

# Situación de Salud en el Perú: las cifras hablan

César V. Munayco <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

## Resumen:

Hoy en día es fundamental mirar la salud en el contexto de los determinantes sociales. Esto desmedicaliza la salud, y permite ver las inequidades y las acciones que se requieren para cambiar la situación. Se presentan datos del Perú con respecto a determinantes estructurales e intermedios en los que se debe actuar a fin de mejorar la salud pública en el país.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la salud, Determinantes Estructurales, Determinantes Intermedios, Inequidades en salud

## 1. Introducción

No podemos hablar de la situación de salud de un país, sino tenemos el contexto de los determinantes sociales de la salud. Si bien la enfermedad es un resultado médico(1), las desigualdades sociales, generadas por limitada o total ausencia de políticas de gobierno que aborden efectivamente los determinantes sociales, son factores clave que explican las variaciones globales, nacionales y locales de la distribución de enfermedades(2-4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha remarcado la importancia de reducir las desigualdades entre y dentro de los países, en la meta 10 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que corresponden al área de importancia crítica de la prosperidad(5).

Además, en los ODS se abordan otras áreas de importancia crítica como las personas, el planeta, la paz y la colaboración.

En estas áreas aborda temas importantes que tienen que ver con los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, el hambre, ciudades y comunidades sostenibles(6). Otro punto importante en los ODS es “no dejar a nadie atrás en el camino hacia el desarrollo sostenible y la salud universal”(7). Esta frase resume la importancia de no ver la salud como un problema médico sino, más bien, algo que debe ser abordado de manera integral y equitativa.

La meta 10 es clave porque obliga a los países a tomar medidas para reducir las desigualdades sociales y por ende las desigualdades en salud. En este contexto es necesario recordar que los determinantes sociales son “aquellas condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los propios sistemas de salud”(8). Además, es necesario revisar sucintamente el marco de los determinantes sociales de la salud, propuesto por la Comisión de Expertos de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud(9, 10) para tener una visión clara de la situación de salud de un país.

El modelo conceptual de los Determinantes Sociales(10) los divide en Determinantes Estructurales y los Determinantes Intermediarios. La posición social (que incluye el ingreso, la educación, la ocupación, el género y la etnicidad) es crucial porque influye en la equidad sanitaria y de bienestar en la población, que es mediada por los determinantes intermediarios de la salud (los que incluyen las circunstancias materiales, la cohesión social, la conducta humana, la herencia genética y la organización de los sistemas de salud)(7).

La falta de abordaje de determinantes sociales genera inequidades en salud, que se derivan específicamente de los patrones de estratificación social de la población, es decir, de la distribución sistemática y desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los grupos de la sociedad(11). Por lo tanto, comprender los procesos causales que subyacen a las inequidades en la salud y evaluar de manera realista lo que se puede hacer para alterarlos es clave para cerrar las brechas de las desigualdades que son evitables, innecesarias e injustas(12).

## 2. Los determinantes sociales de la Salud en el Perú

Dentro de los determinantes estructurales, el contexto socioeconómico y político medido a través de la gobernanza, la política macroeconómica, políticas sociales y públicas, la cultura y los valores sociales definen de forma importante las desigualdades en salud(13).

Uno de los problemas grandes que tienen los países de Latino América y el Caribe es la corrupción, que se define como: “el mal uso o el abuso del poder público para beneficio personal y privado”(14, 15).

Nuestro país no es ajeno a esto. En los últimos años, se ha evidenciado cómo la corrupción ha herido de muerte a la democracia y a nuestro sistema político, alcanzando a toda la clase política sin excepción. La corrupción es la amenaza mayor de la gobernanza de un país. Ella afecta a la eficacia, la calidad y la buena orientación del gobierno. En los indicadores de Gobernanza del Banco Mundial, podemos ver claramente que el Perú al igual que otros países de la región de la Américas, tienen un control pobre de la corrupción y una efectividad pobre del Gobierno (Ver Figura 1 y 2).

