

¿CÓMO ENTENDER Y REDUCIR LA DESIGUALDAD EN LA SALUD EN EL PERÚ?

Peter Busse*

Está claro que existen diferencias entre sectores de la población peruana y que sus consecuencias se observan en el acceso no equitativo a la riqueza, la educación y la salud (Ames s/f). A pesar de que se conocen algunas causas, como la discriminación étnico-racial (Ames s/f), no son del todo comprendidos los mecanismos por los cuales estas causas generan efectos diferenciados en la salud de las personas. Conocer los mecanismos ayuda a entender el proceso que origina las diferencias y contribuye con idear intervenciones que reduzcan las desigualdades con el objetivo de hacer una sociedad más justa y equitativa en cuanto al acceso a la salud.

La desigualdad en la salud

Existe una discusión sobre qué es la desigualdad en la salud y, en particular, sobre cómo se mide, cuáles son sus indicadores y determinantes y sobre cómo resolverla. Carter-Pokras y Baquet (2002) indican que uno de los modos en que se puede medir la desigualdad en la salud es comparando la salud de un grupo con otro que sirve de referente. Si bien la desigualdad puede entenderse simplemente como una diferencia entre dos o más grupos de personas con respecto a un indicador en salud —sea prevalencia de una enfermedad, acceso a información o a servicios de salud—, esta puede entenderse como una diferencia que resulta ser injusta y evitable (Carter-Pokras y Baquet, 2002). Debe ser injusta y evitable para poder llamarla desigualdad —y no una simple diferencia— e intervenir para resolverla. Existen diferencias en la salud que pueden no ser injustas —como aquellas que resultan por elección de las personas; es el caso de individuos que libremente realizan actividades que ponen sus vidas en riesgo— o no evitables, como las que son consecuencia de variaciones genéticas entre las personas (Carter-Pokras y Baquet 2002).

Tanto la literatura como las políticas de salud reconocen la existencia de desigualdades en el acceso a la salud. Wong y Díaz (2007) encontraron que estas estaban asociadas a factores demográficos, socioeconómicos, condiciones de salud y la disponibilidad de seguro de salud en la población de 50 años o más en México. Es decir, todos estos factores diferenciaban el acceso a la salud de los mexicanos.

Carter-Pokras y Baquet (2002) hacen una revisión interesante sobre los determinantes que causan diferencias en la salud. Canadá, por ejemplo, ha identificado 12 determinantes que pueden generar desigualdad en la salud de las personas, entre los que se encuentran los ingresos, los ambientes físicos y sociales o los servicios de salud (Carter-Pokras y Baquet, 2002). De acuerdo con estos autores, el trabajo de Margaret Whitehead ha sido influyente en la posición de la política de salud del Reino Unido y, de un modo más general, en la

SI BIEN LA DESIGUALDAD
PUEDE ENTENDERSE
SIMPLEMENTE COMO UNA
DIFERENCIA ENTRE DOS O MÁS
GRUPOS DE PERSONAS CON
RESPECTO A UN INDICADOR
EN SALUD [...] ESTA PUEDE
ENTENDERSE COMO UNA
DIFERENCIA QUE RESULTA SER
INJUSTA Y EVITABLE .

de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Whitehead señala que algunos de los factores que determinan desigualdades en la salud pueden ser evitables, como las variaciones de comportamientos de salud o la exposición diferenciada a condiciones o estilos de vida no saludables, y otros no, como las variaciones biológicas (Carter-Pokras y Baquet, 2002).

En 2008, una comisión especial de la OMS publicó el reporte *Cerrando la brecha en una generación: Equidad en salud a través de la acción en los determinantes sociales de la salud como una respuesta global contra las inequidades en salud* (CSDH, 2008). Esta comisión conceptualizó las diferencias en la salud de las personas como producto de determinantes que operan en tres niveles: uno general, donde se encuentran el Gobierno, las políticas o la cultura; uno intermedio, donde se distinguen la posición social, la educación o el ingreso; y otro particular, donde se observan los comportamientos, los factores psicosociales o los factores biológicos que determinan diferencias en la salud de las personas (CSDH, 2008). Teniendo en cuenta este modelo, la comisión propuso tres recomendaciones generales para enfrentar la desigualdad:

- (1) "Mejorar las condiciones de la vida diaria —las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- (2) Resolver la desigual distribución de poder, dinero y recursos —los motivadores estructurales de esas condiciones de vida diaria— global, nacional y localmente.
- (3) Medir el problema, evaluar la acción, expandir la base de conocimiento, desarrollar un fuerza de trabajo que está entrenada en los determinantes sociales de la salud y despertar la conciencia pública sobre los determinantes sociales de la salud" (CSDH, 2008: 43).

