

Análisis de las inequidades por Covid-19 en la Provincia de Buenos Aires: trabajando para “no dejar a nadie atrás”

Autores: Lucia Ameri, Daniela Giubergia, Juan Pedro Luzuriaga, Franco Mársico, Mariana Specogna, Marina Pífano, Enio García, Nicolás Kreplak, Yamila Comes.

Gabinete de Ministro de Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Las desigualdades sociales, cuando no son necesarias para garantizar derechos de algunos grupos priorizados, constituyen una ofensa al concepto de justicia social. Es por ese motivo que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 llamó a cerrar la brecha de desigualdades y a mejorar la vida de los ciudadanos del mundo (World Health Organization, 2008). En la agenda 2030 para el desarrollo sostenible se proclamó la necesidad de avanzar en el compromiso de mejorar la salud “*sin dejar a nadie atrás*” (Mújica & Moreno, 2019). Esta frase hace alusión a analizar, no únicamente indicadores generales sino las desigualdades intrínsecas al promedio que marcaría ese indicador (Sanhueza et al., 2020).

Una desigualdad injusta en salud sería la que violara el derecho a la salud y por lo tanto se podría considerar como una inequidad.

El concepto de inequidad remite a la filosofía del derecho, especialmente cuando se define el concepto de justicia social tal como lo hacen John Rawls (Rawls, 1999) y Amartya Sen (Sen, 2002). Este concepto está implícito en lo que se debería considerar el derecho a la salud (Vidiella, 2000). Sin embargo, no todos los filósofos del derecho consideran que la inequidad tiene relación con la garantía del derecho a la salud y hay algunos que consideran a este derecho como negativo y por lo tanto no debería formar parte de las acciones del Estado como son los derechos positivos. El derecho negativo es al que se acciona ante su violación (por ejemplo, cuando se viola la ley de la propiedad privada) y el positivo es el que activamente debe garantizar un Estado de derecho. Los autores, especialmente norteamericanos y defensores del concepto de estado mínimo (Ozlak, 2003) y la economía neoliberal a ultranza, defienden que la salud y la enfermedad son un problema del azar y por lo tanto no existen determinantes sociales (Engelhardt, 2016) o bien que la salud es un tema de beneficencia y no de derecho (Vidiella, 2000).

Sin embargo, existe un gran número de ellos que se basan en el criterio de justicia social o distributiva y en un marco de interpretación kantiana (Rawls, 1971) defienden el derecho a la salud como universal y consideran a las inequidades como una violación de ese derecho (Vidiella, 2000). Los Estados Unidos toman el modelo neoliberal pero la Argentina tiene una tradición histórica, ligada al peronismo y al concepto de justicia

social, donde desde la creación del Ministerio de Salud de la Nación se declara al derecho a la salud como universal, gratuito y garantizado por el Estado, a pesar de algunos embates neoliberales que trataron de reducirlo a un seguro público de salud.

Desde este paradigma es que se considera esencial la medición de las desigualdades para el monitoreo de las brechas de salud entre diferentes estratos sociales y con el sentido de generar políticas públicas que tiendan a minimizarlas o inclusive cerrarlas.

En el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se ha planteado como una de las metas prioritarias la medición de las desigualdades sociales en salud con el fin de monitorear las brechas y generar evidencias que permitan desarrollar políticas sensibles en el sentido de “*no dejar a nadie atrás*”. Para esto se ha monitoreado el desarrollo de la Pandemia por COVID-19 no solamente en cuanto a sus indicadores más clásicos de la epidemiología y la ocupación de camas hospitalarias, sino que se ha desarrollado un componente de medición de las desigualdades sociales por COVID-19. Esto permitiría obtener información sobre las inequidades sociales por esta enfermedad.

El objetivo de este trabajo es describir las desigualdades sociales por COVID-19 en la Provincia de Buenos Aires entre los meses de marzo a diciembre de 2020.