El impacto de la corrupción sobre los sistemas de salud y por ende en la salud de la población es escalofriante. Por ejemplo se estima que se han perdido, durante el año 2009, miles de millones de dólares cada año debido a la corrupción y al fraude, que se estima en un 10% del producto interno bruto mundial(16). Además, la corrupción debilita los sistemas de salud, impacta de manera desproporcionada a poblaciones vulnerables, y produce indicadores negativos de salud para mujeres y niños(15, 17).

Otro punto importante que impactó la inequidad en salud es la política macroeconómica y cómo esta debe garantizar la distribución de la riqueza en la población. En esta línea, los

países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acordaron, en 2014, elevar el gasto público en salud (GPS) hasta 6% del Producto Interior Bruto (PIB)(18). Si analizamos la evolución del gasto público en salud del Perú (Figura 3), no hemos llegado ni llegaremos a alcanzar la meta del 6% deseada. Si bien es cierto el crecimiento económico no asegura que se invierta más en salud, es necesaria la decisión política del más alto nivel y consenso social en la necesidad de mejorar la salud de la población con políticas decididas que no sólo incrementen el gasto en salud, sino que aseguren la calidad del gasto y un abordaje efectivo de los determinantes sociales de la salud.

Como expliqué líneas arriba, la posición social es determinante de la inequidad en salud y el beneficio de la población. Todavía en nuestro país no se adoptan políticas efectivas para reducir la inequidad. Esto genera que todavía persistan las desigualdades de género. Por ejemplo las mujeres tienen una tasa de desempleo mayor que los hombres y un ingreso económico promedio mensual inferior. Estas diferencias persisten a lo largo de los años y son mayores en las zonas rurales, inclusive los hombres tienen un ingreso económico mensual promedio inferior a los hombres de las zonas rurales (Ver Tabla 1).

Dentro de la posición social también se tiene en cuenta la educación, que es clave para cambiar de posición social. En la Tabla 2, se observa claramente que existe una brecha en el promedio de educación, que todavía no se ha cerrado, entre la población que habla castellano y la que habla una lengua nativa.

Los determinantes intermediarios son el medio a través del cual la posición social afecta la equidad en salud y el bienestar de la población. Entre estos determinantes intermediarios tenemos las circunstancias materiales que comprenden condiciones de vida y de trabajo, la disponibilidad de alimentos, etc; además, los factores biológicos de comportamiento y factores psicológicos, así como la cohesión social, el capital social y los servicios de salud(10, 12). Estos determinantes intermediarios son importantes porque se relacionan con los factores de riesgo proximales e intermedios(7).

La cohesión social definida como la solidaridad social necesaria para que los miembros de la sociedad sigan vinculados a ella, por lo que requiere que sus lazos se hagan más fuertes y numerosos, le crea obligaciones

al individuo, ejerce presiones funcionales que moderan el egoísmo y le permiten reconocer su dependencia respecto de la sociedad(19). Es decir, el Perú requiere una sociedad cohesionada, pero no puede cumplirse con este objetivo porque la población no tiene confianza en el Gobierno, y sus principales preocupaciones (de la población peruana) de acuerdo con encuesta de IPSOS apoyo, son la corrupción (57% durante el año 2018), el desempleo y falta de trabajo (25%), delincuencia (55%), educación inadecuada (31%) y pobreza (20%). Estas preocupaciones generan desunión entre los peruanos y, por ende, no lograremos la cohesión social necesaria para reducir las brechas de las inequidades.

Finalmente, un actor importante de los determinantes intermediarios y que compete al sector salud, es el sistema de salud. Lamentablemente tenemos un sistema segmentado y fragmentado porque tenemos múltiples actores, tanto para la prestación como para el aseguramiento; además hasta ahora no se ha logrado el aseguramiento universal(20). Este sistema es inequitativo y excluyente porque depende de la condición económica.

