



CLIAS

CENTRO DE INTELIGENCIA
ARTIFICIAL Y SALUD
PARA AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE

Desafíos y oportunidades en la aplicación de la Inteligencia Artificial (IA) para mejorar el acceso y la calidad de atención a la salud sexual, reproductiva y materna en América Latina y el Caribe.

DOCUMENTO TÉCNICO 2

Septiembre 2023



Canada



Contenido

1. Presentación	3
2. Mensajes claves del documento	4
3. Introducción	6
4. CUS y ODS: un enfoque integral para garantizar la Salud Sexual, Reproductiva y Materna.....	8
4.1. Acceso, calidad y financiamiento en la región	10
4.2. Equidad en el acceso y cobertura.....	11
4.3. Gobernanza y movilización de recursos en favor de la CUS Equidad en el acceso y cobertura	15
5. IA y Salud Sexual, Reproductiva y Materna.....	17
6. Conclusiones.....	22
7. Referencias	23



Equipo de trabajo

Sofía Pirsch: Licenciada en Ciencia Política (UBA). Diplomada en Estudios Avanzados en Género, Cultura y Poder de (Universidad de San Martín). Candidata a Magister en Ciencia Política (Universidad Torcuato Di Tella) y en Efectividad Clínica (UBA). Becaria CIIPS-IECS.

Denise Zavala: Licenciada en Psicología (UBA). Diplomatura en Gestión de políticas sanitarias en el territorio (UNGS). Candidata a Master en Efectividad Clínica (UBA). Becaria CIIPS-IECS.

Mabel Berrueta: Pediatra y Máster en Epidemiología (UBA). Directora del Departamento de Investigación en Salud de la Madre y el Niño y Coordinadora de la Unidad de Estadística, Manejo de Datos y Sistemas de Información del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Docente y tutora de tesis de la Maestría en Efectividad Clínica (UBA-IECS). El trabajo de la Dra. Berrueta ha contribuido al campo de la investigación en salud sexual y reproductiva, materna y perinatal.

Gabriela Perrotta: Doctora en Psicología (UBA). Ex-coordinadora técnica Dirección de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2016-2019). Docente de grado y postgrado Facultad de Psicología UBA; Docente en Maestría en Salud Pública UBA. Investigadora Formada (Categoría III); Miembro del Comité Científico de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil y de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción.

Adolfo Rubinstein: Médico de Familia (UBA). Máster en Epidemiología Clínica por la Harvard TH Chan School of Public Health, Diplomado en Economía de la Salud por la Universidad de York. Doctor en Salud Pública (UBA). Profesor Regular Titular de Salud Pública (UBA). Certificado de implementación de políticas públicas por la Harvard Kennedy School. Ministro de Salud de la Nación de Argentina (2017-2019). Director del Centro de Implementación e Innovación en Políticas de Salud (CIIPS-IECS).

Cintia Cejas: Lic. en Ciencias Políticas (UCA) y Magister en Ciencias Sociales y de la Salud (FLACSO-CEDES). Especialista en gestión de proyectos de salud. Coordinadora del Centro de Implementación e Innovación en Políticas de Salud (CIIPS-IECS) y del Centro de Inteligencia Artificial en Salud para Latinoamérica y el Caribe (CLIAS).

Este trabajo se llevó a cabo gracias a la ayuda de una subvención otorgada por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá (IDRC). Las opiniones aquí expresadas no representan necesariamente las del IDRC o las de su Junta de Gobernadores.



1. Presentación

El presente documento, elaborado por el Centro de Implementación e Innovación en Políticas de Salud (CIIPS) del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), se enmarca en una Serie de Documentos Técnicos sobre Inteligencia Artificial y Salud.

Estos documentos tienen por objetivo aportar al conocimiento de la región, abordando distintos ejes y perspectivas relevantes en el análisis de esta temática.

Destinados a equipos de salud, formuladores de programas y políticas de salud y decisores en todos los niveles y población en general, con especial interés en la transformación digital del sector salud y su vinculación a la salud sexual, reproductiva y materna (SSRM), esta serie de documentos sobre IA que estamos elaborando se complementan con las actividades llevadas a cabo por el CLIAS (Centro de Inteligencia Artificial en Salud para Latinoamérica y el Caribe) que se desarrolla en el CIIPS, con el apoyo del International Development Research Centre (IDRC). Para mayor información sobre el CLIAS, visitar <http://clias.iecs.org.ar>

El presente documento técnico aborda la situación actual de la SSRM en América Latina y el Caribe (ALC), desde una perspectiva regional. Asimismo, se exploran los desafíos y las oportunidades que se presentan en la implementación de la IA en el campo de la SSRM.

Como marco para el análisis de la situación de la SSRM en la región se escogieron los ejes de la Cobertura Universal de Salud (cobertura y acceso, calidad y financiamiento). Finalmente, y en base a estos ejes, se consideran las oportunidades de implementación de soluciones de IA para contribuir a la reducción de las brechas existentes en esta temática.



2. Mensajes claves del documento

La Cobertura Universal de Salud (CUS) es fundamental para garantizar que todas las personas reciban todos los servicios de salud necesarios, con calidad y sin tener que enfrentar dificultades financieras al momento de su utilización. Esto implica asegurar el acceso equitativo a una amplia gama de servicios de salud, garantizar la calidad en la atención y proteger a las personas de los riesgos financieros relacionados con la atención médica.

Los compromisos internacionales, como el Consenso de Montevideo y la Cumbre de Nairobi, han renovado y reafirmado el compromiso de América Latina y el Caribe con la salud sexual y la salud reproductiva, estableciendo metas para el año 2030. La participación y la asunción de compromisos internacionales son clave para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)ⁱ y promover la CUS en la región.

El acceso, la calidad y el financiamiento de la salud en general y de la SSRM en particular siguen siendo desafíos en la región. Cada año, se producen millones de embarazos no intencionales y abortos inseguros, y muchas mujeres no reciben atención prenatal adecuada. Además, la epidemia del VIH/SIDA afecta de manera heterogénea a la región, especialmente al Caribe. Las disparidades en el acceso a los servicios de salud se ven agravadas por factores como el nivel educativo, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica.

La equidad en el acceso y la cobertura es un objetivo clave dentro del ODS 3 de salud y bienestar. Sin embargo, muchas personas en la región no buscan atención médica cuando la necesitan debido a múltiples barreras, tales como las geográficas, organizativas, financieras, culturales, religiosas, entre otras. Las mujeres, niñas, adolescentes, minorías raciales y étnicas, migrantes y la población LGBTQI+ son grupos a los cuales debe prestarse especial atención ya que presentan necesidades de salud sexual, reproductiva y materna (SSRM) específicas.

En este contexto, la Inteligencia Artificial (IA) surge como una herramienta con gran potencial para abordar los desafíos de salud. Sin embargo, la aplicación de estas herramientas presenta tanto promesas como incertidumbres.

Como se observó en el [Documento Técnico 1 del CLIAS](#), en América Latina y El Caribe, el desarrollo de la IA en el ámbito de la salud todavía se encuentra en una etapa exploratoria, lo que genera desafíos en cuanto a la integración e implementación de estrategias que apunten a cubrir las necesidades prioritarias de salud en general y de salud sexual y salud reproductiva en particular.

