

La equidad en salud en el Perú a la luz de sus determinantes sociales (DSS): pasado, presente y futuro

Health equity in Peru in light of its social determinants (DSS): past, present and future

Eugenio Villar Montesinos

- ¹ Ex Coordinador Equipo Determinantes Sociales de la Salud, OMS, GINEBRA.
- ² Profesor extraordinario UPCH.
- ³ Médico salubrista.

Correspondencia

Eugenio Villar Montesinos
eugeniovillarm@gmail.com

Recibido: 07/12/2023
Aprobado: 12/12/2023

Citar como: Villar Montesinos EV. La equidad en salud en el Perú a la luz de sus determinantes sociales (DSS): pasado, presente y futuro. *Acta Med Peru.* 2023; 40(4): 291-3. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2023.404.2782>

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)

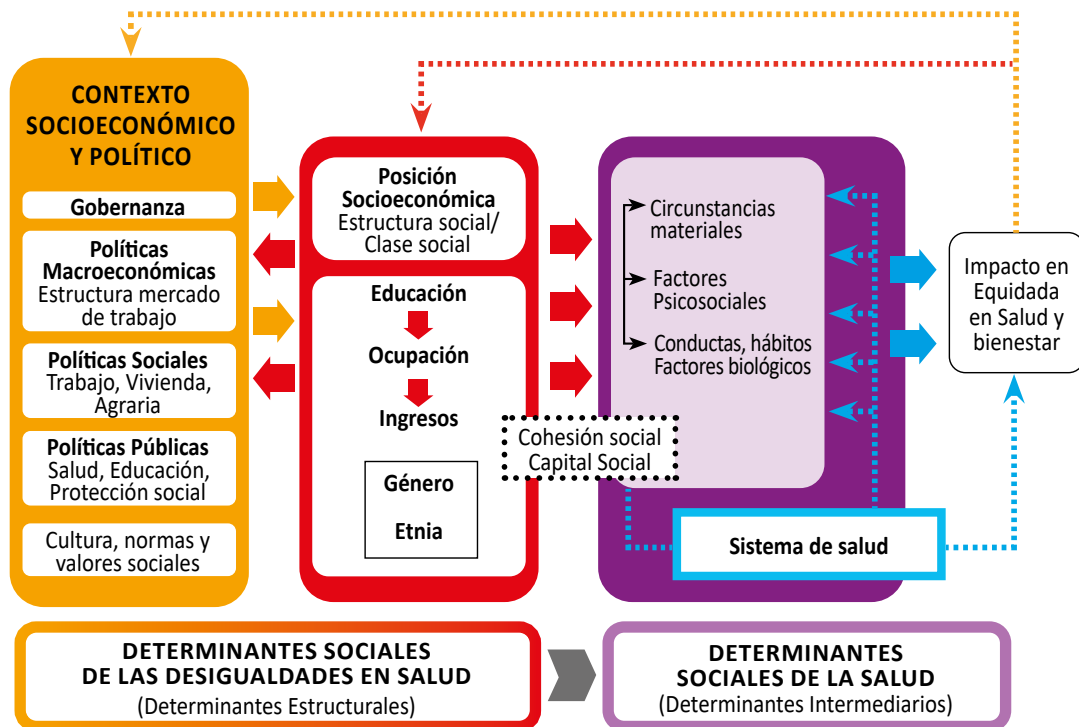


La inequidad en salud, es decir las desigualdades en salud de carácter social y moralmente injustas, son el problema de salud pública más importante del Perú, con un sector minoritario con buena salud, y uno mayoritario con mala. La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de la enfermedad ^[1]. Ella, es un derecho humano fundamental con 2 dimensiones: el derecho a atención de la salud (acceso a servicios); y el derecho a sus determinantes subyacentes ^[2]. La OMS define los DSS como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen (DSS intermedios, incluyendo el sistema de salud); y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana(DSS estructurales)”.

La Comisión de DSS de la OMS, concluyó que los DSS intermedios y estructurales son responsables por la equidad en la salud ^[3]. Esto significa que, si queremos disminuirlas, tenemos que mejorar no sólo los prioritarios servicios de salud sino también las condiciones de vida de la población. Ello implica asimismo mejorar la política, la economía, los ingresos, el empleo, la educación, la vivienda, el medio ambiente, el transporte entre otros DSS. (ver Figura 1.). Difícil, pero no imposible tarea, ¡los DSS son absolutamente mejorables! Aquí actualizaremos estos temas incluyendo la “prueba de esfuerzo” para la salud que fue la pandemia del Covid-19, así como la reciente evolución de los DSS en el Perú siempre alrededor de la inequidad en salud.