### 3. Inequidades en salud y bienestar

En la sección anterior hemos argumentado cómo los determinantes sociales son clave y deben ser abordados para garantizar la salud y bienestar de la población. Ahora veamos algunos ejemplos de cómo las desigualdades sociales impactan la salud de la población peruana.

En el estudio, publicado por Munayco y col(21), se observa claramente que existe una gradiente de la desigualdad absoluta y relativa de la distribución de la incidencia de la tuberculosis con respecto al gasto en salud. Es decir, los países con menor gasto en salud tienen en promedio mayor incidencia de tuberculosis. Además, este estudio muestra que existe una desigualdad proporcional, es decir el 20% de los países con menor gasto en salud, acumulan casi el 40% de la incidencia de tuberculosis.

Cuando se mira este problema de salud pública (la tuberculosis) a nivel del Perú, se observa que existe también una gradiente de desigualdad en la incidencia de tuberculosis (TB) con respecto al índice de desarrollo humano (IDH) de los distritos de Lima. Es decir que los distritos con menor IDH presentan la mayor incidencia de TB(22).

Otro estudio(23) donde se evalúa la desigualdad en referencia a muerte materna en el Perú también muestra que existe una gradiente desigualdad con respecto al ingreso promedio mensual per cápita por departamentos.

Además, la desigualdad proporcional no ha cambiado en el periodo estudiado.

### 4. Conclusiones

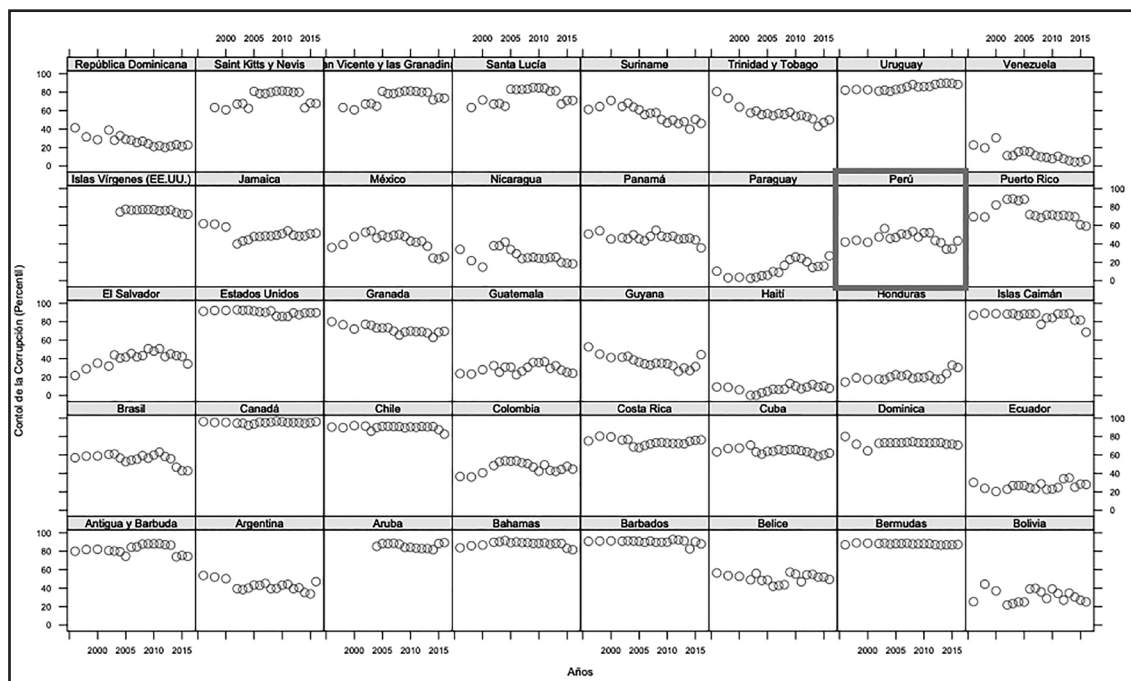
Se requiere que los gobernantes del país empiecen a mirar los problemas de salud a través del lente de los determinantes sociales. Hasta el momento no existen políticas públicas destinadas a tomar acciones efectivas sobre estos determinantes sociales que permitan reducir las brechas de las desigualdades que afectan a las poblaciones y ocasionan grupos con peores indicadores de salud. Como se ha mostrado, vivimos en un país inequitativo, donde todavía no se dan las condiciones que nos ayuden a dar el salto al desarrollo sostenible y donde podamos asegurar que nadie se quede rezagado o tenga peor salud por ser pobre, mujer, o pertenecer a una minoría étnica.

