

POBREZA E INEQUIDAD EN SALUD

Segundo Seclén Santisteban

Profesor de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Caracterización de la inequidad en salud de la población peruana

La economía del Perú viene creciendo sostenidamente a una tasa anual promedio de 7% desde hace 10 años, según datos del INEI, lo que constituye el periodo más largo de crecimiento en la historia del país. Aún cuando el contexto internacional actual es crítico, motivado por la recesión económica de la economía estadounidense, se prevé que nuestro país seguirá creciendo en los próximos años, pero a un ritmo menor.

A pesar de la solidez de los indicadores macroeconómicos, el número de conflictos sociales vienen aumentando, como consecuencia de que los agentes económicos perjudicados, reaccionan reclamando en contra de una situación que consideran injusta.

Los índices de pobreza y desigualdad continúan incrementándose: la pobreza subió, de 48,4% en el 2000, a 52,0% en 2004, siendo mayor en las áreas rurales (73,6%), mientras que la pobreza extrema lo hizo de 15,0% a 20,7%; estos niveles de pobreza son similares a los registrados a inicios de los 90. Entre 2001 y 2006, nuestro país ha tenido un crecimiento económico del 20%, mientras que la pobreza se ha reducido solo en un 4% (1).

Características sociodemográficas y de mortalidad en los departamentos de la Sierra Sur y Lima-Callao, Perú.

	Perú	Sierra Sur	Lima y Callao
Pobreza (%)	52,0	70,0	35,7
Población rural (%)	27,8	56,2	0,4
Lengua materna quechua o aymará (%)	19,5	71,2	10,1
Agua potable por red pública (%)	64,4	42,3	82,4
Eliminación de excretas conectada a red pública (%)	50,9	23,2	80,2
Población menor de 15 años (%)	31,1	36,3	26,0
Porcentaje del total de la población	100,0	14,7	32,1
Tasa de mortalidad*	6,2	11,2	4,5
Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles	124,6	228,9	91,3
Tasa de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal	34,4	61,1	16,8
Tasa de mortalidad por causas externas	66,1	158,2	30,5

*Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Base de datos de mortalidad. Elaboración OPS.

Los índices de desigualdad medidos a través de la distribución del ingreso en el Perú, muestran que el 20% de la población con ingresos más altos concentra el 47.5% del ingreso nacional, mientras que el 20% de la población con ingresos más bajos se queda solo con el 6%. La desigualdad en la distribución del ingreso (razón entre quintiles superior e inferior), subió de 4,9 a 7,9 entre 1997 y 2000. En el 2003 el ingreso nacional promedio mensual de los hogares fue 387,8 nuevos soles, con rangos de 628,6 en Lima y 138,4 en Huánuco (2).

En 2003, un estudio del BID titulado *La reducción de la pobreza y el BID*, indicaba que el Perú era el país que lideraba el ranking de mayor incremento de desigualdad en Latinoamérica, medido por el índice de Gini (3).

Esta mayor desigualdad generada por el crecimiento, se ha visto más claramente reflejada en la calidad del estado de salud de la población peruana, en donde se aprecia que a más baja situación socioeconómica, peor es el estado de salud, configurando una inequidad en salud que se aprecia a través de los principales indicadores que muestran una marcada diferencia entre la gente pobre y la gente no pobre.

Los índices sociodemográficos y de mortalidad del cuadro adjunto, evidencian marcadas diferencias entre Lima y Callao y las regiones de la Sierra Sur, condiciones que impactan en la expectativa de vida. Los nacidos en zonas urbanas durante el año 2002 vivirían hasta los 72 años, mientras que los nacidos en zonas rurales solo lo harían hasta los 65 años (4).

Las estimaciones oficiales de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en la *Encuesta de demografía y salud familiar 2000* (ENDES 2000) indican que esta está en 33,1 por mil nacidos vivos, con valores por debajo de 20 por mil en Lima y Callao, y por encima de 60 en Apurímac, Ayacucho, Cuzco, Huancavelica y Puno; en general, se aprecia que la TMI en las áreas rurales duplica a la TMI en las áreas urbanas y que prácticamente dos tercios de las muertes infantiles ocurren en el 40% de los hogares pobres (5).