La COVID-19 afecta a la Provincia de Buenos Aires desde marzo, cuando comenzó la pandemia en Argentina. Se trata de una de las primeras provincias afectadas, junto con la Ciudad de Buenos Aires, desde que comenzaron a llegar viajeros contagiados del extranjero. En el marco de disposiciones del Gobierno Nacional, el día 12 de marzo de 2020 el Gobernador Provincial decretó el estado de emergencia sanitaria e instruyó al Ministerio de Salud para disponer de las medidas necesarias y atender las necesidades para garantizar el derecho a la salud de los bonaerenses. Estas medidas apuntaron a la prevención de la COVID-19 (ASPO – DISPO), al enlentecimiento de la curva de contagios y al fortalecimiento del sistema de salud, garantizando los insumos necesarios para el trabajo del personal de salud.

Si bien es altamente contagiosa, la enfermedad por COVID-19 no escapa al paradigma de las determinaciones sociales. La frase de que *la COVID-19 no discrimina* (Patel et al., 2020) tiene sus limitaciones ya que existe evidencia de que la pobreza y la vulnerabilidad social incrementan las comorbilidades que incrementan la evolución desfavorable de la enfermedad (Patel et al., 2020). Al ser las personas seres esencialmente sociales, hasta sus aspectos biológicos quedan subsumidos en las condiciones sociales determinantes.

Las comorbilidades son, en parte, condiciones de clase, ya que el acceso a los servicios de salud no es igual en todos los estratos sociales. En un estudio realizado en Chicago sobre la mortalidad por COVID-19, se observó un riesgo aumentado y esto fue atribuido a las condiciones de vida y las comorbilidades que se acumulan por un histórico de barreras de acceso al sistema de salud (Kim & Bostwick, 2020). Existe evidencia de que las personas con comorbilidades pueden tener mayor riesgo de COVID-19 moderado o grave que las personas sin comorbilidades (Sanyaolu et al., 2020). Otro estudio determinó que las vulnerabilidades sociales están asociadas con una mortalidad mayor por COVID-19 en los Estados Unidos. No solo otras patologías crónicas afectan la mortalidad por COVID-19 sino que se pudo observar en la literatura científica que los varones tienen una respuesta inmune inferior a la de las mujeres y que la severidad de los síntomas puede ser mayor en este sexo (Scully et al., 2020);

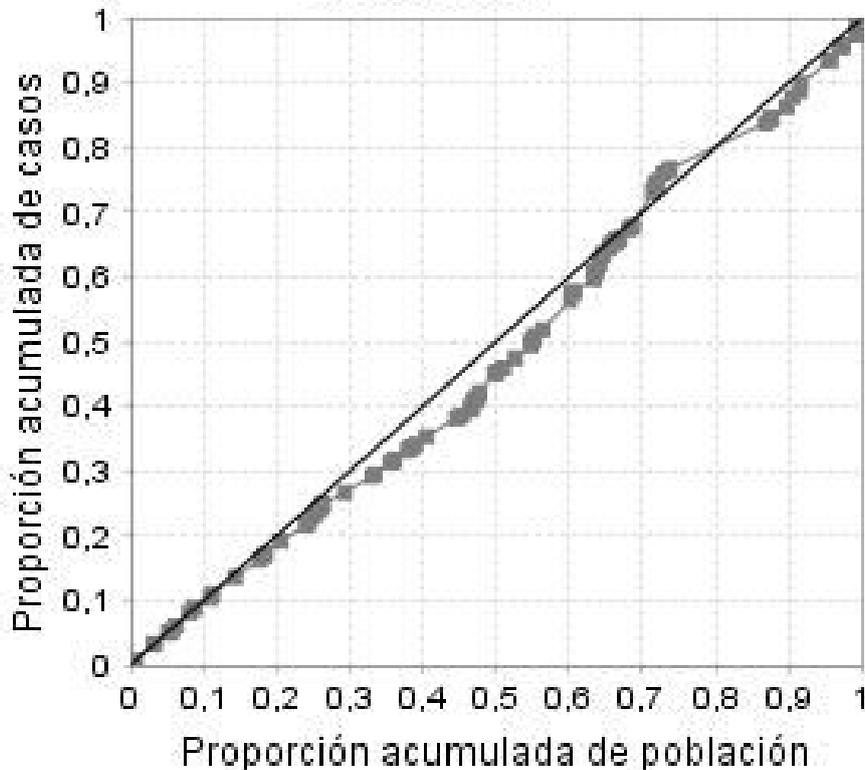
condiciones biológicas que seguramente se articulan con construcciones sociales de género.