### 5. Referencias

1. Stefanacci RG, Riddle A. Beyond, *The medical-Assisting with social determinants of health in the drive to value-based care*. Geriatric nursing (New York, NY). 2018.
2. Dummer TJB. How should we act on the social determinants of health? CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association medicale canadienne. 2018;190(42):E1241-e2.
3. Krumeich A, Meershoek A. *Health in global context; beyond the social determinants of health?* Global Health Action. 2014;7:23506.
4. *Towards a global monitoring system for implementing the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: Developing a core set of indicators for government action on the social determinants of health to improve health equity*. Int J Equity Health. 2018;17(1):136.
5. Morton S, Pencheon D, Squires N. *Sustainable Development Goals (SDGs), and their implementation: A national global framework for health, development and equity needs a systems approach at every level*. British Medical Bulletin. 2017;124(1):81-90.
6. Callister LC, Edwards JE. *Sustainable Development Goals and the Ongoing Process of Reducing Maternal Mortality*. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN. 2017;46(3):e56-e64.

7. Mújica OJ, Moreno CM., *De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás"*. Rev Panam Salud Publica. 2019;43(e12).
8. Organización Mundial de la Salud. *Determinantes sociales de la salud 2019* [Available from: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)].
9. Commission on Social Determinants of Health. *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*. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. Solar O, Irwin A., *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
11. Dover DC, Belon AP., *The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health*. Int J Equity Health. 2019;18(1):36.
12. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV., *Inequalities in health: definitions, concepts, and theories*. Global health action. 2015;8:27106.
13. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV., *[Inequalities in health: definitions, concepts, and theories]*. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(4):261-71.
14. Mackey TK, Kohler J, Lewis M, Vian T., *Combating corruption in global health*. Sci Transl Med. 2017;9(402).
15. Mackey TK, Liang BA., *Combating healthcare corruption and fraud with improved global health governance*. BMC Int Health Hum Rights. 2012;12:23.
16. *Growing threat from counterfeit medicines*. Bull World Health Organ. 2010;88(4):247-8.
17. Dyer O., *New report on corruption in health*. Bull World Health Organ. 2006;84(2):84-5.
18. Matus-Lopez M, Toledo LP, Pedraza CC. *[An assessment of fiscal space for public health in Peru]*. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(1):64-9.
19. Ferrelli RM., *[Social cohesion as a basis for health-equity-oriented public policies: reflections from the EUROsocial program]*. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(4):272-7.
20. Sánchez-Moreno F., *El sistema nacional de salud en el Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2014;31:747-53.
21. Munayco CV, Mujica OJ, Leon FX, del Granado M, Espinal MA., *Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean*. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(3):177-85.
22. Soto MG., *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015*. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2015.
23. Rojo EC, Amenabar EO, Mujica OJ, Munayco CV., *[Socio-geographic inequalities in maternal mortality in Peru: 2001-2015]*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018;35(2):351-3.

### Figuras y tablas



**Figura 1.** Gobernanza - Control de la Corrupción en los países de la región de las Américas.  
**Fuente :** Banco Mundial.