Las Enfermedades diarreicas agudas (EDAs), Infecciones respiratorias agudas (IRAs), y la meningitis, malaria,

septicemia, enfermedades inmunoprevenibles y deficiencias de la nutrición, representan el 42% de las causas de muerte para los niños menores de 5 años. Este porcentaje promedio presenta rangos que van de 50-60% para Puno, Piura y Huancavelica, a 25-30% para Moquegua, Lima y Callao (6).

La mortalidad materna cayó muy lentamente en los últimos 36 años, mostrando tasas (TMM) de 400, 318 y 265 x 100.000 nacidos vivos en 1960, 1980 y 1996 respectivamente; se estima que anualmente mueren alrededor de 1.670 mujeres como consecuencia de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, siendo el 15% de ellas adolescentes. El promedio nacional de la TMM oculta grandes diferencias entre regiones, estratos socio-económicos y grupos de población: en 1996, la TMM en Huancavelica fue mayor a 400 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en Lima fue menor de 40 y en general las áreas rurales duplicaron los valores de las áreas urbanas. Si bien actualmente la tasa de mortalidad materna es como promedio 185 por 100,000 nacidos vivos, se mantiene como una de las más altas de Latinoamérica y se mantienen las marcadas diferencias entre población pobre y no pobre (5).

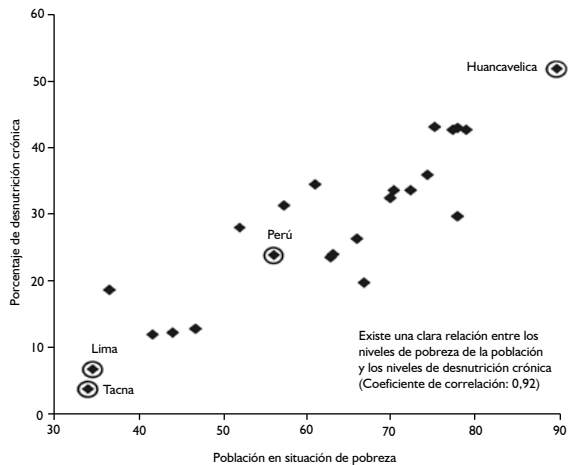
El riesgo de morir entre las mujeres de 15 a 44 años es 35,4 veces más alto en el Estrato V (población con más necesidades básicas insatisfechas [NBI]) que en el Estrato I (población con menos NBI). La mayoría de muertes maternas son debidas a causas directas y evitables como hemorragias (44,8%), complicaciones del puerperio (10,9%) y complicaciones del aborto (12,3%). Se estima que anualmente 270.000 embarazos no deseados terminan en aborto, lo que equivale al 30% del total de embarazos (5).

La desnutrición crónica en niños menores de 5 años es del 24%; 39% en el área rural, 10% en el área urbana y 6% en Lima Metropolitana (5). Su prevalencia está en directa relación con la población pobre, tal como se observa en la siguiente gráfica, en la que las poblaciones que son más pobres, son las más desnutridas.

Aproximadamente 10% de la población peruana (2,6 millones) está totalmente excluida del sistema, existiendo alta correlación entre pobreza y no afiliación a un seguro público o privado de salud. La población excluida del sistema de salud en el Perú está compuesta básicamente por los pobres (87%) por que residen en zonas rurales (80%), forman parte de la fuerza laboral independiente o dependiente sin contrato de trabajo (68%) y no están asegurados (58%) (7).

Desnutrición crónica en menores de 5 años de edad

Según niveles de pobreza, Perú, 2000



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Encuesta Nacional de hogares 2001.

Esta realidad y, sobre todo, la elevada carga de morbilidad y mortalidad descrita, se debe en gran parte a las condiciones en que estas poblaciones nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; y esta disparidad en sus condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una deficiente gestión pública.

Según el *Estudio de Cuentas Nacionales en salud* (8), el Perú destinó a salud en el año 2000, alrededor del 4,8% de su PBI, equivalente a US\$99 per cápita, por debajo del promedio latinoamericano de 8% del PBI; totalmente insuficiente para cumplir siquiera con la ampliación de la cobertura pública. El mismo estudio demostró que la composición del financiamiento de la salud, se concentra en tres agentes: los hogares (39%), los empleadores (35%), y el Gobierno (23%); esta composición, teniendo en cuenta los altos niveles de pobreza de la población peruana y el rol preponderante del financiamiento de los hogares, compuesto casi en su totalidad por el pago de bolsillo, predispone aun más a la inequidad y la exclusión en la atención de la salud de los más pobres.