SE PUEDE PENSAR EN AL
MENOS DOS NIVELES EN LOS
QUE SE PUEDE ABORDAR EL
PROBLEMA DE LA
DESIGUALDAD EN LA SALUD
DE LAS PERSONAS: LAS
DIFERENCIAS DE SALUD QUE
SE EXPERIMENTAN
INDIVIDUALMENTE Y
AQUELLAS QUE SE OBSERVAN
COLECTIVAMENTE.

Atendiendo a la literatura y a las respuestas locales o globales, se puede pensar en al menos dos niveles en los que se puede abordar el problema de la desigualdad en la salud de las personas: las diferencias de salud que se experimentan individualmente y aquellas que se observan colectivamente. A nivel del individuo, se detectan diferencias en el padecimiento de enfermedades —o sus antecedentes, como son conocimientos, comprensión, comportamientos— debido a exposiciones diferenciadas a factores de riesgo por causa de ambientes sociales, físicos o de trabajo. A nivel colectivo, se detectan diferencias en aspectos de la salud —como prevalencias de enfermedades o índices de mortalidad o desnutrición— por causa de factores sociales o políticos, como son las diferencias socioeconómicas, culturales y de valores, o las

disposiciones legales o políticas locales, nacionales o globales. Si estas diferencias, ya sean observables individual o colectivamente, se consideran evitables e injustas, es necesario intervenir para reducirlas.

Una intervención que busque disminuir la desigualdad de la salud entre dos o más grupos se puede implementar a un nivel individual, mediante el mejoramiento de condiciones de vida de quienes experimentan la desventaja, o a un nivel colectivo, a través de cambios en las condiciones estructurales que determinan las diferencias de salud entre grupos sociales. Por

ejemplo, si se identifica que un grupo de personas padece una enfermedad crónica como la hipertensión y otro no, y se concluye que esta diferencia es injusta y evitable, se puede intervenir para reducir la desigualdad. Así, se puede dirigir una intervención a los individuos que experimentan la enfermedad —mediante estrategias que motiven cambios en sus estilos de vida que los ayude a controlar su enfermedad— o dirigirla a las estructuras que condicionan que un grupo sufra la enfermedad y otro no, por ejemplo, mediante el diseño de políticas que incrementen la oferta de medicamentos entre quienes tienen la enfermedad.

Los indicadores de desigualdad en la salud en el Perú

Se sabe que existe la desigualdad, pero poco sobre la magnitud en que las desigualdades se expresan en la salud en el Perú. Valdivia (2002) estima que, en el Perú, existe inequidad en la desnutrición crónica infantil, pues mientras en el decil más pobre 30% de los niños padece desnutrición crónica, en el decil más rico solo 4% de los niños sufre este problema.

Examinando las encuestas ENDES 1996 y ENNIV 1997, Valdivia (2002) señala algunos indicadores de la desigualdad en la salud, como son enfermedad, inhabilitación, desnutrición crónica infantil, consultas ambulatorias, mortalidad infantil, mortalidad en la niñez, acceso a vacunación completa, controles prenatales y atención durante el parto. Analizando la ENNIV 1997, este autor corrobora la existencia de desigualdad en la salud de los peruanos, al indicar que “25% de los niños menores de 5 años se encontraron en situación de desnutrición crónica, pero 69% de ellos pertenecen al 40% más pobre de la población” (Valdivia 2002: 50).