Las mujeres y grupos vulnerables siguen enfrentando dificultades para acceder a la educación y a las tecnologías digitales, además de enfrentar estereotipos y sesgos en los algoritmos. En este

ⁱ ODS 3: Salud y Bienestar; ODS 5: Igualdad de Género.



sentido, a la hora de desarrollar soluciones de IA es necesario tener en cuenta diversos aspectos para evitar ampliar las brechas de género, sociales, económicas y culturales.

La falta de una dirección clara por parte de los Gobiernos o Ministerios de Salud, así como de un marco regulatorio claro y consistente para su uso específico en el sector de la salud, educación e investigación puede limitar la adopción de soluciones innovadoras y crear barreras para la colaboración entre diferentes actores.

Si bien no todos los problemas sanitarios se resuelven con estas herramientas, para aprovechar al máximo el potencial de la IA en la salud en general y en la salud sexual, reproductiva y materna en particular, es fundamental promover la participación de mujeres y grupos minoritarios en la investigación y desarrollo de estas herramientas. Al incluir a estos grupos en el proceso, se pueden abordar sus necesidades específicas y garantizar una implementación más equitativa.

Además, es crucial evaluar de manera continua el impacto de las soluciones de IA implementadas en el ámbito de la salud sexual, reproductiva y materna para asegurar la equidad y la eficiencia en los servicios de salud, sin comprometer la protección de la privacidad y la ética en el manejo de datos.



3. Introducción

La salud y los derechos sexuales, reproductivos y maternos son una parte esencial de la cobertura universal de salud (CUS). En su avance hacia la CUS, los países deben considerar cómo satisfacer las necesidades de salud sexual, reproductiva y materna (SSRM) de su población a lo largo del curso de la vida, desde la infancia y la niñez hasta la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

La CUS es un elemento clave de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Para alcanzar los objetivos que se propone es esencial abordar de manera efectiva las necesidades de SSRM de la población, así como las barreras políticas, sociales, culturales, económicas y de género que limitan estos derechos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reconocen explícitamente la importancia de la salud sexual y salud reproductiva como un componente fundamental para el logro del bienestar y la salud (ODS 3), estableciendo metas específicas en áreas como la atención materna, la planificación familiar y la reducción de la mortalidad materna. Además, los ODS hacen hincapié en la igualdad de género (ODS 5), abogando por la eliminación de la discriminación y la violencia contra las mujeres, así como la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.¹

Actualmente, en América Latina y el Caribe (ALC) existen grandes disparidades entre y al interior de los países. Las mujeres social y económicamente desfavorecidas, incluidas las jóvenes, las pobres, las que tienen poca educación y/o las que viven en zonas rurales son las que más dificultades tienen para obtener los servicios que necesitan para evitar embarazos no intencionales, mantenerse sanas durante el embarazo, el parto y puerperio y velar por la salud de sus recién nacidos. Además, poblaciones altamente vulnerables que comprenden grupos sistemáticamente marginados tales como poblaciones indígenas; afrodescendientes; lesbianas, gays, bisexuales, trans, queer e intersex (LGBTQI+), personas con discapacidad, adultos mayores, migrantes, niñas, adolescentes, entre otras, sufren con frecuencia discriminación y estigmatización que afecta profundamente sus derechos a la salud y el acceso a los servicios. Todas estas condiciones de vulnerabilidad se potencian cuando coexisten.

Para minimizar las brechas en salud, se requiere un enfoque integral y de ciclo de vida, que se centre en las barreras políticas, sociales, culturales, económicas y de género que limitan los derechos y la SSRM.

La Inteligencia Artificial (IA) tiene el potencial de transformar los sistemas de salud en todos los niveles de atención, facilitando los procesos de planificación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Esta potencialidad incluye también el acceso a servicios de SSRM. Sin embargo, el desarrollo de estrategias de IA en salud plantea grandes desafíos técnicos, éticos, políticos, regulatorios y de recursos humanos. Si estas dimensiones no se analizan a la par de que se produce el desarrollo tecnológico, pueden vulnerarse los derechos humanos y exacerbarse las brechas existentes. En este sentido, es esencial recordar que el verdadero objetivo de la salud digital



CLIAS

CENTRO DE INTELIGENCIA
ARTIFICIAL Y SALUD PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



INSTITUCIÓN
ECONÓMICA DE SALUD



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

es contribuir al logro de una CUS tendiente a reducir inequidades, al permitir que todas las personas, sin distinción de etnia, credo, geografías, tipo de cobertura sanitaria o niveles socioeconómicos accedan a los beneficios que brindan las plataformas tecnológicas.

4. CUS y ODS: un enfoque integral para garantizar la Salud Sexual, Reproductiva y Materna

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), **la CUS existe cuando todas las personas reciben los servicios de calidad que necesitan, sin que ello les suponga tener que atravesar dificultades financieras al momento de su utilización.** De esta manera, la CUS tiene dos objetivos fundamentales. El primero es que todas las personas puedan acceder a un abanico de servicios de salud, que incluyen la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. El segundo es que las personas se encuentren protegidas frente a los riesgos financieros que supone la atención sanitaria².

El **Consenso de Montevideo³** y la **Cumbre de Nairobi⁴**, ambos centrados en la temática de **Población y Desarrollo**, fueron dos hitos de relevancia internacional para renovar y reafirmar los compromisos relacionados con el aseguramiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para el año 2030.

La participación y la asunción de compromisos internacionales en el ámbito de los derechos y la salud sexual y salud reproductiva es central para que la región avance conjuntamente hacia el logro de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible hacia 2030**, así como para promover la **Cobertura Universal de Salud**, garantizando el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, sin importar el género, edad, ubicación geográfica, cobertura sanitaria o situación socioeconómica. Estos objetivos pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Objetivos específicos de SSRM y CUS para la Agenda 2030

ODS 3: Salud y Bienestar	
3.1	Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
3.2	Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, procurando que todos los países reduzcan la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos
3.3	Poner fin a las epidemias de VIH/ SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
3.7	Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales



3.8	Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos
ODS 5: Igualdad de Género	
5.2	Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación
5.3	Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina
5.6	Asegurar el acceso universal a la salud sexual y salud reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen
	<ul style="list-style-type: none"> a. Empezar reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales b. Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres c. Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles

Fuente: Naciones Unidas^{6,7}

Avanzar hacia la CUS, entonces, requiere incluir de manera prioritaria el acceso universal a servicios de SSRM a lo largo del curso de vida, adoptando además un enfoque transversal e intersectorial para abordar las disparidades que enfrentan las diferentes poblaciones de la región, tanto de género, políticas, culturales, étnicas o socioeconómicas. **Las personas que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad tienen menor acceso a la salud en general y a la SSRM en particular.**

Basándose en acuerdos, publicaciones de la OMS y en tratados y principios de derechos humanos, la Comisión Guttmacher-Lancet⁸ propone una definición sobre los servicios e intervenciones necesarios para abordar las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de todas las personas. Además, aborda temas como la violencia, el estigma y la autonomía corporal, las necesidades y los derechos de grupos desaventajados tales como niños/as y adolescentes; poblaciones indígenas; afrodescendientes; población LGBTQI+, personas con discapacidad, adultos mayores, migrantes, entre otros.