El área de asesores del Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires viene realizando un seguimiento mensual de las desigualdades sociales por COVID-19 en la provincia. Para tal fin se vienen utilizando dos indicadores sociales para estratificar a los municipios. El primero cuantifica el porcentaje de personas anotadas en el programa SUMAR -I- en el año 2020, que sería un proxy de población con cobertura únicamente estatal de ese año y el segundo es el de necesidades básicas insatisfechas (NBI), que es el indicador del INDEC para medir la vulnerabilidad social pero que ofrece datos del año 2010.

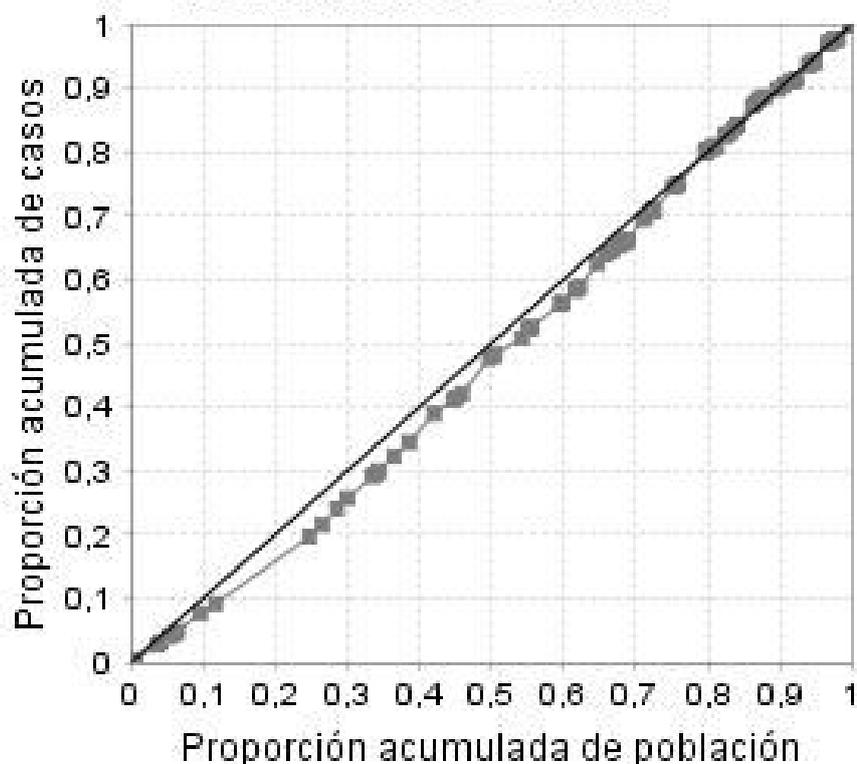
Utilizando el indicador del SUMAR, se observa que la incidencia y la mortalidad por COVID-19, acumuladas desde el inicio de la pandemia, casi no presentan desigualdades. El índice de concentración estaría en 0,043 para la incidencia y 0,018 para la mortalidad y estos valores, tan cercanos al cero, implican falta de desigualdad. La mínima desigualdad observada se observa en la población de mayores recursos, se estima que ocurre por más envejecida, ya que existe evidencia de la relación entre edad y severidad de los síntomas (Laires & Nunes, 2020) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Curva de Lorenz entre los municipios, según porcentaje de población adscripta al Programa SUMAR, y la tasa de incidencia y mortalidad acumulada por COVID-19.- 135 Municipios de la Provincia de Buenos Aires.

