

La desigualdad en la hipertensión: una investigación formativa en comunicación y salud

Peter Busse

Documento de trabajo



IEP Instituto de Estudios Peruanos

La desigualdad en la hipertensión: una investigación formativa en comunicación y salud

Peter Busse

DOCUMENTO DE TRABAJO N.º 175

***IEP** Instituto de Estudios Peruanos*

- © PETER BUSSE
- © INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS, IEP
Horacio Urteaga 694, Lima 11
Central Telefónica 332-6194
Fax (51-1) 332-6173
Correo-e: <publicaciones@iep.org.pe>
Web: <www.iep.org.pe>

Libro electrónico de acceso libre disponible en:

<<http://www.iep.org.pe/titulos4.php>>

ISBN: 978-9972-51-367-1

ISSN: 1022-0356 (Documento de Trabajo IEP)

ISSN: 2225-3572 (Serie Estudios sobre Desarrollo)

Edición digital del Instituto de Estudios Peruanos

Lima, noviembre de 2012

<i>Corrección de textos:</i>	Diana Zapata
<i>Portada:</i>	Gino Becerra
<i>Maquetación:</i>	Sandy Mansilla/Silvana Lizarbe
<i>Cuidado de edición:</i>	Odín del Pozo

BUSSE, Peter

La desigualdad en la hipertensión: una investigación formativa en comunicación y salud.
Lima, IEP, 2012. (Documento de trabajo, 175. Estudios sobre el desarrollo, 4)

1. HIPERTENSION; 2. SERVICIOS DE SALUD; 3. POLITICA DE SALUD;
4. COMUNICACIÓN Y SALUD; 5. PERU

WD/06.02.01/D/4

Índice

RESUMEN	5
La desigualdad en el Perú.....	5
I. DESIGUALDAD EN LA SALUD	6
La desigualdad en la salud en el Perú.....	9
Los determinantes de la desigualdad en la salud en el Perú	11
II DESIGUALDAD EN LA HIPERTENSIÓN	12
¿Cómo se entiende la desigualdad en una enfermedad como la hipertensión? 12	
¿Qué es la hipertensión?	12
¿Cuáles son las causas de la hipertensión?.....	13
¿Cuáles son las maneras de prevenir y controlar la hipertensión?	13
¿Cuál es el estado de la hipertensión en el mundo y en América Latina?	14
¿Cuál es el estado de la hipertensión en el Perú?	14
Los estudios epidemiológicos.....	15
Las políticas de salud para prevenir y controlar la hipertensión en el Perú	17
Síntesis.....	23
III. ESTUDIO 1: LA HIPERTENSIÓN Y SUS ACTORES	24
Las estrategias de prevención y control de la hipertensión	25
Síntesis.....	36
Desigualdad asociada a la hipertensión.....	37
Síntesis.....	38
Preguntas de investigación	39

IV. ESTUDIO 2: DESIGUALDAD EN DOS CENTROS DE SALUD.....	41
Metodología.....	44
Resultados.....	44
Desigualdad en el acceso a la información de salud	48
Médicos	48
Pacientes.....	49
Desigualdad en el acceso a los servicios de salud.....	51
Médicos	51
Pacientes.....	52
Desigualdad en los comportamientos de salud.....	54
Médicos	54
Pacientes.....	55
CONCLUSIÓN.....	57
Conclusión y recomendaciones	59
Una recomendación de política.....	59
Dos recomendaciones de comunicación.....	60
Una recomendación de conceptualización	61
BIBLIOGRAFÍA.....	62

Resumen

Este documento expone el proceso y los hallazgos de una investigación formativa para contribuir con el diseño de una intervención de comunicación que busque reducir las brechas asociadas a la enfermedad de la hipertensión en el Perú. El documento presenta un balance sobre cómo se entiende la desigualdad en la hipertensión en el Perú y, sobre la base de los principales hallazgos, propone recomendaciones para reducirla. Estas recomendaciones se hacen habiendo revisado la literatura relevante y luego de analizar entrevistas a múltiples actores que, desde diversas disciplinas, roles laborales o distinta posición en la sociedad, enfrentan diariamente las desigualdades existentes en la hipertensión en el país.