Hacia una equidad en salud

El premio Nobel de Economía Amartya Sen, en un célebre artículo titulado "Why health equity", considera que la buena salud es una condición indispensable para la formación eficiente de las capacidades humanas, y por tanto es un componente de la justicia social. Considera Sen, que el estado de salud es uno de los mas

importantes indicadores del desarrollo humano y que la equidad en salud se expresa en las mayores oportunidades de gozar de una buena salud y no es solamente un problema de acceso a los servicios de salud (9).

El crecimiento económico, como sucede en nuestro país, genera desigualdad. Si, como lo señala Simon Kuznetz (10) —otro premio Nobel de Economía—, en las primeras etapas del crecimiento la desigualdad se acentúa, para después corregirse a largo plazo, se requiere el desarrollo de un conjunto de políticas públicas que permitan que la sociedad peruana logre crecimiento con desarrollo humano y el Estado debería generar verdaderas reformas para proteger a los más pobres y aminorar las desigualdades que traen consigo estos procesos.

La buena salud de las personas, según Amartya Sen, no es solo consecuencia de su carga genética, de la edad y del género, sino también de la distribución de los servicios de salud, de las condiciones nutricionales, de saneamiento, educación, cohesión social y de sus ingresos económicos generados por el empleo. Debería ser producto, entonces, de un proceso responsable de Política de Estado de protección social, en el que deberían confluir políticas públicas de servicios de salud, nutrición, educación e infraestructura sanitaria.

Esta política de Estado debería abordar los cuatro mecanismos generadores de desigualdad en el estado de salud propuestos por Evans Diderichsen y Whitehead (11), referidos a las desigualdades de ingreso, desigualdades de dispersión poblacional, grupo étnico y exposición a riesgos ambientales; grupos en riesgo biológico y de capacidades (ancianos, niños, mujeres en edad fértil); enfermos más débiles o personas sin educación y grupos con enfermedades crónicas o discapacidades.

Como ha sido descrito, los principales problemas sociales y políticos que condicionan la situación de salud de nuestro país, están vinculados a la pobreza, altamente asociada a la carencia de empleo adecuado; y a la amplia variedad étnica-cultural e incompleta integración y dispersión poblacional, especialmente de comunidades andinas y amazónicas. Si bien es cierto, la mejor accesibilidad de atención sobre todo a la población escolar y materno infantil, ha influido en la disminución de la TMM y TMI; este enfoque de equidad sanitaria, de mayor acceso a los servicios de salud, que atiende solo a un determinante social, no es suficiente, ya que la distribución de la morbilidad de la población por regiones, zonas urbano-rurales y por grupo étnico, objetivan graves

desigualdades en desmedro de la población pobre, la rural y la de origen étnico andino o amazónico, tal como ha sido descrito en los indicadores mostrados.

El Acuerdo Nacional (2002) que agrupa a los principales partidos políticos del país, organizaciones de empresarios y trabajadores, iglesias y la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, han definido 31 políticas de Estado que incluyen metas relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Entre ellas están: reducción de la pobreza; promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación; acceso universal a una educación pública y gratuita y de calidad; acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, promoción de la seguridad alimentaria y nutrición; desarrollo sostenible y gestión ambiental; y desarrollo en infraestructura y vivienda. Todas ellas son políticas que las organizaciones firmantes se han comprometido a cumplir, con metas a 10 años (12).

Sin embargo, para convertirlas en políticas de gobierno, se requiere de un enfoque de crecimiento económico con justicia social, que facilite su financiamiento. Un estudio realizado en el 2004 por el Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico de Lima en el que se preparó un modelo para predecir el cumplimiento de los ODM en nuestro país, calculaba que con una tasa de crecimiento económico promedio de 5% anual, el cumplimiento de las primeras 5 metas; requería transferencias anuales de recursos cercanos a 1,4% del PBI (0,75% por redistribución del ingreso y 0,65% para políticas sociales específicas). Las principales políticas sectoriales específicas a implementar se referían a: aumentar la cobertura de acceso a agua potable y a los servicios básicos de saneamiento; la cobertura de servicios de salud para madres y niños menores de 5 años; la inversión en programas públicos de alimentación infantil complementaria; el nivel educativo de la madre; el número de partos asistidos por profesionales de salud calificados; el número de controles prenatales por personal de salud calificado; y la calidad de infraestructura y atención en los servicios de salud (13).