Curva de concentración: Tasa incidencia acumulada



Curva de concentración: Tasa de mortalidad acumulada

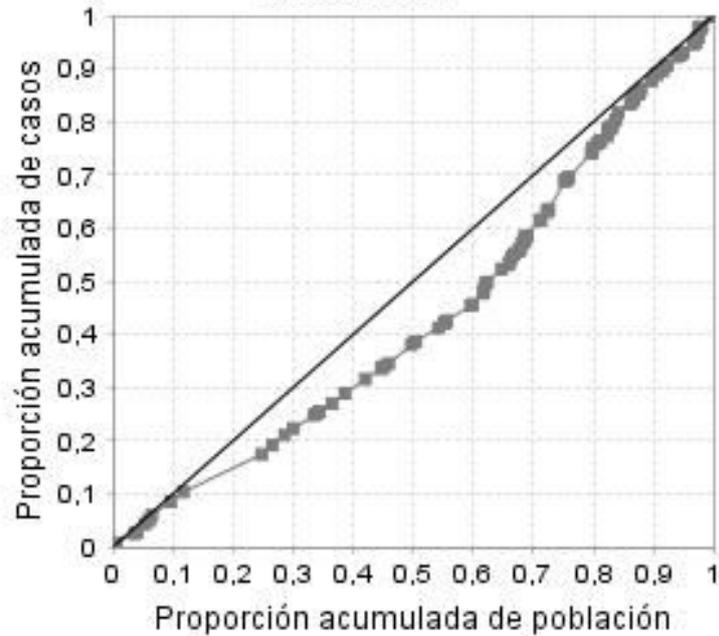


Fuente: elaboración Propia en base a datos del SNVS/SISA – Datos acumulados hasta el 7 de enero de 2021.

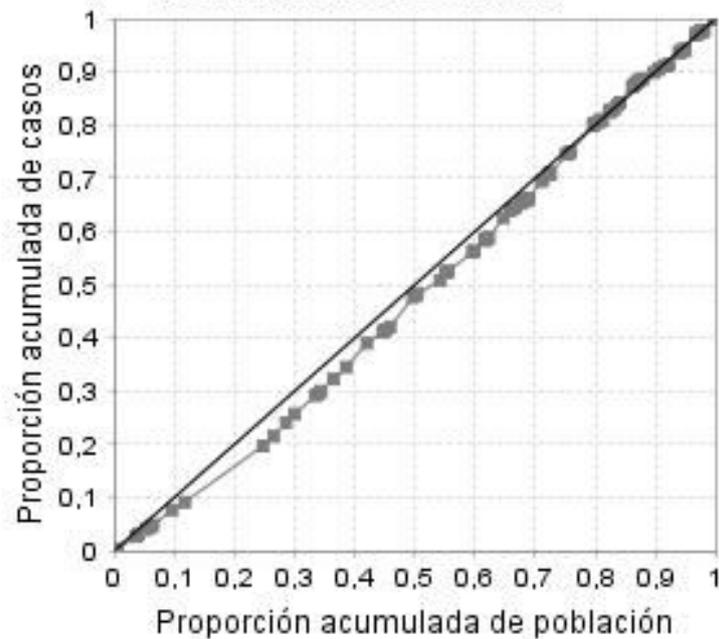
Utilizando el indicador de NBI se observa una desigualdad en la incidencia acumulada de la población de mayores recursos. El 50% de los residentes de los municipios más vulnerables, en términos de ese indicador, acumularían un 40% de la incidencia, siendo que el 50% de los residentes de municipios menos vulnerables acumularían un 60% de la incidencia. No obstante, en la mortalidad esto se equipara y vuelve a mostrar una distribución equitativa de la población. El índice de concentración para la incidencia acumulada muestra un valor de 0,13 y en la mortalidad un valor de 0,04. Que ambos se encuentren cerca de cero significa la ausencia de desigualdades.

Gráfico 2: Curva de Lorenz entre los municipios, según porcentaje de NBI y la tasa de incidencia y mortalidad acumulada por COVID-19 - 135 Municipios de la Provincia de Buenos Aires.