LA DESIGUALDAD EN EL PERÚ

Está claro que existen diferencias entre sectores de la población peruana y que estas se remontan a las raíces coloniales del país (Cotler 2005). Estas diferencias no solo se manifiestan en grupos socioeconómicos, sino que también se expresan en mentalidades y culturas (Ames 2011). Se ha sugerido que la desigualdad es producto de una serie de causas, como la discriminación étnico-racial, y sus consecuencias se observan en el acceso no equitativo a la riqueza, la educación y la salud (Ames 2011). Por ejemplo, se sabe que las mujeres indígenas sufren de discriminación cuando ellas acceden a servicios de salud (Ames 2011). A pesar de que se conocen algunas causas, 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.¹

1. Quisiera agradecer a los investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia —al Área de Informática en Salud, liderado por el Dr. Walter Curioso, y al Centro CRÓNICAS, liderado por el Dr. Jaime Miranda— por su apoyo para implementar esta investigación. Asimismo, agradezco a mis colegas del IEP, quienes compartieron sugerencias para fortalecer la investigación descrita en este documento. Especialmente, quisiera darle las gracias a Carmen Yon por sus valiosas observaciones a versiones anteriores de este documento y por su constante aliento durante el proceso de esta investigación.

Desigualdad en la salud²

Existen varias opiniones 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— y poder intervenir para resolverla. Existen diferencias en la salud que pueden no ser injustas —como aquellas que son resultado de la elección de las personas, como es el caso de individuos que libremente realizan actividades que ponen sus vidas en riesgo— o no evitables, como aquellas que resultan de variaciones genéticas entre las personas (Carter-Pokras y Baquet 2002).

De acuerdo con Carter-Pokras y Baquet (2002), la Organización Mundial de la Salud (OMS) —sobre la base del trabajo de Margaret Whitehead— ha establecido que algunos de los factores que determinan desigualdades en la salud pueden ser evitables y otros no. La OMS, adoptando la conceptualización de Whitehead, propone siete factores que determinan desigualdades en la salud:

- (1) variaciones naturales, biológicas;
- (2) comportamientos que afectan la salud y que son escogidos libremente, como algunos deportes o pasatiempos;
- (3) la ventaja transitoria de salud de un grupo sobre otro, cuando un grupo adopta primero un comportamiento que promueve la salud (en tanto los otros grupos tiene los medios para empatarlos rápidamente);
- (4) comportamientos que afectan la salud en el que el grado de elección de estilos de vida está severamente restringido;
- (5) exposición a condiciones de vida y de trabajo estresantes y no-saludables;
- (6) acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos;
- (7) selección natural, o movilidad social relacionada con la salud, que involucra la tendencia que tienen las personas enfermas a descender en la escala social. (p. 427)

2. Una parte de esta primera sección está publicada en el último número de la revista *Argumentos* de 2011 (Busse 2011).

Del mismo modo, Carter-Pokras y Baquet (2002) indican que Health Canada señala doce determinantes de la salud:

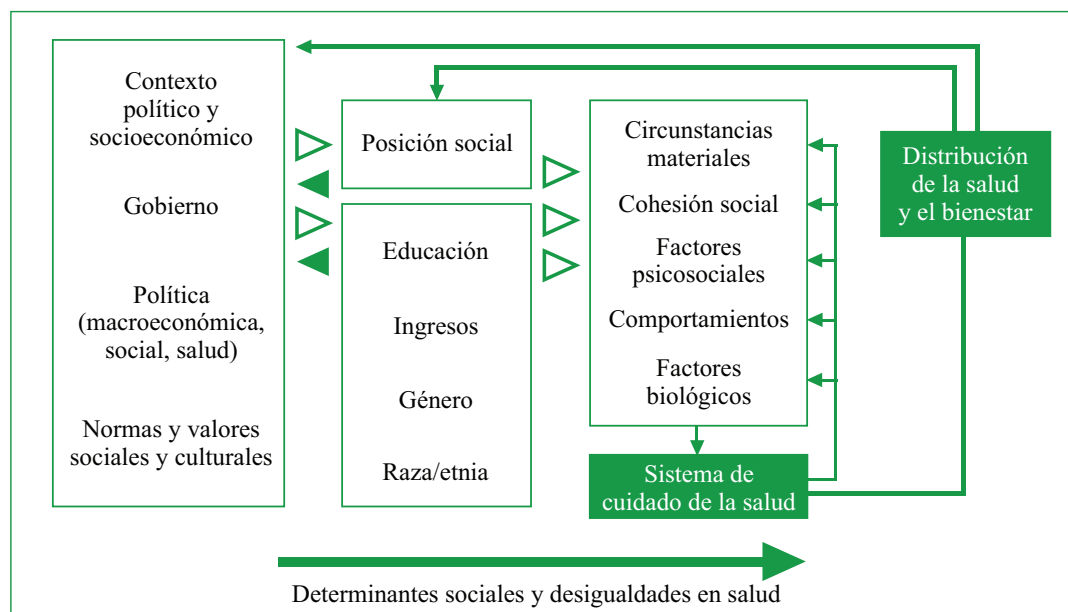
(1) ingresos y estatus social, (2) redes de soporte social, (3) educación, (4) empleo y condiciones de trabajo, (5) ambientes sociales, (6) ambientes físicos, (7) prácticas personales de salud y habilidades para afrontar problemas, (8) desarrollo saludable del niño, (9) donación biológica y genética, (10) servicios de salud, (11) género, y (12) cultura. (p. 427)

