



## Artículo de investigación

<https://doi.org/10.61767/mjte.002.3.4960>

Muñoz-Aguirre et al., 2023

Recibido: 01-08-2023

Revisado: 15-08-2023

Aceptado: 07-11-2023

Publicado: 22-12-2023

# DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE MÉXICO, BRASIL Y CHILE

## SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: A COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN MEXICO, BRAZIL, AND CHILE

G. Muñoz-Aguirre<sup>1</sup>, L. Escudero-Cortés<sup>1</sup>, S. Lemus-Alcántara<sup>2</sup>, M. S. Carrillo Pérez<sup>1</sup>, J. R. Padilla-Mendoza<sup>3</sup> e I. López-Reyes<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Av. La Corona No. 320, Loma la Palma, Alcaldía Gustavo A. Madero. C.P 07160. Ciudad de México.

<sup>2</sup>Hospital de la Mujer. Secretaría de Salud. Calle Salvador Díaz Mirón No. 374, Santo Tomás, Alcaldía Miguel Hidalgo. C.P 11340. Ciudad de México.

<sup>3</sup>División Químico-Biológicas. Universidad Tecnológica de Tecámac. Carretera Federal México-Pachuca km 37.5, Predio Sierra Hermosa. Tecámac de Villanueva. C.P 55740. Estado de México.

Correspondencia: [israel.lopez.reyes@uacm.edu.mx](mailto:israel.lopez.reyes@uacm.edu.mx)

### Resumen

En este trabajo se desarrolla la comparación de algunos Determinantes Sociales de la Salud (DSS), los cuales son considerados como las condiciones en que las personas nacen, viven, trabajan; y que tienen impacto en la calidad de vida y en las desigualdades de salud; con los datos de tres países latinoamericanos. Para ésto se empleó una metodología cuantitativa, el estudio por su temporalidad fue de tipo longitudinal y por su cronología fue de tipo retrospectivo; los DSS a considerar, fueron: la educación –Población analfabeta, matrícula de primer nivel, segundo nivel y tercer nivel-; el empleo –Población Económicamente Activa-; la salud –Gasto público en salud, personas derechohabientes-; la esperanza de vida, la mortalidad materna y mortalidad infantil. Se realizó un análisis comparativo de estos determinantes entre México, Brasil y Chile para los años 2005, 2010 y 2015 concluyendo con la importancia que tiene la Promoción de la Salud en las políticas públicas para mejorar la calidad de vida de las personas por medio de los Determinantes Sociales de la Salud.

**Palabras clave:** Determinantes sociales de la salud, Promoción de la Salud, Calidad de vida, Esperanza de vida.



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

### Abstract

In this work, the comparison of some Social Determinants of Health (SDH) is developed, which are considered as the conditions in which people are born, live, and work and that impact people's quality of life, to identify their impact on health inequalities. In this analysis, a quantitative methodology was used. Due to its temporality, it was longitudinal, and due to its chronology, it was retrospective; the SDH to consider were: education –illiterate population, first level, second level, and third level enrollment-; employment –economically active population-; health –public spending on health, beneficiaries-; life expectancy - maternal mortality and infant mortality-; A comparative analysis of these determinants was carried out between Mexico, Brazil, and Chile for the years 2005, 2010 and 2015, concluding with the importance of Health Promotion in public policies to improve the quality of life of people through the SDH.

**Keywords:** Social Determinants of Health, Health Promotion, Quality of life, Life expectancy.

### 1. Introducción

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son considerados como las condiciones en que las personas nacen, viven y trabajan, los cuales tienen impacto en la calidad de vida. En general, este artículo de investigación habla de la importancia que tienen los determinantes para mejorar la calidad y condiciones de vida de las personas; a nivel mundial, la desigualdad en los ingresos, seguida por la desigualdad en la educación y en la esperanza de vida reducen el Índice de Desarrollo Humano; esto golpea más a los países en las categorías de desarrollo bajo y medio como es el caso de México, Brasil y Chile (PNUD, 2018) los cuales son los países a estudiar.

