UNIVERSIDAD DE COSTA RICA CCP Centro Centroamericano de Población INISA Instituto de Investigaciones en Salud

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026



Población y Salud en Mesoamérica

Perfiles de mortalidad prematura y brechas de desigualdad en dos países del Cono Sur: Argentina y Chile

Graciela Fabiana Scruzzi, Hugo Daniel Villafañe, Sharon Viscardi, María Dolores Román, María Gabriela Tronca, Constanza Silva Reyes y Constanza Rodríguez Junyent.

Cómo citar este artículo:

Scruzzi, G.F., Villafañe, H.D., Viscardi, S., Román, M.D, Tronca, M.G., Reyes, C.S. y Rodríguez Junyent, C. (2026). Perfiles de mortalidad prematura y brechas de desigualdad en dos países del Cono Sur: Argentina y Chile. *Revista Población y Salud de Mesoamérica*, *24*(1). https://doi.org/10.15517/z6bb0540



ISSN-1659-0201 http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Revista electrónica semestral
Centro Centroamericano de Población
Instituto de Investigaciones en Salud
Universidad de Costa Rica

Población y Salud en Mesoamérica

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

Perfiles de mortalidad prematura y brechas de desigualdad en dos países del Cono Sur: Argentina y Chile

Premature mortality profiles and inequality gaps in two Southern Cone countries: Argentina and Chile

Graciela Fabiana Scruzzi[1], Hugo Daniel Villafañe[2], Sharon Viscardi[3], María Dolores Román[4], María Gabriela Tronca[5], Constanza Silva Reyes[6] y Constanza Rodríguez Junyent[7]

Resumen: Introducción: Las desigualdades en el desarrollo humano se han vinculado con disparidades en la esperanza de vida y en indicadores como los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), demostrando cómo los determinantes sociales influyen en los resultados de salud. **Objetivo**: identificar los perfiles de mortalidad prematura a través de los APVP según causa y analizar las brechas de desigualdad en las provincias de Argentina y regiones de Chile durante los años 2005, 2009 y 2018. **Metodología:** Se realizó un estudio ecológico mixto, analizando las 24 unidades geográficas de Argentina y 16 de Chile durante tres cortes temporales, 2005, 2009 y 2018. Se emplearon como fuentes de datos los reportes oficiales de los Ministerios de Salud Nacionales y se compararon las diferencias en los APVP entre los años extremos del periodo para cada tercil de Índice de Desarrollo Humano (IDH), a través de un test de diferencia de medias apareadas. Se calcularon las brechas de desigualdad tomando como valor de referencia la provincia/región con mayor IDH de cada país. **Resultados:** Argentina presenta mayores valores de IDH y APVP por causas infecciosas, y Chile mayores valores de APVP por enfermedades circulatorias y tumores. Se observa en ambos países un aumento de la brecha en la mortalidad prematura por causas externas, con mayor carga a medida que disminuye el IDH. El resto de los APVP muestran un patrón diferenciado entre ambos países. **Conclusión:** Estos hallazgos sugieren que ambos países enfrentan de manera simultánea enfermedades propias de fases pre y post-transicionales, con variaciones dentro de cada territorio.

Palabras clave: mortalidad prematura; desigualdades; años potenciales de vida perdidos

Abstract: Introduction: Inequalities in human development have been linked to disparities in life expectancy and indicators such as Years of Potential Life Lost (YPLL), demonstrating how social determinants influence health outcomes. **Objective:** To identify premature mortality profiles through YPLL by cause and to analyze inequality gaps across the provinces of Argentina and the regions of Chile in the years 2005, 2009, and 2018. **Methods:** An ecological study was conducted, analyzing 24 geographic units in Argentina and 16 in Chile over three time points: 2005, 2009, and 2018. Official reports from the national Ministries of Health were used as data sources. Differences in YPLL between the extreme years of the period were compared for each Human Development Index (HDI) tercile using paired mean difference tests. Inequality gaps were calculated using the province/region with the highest HDI in each country as the reference value. **Results:** Argentina shows higher HDI values and greater YPLL due to infectious diseases, while Chile reports higher YPLL from circulatory diseases and tumors. In both countries, an increase in the gap in premature mortality from external causes was observed, with a heavier burden as HDI decreases. Other YPLL causes display distinct patterns between the two countries. **Conclusion:** These findings suggest that both countries are simultaneously facing diseases characteristic of pre- and post-epidemiological transition phases, with internal territorial variations.

Keywords: premature mortality, inequalities, years of potential life lost.

Recibido: 18 jul, 2025 | **Corregido:** 12 feb, 2026 | **Aceptado:** 28 abr, 2025

[1] Universidad Católica de Córdoba, ARGENTINA, graciela.scruzzi@ucc.edu.ar
[2] Universidad Católica de Córdoba, ARGENTINA, villaf@gmail.com
[3] Universidad Católica de Temuco, CHILE, sviscardi@uct.cl
[4] Universidad Católica de Córdoba, ARGENTINA, 2024973@ucc.edu.ar
[5] Universidad Católica de Córdoba, ARGENTINA, 1100022@ucc.edu.ar
[6] Hospital Dr. Abraham Godoy Peña, CHILE, silvareyes@gmail.com
[7] Universidad Católica de Córdoba, ARGENTINA, constanzarj.med@ucc.edu.ar

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

1. Introducción

La implementación de políticas públicas, especialmente en el ámbito de la salud, debe fundamentarse en un análisis integral que considere múltiples indicadores capaces de reflejar las condiciones sociales, económicas y de bienestar de la población. Indicadores como el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el índice de pobreza multidimensional, el coeficiente de Gini, la esperanza de vida al nacer y el índice de desigualdad de género aportan perspectivas complementarias sobre las inequidades y los determinantes sociales de la salud. Este trabajo se enfoca en el IDH como indicador integral que sintetiza dimensiones clave como la salud, la educación y el ingreso, permitiendo analizar comparativamente las brechas de desigualdad entre regiones y su relación con resultados sanitarios.

Estas desigualdades estructurales se expresan en diferencias en la exposición a riesgos, el acceso a servicios y la vulnerabilidad socioeconómica, lo que incrementa la mortalidad prematura (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009; Marmot, 2005). En consecuencia, regiones con menor desarrollo presentan mayores Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), especialmente en contextos de menor educación, ingresos reducidos y mayor privación material (Kunst y Mackenbach, 1994; Mackenbach et al., 2019), mientras que sistemas de salud accesibles y de calidad contribuyen a reducirlos (Kruk et al., 2018; Starfield et al., 2005).

Los APVP constituyen un indicador clave para cuantificar el impacto de la mortalidad prematura y orientar intervenciones de salud pública, ya que permiten identificar patrones diferenciales de pérdida de vida y priorizar acciones preventivas. En América Latina, su uso ha permitido visibilizar desigualdades persistentes, como lo muestra el análisis realizado en Argentina por Acosta y Peláez (2015), quienes señalan que el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre 2005 y 2009 no se tradujo en un incremento de la mortalidad atribuible a estas causas. Los autores sugieren que las mejoras en políticas sociosanitarias (como la detección precoz y el tratamiento oportuno de enfermedades no transmisibles), habrían favorecido una mayor sobrevida. Desde una perspectiva ecológica, el análisis binacional de Argentina y Chile de los APVP según causa, integrados al IDH, posibilita identificar inequidades en salud evitables que no son captadas por indicadores tradicionales, aportando evidencia regional relevante sobre la relación entre mortalidad prematura y determinantes sociales de la salud (Acosta y Peláez, 2015; Vargas et al., 2025).