Tanto la literatura como las políticas de salud reconocen la existencia de desigualdades en el acceso a la salud. Por ejemplo, Wong y Díaz (2007) encontraron que la desigualdad en el acceso a los servicios de salud por parte la población de 50 años o más en México estaba asociada con factores demográficos, como la edad, el género; socioeconómicos, como la educación y los ingresos; condiciones de salud, como el cáncer o diabetes; y la disponibilidad de seguro de salud. Es decir, todos estos factores diferenciaban el acceso a la salud.

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). El modelo conceptual de la Comisión refleja más de un nivel en el que factores determinan la salud, como se observa a continuación:

Gráfico 1

COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Fuente: Solar e Irwin 2007.

En el gráfico, se observa que existen determinantes en un nivel general, como son el gobierno, las políticas o la cultura; en un nivel intermedio, como son la posición social, la educación, el ingreso, etc.; y en un nivel particular, como son los comportamientos, los factores psicosociales o los biológicos. De acuerdo con la comisión, y considerando el modelo conceptual, se puede intervenir en:

- (1) las circunstancias de la vida diaria, que incluyen “[...] exposiciones diferenciales a influencias que causan las enfermedades en la vida temprana, los ambientes sociales y físicos, y el trabajo, asociado con la estratificación social. Dependiendo de la naturaleza de estas influencias, diferentes grupos tendrán diferentes experiencias de condiciones materiales, soporte psicosocial, y opciones de comportamiento, que los hace más o menos vulnerables a una salud pobre” (CSDH 2008: 42).
- (2) “las motivadores estructurales, como son “la naturaleza y el grado de estratificación social en la sociedad —la magnitud de la inequidad en las dimensiones listadas—; sesgos, normas, y valores dentro de la sociedad; procesos de gobierno en el nivel global, nacional y local” (CSDH 2008: 42).

La comisión propuso tres recomendaciones generales para lidiar con 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).

En una conferencia reciente sobre comunicación acerca de desigualdades en salud, llevada a cabo en la Universidad de Pensilvania (RWJF, julio 15 de 2011), el Dr. Viswanath, investigador de la Universidad de Harvard, enumeró algunas explicaciones de las disparidades de salud, entre las que están:

- (1) La estratificación social como resultado de ingreso, educación, ocupación, pobreza y prestigio, pero también de género, edad, cultura y estatus socioeconómico, raza/etnicidad y natividad.
- (2) Condiciones de vida.

Asimismo, Viswanath indicó que las diferencias en salud podían observarse en una serie de aspectos e indicadores de salud como: conocimiento, creencias de salud, comprensión, capacidad para acción, incidencia, comportamientos de salud, prevención, exámenes de enfermedades, tratamiento, supervivencia y cuidado en los últimos años de vida.