La pandemia, trajo más de 220,000 muertos y una tasa de mortalidad de las más altas del mundo (incluyendo más de 582 colegas). Diversos estudios y nuestra realidad médica cotidiana evidencian las profundas inequidades en la cobertura y calidad de nuestro sistema de salud, como en sus DSS. La mortalidad refleja también profundas inequidades. Ella afectó y mató desproporcionadamente más, a los más expuestos (en demasiados casos inadecuadamente protegidos, como nuestros mártires colegas, personal de salud en general, y policías); y adicionalmente afectó más a los peruanos desfavorecidos ^[4].

La pandemia desnudó patéticamente que el sistema de salud fragmentado, segmentado, y completamente deteriorado e insuficiente, carece de una conducción estratégica, función primordial del rol Rector constitucional del MINSa, coordinando las regiones. La “protección financiera” del SIS, no significó nada frente a una infraestructura sanitaria previamente colapsada. Este sistema ha sido históricamente sub financiado, con insuficiente y mal remunerado personal, con una pobrísima gestión y capacidad técnica. Ello es muy evidente en áreas claves para las funciones esenciales de la salud pública ^[5] como la vigilancia epidemiológica, preparación para desastres y comunicación social, fundamentales para abordar una pandemia, como también los desastres “naturales” (sociales en realidad). Entonces, ¿Estamos preparando para el cambio climático o para un terremoto que en cualquier momento nos pueden asolar? Aun más importante, el sistema



Solar O. Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Ginebra: OMS;2010.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS²

carece de una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) integral, con un bien equipado primer nivel de atención (PNA) que brinde adecuada cobertura universal, derivando a quienes lo requieran a niveles hospitalarios, incluyendo Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs).

Estudios han demostrado que los sistemas basados en APS integral fueron más exitosos durante el covid-19^[6]. El PNA, en el marco de la APS, cumple un rol fundamental en lo que falló: el imprescindible vínculo entre la acción local de sectores como salud, vivienda, orden público, mercados, transporte, educación etc, y la comunidad informada y organizada. Esa bisagra o puente entre el estado intersectorial y la sociedad civil liderada por las autoridades locales **ES** la democracia y **ES** la acción sobre los DSS, indispensables para reducir inequidades en salud. La respuesta hospitalocéntrica (mayormente cerrando el debilísimo PNA y perfilando, improvisadamente, solo UCIs) fue la receta del fracaso de los servicios. Las imágenes alarmantes de pacientes hacinados y moribundos en puertas y pasillos de hospitales, y de los familiares en colas para comprar oxígeno nunca se nos podrán borrar de la memoria.

La pandemia demostró igualmente cuan inequitativos y precarios fueron DSS fundamentales para el bienestar y para la salud como el ingreso, empleo, transporte, vivienda, alimentos, su acopio y conservación, educación/alfabetización sanitaria y

centralmente protección social, entre otros, especialmente para los pobres en las periferias de las ciudades. El confinamiento social, tampoco pudo cumplir su cometido eficazmente, dada la pobreza e informalidad que obligó a demasiados ciudadanos hacinarse en viviendas precarias y luego salir, para ganarse el sustento, acopiarse de alimentos o hasta intentar recibir bonos favoreciendo contagios sin ningún abordaje epidemiológico. Aquí, una vez más, la organización rápida y eficiente de las cocinas y comedores populares por madres emprendedoras en los lugares más remotos para alimentar a sus familiares demuestran que ante el fracaso indolente del estado, los pobres organizados nos siguen dando lecciones de solidaridad y capacidad de respuesta.

¿Por qué ocurrió esto en un país “estrella” del crecimiento y manejo macroeconómico, con ingentes recursos financieros? ¿Por qué los DSS intermedios descritos “determinaron” resultados catastróficos de contagio y mortalidad tan inequitativos? Una respuesta integral nos dan los DSS estructurales. Argumentamos, con Michael Marmot, en “Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna” donde con dureza sustentada, afirma que es el “racismo y colonialismo estructural” en América Latina, el DSS que está a la base de las inequidades en la salud. Esto ilustra la histórica marginación y mala salud de nuestras mayorías como herencia colonial y de las subsiguientes repúblicas fallidas, al menos en cuanto a bienestar y salud equitativa.

Las trágicas epidemias de viruela al inicio de la conquista (siglo XVI), de fiebre amarilla (siglo XIX), del cólera (1991), como el Covid-19, en sus resultados inequitativos, demuestran las profundas fallas de la sociedad peruana para asegurar un mínimo y equitativo bienestar (DSS) incluyendo un sistema de salud minimamente funcionante para todos^[7]. ¿Qué otros DSS estructurales estarían actuando en el presente?, tendríamos que aludir inevitablemente a DSS políticos como ¿qué tipo de democracia permite estas fallas y negligencias en sistemas de salud, protección social, pobreza, entre otros? ¿Cómo y por qué el modelo macroeconómico de carácter neoliberal y extractivista genera tanta riqueza, pero no favorece invertir adecuada ni equitativamente en prestaciones sociales universales, y más bien concentra la riqueza en los más ricos? ¿Cómo funciona el sistema tributario y a quien favorece? ¿Qué ideología ha cambiado la escala de valores, donde bien común, solidaridad, estado solidario e igualdad son reemplazados por individualismo sino abierto egoísmo consumista del “Dios” mercado? ¿Cómo afecta la corrupción generalizada la equidad en salud? La relación determinística de los DSS estructurales con los intermedios es muy compleja, planteamos los primeros en términos de preguntas para mayor análisis y debate. El Perú viene también deteriorando su equidad en salud por efectos climáticos que favorecen epidemias como el dengue y afectan seriamente la agricultura y alimentación, en perjuicio sobre todo de los más pobres sin mayores acciones al respecto.