En el año 2002 en Canadá fue celebrada una reunión titulada "The Social Determinants of Health: An Overview of the Implications for Policy and the Role of the Health Sector" (Revisado en: Álvarez, García y Bonet, 2007) en la cual se identificaron los Determinantes que causan mayor desigualdad para las poblaciones, parte de estos Determinantes se analizan en esta investigación: La educación, éste es de los primeros determinantes a considerar, pues es esencial para el desarrollo humano inclusivo y sostenible, además es un derecho de toda la humanidad. El empleo es otro determinante considerado y uno de los principales causantes de

las desiguales; después se consideró la salud como determinante, que puede ser el resultado de políticas (buenas o malas) implementadas por el Estado, la esperanza de vida es otro elemento considerado, que mide la capacidad de tener una vida larga y saludable. Por último, se consideraron la mortalidad materna e infantil como indicadores sensibles del desarrollo de una nación.

Con base en los datos obtenidos, también se pudieron elaborar las siguientes preguntas: ¿Cuál ha sido el avance o retroceso que han tenido la educación, el empleo, la salud, la esperanza de vida y la mortalidad correspondientes a los años a analizar en estos tres países? Y ¿Cuál ha sido el impacto que han tenido estos DSS en las desigualdades en salud para estos tres países?

### 2. Materiales y métodos

Este artículo de investigación 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 de estos países), los años considerados fueron: 2005, 2010 y 2015; por su cronología es de tipo retrospectivo, ya que el inicio del estudio fue posterior a la información analizada por lo que la investigación se limita a la observación



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

documental de la información sin manipulación, lo que hace que el estudio también sea de tipo observacional; este trabajo sólo abarca aspectos cuantitativos.

Se seleccionaron los siguientes DSS a partir del impacto que generan en las desigualdades en salud, los cuales fueron: Educación [Población analfabeta, Matrícula de primer nivel de educación (primaria), Matrícula de segundo nivel de educación (secundaria) y Matrícula de tercer nivel de educación (preparatoria)]; Empleo [Población Económicamente Activa (PEA)]; Salud (Gasto Público en Salud y Personas derechohabientes); Esperanza de vida; Mortalidad materna y Mortalidad infantil.

Los datos reportados de los indicadores: educación, empleo y salud fueron mostrados en porcentajes, por lo que se realizó una resta de los porcentajes según fuera el caso de acuerdo con los años evaluados para conocer los avances y/o retrocesos en cada indicador.

Los datos correspondientes a las personas derechohabientes estuvieron representados como el número de personas. Para conocer el porcentaje del avance y/o retroceso del indicador, éste se calculó con la fórmula básica de porcentaje que se representa a continuación:

$$\left[ \left( \frac{\text{No. de personas del año 2015}}{\text{No. de personas del año 2005}} \right) - 1 \right] \times 100$$

Los datos de la esperanza de vida se presentaron por edad de la población. Para los datos de mortalidad se encontraron tasas por 1,000 habitantes; y se reformularon por 100,000 habitantes. Por último, todos los resultados fueron comparados entre los valores de cada uno de los países y entre los tres años considerados en esta investigación; esto para identificar las desigualdades existentes en relación con los DSS considerados.

### 3. Resultados

En esta investigación se realizó un análisis comparativo de los indicadores: educación, empleo, salud, esperanza de vida y mortalidad materna e infantil; los datos obtenidos fueron presentados en tablas para cada determinante.

La tabla 1 muestra que la población analfabeta en México en el periodo del 2005 al 2015 disminuyó 2.2%; en Brasil disminuyó un 2.9%; y en Chile disminuyó el porcentaje de la población analfabeta en un 1.2%. Respecto a las Matrículas de primer nivel de educación (primaria), en México disminuyó en un 2.7% en el periodo del 2005 al 2015; para Brasil el porcentaje disminuyó un 1.7%; por otro lado, en Chile hubo un aumento del 0.2% entre el 2010 y 2015. En el segundo nivel de educación (secundaria), 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%. Por último, en el tercer nivel de educación (preparatoria) aumentaron las tasas 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.

La tabla 2 nos muestra que 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. 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 la PEA aumentó considerablemente, 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



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

PEA (en porcentaje del total de la población mayor de 15 años) aumentó en un total de 4.83.