Teniendo en cuenta la revisión anterior sobre las desigualdades en la salud, y atendiendo a las respuestas locales o globales para reducirlas, se observa que existen determinantes que causan desigualdades en aspectos de la salud en, *al menos*, dos niveles: existen diferencias de salud que se experimentan individualmente y diferencias que se experimentan de manera

colectiva. Individualmente, se observan diferencias en el padecimiento de enfermedades —o sus antecedentes como conocimientos, comprensión, comportamientos— debido a exposiciones diferenciadas a factores de riesgo por causa de ambientes sociales, físicos o de trabajo. Colectivamente, se observan diferencias en aspectos de la salud —como prevalencias de enfermedades, o índices de mortalidad o desnutrición— por causa de factores sociales o políticos como las diferencias socioeconómicas, culturales o de valores, así como disposiciones legales o políticas locales, nacionales o globales. De este modo, una intervención que busque reducir la desigualdad se puede implementar de manera individual, mediante el mejoramiento de condiciones de vida de quienes experimentan la desventaja y, de forma colectiva, a través de cambios en las condiciones estructurales que determinan las diferencias en salud entre grupos sociales.

LA DESIGUALDAD EN LA SALUD EN EL PERÚ

La preocupación por la desigualdad en el acceso a la salud ha sido explicitada en la política sectorial del Ministerio de Salud, en tanto la equidad es un principio básico de la salud:

El principio de la equidad busca revertir la tendencia de ampliación de la brecha entre los sectores pobres y ricos de la sociedad. Esto significa priorizar acciones en favor de los sectores de más bajos recursos como expresión de un profundo sentido de solidaridad y justicia social. Parte de ello serán las políticas orientadas a promover un mejor estado nutricional de la población y la prevención de las enfermedades transmisibles más frecuentes. Asimismo, un compromiso de equidad es favorecer el acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones de menores ingresos mediante el Seguro Integral de Salud (SIS). Asimismo, se promoverá las mejores condiciones de complementariedad y corresponsabilidad equitativa entre varones y mujeres.

Para abordar los factores determinantes de la salud, se adaptarán continuamente las estrategias a la realidad social y cultural, asegurando que elimine las desigualdades en materia de salud.

Como consecuencia del derecho de las personas a la información y comprensión de la problemática de salud para una participación activa en el cuidado de la misma, se desarrollarán estrategias de información, educación y comunicación en los espacios individual, familiar y comunitario. Se adoptarán estrategias [sic] diferenciadas y complementarias en cada uno de esos espacios como forma de garantizar un compromiso responsable de cada peruano con su propia salud y con la del resto de la comunidad.

La interculturalidad en la gestión en salud permite la armonización de visiones diferentes, desarrollando la medicina tradicional como complementación de la medicina moderna a nivel nacional. (MINSa 2002: 29)

Si bien el Estado reconoce desigualdades en el acceso a la salud, se sabe poco sobre el grado en que estas afectan 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 un 30% de los niños padece

desnutrición crónica, en el decil más rico solo un 4% de los niños padece de este problema. De acuerdo con Valdivia (2002), el efecto del ingreso llega a explicar el 40% de las diferencias en desnutrición crónica entre el quintil más pobre y el más rico.

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). Por otro lado, el investigador estima que un “16.4% de la población fue a una consulta ambulatoria durante el mes anterior a la encuesta [...], pero sólo 18% de estas consultas se concentraron en el 40% más pobre de la población” (Valdivia 2002: 50).

Existe en el Perú un único estudio sobre la carga de la enfermedad, que consiste en el efecto que tienen las enfermedades en la pérdida de años de vida saludable como resultado de muertes prematuras o discapacidades. El indicador de la carga de enfermedad es el AVISA —o los años de vida saludables perdidos—, y se calcula teniendo en cuenta parámetros epidemiológicos como son la incidencia, la edad de inicio de la enfermedad, la duración de esta, el nivel de discapacidad y la mortalidad (Velásquez 2009). Teniendo en cuenta 135 subcategorías de causas de todas las enfermedades registradas en el Perú en 2004, se estimó que se perdieron 5.052.866 de años de vida saludable en ese año. Los AVISA representan una brecha entre el nivel real de salud del país y el nivel esperado según la mayor esperanza de vida al nacer y la inexistencia de discapacidades (Velásquez 2009).