Los servicios esenciales de salud sexual y salud reproductiva deben estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de calidad, siguiendo los principios del derecho a la salud, para que todas las personas puedan ejercer sus derechos en este ámbito y recibir la atención adecuada a sus necesidades, a lo largo del curso de vida. En este sentido, para que el acceso universal a servicios de SSRM sea una realidad, las políticas nacionales y la implementación de planes y estrategias deben abordarse desde un enfoque integral y de acuerdo a las diferentes necesidades según la etapa de la vida de la



persona. Este tipo de enfoques permitirá, por un bajo costo, beneficiar a diferentes poblaciones, salvar vidas y mejorar los ingresos y la salud de las personas.¹

De acuerdo con la Comisión Guttmacher-Lancet⁸ y como se refleja en la Tabla 2, para garantizar estos derechos, los servicios deben incluir:

Tabla 2. Intervenciones esenciales para garantizar el acceso universal, accesible y de calidad a los servicios de SSRM lo largo del curso de vida

Información precisa y asesoramiento sobre salud sexual y salud reproductiva, incluyendo educación sexual integral basada en la evidencia
Información, asesoramiento y atención relacionados con la función sexual y la satisfacción
Prevención, detección y manejo de la violencia sexual y basada en el género
Variedad y disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y efectivos para elegir
Atención prenatal, durante el parto y posnatal segura y efectiva
Atención y servicios seguros y efectivos para el aborto
Prevención, manejo y tratamiento de la infertilidad
Prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, y de infecciones del tracto reproductivo
Prevención, detección y tratamiento de cánceres de los órganos reproductivos

Fuente: Guttmacher-Lancet, 2018.

Es importante mencionar que el marco de la Comisión no contempla de manera directa las intervenciones sanitarias en materia de identidad de género. En este sentido, **la comunidad LGBTQI+ enfrenta inequidades en el acceso a la salud derivadas de la discriminación que experimentan debido a su orientación sexual o identidad de género.** Tanto los/as profesionales de la salud como el sistema de atención médica pueden participar en esta discriminación o, por el contrario, contribuir a su reducción al garantizar el acceso a la salud que aborde las necesidades específicas de esta población. Entre ellas, se incluyen las relacionadas con la infertilidad y las tecnologías de reproducción asistida, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH; servicios relacionados con cánceres reproductivos; detección y apoyo para la violencia sexual y de pareja íntima; tratamientos de hormonización; entre otras.⁹

Ante estas necesidades, es esencial un abordaje tanto a nivel individual como estructural, con el objetivo de contribuir a cambios que favorezcan la reducción de estas desigualdades y ayuden a lograr la equidad en salud.

4.1. Acceso, calidad y financiamiento en la región

Anualmente en América Latina y el Caribe se producen 11 millones de embarazos no intencionales y 4 millones de abortos realizados en condiciones inseguras. De los 10 millones de mujeres que dan a luz cada año, el 8% de ellas no accede a una atención prenatal adecuada. Además, 354.000



de estas mujeres y 445.000 de los recién nacidos no reciben la atención necesaria para las principales complicaciones. Más aún, 7.600 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto.¹⁰

Según las proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, a principios del 2020, el **11,4% de las mujeres que deseaban evitar un embarazo tenían una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos.**¹¹ Cada 1000 adolescentes de entre 15 y 19 años en la región, **61 de ellas tuvieron un recién nacido cada año.**¹²

Por otra parte, **la epidemia del VIH/SIDA se presenta de manera muy heterogénea entre los países de la región y los datos indican que el Caribe es uno de los territorios más afectados del mundo.** En América Latina y el Caribe, la prevalencia estimada del VIH/SIDA en adultos de 15 a 49 años es del 0.5% [0.4-0.5%] y del 1.2% [1.0-1.3%], respectivamente. Sin embargo, en ambas regiones, la mediana de prevalencia entre las personas pertenecientes a grupos clave -como trabajadores sexuales, personas transgénero, entre otras- es significativamente superior en comparación con la población general.¹³ **La falta de acceso a tests oportunos permite estimar que el 23% de las personas que viven con VIH/SIDA no conocen su diagnóstico,** mientras que, en cuanto al acceso a tratamientos antirretrovirales, el porcentaje oscila entre 60% en Latinoamérica y 63% en Caribe.

Avanzar hacia la salud universal implica que los servicios, los productos y los establecimientos de salud relacionados con la SSRM estén disponibles en cantidades suficientes, sean accesibles tanto física como financieramente, sean aceptables desde una perspectiva de la ética médica, y sean culturalmente apropiados y sensibles a las necesidades de género y ciclo de vida.

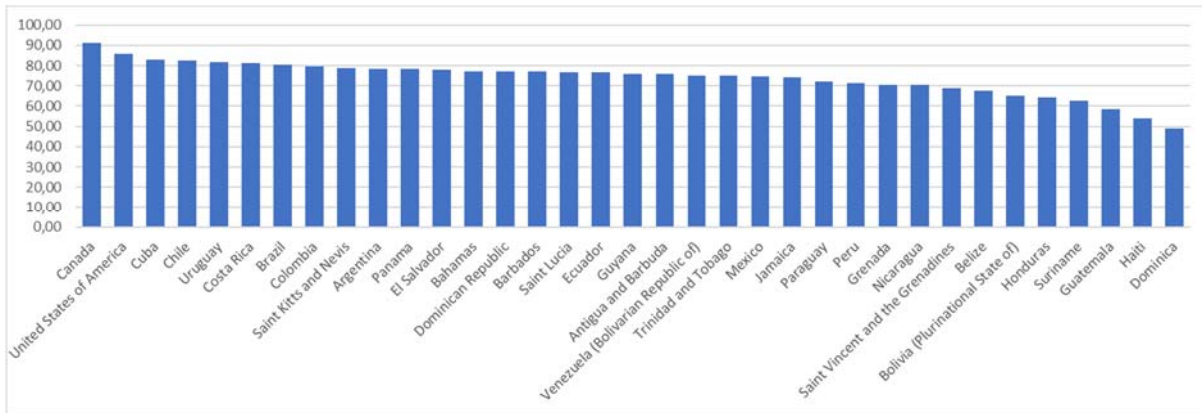
4.2. Equidad en el acceso y cobertura

Dentro del ODS 3 “Salud y Bienestar”, la meta 3.8 que apunta a lograr la CUS cuenta con dos indicadores para dar seguimiento y examinar sistemáticamente este avance¹⁴. Estos son:

- **3.8.1.** Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, estimada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos).
- **3.8.2.** Proporción de la población con grandes gastos sanitarios de bolsillo (gastos catastróficos) por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares.

De acuerdo con el Índice de Cobertura del indicador 3.8.1 elaborado por la OMS¹⁵ y que rankea la cobertura de servicios de salud esenciales entre 1 (mínimo) y 100 (máximo), la región de las Américas evidencia profunda disparidad. En el extremo superior se encuentran Canadá y EEUU con los máximos puntajes de 91 y 86 respectivamente, seguidos por Cuba y Chile con 83 y 82 puntos. En el extremo inferior se encuentran Dominica y Haití con 49 y 54 puntos cada uno. La mediana regional se ubica en 76 puntos.