A partir de lo expuesto, este estudio propone como objetivo identificar los perfiles de mortalidad prematura a través de los APVP según causa y analizar las brechas de desigualdad en las provincias de Argentina y regiones de Chile durante los años 2005, 2009 y 2018.

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

2. Fundamentos teóricos

2.1 Determinantes sociales y salud

La relación entre el IDH y la salud responde a patrones estructurales y dinámicas ampliamente estudiados, en este sentido se observa que las regiones con mayor IDH suelen experimentar menores tasas de morbimortalidad, mientras que aquellas con menores niveles de desarrollo muestran mayores cargas de enfermedad y mayor riesgo de mortalidad prematura. Existen estudios que destacan cómo la salud, la educación o los niveles de ingreso están ligados a la capacidad de la población para acceder a los servicios de salud y/o a prácticas preventivas (O'Donnell et al., 2008; Wilkinson y Marmot, 2003). Las desigualdades en el desarrollo humano se han vinculado con disparidades en la esperanza de vida y en indicadores como los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), demostrando cómo los determinantes sociales influyen en los resultados de salud (Solar e Irwin, 2010).

Analizar cómo las inequidades sociales y económicas afectan los perfiles de salud es esencial para comprender los patrones de morbimortalidad en las poblaciones. Un enfoque integral que tenga en cuenta las interacciones entre los determinantes sociales, económicos y ambientales facilita el diseño de intervenciones más equitativas y sostenibles (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009; Marmot, 2005). Este tipo de enfoque permite visibilizar las desigualdades, ya sea entre sectores y/o regiones, y la implementación de políticas públicas orientadas a mitigarlas de forma más efectiva.

Los patrones de morbimortalidad, que reflejan la carga de enfermedad y muerte en una población, son el resultado de interacciones complejas entre determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales (Vidal Gutiérrez et al., 2014). Estos patrones, lejos de ser distribuciones aleatorias, están socialmente determinados y vinculados a desigualdades estructurales que condicionan las oportunidades de las personas para llevar vidas largas y saludables. Los determinantes sociales de la salud, como el nivel de ingresos, la educación, las condiciones de empleo y vivienda, ejercen una influencia significativa en los perfiles de morbimortalidad (Kreplak y Comes, 2024).

Los patrones de morbimortalidad y la mortalidad prematura están profundamente influenciados por las condiciones sociales, económicas y ambientales, factores que también subyacen en el cálculo del IDH (Rosales, 2017). La interrelación entre estas dimensiones y los perfiles de salud pone de manifiesto cómo el desarrollo humano impacta directamente en la salud de las poblaciones y en las desigualdades en mortalidad prematura. (Gollan et al., 2021).

2.2 Los años potenciales de vida perdidos

El concepto de APVP implica estimar el tiempo promedio que una persona habría vivido de no haber fallecido prematuramente. Esta medida se utiliza para cuantificar las pérdidas sociales y económicas causadas por la muerte prematura y se ha promovido para destacar causas específicas de muerte que afectan a grupos de edad más jóvenes (Gardner y Sanborn, 1990). Este indicador es fundamental para la vigilancia en salud pública, ya que permite cuantificar los niveles y tendencias de la

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

mortalidad prematura, identificar sus principales causas y monitorear la evolución de los años de vida perdidos como un parámetro clave del estado de salud de la población (Martínez et al., 2019).

Si bien las tasas de mortalidad prematura han mostrado una tendencia a la baja, las desigualdades socioeconómicas entre grupos y regiones siguen contribuyendo a un mayor número de muertes prematuras en las áreas más desfavorecidas (Otavova et al., 2024). La brecha en los niveles de salud entre los grupos poblacionales más favorecidos y los menos favorecidos no se ha reducido e incluso se ha ampliado, observándose tasas crecientes de mortalidad en sectores socioeconómicos bajos en diversos países (Mackenbach, et al 2003). En este sentido, diversos estudios han demostrado que niveles más bajos de educación, menores ingresos y un mayor riesgo de pobreza se asocia con un aumento de los APVP. En contraste, el acceso a servicios de salud gratuitos y de calidad se vincula con una reducción significativa de la mortalidad prematura (Chen-Xu et al., 2024; Fullman et al., 2018; Habibzadeh et al, 2019).

2.3 Análisis de la mortalidad prematura en la región

En América Latina, la mortalidad prematura se describe bajo un "modelo polarizado prolongado", caracterizado por la coexistencia de enfermedades infecciosas y un aumento acelerado de patologías crónico-degenerativas (Di Cesare, 2011; Sánchez et al., 2005).

Los datos regionales revelan una marcada heterogeneidad. Por un lado, países como Chile han avanzado hacia una mayor carga de APVP por tumores y enfermedades circulatorias, otros como Argentina presentan valores superiores en causas infecciosas (Scruzzi et al., 2024). A nivel regional, las principales causas de muerte prematura incluyen la cardiopatía isquémica (10,9%) y las enfermedades cerebrovasculares (8,2%) (Di Cesare, 2011).

La evidencia disponible muestra que la mortalidad prematura está intrínsecamente ligada a la desigualdad socioeconómica (Arteaga et al., 2002). Los sectores de menores ingresos concentran una mayor cantidad de APVP, especialmente por causas externas, traumáticas y digestivas (Sánchez et al., 2005); por lo que enfrentar este desafío requiere políticas públicas que reduzcan las brechas de equidad para proteger a las poblaciones más vulnerables (Arteaga et al., 2002; Sánchez et al., 2005).

3. Metodología

3.1 Enfoque

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo, por la naturaleza numérica de la información proveniente de los registros de estadísticas vitales. Se realizó un estudio ecológico mixto, combinando serie de tiempos con grupos múltiples.

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

3.2 Población de estudio

Como unidades de análisis se tomaron las 24 unidades geográficas de Argentina y 16 de Chile durante tres cortes temporales, 2005, 2009 y 2018.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Se emplearon fuentes de datos secundarias: los reportes oficiales de los Ministerios de Salud Nacionales para el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y los APVP según causa (infecciosas, circulatorias, tumores, externas y totales) para los años 2005, 2009 y 2018. Estos cortes temporales se definieron en función de los únicos años en los que ambos países disponen de información simultánea, comparable y completa sobre los principales factores de riesgo considerados en la investigación marco de la que deriva el presente estudio.

El IDH es un indicador compuesto desarrollado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para medir el desarrollo humano más allá del crecimiento económico. Se basa en tres dimensiones clave: salud (a través de la esperanza de vida al nacer), educación (años promedio de escolaridad y años esperados de escolarización) y nivel de vida (Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita, ajustado por paridad de poder adquisitivo (PPA) en dólares internacionales constantes). Para este indicador se utilizaron los datos oficiales difundidos por el PNUD.