De acuerdo con Velásquez (2009), existe mayor carga de enfermedad en los hombres que en las mujeres (191,8 AVISA por cada mil hombres y 174,9 por cada mil mujeres). Las enfermedades no transmisibles generan la mayor carga de enfermedad, seguidas por las transmisibles, maternas y perinatales. Son las enfermedades neuropsiquiátricas las que causan mayor carga de enfermedad, seguidas de las lesiones no intencionales como los accidentes de tránsito y caídas. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades perinatales y, en cuarto lugar, se encuentran las enfermedades cardiovasculares, que han ocasionado la pérdida de 390.121 AVISA —8% de todos los AVISA—. En quinto lugar se ubican los tumores malignos que producen cáncer (Velásquez 2009). El estudio de carga de enfermedad también reveló que los hombres son más afectados por los accidentes y lesiones, mientras que las mujeres por “enfermedades transmisibles, maternas y perinatales y por las enfermedades no transmisibles” (Velásquez et ál. 2009: 11).

El panorama mostrado en el estudio sobre la carga de enfermedad evidencia la transición epidemiológica que ha experimentado el Perú en los últimos años, que ha pasado de experimentar enfermedades infecciosas a padecer el impacto de enfermedades crónicas (Velásquez 2009). Esta transición

se explica por una mayor tasa de supervivencia de los niños y un aumento de la edad promedio de las personas (Velásquez 2009).

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 tienen un mal acceso al cuidado de la salud, lo que se suma a un número reducido de oportunidades para controlar sus enfermedades (Perel et ál. 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 ál. 2006). En conjunto, la realidad de la desigualdad en la salud es compleja y, por eso, no se puede identificar un único determinante.

Por lo tanto, para entender la desigualdad en la salud del Perú es importante, 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. Luego, es necesario preguntarse si esas diferencias son injustas y evitables, y es importante identificar sus determinantes y reconocer si estos operan de manera colectiva o individual. Si operan colectivamente, es probable que la diferencia también se observe de forma individual.

Desigualdad en la hipertensión

¿CÓMO SE ENTIENDE LA DESIGUALDAD EN UNA ENFERMEDAD COMO LA HIPERTENSIÓN?

En los Estados Unidos (EE. UU.), la hipertensión constituye una condición en la que se observan diferencias en tanto esta se presenta con mayor prevalencia en los afroamericanos que en los caucásicos (CDC 2011). En contraste con lo que se conoce en EE. UU., se sabe poco sobre la hipertensión en el Perú, a pesar de que esta enfermedad constituye un factor de riesgo para enfermedades del corazón. Se ha sugerido que las diferencias de prevalencia de hipertensión se deben a demográficos como la educación, el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica (Segura Vega et ál. 2006).

Si bien existen diferencias en las prevalencias de hipertensión debido a características demográficas, cabe preguntarse si ellas explican todas las desigualdades en salud o si, además, las desigualdades se deben a otros factores, como son los factores psicológicos, sociales o del medio ambiente. Sobre estas posibilidades cabe preguntarse ¿cuáles son las características de la desigualdad asociada a los determinantes de la hipertensión en el Perú?

¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN?

La hipertensión arterial es una enfermedad que se presenta como resultado de que el corazón lata con más fuerza de lo normal, haciendo que la sangre presione las paredes de las arterias. Aunque no presenta síntomas y puede estar presente en el cuerpo por años, esta enfermedad puede dañar el corazón o los riñones y, entre sus consecuencias más graves, están el derrame cerebral o los infartos. La hipertensión se detecta midiendo las presiones sistólica y diastólica. La presión sistólica se refiere a la presión de la sangre cuando el corazón late y bombea sangre; la diastólica se refiere a la presión de la sangre cuando el corazón está en descanso, es decir, entre latido y latido. La presión sanguínea se mide en milímetros de mercurio (mmHg); la presión sistólica normal es de 120 mmHg o menos y la diastólica normal es de 80 mmHg o menos. En los adultos de 18 años o más, el estado de prehipertensión se detecta en los siguientes rangos: sistólica: 120-139 mmHg, o diastólica: 80-89 mmHg.³

3. Aunque en el Perú no se categoriza en forma consistente el estado de prehipertensión como tal y más bien se considera este estado como presión normal-alta, sí se reconoce que este estado aumenta el riesgo de padecer de hipertensión (EsSalud 2008).

El estado de hipertensión se detecta teniendo en cuenta dos fases, de acuerdo con su severidad. La Fase 1 se detecta en los siguientes rangos: sistólica: 140-159 mmHg, o diastólica: 90-99 mmHg. La Fase 2 se detecta en los siguientes rangos: sistólica: 160 mmHg o más, o diastólica: 100 mmHg o más.