Otro tema, de carácter igualmente estructural e ideológico, asumido mayoritariamente es la supuesta independencia del modelo macroeconómico neoliberal, de la política. Se dice que ambos discurrirían por “cuerdas separadas”, que el “modelo” es imbatible. Así habría parecido en este par de décadas, caracterizados con una grave inestabilidad política (6 presidentes y una docena de ministros de salud los últimos 7 años). Esa altísima rotación de autoridades, la mayoría con poco liderazgo político, capacidad técnica e incluso -varias- con ausencia de probidad ha impedido, en consonancia con la irresponsabilidad de la clase política, la urgente reforma del sector salud. Por ello, a pesar del crecimiento económico, el sector social en general, y el de salud en particular, ha sufrido un mayor deterioro, con el consiguiente incremento de las inequidades. La pandemia agravó todos los DSS. Estamos luego de 2 décadas, en recesión económica con inflación, la pobreza monetaria ha aumentado, el empleo se ha deteriorado, la informalidad subió al 77% de la fuerza laboral, el índice global del hambre afecta “gravemente” a 10 regiones y a 2 “alarmantemente”, entre otros DSS claves^[8,9]. Consecuentemente, la legitimidad de las autoridades, clave para la gobernabilidad está en los niveles históricos más bajos. No es casualidad que la anemia y la desnutrición infantil están aumentando luego de estar reduciéndose antes de la pandemia^[10].

¿Qué nos depara el futuro? La teoría de las “cuerdas separadas” fue falsa. Las comisiones de Macroeconomía y Salud^[11] y de los DSS de la OMS^[3] ya lo habían adelantado: no hay desarrollo económico sostenible sin equidad en salud, y no hay equidad en salud sin DSS equitativos (incluyendo la economía y la gobernabilidad). El deterioro de la democracia está afectando, junto con la pandemia, la guerra y la inflación internacional, no sólo la economía sino también la confianza de la población en el estado, y en la misma democracia e incentivado protestas, entrando en un círculo vicioso que deteriorará más aún los DSS y con ello la equidad en salud. El futuro puede ser sombrío.

La orden médica y el Colegio Médico del Perú enfrentamos el desafío histórico de liderar, en consonancia con el clamor ciudadano, la lucha técnica y política por una auténtica reforma del sistema de salud (aprobado por nuestro X Congreso Médico). Ella es la más importante y éticamente responsable iniciativa para reducir las crecientes inequidades en la salud de los peruanos con un enfoque de APS integral e intersectorial, que aborde los DSS. ¡MANOS A LA OBRA!

ORCID

Eugenio Villar Montesinos, <https://orcid.org/0000-0003-0531-487X>

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos [Internet]. 48a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 18 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/202593>
2. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. The right to health. Fact Sheet 13. Ginebra: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization; 2008.
3. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
4. Mujica OJ, Pachas PE. Desigualdades sociales en la mortalidad durante la COVID-19 en Lima y Callao. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;38(1);183-4. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6740>
5. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 18 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
6. Bardalez C, Villar E. América latina tras el covid-19: Crisis sanitaria. Lima: Fondo Editorial Cayetano; 2023
7. Cueto M. El regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Instituto de Estudios Peruanos; 2020. 313 p.
8. Diario Gestión. Empleo pierde el ritmo. 2023. Lima: Diario Gestión; 2023. <https://gestion.pe/economia/empleo-pierde-el-ritmo-cifra-en-rojo-se-asoma-y-el-reto-sera-recuperarse-en-el-2024-ingresos-puestos-de-trabajo-noticia/>
9. Diario Gestión. FAO: en 7 años 600 millones estarán en situación de hambruna en el mundo. Lima: Diario Gestión; 2023. <https://gestion.pe/economia/hambre-anemia-fao-en-siete-anos-600-millones-estaran-en-situacion-de-hambruna-en-el-mundo-economia-peruana-noticia/>
10. Observatorio: “Medicina, Salud Y Sociedad” del Colegio Médico del Perú. Informe del seminario la anemia infantil en el Perú: situación y retos, una nueva perspectiva. Lima: Colegio Médico del Perú; 2023. <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2023/11/INFORME-DEL-SEMINARIO-LA-ANEMIA-INFANTIL-EN-EL-PERU.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA5/sa555.pdf