La tabla 3 nos indica que 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 el gasto en salud se mantuvo; 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%.

Tabla 1. Educación en México, Brasil y Chile, 2005, 2010 y 2015.

EDUCACIÓN												
	Población analfabeta (%)			Matrícula de primer nivel (tasa)			Matrícula de segundo nivel (tasa)			Matrícula de tercer nivel (tasa)		
	México	Brasil	Chile	México	Brasil	Chile	México	Brasil	Chile	México	Brasil	Chile
2005	7.4	11.1	3.5	97.8	94.4	SD	67.6	78.7	SD	24.7	25.5	47.8
2010	6.2	9.6	2.9	94.8	SD	94.1	67.3	SD	84.8	26.7	SD	65.9
2015	5.2	8.2	2.3	95.1	92.7	94.3	SD	81.3	88	29.9	50.6	88.6

Elaboración propia a partir de las siguientes referencias: CEPAL, 2006; CEPAL, 2011; CEPAL, 2015; CEPAL, 2019.

Tabla 2. Empleo en México, Brasil y Chile, 2005, 2010 y 2015.

Población Económicamente Activa TOTAL (PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN TOTAL MAYOR DE 15 AÑOS)			
	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 las siguientes referencias: Banco Mundial, 2019.

Respecto a la población derechohabiente, en México se puede observar un aumento del 23%, en el periodo del año 2005 al 2015, también se muestra que el ISSSTE fue el seguro con mayor avance en la cobertura de población derechohabiente, seguido del IMSS y PEMEX,

Defensa o Marina. Es de destacar que, para Brasil, no se encontró 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



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

con Schneider de la embajada de Brasil en México, 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. Por otra parte, el porcentaje de la población total derechohabiente en Chile disminuyó en un 4% en el periodo del 2005 al 2015; 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.

Lo que se observa en la tabla 4 es que Chile es el país que mayor esperanza de vida tiene, seguido de México y por último Brasil; 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 de más de 5 puntos por debajo con respecto a Chile, es decir, sigue teniendo una esperanza de vida baja, pero Brasil de seguir con ese aumento pudiera mejorar este indicador en los años siguientes.

En relación con la tasa de mortalidad materna e infantil, Chile es el país con menor tasa, seguido por México y por último Brasil, que en esos momentos era el país con mayor número en su tasa de mortalidad materna.

Tabla 3. Salud en México, Brasil y Chile, 2005, 2010 y 2015.

**SALUD**

	Gasto Público en Salud (Porcentaje del PIB)			Población asegurada (México)				Población asegurada (Chile)		
	México	Brasil	Chile	IMSS	ISSSTE	PEMEX, DEFENSA O MARINA	TOTAL	FONASA	ISAPRES	TOTAL
2005	5.9	8	6.6	32,087,547	5,779,620	1,085,245	38,952,412	11,120,094	2,660,338	13,780,432
2010	6	8	6.8	35,380,021	6,303,630	1,091,321	42,774,972	12,731,506	2,825,618	15,557,124
2015	5.9	8.9	8.1	39,184,316	7,705,800	1,150,159	48,040,275	9,751,006	3,410,487	13,161,493

Elaboración propia a partir de las siguientes referencias: CEPAL, 2010; CEPAL, 2015; CEPAL, 2019; INEGI, 2005; INEGI, 2010; INEGI, 2015; Ministerio de Salud, 2010; Ministerio de Salud 2015; Superintendencia de salud, 2016; Superintendencia de salud, 2010 y Superintendencia de salud, 2005.

Tabla 4. Esperanza de vida, tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil en México, Brasil y Chile, 2005, 2010 y 2015.

	Esperanza de vida			Tasa de Mortalidad materna por 100,000 habitantes			Mortalidad infantil por 100,000 habitantes		
	México	Brasil	Chile	México	Brasil	Chile	México	Brasil	Chile
2005	75.3	72	77.7	54	67	27	1,940	2,200	770
2010	76	73.8	78.4	45	65	26	1,640	1,670	740
2015	76.9	75.2	79.3	38	44	22	1,390	1,400	670

Elaboración propia a partir de las siguientes referencias: Banco Mundial, S/F; OMS, 2015 y Banco Mundial, 2019.