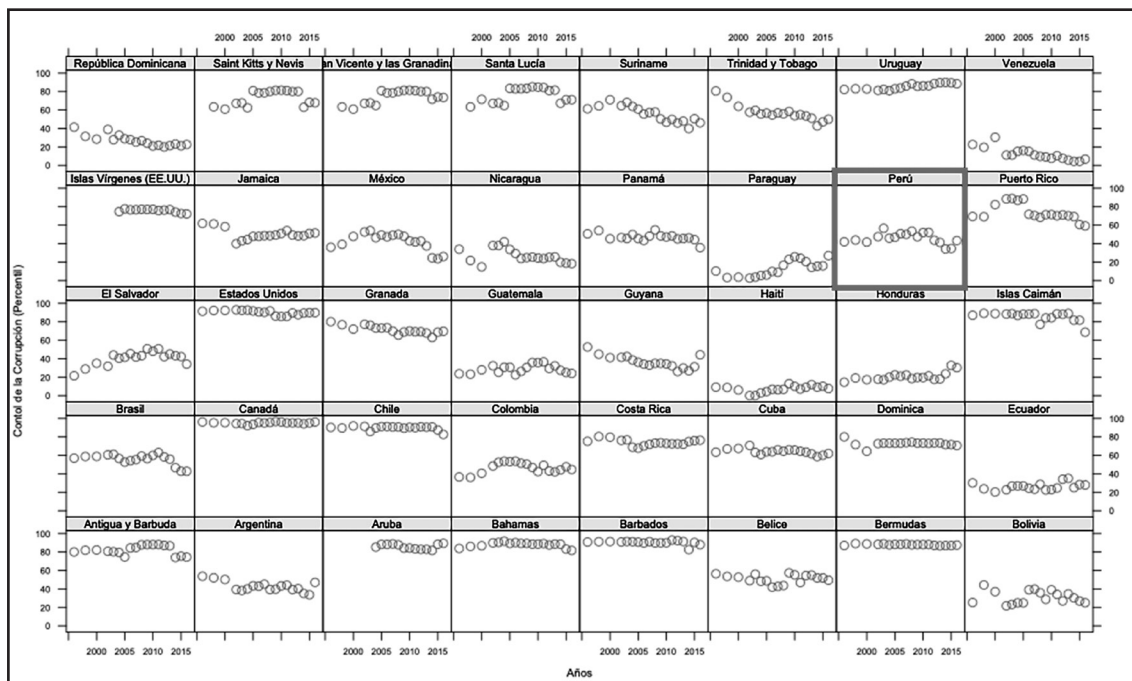


Figura 2. Gobernanza - Efectividad del Gobierno en los países de la región de las Américas  
Fuente: Banco Mundial.