Los APVP fueron tomados de las publicaciones oficiales de los Ministerios de Salud de Argentina y Chile. En ambos casos, los APVP corresponden a indicadores ya procesados y difundidos en los reportes nacionales de estadísticas vitales.

En Argentina, el Ministerio de Salud calcula los APVP siguiendo la metodología de Romeder y McWhinnie, utilizando como edad límite la esperanza de vida al nacer nacional y expresando los resultados como tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por la población estándar argentina del año 2000. Las causas se agrupan en: infecciosas, circulatorias, tumores y causas externas.

En Chile, el Ministerio de Salud emplea también la metodología de Romeder y McWhinnie, y publica los APVP como tasas por 100.000 habitantes, ajustadas según la población nacional proyectada (Censo 2017). Las causas se presentan en categorías equivalentes a las de Argentina, lo que permite la comparación.

Dado que los APVP provienen de fuentes oficiales y estandarizadas, no se realizaron cálculos adicionales ni ajustes propios. Se verificó la consistencia interna de los datos y la ausencia de omisiones relevantes, en línea con los estándares de calidad de estadísticas vitales reportados por CEPAL.

La calidad aceptable de las estadísticas vitales de Argentina y Chile fue confirmada por Del Popolo (2021) al afirmar que solamente Argentina, Chile, Cuba y Uruguay presentan una omisión inferior al 3% en los dos últimos quinquenios de análisis.

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

3.4 Procesamiento de análisis

Se agruparon las provincias en tres terciles de IDH con el fin de establecer categorías comparables de desarrollo humano y analizar si los niveles relativos de bienestar socioeconómico se asocian con diferencias sistemáticas en los APVP. El uso de terciles permite maximizar la variabilidad entre grupos, mantener tamaños de estratos equilibrados y facilitar la comparación de patrones epidemiológicos entre contextos de desarrollo alto, medio y bajo.

A partir de los valores medios del IDH en los tres cortes temporales, se asignó a cada provincia a su tercil correspondiente. Posteriormente, se analizaron los valores regionales de APVP según causa y se compararon las diferencias entre los años extremos del período mediante un test de diferencia de medias apareadas cuando se verificó normalidad en las distribuciones, o la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en caso contrario, con el objetivo de evaluar cambios dentro de cada nivel de desarrollo. Finalmente, se elaboraron mapas temáticos para visualizar la distribución espacial de los terciles de IDH.

Para evaluar las disparidades en la mortalidad prematura según el IDH, se emplearon índices basados en modelos de regresión para categorías ordenadas. Específicamente, se utilizó el Índice Relativo de Desigualdad acotado (IRDa), el cual permite cuantificar el gradiente de salud a lo largo de una jerarquía social establecida (Xunta de Galicia, 2014).

3.4.1. Estratificación y Rango Relativo (Ridit)

Las unidades de análisis (provincias/regiones) se clasificaron y ordenaron jerárquicamente de "peor" a "mejor" situación según los valores del IDH. Para cada unidad, se calculó el rango relativo promedio o ridit, que representa la posición acumulada media de cada grupo en la escala social, tomando valores entre 0 (extremo inferior de la jerarquía) y 1 (extremo superior). El cálculo del ridit es sensible al tamaño poblacional de cada clase, asegurando que el índice refleje la distribución real de la población en la escala de desarrollo.

3.4.2. Modelo de Regresión Lineal Ponderado

Se ajustó un modelo de regresión lineal donde la variable dependiente fue la tasa APVP por causa y la variable independiente fue el ridit (Herrera López, 2014). El ajuste se realizó mediante el método de mínimos cuadrados ponderados (WLS), utilizando como peso el tamaño de la población de cada unidad de análisis (denominador de la tasa). Este procedimiento permite que el modelo considere la importancia relativa de cada grupo según su volumen poblacional.

3.4.3. Estimación del IRD acotado

El IRDa se calculó como el cociente entre las tasas estimadas (predichas) por el modelo para los grupos que ocupan las posiciones reales en los extremos de la jerarquía social: IRDa = T peor / T mejor. Donde T peor y T mejor son las tasas predichas para las unidades con el IDH más bajo y más alto, respectivamente. A diferencia del índice de Kunst y Mackenbach (IKM), que utiliza tasas teóricas para los puntos exactos 0 y 1 del ridit, el IRDa utiliza las estimaciones para los grupos reales, lo que

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

lo hace más apropiado para datos agrupados donde ninguna unidad ocupa exactamente los extremos absolutos de la escala.

3.4.4. Validación de Supuestos y Robustez

La validez de las estimaciones se fundamentó en la verificación de los cuatro supuestos básicos de la regresión lineal: linealidad, homocedasticidad, normalidad de los errores e independencia. Asimismo, se inspeccionaron los gráficos de regresión para detectar efectos de palanca (leverage) o valores atípicos que pudieran influir desproporcionadamente en la pendiente de desigualdad estimada.

3.4.5. Interpretación

Valores del IRDa mayores a 1 indican un gradiente social desfavorable, donde la mortalidad prematura aumenta a medida que disminuye el nivel de desarrollo humano. Un IRDa de 1,70 implica que el extremo inferior del gradiente presenta un 70% más de riesgo que el extremo superior. Valores menores a 1 indican un gradiente invertido, y valores próximos a 1 sugieren ausencia de desigualdad relativa según el nivel de desarrollo.

Se utilizó software Stata v17 para los análisis descriptivos, test de Shapiro-Wilk, test de diferencias de medias apareadas y Epidat 4.2 para el cálculo de IRDa, ya que este programa incluye módulos específicos para el análisis de desigualdades en salud y garantiza la aplicación estandarizada de los métodos recomendados internacionalmente.

4. Resultados

Argentina presenta mayores valores de IDH y APVP por causas infecciosas, y Chile mayores valores de APVP por enfermedades circulatorias y tumores. A partir de la construcción de los terciles de IDH, Argentina muestra un patrón de concentración de las provincias con mejor IDH (tercil 3) en la zona centro y sur del país, mientras que Chile en la zona norte y centro (Tabla 1 y figura 1).

Tabla 1

Distribución de las unidades geográficas según tercil de IDH. Argentina y Chile. Años 2005, 2009 y 2018

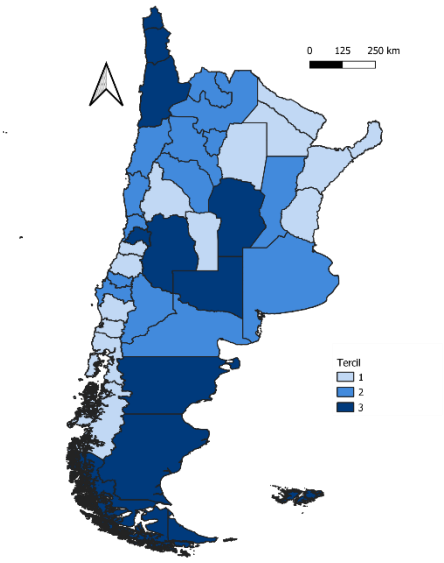
	Argentina	Chile
Tercil 1:	Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Misiones, San Juan, Corrientes, Entre Ríos, San Luis	Región de La Araucanía, Región del Maule, Región de los Ríos, Región de los Lagos, Región de Aysén, Región de O´Higgins
Tercil 2:	Salta, Jujuy, Buenos Aires, Río Negro, Tucumán, La Rioja, Santa Fe, Catamarca, Neuquén	Región del Biobío, Región del Ñuble, Región de Coquimbo, Región de Atacama, Región de Valparaíso
Tercil 3:	Chubut, Mendoza, Córdoba, La Pampa, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Región de Magallanes, Región de Antofagasta, Región de Tarapacá, Región de Arica y Parinacota, Región Metropolitana.