Curva de concentración: Tasa incidencia acumulada



Curva de concentración: Tasa de mortalidad acumulada



Fuente: elaboración Propia en base a datos del SNVS/SISA – Datos acumulados hasta 7 de enero de 2021

Para concluir se expresa que la desigualdad por COVID-19 constituye una inequidad en el sentido que se plantea como una afrenta al derecho a la salud. A pesar de la evidencia de la relación entre vulnerabilidad social y COVID-19 en la Provincia de Buenos Aires esto no sucedió. Prácticamente no existieron desigualdades en la incidencia y la mortalidad acumuladas por COVID-19 de poblaciones con mayor y menor vulnerabilidad y las mínimas observadas, serían orientadoras de nuevas acciones.

Para prevenir esta situación se trabajó para contener la pandemia con estrategias diferentes que abordaron la situación de las poblaciones en su totalidad, tanto de zonas más vulnerables como de zonas de ingresos altos. El sistema público estuvo a disposición de todos los bonaerenses sin distinción de clase y no existieron barreras en el sector público que frenara el acceso de la población. Se equiparon hospitales y se realizaron estrategias de vigilancia activa y control de casos en base a protocolos que permitieron ordenar las demandas. Se organizó una red de laboratorios que fue fundamental para el diagnóstico de toda la población. El sistema estatal consiguió dar cuenta de una articulación con las obras sociales, sin perjudicar en sus bucles burocráticos al usuario del servicio, aun teniendo obra social o prepaga. La integración entre subsector estatal y las obras sociales fue probada en una situación de emergencia y fue exitosa, respetando la equidad.

Notas

-1- <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

Bibliografía

- Engelhardt, J. (2016). Rights to health Care. http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6881/2/TES_SANDRA_MARA_GARCIA_HENRIQUES_COMPLETO.pdf
- Kim, S. J., & Bostwick, W. (2020). Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. *Health Education and Behavior*, 47(4), 509–513. <https://doi.org/10.1177/1090198120929677>
- Laires, P., & Nunes, C. (2020). Population-based Estimates for High Risk of Severe COVID-19 Disease due to Age and Underlying Health Conditions. *Acta Medica Protuguesa*, 33, 1–6. <https://doi.org/10.20344/amp.14222>
- Mújica, O., & Moreno, C. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “ No dejar a nadie atrás ”. *Rev Panam Salud Publica*, 43, 1–8. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49755/v43e122019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ozlak, O. (2003). El mito del estado mínimo: una década de reforma estatal en argentina. *Desarrollo Económico*, 42(168), 519–543.
- Patel, J. A., Nielsen, F. B. H., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B., Ravindrane, R., & Wardle, H. (2020). Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. In *Public Health* (Vol. 183, pp. 110–111). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.006>
- Rawls, J. (1971). *Teoría de la Justicia* (Fondo de C).

Rawls, J. (1999). Justicia como equidad. *Revista Española de Control Externo*, 129–168.

Sanhueza, A., Espinosa, I., Mújica, O. J., & Jr, S. (2020). Sin dejar a nadie atrás: una metodología para establecer metas de reducción de desigualdad en salud del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. 1–8.

Sanyaolu, A., Okorie, C., Marinkovic, A., Patidar, R., Younis, K., Desai, P., Hosein, Z., Padda, I., Mangat, J., & Altaf, M. (2020). Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 1. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00363-4>

Scully, E. P., Haverfield, J., Ursin, R. L., Tannenbaum, C., & Klein, S. L. (2020). Considering how biological sex impacts immune responses and COVID-19 outcomes. *Nature*, 20, 442–447. <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0348-8>

Sen, A. (2002). ¿ Por qué la equidad en salud? 11, 302–309.

Vidiella, G. (2000). *El derecho a la Salud* (EUDEBA (ed.); 1era ed.).

World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: The WHO report on social determinants of health. In *Comission of social determiants of Health - World Health Organization* (Vol. 57, Issue 4). <https://doi.org/10.1016/j.respe.2009.04.006>