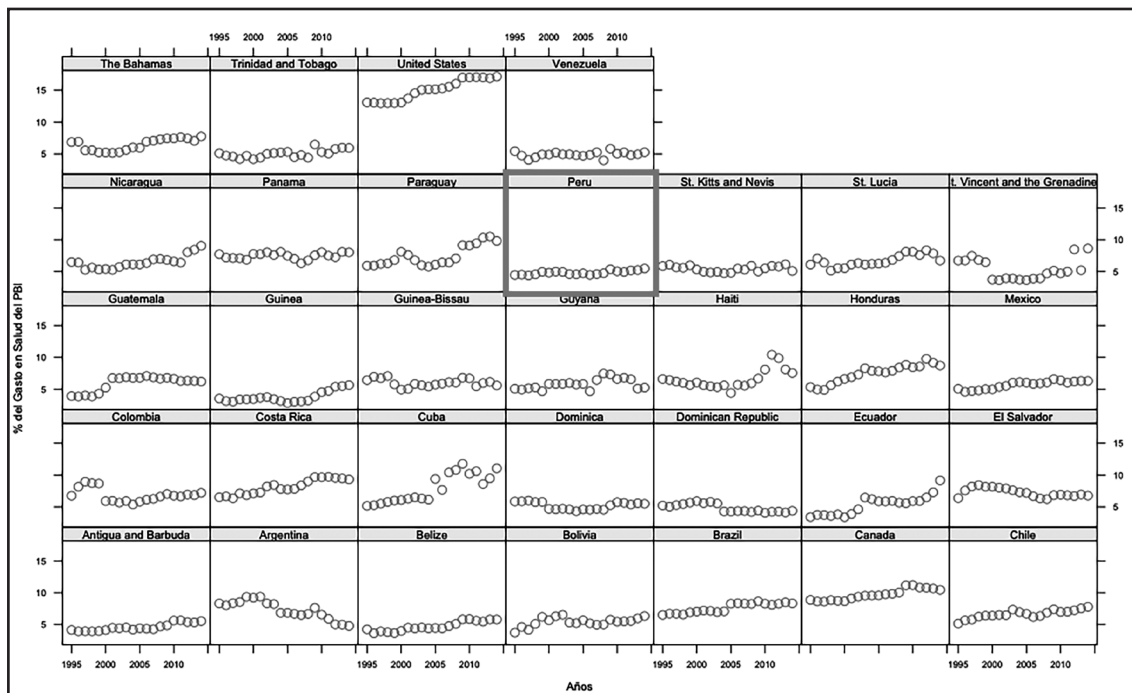


Figura 3. Política Macroeconómica - % del Gasto en salud per cápita del Producto Interno Bruto.  
Fuente: Banco Mundial.

**Tabla 1.** Tasa de desempleo e ingreso promedio mensual entre hombres y mujeres. 2009 - 2016

| Variable/Año                 | 2009      | 2010      | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      | 2015       | 2016      |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Tasa de desempleo            | 5.9%      | 5.3%      | 5.1%      | 4.7%      | 4.8%      | 4.5%      | 4.4%       | 5.2%      |
| Tasa de desempleo en mujeres | 6.1%      | 6.0%      | 5.5%      | 5.5%      | 5.6%      | 5.0%      | 4.5%       | 5.6%      |
| Tasa de desempleo en hombres | 5.6%      | 4.6%      | 4.8%      | 4.0%      | 4.1%      | 4.2%      | 4.2%       | 4.9%      |
| Nacional                     |           |           |           |           |           |           |            |           |
| Mujeres                      | S/740.00  | S/736.00  | S/818.60  | S/903.20  | S/935.50  | S/984.70  | S/1,052.70 | S/1100.60 |
| Hombres                      | S/1113.40 | S/1157.50 | S/1241.00 | S/1328.50 | S/1355.80 | S/1415.70 | S/1475.20  | S/1550.60 |
| Urbana                       |           |           |           |           |           |           |            |           |
| Mujeres                      | S/832.30  | S/820.20  | S/900.30  | S/1001.70 | S/1033.50 | S/1089.60 | S/1161.20  | S/1216.90 |
| Hombres                      | S/1311.40 | S/1348.00 | S/1431.70 | S/1533.20 | S/1550.00 | S/1642.50 | S/1688.40  | S/1782.40 |
| Rural                        |           |           |           |           |           |           |            |           |
| Mujeres                      | S/304.90  | S/329.10  | S/392.10  | S/389.80  | S/401.00  | S/414.20  | S/433.40   | S/424.10  |
| Hombres                      | S/556.20  | S/605.80  | S/663.40  | S/698.80  | S/731.20  | S/741.40  | S/770.40   | S/785.60  |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) -Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)

**Tabla 2.** Promedio de años de estudio alcanzados por la población mayor de 25 años según lengua aprendida. 2005-2017

| Promedio de años de estudio/Año | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Castellano                      | 10.0 | 10.1 | 10.2 | 10.3 | 10.3 | 10.4 | 10.4 | 10.5 | 10.4 | 10.4 | 10.4 | 10.5 | 10.2 |
| Lengua nativa <sup>1</sup>      | 6.7  | 6.9  | 7.1  | 7.0  | 7.2  | 7.2  | 7.3  | 7.5  | 7.4  | 7.3  | 7.6  | 7.6  | 6.7  |

<sup>1</sup> Comprende: Quechua, Aymara, y otra lengua amazónica

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) -Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)