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

Figura 1

Distribución de las unidades geográficas según tercil de IDH. Argentina y Chile. Año 2005 a 2018



En la tabla 2 se presentan los APVP por causa y año según tercil de IDH. En Argentina, se observaron reducciones estadísticamente significativas ($p<0,05$) de los APVP por causas infecciosas y circulatorias en las provincias más desfavorecidas, y por causas externas y circulatorias en el tercil de mayor IDH. Específicamente, en el tercil 1 los APVP por causas infecciosas disminuyeron 17,79 puntos (74,33 en 2005 y 56,54 en 2018; $p<0,01$) y los APVP por circulatorias 9,67 (76,98 y 67,31; $p<0,01$), mientras que en el tercil 3 las causas circulatorias descendieron 14,65 puntos (73,62 y 58,97; $p<0,01$) y las causas externas 44,67 puntos (154,73 y 110,06; $p<0,01$).

En Chile, no se registraron diferencias significativas en las regiones de menor IDH. Solo se observaron diferencias significativas para el tercil 2 en los APVP por causas infecciosas, las cuales disminuyeron 6,40 puntos (23,80 y 17,40; $p<0,01$), y para el tercil 3 en los APVP por causas circulatorias, que registraron una reducción de 16,00 puntos (123,8 y 107,8; $p=0,03$).

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

Tabla 2

Comparación de los años potenciales de vida perdidos según causa entre los años extremos del período según tercil de IDH. Argentina y Chile. Años 2005 y 2018

Argentina	Tercil 1			Tercil 2			Tercil 3		
	2005	2018	p valor[a]	2005	2018	p valor	2005	2018	p valor[a]
APVP por Infecciosas	74,33	56,54	***<0,01***	55,34	50,56	0,10	39,82	33,66	0,13
APVP por Circulatorias	76,98	67,31	***<0,01***	64,87	59,29	0,05	73,62	58,97	***<0,01***
APVP por Tumores	98,6	96,36	0,24	92,76	89,35	0,13	115,32	103,4	0,08
APVP por Causas Externas	140,3	148,88	0,16	149,52	151,26	0,44	154,73	110,06	***<0,01***
Chile	**Tercil 1**			**Tercil 2**			**Tercil 3**		
	2005	2018	p valor[a]	2005	2018	p valor	2005	2018	p valor[a]
APVP por Infecciosas	18,66	18,33	0,34	23,80	17,40	***<0,01***	28,00	24,60	0,19
APVP por Circulatorias	128	92,17	0,07	127,2	90,6	0,11	123,8	107,8	***0,03***
APVP por Tumores	181,5	181,33	0,48	173,8	172,6	0,42	157,8	170,6	0,19
APVP por Causas Externas	204,5	156,83	0,11	156,6	135,4	0,11	148,4	131,2	0,19

Nota. APVP, años potenciales de vida perdidos.; a Test T apareado ó Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, según corresponda, para las diferencias entre los años extremos (en negrita: valores p estadísticamente significativos para $\alpha = 0,05$)

La región con mayor IDH en Argentina fue la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en Chile fue la región Metropolitana de Santiago, en tanto que la de menor IDH en Argentina fue Formosa y en Chile fue la Región de Araucanía. Al analizar el IRDa, se observa en ambos países un aumento de la brecha en la mortalidad prematura por causas externas, con mayor carga a medida que disminuye el IDH en todo el período (valores de IRDa mayores a 1). En Argentina se evidencia también un incremento de la brecha en la mortalidad prematura por causas circulatorias, con el mismo comportamiento que las causas externas; por otro lado, la brecha en la mortalidad por causas infecciosas muestra una disminución, aunque también con un patrón de mayor carga en los grupos más desfavorecidos.

Por el contrario, si bien disminuyó la brecha en la mortalidad por tumores, esta causa presenta un patrón diferenciado con mayor carga a medida que aumenta el IDH. Por otro lado, Chile solo muestra un descenso de la brecha por causas circulatorias, mientras que el resto de las causas evidencian un

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

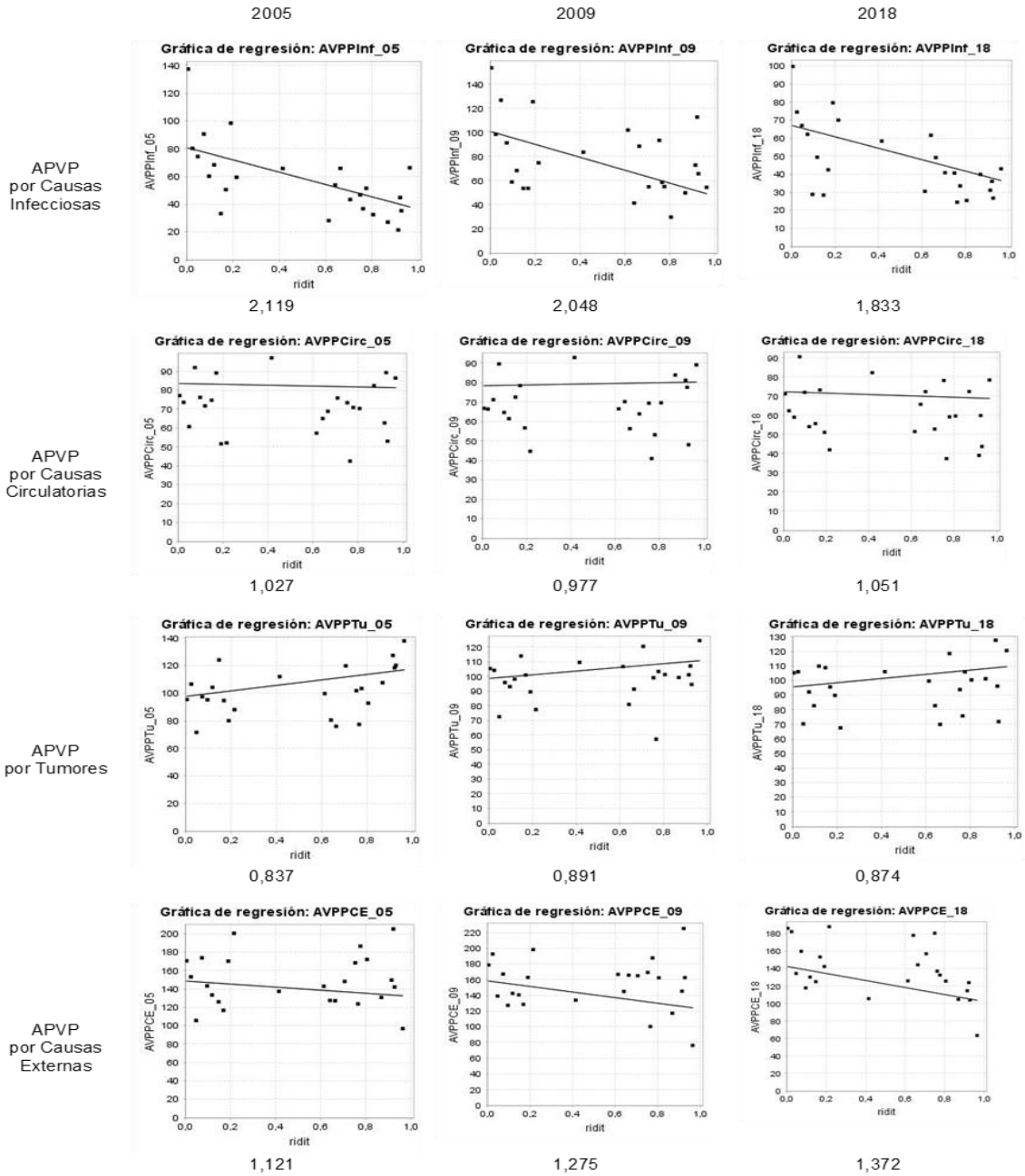
Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