Los determinantes de la desigualdad en la salud en el Perú

Los factores que causan las diferencias en salud se conciben como determinantes. Hay dos que han sido estudiados en el Perú: la etnicidad y el nivel socioeconómico. Se sabe que la etnicidad —un constructo que ha sido capturado por la lengua materna de los individuos— determina un acceso diferente a los servicios de salud materno-infantil (Valdivia 2011) y que, de un modo más general, la diferencia socioeconómica también influye en el acceso desigual a la salud. Por ejemplo, los pobres saben muy poco sobre el cuidado de su salud, lo que se suma a un número reducido de oportunidades para controlar sus enfermedades (Perel et al. 2006). Goldstein y sus colegas (2005) encontraron que pertenecer al nivel más bajo de estatus social —operacionalizado con una serie de variables que capturan las posesiones materiales en el hogar— incrementa el riesgo de padecer múltiples enfermedades cardiovasculares por un factor de 4 cuando se compara con el nivel alto de estatus social. Asimismo, se ha estimado que el efecto del ingreso llega a explicar el 40% de las diferencias en desnutrición crónica entre el quintil más pobre y el más rico (Valdivia 2002).

Sin embargo, no solo el acceso económico determina la diferencia en salud, pues se cree que la desigualdad —en países de la región— también se observa en diferencias de factores de riesgo, independientemente del acceso al cuidado de la salud (Perel et al. 2006). En conjunto, la realidad de la desigualdad en la salud es compleja, y por eso no se pudo identificar un único determinante.

Por lo tanto, para entender la desigualdad en la salud del Perú es relevante, primero, conocer los aspectos de la salud a través de indicadores que permitan observar diferencias en la salud de dos o más grupos de personas. Es necesario, luego, preguntarse si esas diferencias son injustas

y evitables, y es importante identificar sus determinantes y reconocer si estos operan a un nivel colectivo o individual. Si sucede lo primero es probable que la diferencia también se observe a un nivel individual.

¿Cómo entender y reducir la desigualdad en la salud en el Perú?

Un modelo que ayude a comprender las desigualdades en la salud de los peruanos puede entenderse como un conjunto de determinantes a nivel colectivo, como las políticas o las estructuras sociales, y un conjunto de determinantes a nivel individual, como son los comportamientos en salud o los estilos de vida que, a su vez, determinan diferencias en el padecimiento de enfermedades, como pueden ser las crónicas. Queda en manos del investigador o el político conceptualizar cómo se relacionan los determinantes a nivel colectivo y a nivel individual que afectan diferencialmente la salud de los peruanos, y sugerir rutas para reducir las desigualdades.

Dentro de nuestra investigación sobre la desigualdad en la hipertensión en Lima, hemos encontrado un candidato a determinante que opera a nivel colectivo y que afecta diferencialmente a las personas: la inseguridad que se experimenta en las calles de la ciudad. Es probable que la implementación de un estilo de vida, como es hacer actividad física, sea diferente entre quienes experimentan inseguridad y quienes no. Esta diferencia en la realización de la actividad física puede predisponer a quienes no la practiquen a padecer obesidad o hipertensión, que constituyen factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. De este modo, se podría pensar que la inseguridad en un distrito de la ciudad desalienta la actividad física en la calle, lo que a su vez aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Este razonamiento refleja el modo en que se concibe la relación entre un determinante que opera a nivel colectivo (la inseguridad en las calles) y uno que lo hace a nivel individual (la actividad física) cuando ambos afectan la salud de los peruanos.

DENTRO DE NUESTRA
INVESTIGACIÓN SOBRE LA
DESIGUALDAD EN LA
HIPERTENSIÓN EN LIMA,
HEMOS ENCONTRADO UN
CANDIDATO A DETERMINANTE
QUE OPERA A NIVEL
COLECTIVO Y QUE AFECTA
DIFERENCIALMENTE A LAS
PERSONAS: LA INSEGURIDAD
QUE SE EXPERIMENTA EN LAS
CALLE .

Un ejemplo que ilustra cómo se puede reducir la desigualdad en salud mediante la intervención en determinantes que operan a nivel individual y colectivo se observa en el problema del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En el Perú, hay quienes viven con el VIH y quienes no, y, sin duda, esta diferencia es injusta y evitable. Se conoce que la transmisión del virus, en muchos casos en el país, se da como resultado del contacto sexual. Las intervenciones que han sido implementadas en el Perú para reducir la transmisión del virus se han dirigido a los determinantes que operan a nivel individual —mediante la difusión de información sobre las prácticas de sexo seguro— y a los determinantes que operan a nivel colectivo —mediante la promulgación de normas que formulan respuestas multisectoriales para la prevención y control del VIH en el país (El Peruano 2007)—. Ambos tipos de intervenciones crean escenarios favorables para reducir una desigualdad tan injusta como la que se observa entre quienes viven con el virus y quienes no.

