seguras. Sin embargo, se ha desatado otro conflicto relacionado con el acceso. Solo 10 países han aplicado 75% de las vacunas en el mundo, mientras que muchos otros países no han recibido ni una sola dosis³¹. La distribución global de las vacunas contra el covid-19 evidencia una situación completamente desigual e injusta, donde los países más desarrollados avanzan mientras que los de menos recursos continúan padeciendo las enormes consecuencias no solo sanitarias, sino también sociales, económicas y políticas de la pandemia.

28. E. Martich: «El coronavirus y sus impactos en el embarazo adolescente» en *Agenda Pública*, 11/9/2020.

29. ONU Mujeres: «Prevención de la violencia contra las mujeres frente a covid-19 en América Latina y el Caribe», Brief v. 1.1, 23/4/2020.

30. E. Martich: «La carrera por la vacuna en América Latina» en *Agenda Pública*, 10/10/2020.

31. «'Wildly Unfair': UN Says 130 Countries Have Not Received a Single COVID Vaccine Dose» en *The Guardian*, 18/2/2021.

Consideraciones finales

La desigualdad en salud configura un cuello de botella estructural a la hora de pensar en avances más profundos a escala regional. Una sociedad que no disfruta de buena salud en un sentido amplio (física, mental y emocional) difícilmente podrá estudiar, capacitarse, aspirar a mejores empleos y contribuir al desarrollo de la comunidad.

Las evidencias nos indican que, para avanzar en la reducción de las desigualdades en salud, pensar en estrategias estrictamente sanitarias es necesario, pero no suficiente. Como ya mencionamos, los diferentes sistemas de salud, con sus entramados institucionales y organización de los servicios, pueden o no contribuir al acceso de la población a la salud cuando la necesita. Sin embargo, pensar que solo desde la óptica del sistema de salud se podrían reducir las desigualdades resulta muy limitado. Este asunto es mucho más complejo y está relacionado con la propia naturaleza multicausal de la salud como fenómeno social. Las condiciones del contexto en el cual nacemos, crecemos y envejecemos también arrojan luz sobre este asunto y es fundamental tenerlas en cuenta. En el caso específico de la salud sexual y reproductiva sobre el que se hizo hincapié en este trabajo, ha demostrado ser un área fuertemente sensible a la desigualdad, impactando en los indicadores de salud de niñas y mujeres de la región, pero también condenándolas a múltiples vulnerabilidades.

La crisis sanitaria actual nos evidenció (y profundizó) de forma cruel una realidad que ya data de largo tiempo. Con avances y retrocesos, la desigualdad en salud siempre ha estado presente en América Latina. La pandemia del coronavirus no hizo más que mostrarnos su peor cara. Revertir esta situación es acuciante, y para eso necesitamos pensar en estrategias con abordajes amplios e intersectoriales que involucren y comprometan de forma simultánea a diversas áreas de la política social en general. ☐