incremento de la brecha de desigualdad, con mayor carga en los grupos más desfavorecidos, a excepción de las causas infecciosas (Figura 2 y Tabla 3).

Figura 2

Evolución de los IRDa para los APVP según causa e IDH en los tres cortes temporales.
A) Argentina y B) Chile. 2005 a 2018.

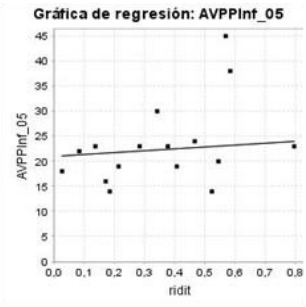
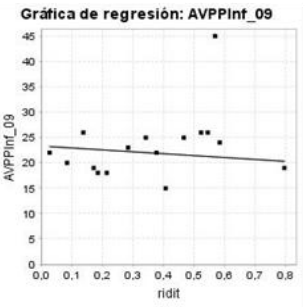
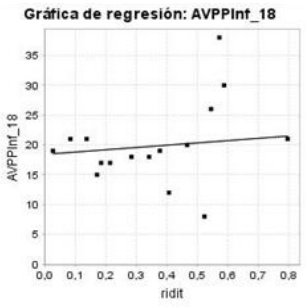
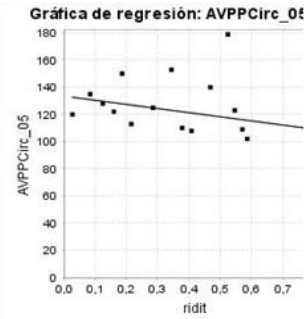
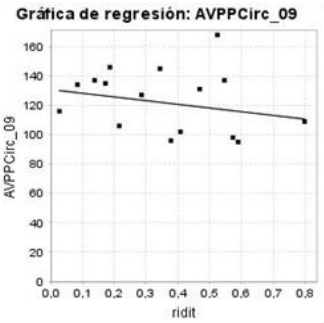
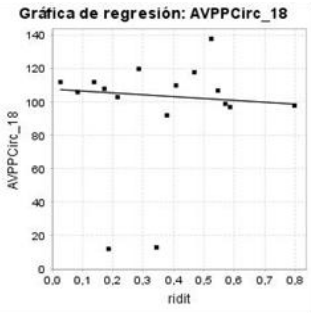
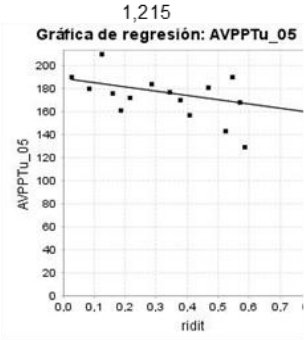
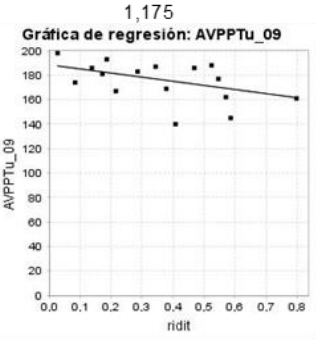
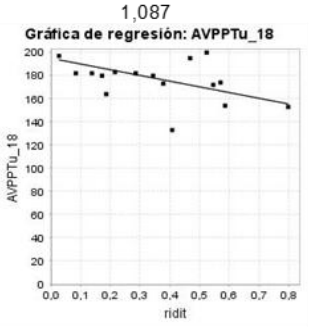
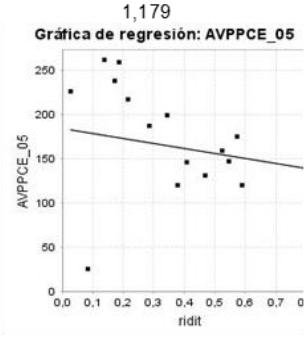
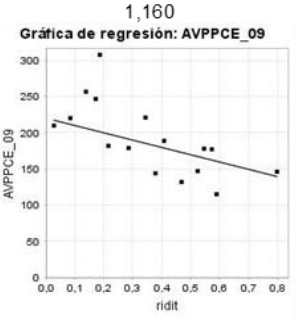
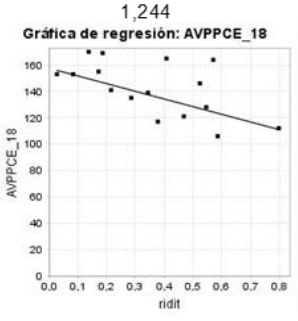
A)



ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

B)

	2005	2009	2018
APVP por Causas Infecciosas			
	0,880	1,143	0,863
APVP por Causas Circulatorias			
	1,215	1,175	1,087
APVP Por Tumores			
	1,179	1,160	1,244
APVP por Causas Externas			
	1,313	1,558	1,404

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

Tabla 3

Evolución de los IRDa para los APVP según causa e IDH en los tres cortes temporales. Argentina y Chile. 2005 a 2018.

Argentina	2005	2009	2018	Tendencia
APVP Infecciosas	2,119	2,048	1,833	↘
APVP Circulatorias	1,027	0,977	1,051	↗
APVP Tumores	0,837	0,891	0,874	↘
APVP C. Externas	1,121	1.275	1,372	↗
Chile	**2005**	**2009**	**2018**	**Tendencia**
APVP Infecciosas	0,880	1,143	0,863	↗
APVP Circulatorias	1,215	1,175	1,087	↘
APVP Tumores	1,179	1,160	1,244	↗
APVP C. Externas	1,313	1,555	1,404	↗

5. Discusión

Argentina muestra un patrón de concentración de las provincias con mejor IDH en la zona centro y sur del país, mientras que Chile en la zona norte y centro; Macció y Brufman (2015) indicaba que desde la 2° Guerra Mundial a la actualidad, en términos de desigualdad, América Latina es la región más desigual del mundo en cuanto a la distribución del ingreso; donde el 10% más rico de la población de la región es propietario de aproximadamente un 35% del ingreso total, mientras que el 40% más pobre solo tiene el 15% del ingreso. En este sentido, la desigualdad en América Latina es intra-país, no entre países, diversos estudios argumentan que los países latinoamericanos son progresivamente más similares en términos de ingreso per cápita (Macció y Brufman, 2015). Del mismo modo, un estudio realizado en Chile en 2002 identificó variaciones geográficas en lo que se refiere a la mortalidad y a otros resultados de salud, correlacionados inversamente con el nivel socioeconómico (Arteaga et al, 2002).