Por tanto, la estrategia para alcanzar la equidad en salud es el diseño e implementación de una Política de Estado que actúe sobre los determinantes sociales de la salud. El Ministro de Salud y el ministerio a su cargo deberían realizar abogacía al más alto nivel de la sociedad —apoyándose en acuerdos políticos como el Acuerdo Nacional (2002), el Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud (2001), la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza y el Plan Concertado de Salud (2007)— para

reorientar los servicios de salud y atender la complejidad y heterogeneidad del perfil epidemiológico de la población y responder a la falta de capacidad adquisitiva y representatividad de los usuarios; para profundizar el proceso de descentralización en salud y hacer de la salud un eje transversal que promueva la sinergia de políticas públicas específicas como nutrición, educación, saneamiento, entre las principales, con otros ministerios (14).

Referencias bibliográficas:

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *La Pobreza en el Perú 2003-2004*. Lima: 2005.
2. Instituto Cuánto. *Anuario estadístico: Perú en números 2005*. Lima.
3. Tuesta, David. "Crecimiento, desigualdad y conflicto". *El Comercio, Sección Economía*. 05 noviembre 2006, p. B3.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES Continua 2004-2005*. Lima, 2006.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Encuesta nacional de demografía y salud (ENDES 2000)*. Lima, 2001.
6. Ministerio de Salud. *Defunciones Perú 1998*. Lima, 2000.
7. MINSAL-OPS/OMS. "Caracterización de la exclusión social en salud en el Perú. Informe Final". Lima, 2003.
8. OPS-MINSAL. *Perú: Cuentas nacionales en salud 1995-2000*. Lima, 2003.
9. Sen, Amartya. "Why health equity". *Health Economics*, 11:659-66, (2002) <http://www.interscience.wiley.com>
10. Kusnetz, Simón. "Economic Growth and Income Inequality". *American Economic Review*, marzo 1955.
11. Petrera, Margarita. *Balance de las políticas de salud, Informe Anual Oxfam GB 2006-2007*. Lima: CIES, 2007.
12. *Salud en las Américas 2007*, vol. II –Países. Publicación Científica y Técnica N° 622, OPS/OMS.
13. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú. Informe 2004*.
14. OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud. "Resumen Analítico del Informe Final: Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud", 2008. www.who.int/social_determinants. ■

LA SALUD HOY: LOS RETOS DEL NUEVO MINISTRO

Pedro Francke

Profesor del Departamento de Economía de la PUCP

1. Situación de la salud y de las políticas de salud

La pobreza, la enfermedad y la muerte siguen siendo muy agudas en el Perú, afectando a las mayorías nacionales con una fuerza terrible. La pobreza se mantiene en 40%, a pesar de 7 años de crecimiento económico. La situación de salud de la población sigue siendo peor que la de países vecinos y con enormes desigualdades, a pesar de algunos avances en atención institucional de partos y tratamiento de enfermedades como el VIH/SIDA. La tasa de mortalidad infantil es todavía superior a 23 por mil, pero en Puno supera los 53 por mil. La tasa de mortalidad materna es de 164, el doble del promedio latinoamericano, y muy lejos de la meta de 66 fijada por los Objetivos del Milenio.

Un estado débil y mal manejado, una alta concentración del poder y la riqueza, y una sociedad que no termina de priorizar y saber cómo proteger su salud, son los principales causantes de fondo de esta situación. El gasto en salud permanece en niveles bajísimos, en particular el aporte del Tesoro Público no llega al 1,5% del PBI mientras el promedio de América Latina es de 3,3%, lo que se debe a un modelo económico que no reparte la riqueza ni da importancia a lo social.

A continuación, un análisis que detalla las políticas de salud en 3 ejes: los determinantes sociales de la salud, el acceso a la atención y el aseguramiento en salud, y la gobernabilidad democrática y la participación ciudadana en salud.