Asimismo, una decisión positiva del Estado peruano para disminuir la desigualdad dentro del grupo de personas que viven con el VIH es ofrecer el tratamiento antirretroviral de modo gratuito. Gracias a la ayuda del Fondo Global (2011), el Estado está en capacidad de ofrecer medicamentos gratuitamente a todos aquellos que viven con el virus del VIH, una respuesta que no se da en otros países del mundo. La decisión del Estado de subsidiar los medicamentos es una intervención que se dirige a un determinante que opera a nivel colectivo y que acompaña a aquellas intervenciones que se dirigen a determinantes que operan a nivel individual, como es el apoyo psicológico que reciben los que viven con el virus. En conjunto, este tratamiento, llamado Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o TARGA (Gotuzo, 2007), es un buen ejemplo sobre cómo se puede reducir una desigualdad en salud. En conjunto, una intervención que busque disminuir las desigualdades en la salud entre dos o más grupos de personas puede actuar a nivel general y a nivel individual.

Para entender la desigualdad en la salud en el Perú y seguidamente poder reducirla es importante conocer las diferencias y los mecanismos por los cuales un determinante afecta diferencialmente la salud de los peruanos. Si se procede identificando diferencias de salud que son injustas y evitables, y que son producto de determinantes específicos, es posible idear intervenciones que ayuden a disminuir la desigualdad en la salud de las personas. Cualquier intervención que busque reducir la magnitud de las desigualdades en la salud tiene que implementarse tanto para cambiar los determinantes que operan a nivel individual como a nivel colectivo.

* Comunicador, investigador del IEP.

Referencias Bibliográficas

Ames, P. (s/f). *Cultura y desigualdad: discriminación, territorio y jerarquías en redefinición*. En prensa.

Carter-Pokras O. y Baquet, C. (2002). "What is a health disparity?". En *Public Health Reports*, nº 117: 426-434.

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: World Health Organization.

El Peruano (2007, mayo 3). "Aprueban plan estratégico multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú. Decreto Supremo N° 005-2007-SA". Disponible en <http://conamusa.org.pe/docs/normas/DSPEMITSVIHSIDA2007-2011.pdf> (última visita 21/11/2011).

El Fondo Global (2011). Disponible en <http://www.theglobalfund.org/es/> (última visita 21/11/2011).

Goldstein, J., Jacoby, E., Aguila, R. del y Lopez A. (2005). "Poverty is a predictor of non-communicable disease among adults in Peruvian cities". En *Preventive Medicine* nº 41: 800-806.

Gotuzo, E. (2007). "SIDA en el Perú: impacto de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)". En *Revista Médica Herediana*, 18(4): 181-183.

Perel, P., Casas, J., Ortiz, Z. y Miranda, J. (2006). "Noncommunicable diseases and injuries in Latin America and the Caribbean: Time for action". En *Plos Medicine*, 3(9): e344. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030344

Valdivia, M. (2002). *Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú*. Documento de trabajo n° 37. Lima: GRADE. Disponible en <http://www.grade.org.pe/download/pubs/ddt/ddt37.pdf> (última consulta: 01/09/11).

Valdivia, M. (2011). "Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú". En A. Hernández Bello y C. Rico de Sotelo (dds.), *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas*. Bogotá: IDRC, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 121-158.

Wong, R. y Díaz, J. (2007). "Health care utilization among older Mexicans: Health and socioeconomic inequalities". En *Salud Pública de México*, n° 48: S4.

Fuente:

Peter Busse . "¿Cómo entender y reducir la desigualdad en la salud en el Perú?". En *Revista Argumentos*, año 5, n° 5. Noviembre 2011. Disponible en http://revistargumentos.org.pe/fp_cont_1210_ESP.html ISSN 2076-7722