Si bien el diseño ecológico no permite establecer relaciones causales a nivel individual, los gradientes observados entre IDH y APVP son consistentes con mecanismos estructurales descritos en el marco de los determinantes sociales de la salud. En territorios con menor IDH, la mayor mortalidad prematura puede reflejar una combinación de exposición diferencial a riesgos (condiciones laborales más precarias, entornos más inseguros y mayor vulnerabilidad social) y menor capacidad de mitigación (acceso efectivo más limitado a prevención, diagnóstico oportuno y continuidad de atención), lo que tiende a amplificar especialmente las causas externas y, en ciertos contextos, las infecciosas (O'Donnell et al., 2008; Solar e Irwin, 2010; Wilkinson y Marmot, 2003).

A la vez, la coexistencia de cargas "pre" y "post" transicionales en América Latina sugiere que las brechas subnacionales pueden sostenerse aun cuando mejoren los promedios nacionales, porque la transición epidemiológica ocurre de manera desigual entre territorios (Di Cesare, 2011). La evidencia

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

comparada muestra que, incluso en escenarios de descenso general de mortalidad prematura, las desigualdades relativas pueden ampliarse cuando los grupos favorecidos reducen su riesgo más rápidamente que los desfavorecidos, fenómeno documentado para diversas causas específicas, incluidas causas externas y ciertas enfermedades crónicas (Lewer et al., 2000; Mackenbach et al., 2003; Otavova et al., 2024). En este sentido, los patrones territoriales descritos en Chile y la asociación entre desventaja socioeconómica y carga de APVP en el Gran Santiago respaldan la plausibilidad de mecanismos de segmentación social y territorial en la producción de desigualdades en mortalidad prematura (Arteaga et al., 2002; Sánchez et al., 2005).

Entre los años 2005 y 2018 en Argentina se observó un descenso significativo de las muertes prematuras por causas infecciosas y circulatorias en las provincias más desfavorecidas, mientras que en Chile este descenso se produjo en las regiones con mayor IDH (tercil 2 y 3 respectivamente). Las muertes prematuras por causas externas presentaron un descenso sólo para el tercil superior en Argentina. Las muertes prematuras por tumores no mostraron cambios significativos. Estos hallazgos son consistentes con el estudio de Di Cesare (2011), que analizó la mortalidad por causas en el contexto de la transición epidemiológica en América Latina. En su investigación, comparó las causas de muerte según los niveles de ingreso en seis macro áreas mundiales y examinó la distribución de la carga de enfermedades transmisibles, crónicas degenerativas, y causas externas (accidentales y violentas) en relación con la situación económica. Su estudio evidenció una creciente brecha entre los países de ingresos medio-bajos y aquellos con ingresos altos. En el caso de América Latina, los países de menores ingresos presentaron una mayor carga de mortalidad por causas infecciosas y externas.

Los patrones diferenciales observados entre ambos países pueden explicarse por mecanismos causales vinculados a determinantes estructurales, de organización de los sistemas de salud y el estadio de transición epidemiológica. Chile se encontraría en una fase más avanzada de transición, con una mayor carga global de enfermedades crónicas; sin embargo, este avance no implica una distribución homogénea. Por el contrario, en contextos de transición consolidada, patologías como los tumores tienden a volverse socialmente regresivas, concentrándose en los grupos de menor desarrollo debido a diferencias en exposición a factores de riesgo, diagnóstico tardío y acceso desigual a tratamientos oportunos. Esto es consistente con los valores del IRDa, que muestran mayor carga de tumores en las regiones más desfavorecidas. En Argentina, la persistencia de mayores APVP por causas infecciosas y externas en territorios de menor IDH sugiere una transición menos consolidada, donde los determinantes sociales como condiciones de vivienda, vulnerabilidad socioeconómica y acceso desigual a servicios preventivos, continúan desempeñando un rol central. Estas diferencias estructurales, sumadas a variaciones en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, ayudan a comprender la dirección y magnitud de las brechas observadas.

Este patrón de mayor carga de mortalidad prematura en las poblaciones más desfavorecidas no ocurre solo en la región de América Latina, en este sentido un estudio realizado en Bélgica entre 1998 y 2019 analizó la mortalidad prematura por todas las causas y por causas específicas, considerando las desigualdades socioeconómicas. Los resultados evidenciaron que las tasas de

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

mortalidad prematura fueron significativamente más bajas en hombres y mujeres residentes en las zonas menos desfavorecidas. Al comparar los períodos 1998–2003 y 2014–2019, se observó una disminución general de la mortalidad prematura en ambos sexos y en todos los deciles socioeconómicos. Sin embargo, la brecha relativa entre los grupos más y menos favorecidos se amplió con el tiempo. Esta desigualdad creciente se debió, en parte, a una reducción menos pronunciada de la mortalidad prematura entre los hombres que vivían en zonas más desfavorecidas, en comparación con aquellos de sectores más acomodados. Asimismo, la mortalidad prematura atribuida a neoplasias mostró una disminución menor en los grupos más desfavorecidos, lo que contribuyó a ampliar la brecha socioeconómica. En el caso de la mortalidad por cardiopatía isquémica, aunque se registró un descenso sustancial en todos los grupos, la inequidad también se agudizó debido a que las mejoras en prevención y tratamiento no alcanzaron a todos los estratos con la misma celeridad (Otavova et al 2024).

En Argentina existe mayor mortalidad prematura por causas infecciosas, circulatorias y externas en las provincias menos desarrolladas, en tanto que la mortalidad prematura por tumores es mayor en las provincias más ricas, la brecha de inequidad por causas infecciosas y tumores muestra un descenso, mientras que por causas circulatorias y externas un incremento. En este sentido, un estudio realizado por Scruzzi (2021), identificó que la incidencia de Covid-19 fue mayor en las provincias de Argentina ubicadas en la zona centro y sur del país, pero la letalidad resultó mayor en las provincias con situación socioeconómica más desfavorable, agrupadas en la zona norte (Scruzzi et al, 2021). El estudio realizado por Lewer (2020) observó que en Inglaterra entre los años 2003-2018 la mortalidad prematura se redujo sustancialmente durante el período de estudio, pero la desigualdad es mayor para enfermedades infecciosas, circulatorias y respiratorias. Se observó menor desigualdad en cáncer, excepto los cánceres de pulmón y boca (Lewer et al, 2020).