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

### 4. Discusión

En este artículo de investigación se realizó un análisis comparativo de Determinantes Sociales de la Salud específicos de tres países latinoamericanos: México, Brasil y Chile, con la finalidad de conocer el avance y/o retroceso de los determinantes tales como: educación, empleo, salud, esperanza de vida, mortalidad materna e infantil, entre los años 2005, 2010 y 2015.

#### *-Educación*

En relación al determinante de la educación y la reducción que hubo en la población analfabeta, Rivas y Sánchez (2016) mencionan que en Brasil se establecieron mecanismos de focalización escolar en los aprendizajes, lo cual ayudó a mejorar la educación.

En relación con la tasa neta de matrícula, México fue el país con menor avance, principalmente en el nivel terciario de educación en comparación con Brasil y Chile. De acuerdo con Rivas y Sánchez (2016), en México la educación media superior presenta altos niveles de exclusión y una alta proporción de estudiantes de 15 años fuera del sistema educativo *per se*.

Por otra parte, Brasil tuvo mayor avance en la tasa neta de matrícula en los tres niveles de educación en comparación con México. Rivas y Sánchez en 2016 mencionaron que Brasil partió de débiles niveles históricos de cobertura en educación, sin embargo, ha llegado a igualar los niveles estándares de la región.

En contraste, Chile fue la nación que mayor cobertura tuvo con respecto a la tasa neta de matrícula en los tres niveles de educación. Nuestro análisis coincide con lo reportado por Ocegueda, Miramontes, Moctezuma y Mungaray (2017), donde señalan que Chile es una de las naciones con las tasas más altas de cobertura en educación en América Latina.

Asimismo, Chile fue el país con mayor cobertura en educación, seguido de Brasil y por último México, con los peores niveles de cobertura en

comparación con esos dos países. También 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, pues la educación se ve afectada por los niveles socioeconómicos.

#### *-Población Económicamente Activa (PEA)*

En lo que respecta a la tasa de la 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 quizás 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 (preparatoria), 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 lo han mostrado otros autores son elevados (Chávez,



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

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, ésto al menos respecto del total de su población; la cual es por mucho, mayor que la de los otros dos países. Por eso es que se puede decir 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 en el periodo del 2005 al 2015 Brasil fue 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 (OMS), 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.

Respecto al Gasto Público en Salud lo que se encontró en los resultados de esta investigación

fue que 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 se ha mantenido en la misma proporción.

Brasil a diferencia de México sí tuvo un aumento en su porcentaje del Gasto Público en Salud del 2005 al 2015, nuestros datos, coinciden con lo que Roitbarg indica respecto a que el Gasto Público en Salud en Brasil se mantuvo con un valor inferior al 1% (Roitbarg, 2018).

Chile en comparación con México y Brasil aumentó su 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% su Gasto Público en Salud, que es un aumento similar al que nosotros encontramos.

Todo esto nos indica que Chile fue el país, de los considerados en este trabajo, con mayor aumento en el Gasto Público en Salud, sugiriendo que Chile es la nación que aparentemente llevó 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 con la cobertura de los Sistemas de Salud de estos tres países considerados, Brasil es el país que mayor alcance de cobertura tuvo según su población, éste podría llegar a cubrir hasta un 100%, pero al igual que México y Chile,



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

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, esto nos puede indicar que pudiera haber una mala calidad en los servicios de salud y desigualdad. Los resultados a este respecto concuerdan con lo que Sobral y Schubert (2013) indican, 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 considerado 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; aproximadamente a mediados del periodo del cual obtuvimos los datos, Lechuga y Mayen (2009) 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 éste fue de 1.6 años y en Brasil un avance de 3.2 años, lo cual nos indica que Brasil,

para los tiempos considerados en esta investigación, fue 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 podemos decir que Chile fue el país con menores desigualdades, seguido por México; y luego por Brasil que en este caso fue el país con mayores desigualdades.

### *-Mortalidad*

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 los 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 fue 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).



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

Así entonces, México, Brasil y Chile aumentaron su esperanza de vida; y por otra parte redujeron sus tasas de mortalidad materno-infantil en el periodo del 2005 al 2015.