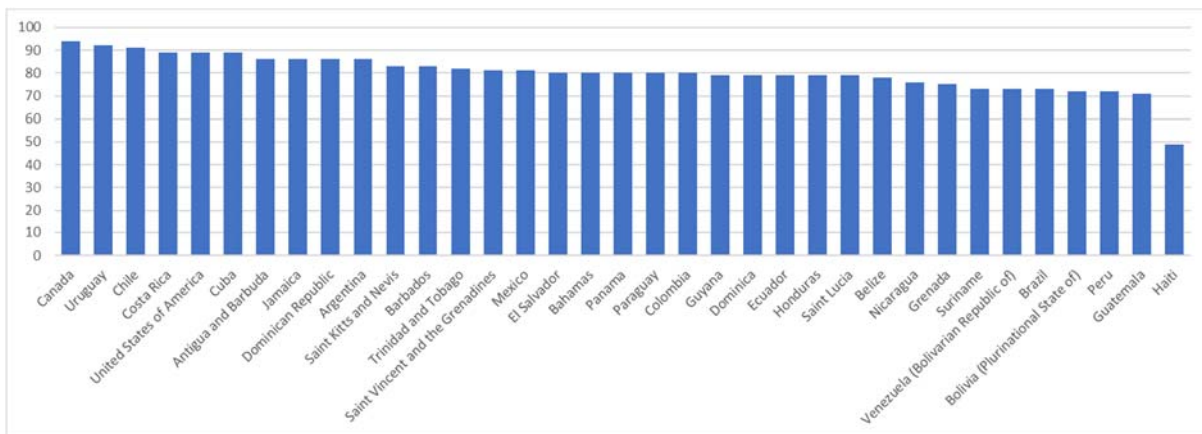
Ilustración 1. Índice de cobertura de servicios CUS. 2021.



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud, OMS.

En cuanto a la cobertura y acceso a la SSRM, este índice posee un subíndice que mide del 1 (mínimo) al 100 (máximo) el acceso a servicios de salud reproductiva, materna y del recién nacido/a¹⁶. De acuerdo con estos datos, se observa que Canadá, Uruguay y Chile con 94, 92 y 91 puntos respectivamente encabezan el listado, mientras que en el extremo inferior del índice se ubican Haití, Guatemala y Perú con 49, 71 y 72 puntos.

Ilustración 2. Subíndice de cobertura de servicios de CUS sobre salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. 2021.



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud, OMS.

El análisis de la cobertura de salud en los países de la región revela una mediana regional de 80 puntos, lo que sugiere cierta uniformidad en términos de disponibilidad de servicios de salud. Sin embargo, es crucial reconocer que la cobertura por sí sola no garantiza un acceso efectivo y equitativo a la atención médica.

El acceso a la salud implica aspectos como la proximidad geográfica de los servicios de salud, la asequibilidad económica, la aceptabilidad cultural y la calidad de la atención recibida.

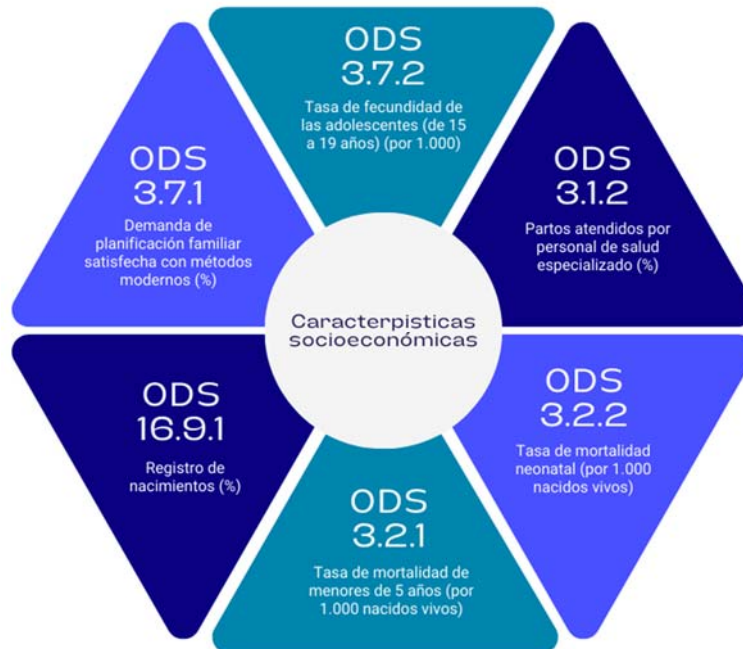
De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en promedio, alrededor de **una tercera parte de las personas en los países de la región no buscan atención en salud cuando la**

necesitan debido a diversas barreras de acceso tales como barreras organizativas, financieras, culturales y de aceptabilidad. Esta problemática se evidencia de manera aún más marcada en los países de ingresos medios y bajos en comparación con aquellos de altos ingresos.¹⁷

El acceso desigual a los servicios de salud genera disparidades en la esperanza de vida y en los resultados de salud. Un reciente informe realizado por la OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, evaluó las desigualdades sociales en salud de 22ⁱⁱ países de América Latina y El Caribe¹⁸. Teniendo como eje el ODS 3, se analizaron los datos de los países en relación con cinco indicadores prioritarios de cobertura y resultados de salud centrados en la salud de las mujeres, niños/as y adolescentes: la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos; la tasa de fecundidad de las adolescentes; la proporción de partos atendidos por personal de salud especializado; la mortalidad neonatal; y la mortalidad de menores de 5 años. Además, se incluyó el análisis del registro de nacimientos (ODS 16), el cual resulta importante para garantizar los derechos fundamentales y el acceso a los servicios de salud.

De acuerdo a la disponibilidad de los datos, se emplearon seis dimensiones de estratificación socioeconómica para analizar las desigualdades sociales: 1) riqueza; 2) lugar de residencia; 3) región subnacional; 4) sexo del bebé; 5) nivel de instrucción de las mujeres; 6) edad de las mujeres.

Ilustración 3. ODS y desigualdades sociales



Fuente: Elaboración propia.

ⁱⁱ América del Sur: Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Uruguay; Mesoamérica: BÉlice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá; Caribe: Barbados, Cuba, Haití, Jamaica, República Dominicana, Santa Lucía y Trinidad y Tobago.



Los resultados que arrojó este informe permiten dar cuenta del impacto de la diferencia socioeconómica en los resultados de salud de las personas: **los hogares más ricos tienden a tener mejores resultados en términos de acceso a la planificación familiar, atención especializada durante el parto y tasas de mortalidad neonatal y de menores de 5 años más bajas.**

Además, **los resultados mostraron disparidades entre zonas urbanas y rurales, así como diferencias relacionadas con el nivel educativo de las mujeres.** Por ejemplo, en algunos países, las mujeres sin educación secundaria presentaron entre 12.3 y 22.9 muertes neonatales más por cada 1,000 nacidos vivos en comparación con las mujeres con educación secundaria. Asimismo, en países como Paraguay, Colombia y Haití, las mujeres sin educación secundaria presentaron alrededor de 42 a 72 muertes más por cada 1,000 nacidos vivos en comparación con las mujeres con educación secundaria.

Las minorías raciales y étnicas, los/as migrantes, la población LGBTQI+, entre otras, también son grupos vulnerables que enfrentan una mayor exposición a diversos riesgos para la salud, así como un acceso limitado a los servicios.

El UNFPA y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) realizaron un estudio sobre la situación de las juventudes afrodescendientes en la región analizando aspectos vinculados al desarrollo social y el acceso a sus derechos. Para ello, se tuvo como referencia la matriz de la igualdad social de América Latina, que reconoce la existencia de múltiples ejes que estructuran y reproducen la desigualdad social en la región.¹⁹

En el apartado de salud sexual y salud reproductiva en la adolescencia y en la juventud, se trabajó en el uso de anticonceptivos y el embarazo no intencional.