En Chile existe mayor mortalidad prematura por todas las causas en las regiones más desfavorecidas, a excepción de las causas infecciosas, la brecha de desigualdad aumentó para todas las causas a excepción de las circulatorias; en este sentido, una investigación realizada para las comunas de Santiago de Chile identificó que para los años 1994 a 2001, la mayor carga de APVP se encuentra en los quintiles más pobres de esa región, aunque con una reducción en el período estudiado; al analizar por grupos de causas se observa una disminución de todos los grupos a excepción de las infecciosas, que tuvieron un aumento de casi el doble, con distribución similar en todos los quintiles, por otro lado, la mayor desigualdad se produce en la muerte por enfermedades digestivas y causas externas para los grupos más pobres (Sánchez et al, 2005). Del mismo modo Otavova (2024) destaca mayor desigualdad en la mortalidad por enfermedades digestivas y gran desigualdad en mortalidad por causas externas, como las debidas a accidentes.

La distribución de las causas de morbimortalidad en Argentina y Chile revela patrones complejos y profundamente influenciados por las desigualdades sociales y económicas. Estos patrones reflejan no solo la transición epidemiológica, sino también la influencia de los determinantes sociales, económicos y ambientales en la salud de las poblaciones. Estos hallazgos tienen implicancias críticas

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

para el diseño e implementación de políticas públicas orientadas a reducir las brechas en salud y promover la equidad (Roth Deubel, 2008).

En Argentina, las provincias más ricas presentan una mayor carga de enfermedad asociada a tumores, mientras que el resto de las causas de morbimortalidad predominan en las provincias más pobres. Este patrón puede interpretarse en función de la transición epidemiológica, en la que las enfermedades no transmisibles, como los tumores, aumentan su carga en contextos de mayor desarrollo económico y acceso a servicios de salud, que permiten diagnósticos más tempranos y tratamientos prolongados (Llorca-Jaña et al., 2023). En Chile las regiones más ricas presentan una mayor carga de mortalidad prematura por causas infecciosas, mientras que el resto de las causas predominan en las regiones más pobres, estos resultados indicarían que ambos países se encuentran transitando distintos estadios transicionales, donde Chile estaría atravesando un estadio más avanzado que Argentina (Ramos et al., 2003; Scruzzi et al., 2024).

La relevancia de este estudio radica en su capacidad para evidenciar cómo las desigualdades sociales impactan directamente en la salud poblacional, lo cual refuerza la necesidad de establecer sistemas de vigilancia epidemiológica que permitan monitorear la evolución de estas brechas en morbimortalidad. Tal como señala Arciniegas (2023), contar con estos sistemas posibilita ajustar las políticas públicas de manera dinámica y garantizar una distribución equitativa de los recursos sanitarios, orientando las intervenciones hacia los grupos más vulnerables.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, al tratarse de un estudio ecológico, en el que las unidades de observación son geográficas, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que lo observado a nivel agregado no necesariamente refleja lo ocurrido a nivel individual. Además, una posible debilidad es el uso de fuentes de datos secundarias con cierto desfase temporal; sin embargo, consideramos que este desfase es limitado y que los datos empleados representan la mejor información disponible en nuestro contexto para el periodo de estudio.

Además de estas consideraciones generales, es importante reconocer limitaciones inherentes al diseño ecológico que pueden influir en la interpretación de los resultados. Las asociaciones observadas entre IDH y APVP se establecen a nivel agregado, por lo que no es posible inferir relaciones causales individuales ni descartar la presencia de confusión residual por factores no observados, como variaciones en la calidad del registro, migración interna o diferencias en la oferta y accesibilidad de servicios de salud. Asimismo, los cortes temporales no permiten evaluar trayectorias individuales ni establecer temporalidad estricta entre exposición y resultado. Aun así, el uso de indicadores estandarizados y la consistencia de los patrones observados fortalecen la validez externa de los hallazgos.

Entre las fortalezas de este estudio, destacamos su utilidad para identificar posibles relaciones entre los determinantes sociales y la salud, sirviendo como punto de partida para investigaciones más detalladas. Además, es una herramienta valiosa en epidemiología y salud pública para comprender fenómenos a gran escala y evaluar el impacto de políticas sanitarias.

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

6. Conclusiones

Argentina presenta un patrón de concentración de las provincias más desarrolladas en la zona centro y sur del país, mientras que en Chile esta concentración se observa en la zona norte y centro. En ambos países, la mortalidad prematura por causas infecciosas y circulatorias ha disminuido, aunque con diferencias según los niveles de desarrollo; en Argentina, las causas externas solo descendieron en el tercil superior del IDH, mientras que la mortalidad por tumores no mostró cambios.

El análisis revela diferencias en el comportamiento de la mortalidad prematura entre ambos países. En Argentina, el exceso relativo en las regiones de mayor nivel de desarrollo se limita a los tumores, mientras que en Chile este patrón aparece en las causas infecciosas, lo que evidencia perfiles epidemiológicos y determinantes estructurales diferenciados.

En relación con la evolución de la desigualdad, medida a través del IRDa, Argentina muestra un incremento de la brecha por causas externas y circulatorias. En Chile, en cambio, el aumento se extiende a las causas infecciosas, los tumores y las causas externas, reflejando una ampliación de las inequidades en el tiempo.

Estos hallazgos sugieren que ambos países enfrentan de manera simultánea enfermedades propias de fases pre y post-transicionales, con variaciones dentro de cada territorio. Por ello, es fundamental fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica para ajustar las políticas públicas a las necesidades específicas de cada región.

Desde una perspectiva de políticas públicas, estos resultados subrayan la necesidad de estrategias diferenciadas según causa y territorio. En Argentina, el incremento de la desigualdad en causas externas y circulatorias señala la importancia de fortalecer intervenciones de prevención de lesiones, seguridad vial, control de factores de riesgo cardiovascular y ampliación de la atención primaria en las provincias de menor desarrollo. En Chile, la profundización de las brechas en tumores y causas externas requiere políticas orientadas a mejorar el acceso oportuno al diagnóstico, tamizaje y tratamiento oncológico, así como intervenciones intersectoriales en seguridad, movilidad y entornos urbanos. En ambos países, la incorporación sistemática de indicadores de desigualdad como el IRDa en los sistemas de monitoreo permitiría orientar recursos, priorizar territorios críticos y evaluar el impacto de las políticas implementadas.

7. Referencias

Acosta, L. D., y Peláez, E. (2015). Mortalidad atribuible al sobrepeso y la obesidad en Argentina: comparación entre los años 2005 y 2009. *Revista Brasileira de Estudos de População*, *32(2)*, 277-292. https://doi.org/10.1590/S0102-30982015000000016

Arciniegas, S. P. (2023). Propuesta de un modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela. *Colección Razetti*, 28(1). https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.11

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

Arteaga, O., Thollaug, S., Nogueira, A. C., y Darras, C. (2002). Información para la equidad en salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 374-385.

Cajaravilla, L. (2024). *Determinantes sociales de la salud en adolescentes* [Tesis de grado, Universidad FASTA]. Repositorio Institucional Universidad FASTA. http://dspace.ufasta.edu.ar/handle/123456789/19260

Chen-Xu, J., Varga, O., Mahrouseh, N., Eikemo, T. A., Grad, D. A., Wyper, G. M., y Baravelli, C. M. (2024). Subnational inequalities in years of life lost and associations with socioeconomic factors in pre-pandemic Europe, 2009–19: an ecological study. *The Lancet Public Health*, 9(3), e166-e177. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00004-5

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). Subsanar las desigualdades en una generación: *Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud.