### 5. Conclusiones

A manera de conclusión se puede observar que en estos tres países considerados sí hubo avance en los datos de los DSS en este trabajo de investigación, 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 éstos 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, pasamos por 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 vivieron desafíos sanitarios.

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

En países tales como México, Brasil y Chile se realizaron 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 fue el caso de México.

Aun así, los casos continuaron en aumento para los tres países, debido a las desigualdades todavía existentes, además de que prevalecen otros factores tales 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 materna e infantil, y la comparación de estos datos entre México, Brasil y Chile, nos ayudaron a evidenciar las deficiencias existentes en las políticas públicas implementadas por cada país, así como también a resaltar las desigualdades de cada nación.

El propósito fue mostrar, de alguna manera, las desigualdades que existen en México, Brasil y Chile. De esta forma es que podemos decir que la perspectiva (o el trabajo) de la Promoción de la Salud debería de ser muy importante en la implementación de las políticas públicas, ya que existen muchas evidencias de que ésta ayuda a mejorar los DSS.

En América Latina se han hecho diversos esfuerzos por mejorar los DSS 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. Para la mayoría de estos determinantes, Chile fue 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 DSS 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



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

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 DSS, educación, empleo, salud, esperanza de vida, mortalidad materno-infantil, de México, Brasil y Chile; se trató de evidenciar las desigualdades de estos países y la importancia de la implementación de políticas públicas y sociales en los DSS; 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.

### 6. Referencias

1. 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>
2. 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.
3. 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>
4. 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](https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=CL-BR-MX&name_desc=false)
5. Carrillo F., Espinoza S. y Valenzuela A. (2018). Mercado laboral y educación en Chile: Principales tendencias y resultados. Comisión Nacional de Productividad. Santiago, Chile.
6. 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>
7. 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.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2006). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, (LC/G.2483-P), Santiago de Chile, 2006. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.06.II.G.1
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2011). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, (LC/G.2483-P), Santiago de Chile, 2011. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.10.II.G.1.
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2015). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, (LC/G.2656-P), Santiago de Chile.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2019) Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, (LC/PUB.2019/2-P), Santiago de Chile.
12. 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\\_educacion\\_en\\_America\\_Latina\\_desarrollo\\_y\\_pespe.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/La_educacion_en_America_Latina_desarrollo_y_pespe.pdf)



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

13. 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>
14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), (2018). Índices e Indicadores de Desarrollo Humano, Recuperado de: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/2018humandevlopmentstatisticalupdateespdf.pdf>
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005). II Censo de Población y vivienda 2005. Recuperado el 09 de mayo del 2023 de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2005/>
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Censo de Población y vivienda 2010. Recuperado el 09 de mayo del 2023 de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta Intercensal 2015. Recuperado el 09 de mayo del 2023 de: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
18. Lechuga M. J y Mayen H. E. (2009). El gasto en salud en América Latina. *Comercio Exterior*, 59(2): pp. 85-96.
19. 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](https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n5/es_1678-4464-csp-36-05-e00068820.pdf)
20. 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/>
21. 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/>
22. 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.
23. 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](https://oig.cepal.org/sites/default/files/who_rhr_15.23_spa.pdf)
24. 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>
25. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). Índices e indicadores de desarrollo humano. Nueva York, Estados Unidos.
26. 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>
27. Restrepo H. E. y Málaga H. (2001). Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá, Colombia; Editorial



## Artículo de investigación

Muñoz-Aguirre et al., 2023

- Médica Internacional. Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Promocion%20de%20la%20salud%20como%20construir%20vida%20saludable.pdf>
28. 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>
29. Roitbarg H. A. (2018). La rigidez del gasto público brasileño a largo plazo. *APUNTES DEL CENES*, 37(66): pp. 77-98.
30. 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/>
31. Siqueira F. (2013). "[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/I/i13a25aa641e3de121884a9966e761431c0.pdf>
32. 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
33. 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>
34. Superintendencia de Salud. (2010). Beneficiarios de ISAPRES año 2010. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-6900.html>
35. Superintendencia de Salud. (2005). Beneficiarios de ISAPRES año 2005. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-724.html>