Los problemas del embarazo no intencional en la adolescencia se ven agravados para la población afrodescendiente por su sobrerrepresentación entre los grupos en situación de pobreza, contribuyendo a aumentar las brechas étnico-raciales entre las jóvenes que no están incluidas en el sistema educacional y laboral. **En 10 de los 13 países analizadosⁱⁱⁱ, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres es más elevado entre las afrodescendientes.** Específicamente en siete países de la región (Brasil, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Uruguay, Venezuela y Perú), hay alrededor de un 50% más de niñas afrodescendientes que son madres en comparación con las que no son afrodescendientes en el grupo de edad de 15 a 19 años.

Considerando la dimensión territorial del fenómeno, en países como Ecuador y Uruguay, **las jóvenes afrodescendientes que viven en zonas rurales y son madres son alrededor de un 60% más que sus pares en zonas urbanas.**

La incidencia del embarazo no intencional también está relacionada con el nivel de escolaridad. En general, a mayor escolaridad, menor es el porcentaje de jóvenes madres. Los datos muestran

ⁱⁱⁱ Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Panamá, Uruguay, Venezuela, Colombia, Guatemala, México, Perú.



que, en la mayoría de los países analizados en este estudio, los porcentajes de adolescentes con menos de 5 años de estudio que ya son madres son mucho mayores, mientras que, entre las adolescentes con más de 13 años de estudio, los porcentajes son significativamente más bajos.

Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar esta problemática, y de poner especial foco a las necesidades de la población joven adolescente afrodescendiente, con el objetivo de reducir las brechas existentes y brindar un mejor acceso a la salud.

Como se mencionó anteriormente, un análisis detallado del acceso a la salud, con el desglose de la información necesaria, incluye abordar aspectos relacionados a la asequibilidad financiera. Este aspecto es crucial para entender cómo las personas obtienen y utilizan los servicios de salud de manera efectiva.

4.3. Gobernanza y movilización de recursos en favor de la CUS Equidad en el acceso y cobertura

La forma en que se financia la atención médica es un aspecto crucial del sistema de salud. **Uno de las modalidades de pago más comunes en la región, pero también más inequitativas en el acceso es el pago directo de los medicamentos y servicios de salud por parte de los usuarios y usuarias.** Este escenario ocurre especialmente en los países más pobres.

Los pagos directos o de bolsillo representan una carga significativa para las familias y los individuos, que en muchos casos se ven obligados a tomar decisiones difíciles entre satisfacer otras necesidades básicas o destinar sus recursos a la atención médica. Estos pagos se refieren a aquellos realizados directamente por las personas al momento de recibir servicios de salud, excluyendo cualquier pago anticipado por servicios de salud, como impuestos, primas o contribuciones específicas de seguros, también excluyendo los reembolsos a las personas que realizaron los pagos.²⁰

De acuerdo con un informe sobre gasto en salud y análisis de género de la OPS²⁰, debido al impacto económico en el acceso a la atención médica, y con el objetivo de reducir las brechas de acceso a la salud, muchos países de América Latina han implementado diversas iniciativas políticas para incluir a una mayor proporción de la población en los programas de seguro social, como el Seguro Popular en México, el Seguro Integral de Salud (SIS) en Perú y el Plan AUGE en Chile. Estos programas buscan brindar protección económica a los hogares frente a una lista específica de enfermedades que implican altos costos. Además, en 2015, Chile aprobó la Ley 20.850 que amplía la protección económica en el ámbito de la salud para una serie de medicamentos de alto costo.

En Argentina en el 2005 se inició el Plan Nacer en las provincias del Noreste (NEA) y Noroeste (NOA) del país -debido a que presentaban indicadores sociales y de salud desfavorables- y, en 2007, se extendió a nivel nacional con el objetivo de brindar cobertura de salud a la población materno-infantil sin obra social.



A pesar de estos avances significativos hacia la CUS en la región, las inequidades en salud están en muchos casos determinadas por factores de clase social, etnia y género, y esos aspectos no son contemplados en esas políticas públicas, por lo que las brechas persisten.

Según un estudio de OMS acerca del financiamiento de los servicios de SSRM como parte de la CUS, **satisfacer plenamente todas las necesidades de las mujeres en los países de ingresos bajos y medianos en cuanto a acceso a anticoncepción, así como también salud materna y neonatal costaría tan solo USD 9 per cápita al año**. Sin embargo, la persistente falta de financiación de los servicios significa que más de 4000 millones de personas en todo el mundo se enfrentarán a lo largo de sus vidas a la falta de acceso a al menos un servicio clave de esta área, como asesoramiento y provisión de anticoncepción, cuidado de la fertilidad, atención prenatal, intraparto y posnatal, aborto seguro, prevención y atención a la violencia de género, prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otros.^{8,21}

En esta misma línea y de acuerdo con datos de UNFPA¹ la mayoría de estas intervenciones son económicas y rentables. La reducción de embarazos no intencionales y abortos inseguros, la prevención de la infección por VIH y otras ITS, y la provisión de métodos anticonceptivos modernos asequibles y asesoramiento en salud sexual, son intervenciones sostenibles a bajo costo. Por lo tanto, invertir en SSRM como uno de los ejes para alcanzar la CUS es una inversión costo efectiva y necesaria tanto en entornos con altos recursos como en entornos con bajos recursos.

En este escenario, es importante señalar que las brechas y dificultades a nivel regional respecto del diseño e implementación efectiva de políticas públicas de SSRM está profundamente relacionada con la heterogeneidad que presentan los marcos normativos en torno a esta temática de los países.

Diversas leyes generales de salud incorporan la atención a la SSRM, como es el caso de Bolivia, Cuba, Ecuador, México, Perú y República Dominicana. En el caso de Panamá, Honduras, Perú, Nicaragua y El Salvador, este aspecto se incorpora en regulaciones que garantizan la igualdad entre hombres y mujeres. Por su parte, Argentina y Guatemala cuentan con leyes específicas que crean Programas de Salud Sexual y Reproductiva, y Uruguay y Chile también han elaborado normativa para garantizar estos derechos.²²

Además, las constituciones de Bolivia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela garantizan el acceso a anticoncepción, y este derecho también está incluido en las leyes generales de salud de Bolivia, Cuba, Ecuador, México, Perú y República Dominicana. Además, Argentina, Uruguay, Chile, Costa Rica y Colombia poseen algún tipo de regulación respecto del tratamiento de fertilización asistida; y aunque todos los países tienen algún tipo de marco normativo para la atención perinatal, Guatemala, Ecuador y Argentina tienen leyes específicas para garantizar los derechos de las mujeres embarazadas a recibir atención universal, oportuna, gratuita y de calidad, y para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.²²

Cabe señalar que las mayores brechas de regulación que existen en la región son en torno a la regulación del acceso al aborto legal. Excepto en Argentina, Colombia, Cuba, Guyana, Uruguay y



México, en la mayoría de los países, el aborto está criminalizado, con autorización por causales como riesgo de vida de persona embarazada, violación o inviabilidad del feto. En otros países como Nicaragua, Honduras, República Dominicana y El Salvador, esta práctica está prohibida en cualquier caso.²²

En este contexto, los países han desarrollado diferentes estrategias y políticas públicas para reducir las brechas existentes, con mayor o menor grado de éxito y priorización.