Del Popolo, F. (2021). *Las estadísticas de nacimientos y defunciones en América Latina con miras al seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://www.cepal.org/es/publicaciones/46850-estadisticas-nacimientos-defunciones-america-latina-miras-al-seguimiento-la

Di Cesare, M. (2011) *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. https://www.cepal.org/es/publicaciones/3852-perfil-epidemiologico-america-latina-caribe-desafios-limites-acciones

Fullman, N., Yearwood, J., Abay, S. M., Abbafati, C., Abd-Allah, F., Abdela, J., et al. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet,* 391(10136), 2236–2271. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2

Gardner J.W., Sanborn J.S. (1990). Years of potential life lost (YPLL)--what does it measure? *Epidemiology*. 1(4), 322-329. https://doi.org/10.1097/00001648-199007000-00012

Gollan, D., Kreplak, N., y Garcia, E. (2021). *La salud sí tiene precio: Medicamentos, hospitales, pandemias y la necesidad de repensar el sistema sanitario.* Siglo XXI Editores.

Habibzadeh, F., Yadollahie, M., Simi, A., Saeidimehr, S., Nasihatkon, A. A., Shamsollahi, M. S., Javidi, H., Kucheki, M., Hashemiasl, K., Jamali, H., Rafiei, M., Mahmoudi, H., Kalantari, F., Azadi, S., Maleki, V., Asnaashari, A., Hosseinzadeh, M., y Sami, H. (2019). Accessing free quality health

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

care services and premature death. *Int J Health Plann Manage*. 34(2),594-603. https://doi.org/10.1002/hpm.2720

Herrera López, A. B. (2014). *Medición de la desigualdad en salud con Índices del Modelo de Regresión Lineal: Violencia interpersonal y NBI* (Análisis de Situación de Salud, Vol. 2, No. 6). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/boletin-asis-no.2-vol.6.pdf

Kreplak, N., y Comes, Y. (2024). *Manual de salud pública: Conceptos y herramientas para futuros sanitaristas*. Siglo XXI Editores. https://sigloxxieditores.com.ar/libro/manual-de-salud-publica/

Kruk, M. E., et al. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1225. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30308-1

Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (1994). The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *American Journal of Public Health, 84*(6), 932–937. https://doi.org/10.2105/AJPH.84.6.932

Lewer, D., Jayatunga, W., Aldridge, R. W., Edge, C., Marmot, M., Story, A., y Hayward, A. (2020). Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *The Lancet Public Health,* 5(1), e33-e41. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30219-1

Llorca-Jaña, M., Rivas, J., y Rivero-Cantillano, R. (2023). La temporalidad de la transición epidemiológica en Chile, 1862-2018. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 43(2), 559-603. https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/424334

Maccio, J., y Brufman, J. (2015). *Argentina después de la crisis. Estudio de la distribución del bienestar material de la población argentina desde un enfoque multidimensional.* [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires]. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=363990

Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, O., Valkonen, T., y Kunst, A. E., (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol*. 32 (5), 830-837. https://doi.org/10.1093/ije/dyg209

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

Mackenbach, J. P., et al. (2019). Socioeconomic inequalities in mortality in high-income countries: A systematic review. *The Lancet, 393*(10190), 1630–1640. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32584-3

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099–1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6

Martinez, R., Soliz, P., Caixeta, R., Ordunez, P. (2019). Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality—a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. *Int J Epidemiol, 48* (4), 1367-1376. https://doi.org/10.1093/ije/dyy254

O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. y Lindelow, M. (2008). *Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation*. World Bank. http://documents.worldbank.org/curated/en/633931468139502235

Otavova, M., Masquelier, B., Faes, C. Van Den Borre, L., Vandeninden, B., De Clercq, E. y Devleesschauwer, B. (2024). Trends in socioeconomic inequalities in cause-specific premature mortality in Belgium, 1998–2019. *BMC Public Health,* 24, 470. https://doi.org/10.1186/s12889-024-17933-z

Ramos, A. D., Montesinos, F. F., Letucet, E. L., Santana, C. V. y Tortoló, I. S. (2003). Transición epidemiológica. *Revista Médica Electrónica, 25*(1), 36-42. https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/72

Rosales, M. (2017). El desarrollo humano: una propuesta para su medición. *Aldea mundo*, 22(43), 65-75. https://www.redalyc.org/journal/543/54353312007/html/

Roth Deubel, A. N. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? *Estudios Políticos*, (33), 67–91. https://doi.org/10.17533/udea.espo.1943

Sánchez R., H., Albala B., C. y Lera M., L. (2005). Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago: ¿Hemos ganado con equidad? *Revista Médica de Chile, 133*(5), 575-582. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000500010

Scruzzi, G. F., Román, M. D., Villafañe, H., Viscardi, S., Carreño, P. y Tronca, M. G. (2024). Tendencias en el perfil de morbimortalidad en dos países del cono sur: un análisis de la última década. *Revista de Salud Pública*, (Especial). https://doi.org/10.31052/1853.1180.v.nEspecial.47044

Scruzzi, G. F., Tumas, N., y Pou, S. A. (2021). Perfiles de transición epidemiológica-nutricional y carga de morbi-mortalidad por COVID-19 en Argentina: un estudio ecológico. *Cadernos de Saúde Publica, 37*, e00345920. https://doi.org/10.1590/0102-311X00345920

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

Solar, O., y Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization. https://doi.org/10.13016/17cr-aqb9

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly, 83*(3), 457–502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

Vargas, C., Salas, P., Elorrieta, F., Muñoz, V., Vivanco, E., y Maddaleno, M. (2025). Inequities in mortality and potential years of life lost (PYLL) in greater Santiago, Chile, during and after the COVID-19 pandemic. *International Journal for Equity in Health*, *24*(201), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12939-025-02575-3

Vidal Gutiérrez, D., Chamblas García, I., Zavala Gutiérrez, M., Müller Gilchrist, R. A. L. P. H., Rodríguez Torres, M. C., y Chávez Montecino, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 61-74. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006

Wilkinson, R., y Marmot, M. (Eds.). (2003). D*eterminants of health: the solid facts (2nd ed.)*. World Health Organization, Regional Office for Europe. https://cipesalute.org/cedo/allegati/5595-The-Solid-Facts.pdf

Xunta de Galicia. (2014). *Epidat 4: Ayuda de medición de desigualdades en salud*. Consellería de Sanidade; Organización Panamericana de la Salud. http://dxsp.sergas.es

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

Doi: https://doi.org/10.15517/z6bb0540
Volumen 24, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2026

Población y Salud
en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?
Ingrese **aquí**

O escríbanos:
revista.ccp@ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese **aquí.**

Revista Población y Salud en Mesoamérica -
Centro Centroamericano de Población
Instituto de Investigaciones en Salud
Universidad de Costa Rica

ISSN-1659-0201
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/