5. IA y Salud Sexual, Reproductiva y Materna

Existe un **gran potencial para desarrollar soluciones en el campo de la Inteligencia Artificial (IA) que se enfoquen en abordar los desafíos y problemas vinculados a la salud en general y a la SSRM en particular**. Como se señaló en el [Documento Técnico 1 del CLIAS](#), estos desafíos van desde el abordaje del aumento de los costos de la atención médica, los cambios demográficos y epidemiológicos, la presencia de enfermedades infecciosas y no transmisibles, hasta la necesidad de fortalecer estrategias efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre otros. Además, en el campo de la SSRM y como se mencionó previamente, en la práctica existen numerosas brechas y disparidades en el acceso a servicios para evitar embarazos no intencionales y de anticoncepción; asegurar la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como de los recién nacidos; en el acceso a información confiable y precisa y de educación sexual integral; en la prevención y control de VIH y otras ITS, entre otros.

Los usos de la IA para contribuir en la búsqueda de soluciones que promuevan la equidad y el acceso oportuno a la salud son amplios y variados. Puede utilizarse para aprendizaje automático; procesamiento, comprensión y generación de lenguaje natural; análisis del habla; chatbots (agentes virtuales conversacionales), robóticas y otros ejemplos. En los últimos años el crecimiento exponencial de los datos digitales, la implementación de sistemas de información en el ámbito de la salud, el aumento de la capacidad de cómputo y los avances en la programación y codificación de algoritmos de IA han impulsado iniciativas de transformación digital. La adopción de estas herramientas de Inteligencia Artificial en el ámbito de la salud en la región y en el mundo se ha desarrollado en los **tres niveles de gestión sanitaria**: el **macro**, que abarca la política y la regulación sanitaria; el **meso**, que se centra en la gestión de las organizaciones de salud; y el **micro**, que se refiere a la gestión interna de los servicios asistenciales.

En estos tres niveles, las soluciones de IA vinculadas con la SSRM encuentran gran potencial para su desarrollo, ya que pueden contribuir a reducir las brechas a través de la utilización de chatbots y aplicaciones para dispositivos móviles para brindar información y consejerías para educación sexual; facilitar el acceso a anticonceptivos, contribuir a la prevención de embarazos no intencionales, VIH



y otras ITS, así como también violencia de género. También pueden desarrollarse estas herramientas para asistir a personas embarazadas en el seguimiento durante el embarazo, el parto y el posparto.

En este sentido, diferentes estudios han demostrado el potencial de los chatbots de IA en mejorar el acceso a la información y los servicios de SSRM²³⁻²⁶. Estas herramientas pueden ofrecer educación anónima sobre SSRM, información confiable y precisa, y brindar apoyo oportuno y continuo a las personas. De acuerdo con estas investigaciones, los chatbots habilitados por IA, las consultas por video y los chats en vivo son generalmente aceptables como plataformas en línea para consejos de salud sexual, lo que indica que los usuarios están dispuestos a interactuar con la IA para obtener información sobre SSRM. En India, por ejemplo, se destaca el caso de SnehAI, un chatbot diseñado para proporcionar un espacio seguro para que los jóvenes indios puedan tener conversaciones sobre la salud sexual y reproductiva, desmitificar mitos y tabúes relacionados con el sexo, ofrecer consejos y defender los derechos de salud de las mujeres y las niñas. Se encontró que los usuarios apreciaban el anonimato y la naturaleza no crítica del chatbot, lo que les permitía hacer preguntas y buscar consejos sin temor a estigma. Por otra parte, algunos estudios han identificado barreras y facilitadores para la interacción con los chatbots en estas áreas. Estos incluyen preocupaciones sobre la capacidad de los chatbots para comprender el sexo y las actitudes de los profesionales de la salud hacia estas herramientas.

Además de facilitar el acceso a información, la IA también pueden favorecer la cobertura y el acceso a servicios de salud a través de dispositivos y desarrollos tecnológicos que lleguen a más personas sorteando las barreras organizativas, geográficas o económicas existentes y agilizando los procesos. Aún más, para los profesionales de la salud, la IA puede facilitar el diagnóstico de enfermedades como cánceres de cuello uterino o mama, y endometriosis a través de diagnóstico por imágenes, dispositivos no invasivos y uso de algoritmos; así como también brindarles herramientas para la gestión de los datos de sus pacientes para un seguimiento más oportuno²⁷.

Sin embargo, en la mayoría de los países del mundo **faltan aún regulaciones y marcos normativos que delimiten el escenario y coordinen el desarrollo de soluciones de IA a problemas de salud sexual y salud reproductiva manera estratégica**. En este sentido, **el desarrollo de estrategias de IA en la salud plantea grandes desafíos técnicos, éticos, políticos, regulatorios y de recursos humanos**, especialmente en la región.

A fin de mitigar el riesgo ético en la salud pública, la OMS propone una serie de consideraciones técnicas a la hora de aplicar soluciones de IA para preservar los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, junto con derechos humanos como la dignidad, el respeto de la vida, la libertad, la salud, la autodeterminación, la equidad, la justicia y la privacidad.²⁸ Estas se ven reflejadas en la tabla 5.

Tabla 5. Principios rectores para el uso de intervenciones de IA en salud pública

Centrada en las personas
Fundamentada en la ética
Transparente
Protección de los datos
Integridad científica
Abierta y compartible
No discriminatoria
Tecnología controlada por seres humanos

Fuente: OPS, 2021

Asimismo, para capturar este potencial, salvaguardando a los pacientes hay oportunidades y responsabilidades clave para los gobiernos nacionales y regionales y las organizaciones que desarrollan estas herramientas. Según un informe del BID²⁹, es imprescindible contar con una infraestructura de datos digitales, y los países deben respaldar la investigación para comprender posibles sesgos en los datos de salud. Esto permitirá que las partes interesadas consideren esta información al diseñar, probar y evaluar productos de IA. Además, es crucial establecer marcos claros para que los fabricantes clasifiquen el riesgo de sus productos y se defina con claridad qué autoridades legales y reguladoras son responsables. Asimismo, se debe tener en cuenta que la educación general sobre IA, así como la capacitación específica sobre la evaluación de software de salud con IA y sus recomendaciones serán fundamentales para implementar de manera segura la IA y utilizarla para potenciar la inteligencia humana.

Además, es fundamental que estas herramientas contribuyan a la reducción de las brechas y disparidades mencionadas anteriormente, especialmente en grupos sistemáticamente marginados tales como poblaciones indígenas; afrodescendientes; LGBTQI+, personas con discapacidad, adultos mayores, migrantes, niñas, adolescentes, entre otras, que sufren con frecuencia discriminación y estigmatización que afecta profundamente sus derechos a la salud y el acceso a los servicios.

En febrero de 2023 se llevó a cabo en Nairobi, Kenya, el tercer taller del proceso de Aprendizaje de Acción de Género (GAL por sus siglas en inglés)³⁰, una metodología de aprendizaje entre pares con el propósito de desarrollar capacidades sensibles al género para llevar adelante acciones en el Sur Global. Las principales ideas sobre qué se necesita para realizar investigación en salud con perspectiva de género, inclusiva, segura, culturalmente apropiada y ligada a las necesidades pueden observarse en la tabla 6.

Tabla 6. Principales necesidades para llevar a cabo investigación en IA y salud con perspectiva de género.

Investigadores/as calificados/as con conocimientos suficientes sobre perspectiva de género e interseccionalidad	Modelos de transparencia para el género y la interseccionalidad en los datos, tanto en el análisis como en el reconocimiento de las brechas de género.	Equipos diversos con un conocimiento local adecuado de la cultura, antecedentes y género
Datos basados en algoritmos y validados, disponibles abiertamente y de forma pública para su escrutinio	Espacios seguros para mujeres y grupos minoritarios para capacitarse y progresar en la investigación impulsada por la inteligencia artificial.	Herramientas de superación de la brecha digital disponibles para todos, incluidos aquellos en entornos con acceso limitado.

Fuente: Ladysmith, 2023

Estas ideas permiten observar dos aspectos fundamentales del uso de IA para pensar herramientas de SSRM y otras áreas de la salud: primero, que estas herramientas no deberían utilizarse sin considerar el contexto y el entorno sociocultural en el que se aplican; y segundo, que la representación de las personas importa también a la hora de generar conocimiento.

Respecto del primer punto, la implementación de estas tecnologías plantea desafíos especiales para los países de bajos y medianos ingresos. Por ejemplo, el acceso a internet es fundamental para implementar aplicaciones de IA ya que requieren una conexión estable para funcionar correctamente y, aunque los costos de banda ancha y conectividad han disminuido considerablemente, siguen siendo prohibitivamente altos en algunos de los países de la región, especialmente en los menos desarrollados. Esto crea una barrera para acceder a servicios de salud digitales e inteligencia artificial.³¹ Como se mencionó previamente, además, las personas que viven en entornos rurales encuentran grandes dificultades para ver satisfecha su demanda de los diferentes servicios de SSRM. Esto también es así para personas de niveles socioeconómicos y educativos bajos o pertenecientes a poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Por otra parte, en relación a la participación de las mujeres y grupos minoritarios en el ámbito de la investigación, desarrollo, implementación y uso de tecnologías e IA, es importante que el desarrollo de herramientas de IA también favorezca y promueva la inclusión de los diversos grupos sociales con perspectiva de género y de interseccionalidad.

Una publicación reciente del Observatorio de Políticas de IA de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)³², señala que los tomadores de decisiones deben estar atentos para que el impulso del desarrollo de políticas de IA no sólo contribuya a reducir la brecha de género, sino también a evitar la perpetuación de los sesgos previos que moldean el lugar que ocupan las mujeres en diferentes ámbitos. En este sentido, destacan que en **muchos países las mujeres aún tienen menor acceso a educación, herramientas e infraestructura para tecnologías digitales, y**



están subrepresentadas en la investigación y desarrollo (I+D) sobre IA, a la vez que son víctimas de la perpetuación de estereotipos y sesgos embebidos en los algoritmos y que promueven la discriminación. Es el caso, por ejemplo, de las asistentes virtuales personales (AVPs), ya que en muchos casos pueden reproducir y reforzar los sesgos sobre el lugar que deben ocupar las mujeres en el mundo laboral, al tratarse de representaciones femeninas, como Siri o Alexa, las AVPs las más populares. Además, en la mayoría de los países, el porcentaje de mujeres profesionales con habilidades ligadas a la IA son menos del 2% y en la mayoría de los casos, 50% o menos que la proporción de hombres. En los países de bajos y medianos ingresos, estas desigualdades se profundizan.

En esta misma línea, en el libro *“Los efectos de la IA en la vida laboral de las mujeres”*³³, elaborado por UNESCO, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la OCDE, publicado en 2022, se señala que **las mujeres tienen menos puestos sénior, participan menos en los campos de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (STEM por sus siglas en inglés) y tienden a tener trabajos más precarios, además de mayor cantidad de horas destinadas a tareas de cuidado**. Para revertir esta situación, los gobiernos deben elaborar programas de capacitación e incentivar la participación de las mujeres en los campos de STEM. Estos programas deben realizarse considerando la complejidad contextual de cada país a la hora de implementar programas y políticas, incluyendo a los múltiples actores interesados (como los gobiernos, las empresas, el sector privado y la academia) y contemplando el impacto potencial de los sistemas de IA sobre grupos vulnerables. Además, deben promover la investigación aplicada en IA con perspectiva de género de manera de contribuir a la erradicación de estereotipos de género.

De esta manera, los avances tecnológicos representan una oportunidad para generar herramientas valiosas que permitan cerrar las brechas existentes, mejorar el acceso y la calidad de la atención, así como promover la equidad y la eficiencia en los sistemas de salud en la región, y específicamente en la SSRM de las personas. La IA puede contribuir a desarrollar soluciones que empoderen a las mujeres y otras poblaciones en la gestión de su salud y en el acceso a la SSRM en ámbitos como la educación para la prevención, y también para los/as profesionales de la salud tanto para la generación y procesamiento de información como para el diagnóstico y atención.

En este escenario, resulta de vital importancia que **el proceso de investigación, desarrollo y posterior utilización de herramientas de IA para la SSRM no sólo promuevan la formación y participación de investigadoras mujeres y personas pertenecientes a poblaciones o colectivos de personas que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, sino también que en este proceso se incorpore su perspectiva subjetiva para que la implementación de estas soluciones y herramientas sea apropiada al contexto y a las poblaciones a las que busca llegar.** La incorporación de las voces y experiencias de las mujeres y grupos vulnerables supone además una democratización del conocimiento, y comprender el contexto en el cual se quieren implementar resulta fundamental para que estas herramientas puedan brindar soluciones efectivas que promuevan la equidad y sean respetuosas de los derechos de las personas.



6. Conclusiones

A lo largo del presente documento, se analizó la situación de SSRM de acuerdo con los principales ejes de la Cobertura Universal de Salud en los países de la región: equidad en el acceso, calidad de la atención y rendición de cuentas.

Existen brechas significativas en la cobertura y acceso a los servicios de salud en materia de SSRM entre y dentro de los países de ALC, así como deficiencias en la calidad de atención y desafíos en el financiamiento sostenible de los programas y servicios relacionados. Estas brechas y desafíos obstaculizan el pleno disfrute de los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como la mejora de los indicadores de salud en la región, especialmente de la SSRM. Esto se agrava en aquellas poblaciones que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y que se encuentran más expuestas a encontrar dificultades en el acceso a servicios oportunos y de calidad, como es el caso de poblaciones indígenas, rurales, con bajo nivel educativo y socioeconómico, entre otras.

Los países de ALC pueden tomar medidas concretas para avanzar hacia la CUS y el acceso equitativo con intervenciones de calidad en materia de SSRM. Entre ellas se incluye la movilización de las partes interesadas dentro y fuera del sector de la salud; el desarrollo o adecuación de normas; el análisis de las necesidades de SSRM a lo largo del curso de vida; la evaluación de los recursos disponibles y las limitaciones del sistema para garantizar la costo-efectividad; la priorización de las intervenciones que deben aplicarse en los distintos niveles del sistema de salud; el fortalecimiento de las capacidades de inteligencia relacionadas al análisis de la situación de salud de esta población y sus determinantes, y la investigación en el ámbito de la salud.

En este marco, existe un gran potencial para el desarrollo de soluciones en Inteligencia Artificial (IA) orientadas a resolver estos y otros problemas y desafíos sanitarios. La implementación de soluciones basadas en la Inteligencia Artificial (IA) puede contribuir de manera significativa a avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud en SSRM en ALC, pero esta posibilidad no está exenta de desafíos para los países de la región, ya que también pueden exacerbar las desigualdades preexistentes y generar nuevas.

Por este motivo, es imprescindible considerar tanto el contexto social, económico, geográfico y cultural en el que se quieren implementar estas herramientas, así como también fomentar la participación de las mujeres y grupos minoritarios y poblaciones vulnerables en el desarrollo de herramientas que quieran brindar solución a los problemas de SSRM en la región. Sólo de esta manera se podrán lograr soluciones efectivas y equitativas que permitan a una mayor cantidad de personas acceder a servicios de SSRM en la región.



7. Referencias

1. United Nations Population Fund (UNFPA). Sexual and Reproductive Health and Rights: An essential part of Universal Health Coverage. Published online November 2019.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRHR_an_essential_element_of_UHC_2020_online.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Argumentando sobre la Cobertura Sanitaria Universal. Published online 2013.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Published online 2013.
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/S20131037_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y
4. Naciones Unidas. Cumbre de Nairobi CIPD+25. Naciones Unidas. Accessed June 12, 2023.
<https://www.un.org/es/conferences/population/nairobi2019>
5. Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). La Cumbre de Nairobi sobre la CIPD+25. Published August 2020. Accessed May 30, 2023.
https://www.ippf.org/file/12439/download?token=fe_Bqv_l
6. Moran M. Objetivo 3: Salud y Bienestar. Desarrollo Sostenible. Published January 7, 2015. Accessed May 30, 2023. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
7. Moran M. Objetivo 5: Igualdad de género y empoderamiento de la mujer. Desarrollo Sostenible. Published January 7, 2015. Accessed May 30, 2023. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
8. Ann M Starrs, MIA Alex C Ezeh, PhD Gary Barker, PhD Prof Alaka Basu, MSc Prof Jane T Bertrand, PhD Prof Robert Blum, PhD et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher. Lancet Commission. doi:10.1016/S0140-6736(18)30293-9
9. Not Up for Debate: LGBTQ People Need and Deserve Tailored Sexual and Reproductive Health Care. Guttmacher Institute. Published November 2, 2020. Accessed June 29, 2023. <https://www.guttmacher.org/article/2020/11/not-debate-lgbtq-people-need-and-deserve-tailored-sexual-and-reproductive-health>
10. Haciendo Cuentas: Invertir en salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. Guttmacher Institute. Published February 11, 2021. Accessed June 26, 2023. <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/investing-sexual-and-reproductive-health-latin-america-and-caribbean>
11. UNFPA. Impact of COVID-19 on access to contraceptives in the LAC region. Technical Report.



Published online 2020. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical_report_impact_of_covid_19_in_the_access_to_contraceptives_in_lac_1_2.pdf

12. UNFPA (United Nations Population Fund Latin America and Caribbean Regional Office), LACRO (Latin America and Caribbean Regional Office) y CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Published online 2020. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/20-00906_folleto_riesgos_de_la_pandemia_genero.pdf
13. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. Published online 2023. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update_en.pdf
14. Salud y Bienestar. Agenda 2030 en América Latina y el Caribe. Accessed June 1, 2023. <https://agenda2030lac.org/es/ods/3-salud-y-bienestar/metas/38>
15. Organización Mundial de la Salud. Índice de cobertura de servicios CUS (ODS 3.8.1). Observatorio Mundial de la Salud. Accessed June 12, 2023. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>
16. Organización Mundial de la Salud. Subíndice de cobertura de servicios de la CUS sobre salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Observatorio Mundial de la Salud. Accessed June 12, 2023. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-sci-components-reproductive-maternal-newborn-and-child-health>
17. OPS. Salud Universal. Organización Panamericana de la Salud. Accessed June 1, 2023. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
18. Organización Panamericana de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Desigualdades en la salud en América Latina y el Caribe: Una línea de base de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para mujeres, niños y adolescentes. Published online 2022. doi:10.37774/9789275325742
19. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Las juventudes afrodescendientes en América Latina y la matriz de la desigualdad social: Derechos, desigualdades y políticas. Published online 2021. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/las_juventudes_afrodescendientes_en_america_latina_y_la_matriz_de_la_desigualdad_social.pdf
20. Organización Panamericana de la Salud. Gastos directos de bolsillo en salud. La necesidad de un análisis de género. Published online 2001. doi:10.37774/9789275323540
21. World Health Organization. Universal health coverage for sexual and reproductive health:



Evidence brief. Published February 20, 2020. Accessed June 1, 2023.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.1>

22. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Scoping study on sexual, reproductive and maternal health (SRMH) in Latin America and the Caribbean: Component 1 - literature and policy review - executive summary. Published online October 2022. Accessed July 11, 2023.
<https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/61592>
23. Nadarzynski T, Lunt A, Knights N, Bayley J, Llewellyn C. “But can chatbots understand sex?” Attitudes towards artificial intelligence chatbots amongst sexual and reproductive health professionals: An exploratory mixed-methods study. *Int J STD AIDS*. Published online June 3, 2023:9564624231180776.
24. Mills R, Mangone ER, Lesh N, Mohan D, Baraitser P. Chatbots to Improve Sexual and Reproductive Health: Realist Synthesis. *J Med Internet Res*. 2023;25:e46761.
25. Mills R., Mangone E., Lesh N., Mohan D., Baraitser P. How might chatbots support reproductive health? Findings from three new studies. *IRIS learning brief 1*. Published online 2023. <https://www.opml.co.uk/files/Publications/a511-implementation-research-innovation-support-iris/iris-learning-brief3-v2.pdf?noredirect=1>
26. Nadarzynski T, Puentes V, Pawlak I, et al. Barriers and facilitators to engagement with artificial intelligence (AI)-based chatbots for sexual and reproductive health advice: a qualitative analysis. *Sex Health*. 2021;18(5):385-393.
27. Bendifallah Sofiane, Dabi Yohann, Suisse Stéphane, et al. Validation of a Salivary miRNA Signature of Endometriosis — Interim Data. *NEJM Evidence*. 2023;2(7):EVIDoa2200282.
28. Organización Panamericana de la Salud. La inteligencia artificial en la salud pública | Caja de herramientas: transformación digital. Published online 2021.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53887/OPSEIHIS21011_spa.pdf?sequence=5
29. Silcox, Christina. *La Inteligencia Artificial En El Sector Salud: Promesas y Desafíos*. Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Accessed July 11, 2023.
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/La-inteligencia-artificial-en-el-sector-salud-Promesas-y-desafios.pdf>
30. Vélez LM. What does it take to have gender-responsive AI-driven health research? - Takeaways from the Gender Action Learning Workshop in Nairobi. Published online May 2023.
https://media.tghn.org/medialibrary/2023/06/Workshop_learning_Tip_Sheet_Final.pdf
31. Centro de Implementación e Innovación en Políticas de Salud (CIIPS), Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). El impacto de la inteligencia artificial en la atención de la salud. Perspectivas y enfoques para América Latina y el Caribe. Published online June 2023.
https://clias.iecs.org.ar/wp-content/uploads/2023/07/DT1_CLIAS.fix_.pdf



32. Celine Caira, Lucia Russo, Luis Aranda. Artificially Inequitable? AI and closing the gender gap. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Published March 2023. <https://oecd.ai/en/wonk/closing-the-gender-gap>
33. Collett C, Neff G, Gouvea L. *Los efectos de la IA en la vida laboral de las mujeres*. Inter-American Development Bank; 2022. doi:10.18235/0004055