En 1970, gracias al estudio Framingham que contó con 5209 participantes entre 30 y 62 años de edad en EE. UU., la comunidad científica confirmó no solo que la hipertensión es un precursor directo de infarto cerebral, sino que además no existen diferencias en la tolerancia a la hipertensión entre hombres y mujeres (Kannel et ál. 1970; Kannel y Wolf 2008). En 2004, se publicó un reporte del estudio Interheart, que se implementó en 52 países en el mundo, que mostró que así como la diabetes o el fumar, la hipertensión es un factor de riesgo para un ataque cardíaco (Yusuf et ál. 2004).

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA HIPERTENSIÓN?

Existen varias causas de la hipertensión, como son el adelgazamiento de las arterias, o tener un volumen anormal de sangre en el cuerpo o un corazón que late con más fuerza de lo normal; sin embargo, la mayoría de las veces, la causa de la enfermedad es desconocida.⁴

Los factores de riesgo que hacen que uno desarrolle hipertensión se agrupan en tres clases: la presencia de enfermedades, los comportamientos de salud y la herencia. Por ejemplo, la diabetes es una de las enfermedades que elevan la hipertensión. Del mismo modo, los comportamientos como la mala nutrición —incluido el consumo de sal⁵—, la inactividad física —y, como efecto, el sobrepeso—, el consumo excesivo de alcohol y el fumar también elevan la presión arterial. Asimismo, la historia familiar hace que las personas hereden genes que las hacen más propensas a desarrollar hipertensión.

¿CUÁLES SON LAS MANERAS DE PREVENIR Y CONTROLAR LA HIPERTENSIÓN?

La hipertensión se puede prevenir o controlar con un estilo de vida saludable, que incluya comportamientos de salud. Entre estos está el comer una dieta saludable, como frutas y vegetales frescos que contengan potasio y fibra, así como una dieta que evite las grasas saturadas y colesterol, y que evite el sodio —especialmente la sal—. Es importante mantener un peso saludable y realizar actividad física regularmente —como hacer ejercicio moderado por 30 minutos durante varios días a la semana (EsSalud 2008)—. Por ejemplo, una revisión sistemática de estudios experimentales que evaluaron el efecto de la actividad física en la disminución de la hipertensión encontró que 9 de los 27 estudios revisados establecieron una relación positiva entre caminar

4. Esta información fue obtenida de la página web de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos: <<http://www.nhlbi.nih.gov/hbp/hbp/causes.htm>>.

5. Esta información fue obtenida de la página web del Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos: <http://www.cdc.gov/bloodpressure/risk_factors.htm>.

con intensidad y la disminución de hipertensión (Lee et ál. 2010). Del mismo modo como hacer actividad física, también es importante evitar fumar y limitar el consumo excesivo de alcohol —no más de una copa por día para las mujeres o dos copas por día para los hombres (EsSalud 2008)—.

La mejor forma para saber si uno tiene hipertensión es chequearse la presión arterial. Si uno tiene esta enfermedad, la mejor manera de controlarla es cambiar comportamientos y estilos de vida, así como recibir tratamiento con medicinas (EsSalud, 2008). Un doctor debe prescribir los medicamentos,⁶ pero también se recomienda prevenir y tratar otras condiciones que puedan estar presentes en el individuo, como por ejemplo la diabetes.

Una manera de prevenir y controlar la hipertensión es desarrollando actividad física. El tipo de actividad física variará dependiendo de la frecuencia, duración, intensidad y tipo de ejercicio, entendiéndose que el tipo de ejercicio puede ser aeróbico, de resistencia a la fuerza o de flexibilidad (Gómez et ál. 2010). Gómez et ál. (2010) recomiendan ejercicios aeróbicos —como caminata, trote, ciclismo— y no hacer entrenamientos contrarresistencia, para controlar la hipertensión.

¿CUÁL ES EL ESTADO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL MUNDO Y EN AMÉRICA LATINA?

La prevalencia de hipertensión en el mundo fue de alrededor del 26% en el año 2000, y las proyecciones para el año 2025 indican que el aumento de la prevalencia será desigual: en países desarrollados se observará un incremento de 24%, mientras que en los países en vías de desarrollo el incremento será de 80% (Hernández-Hernández et ál. 2010). Un grupo de expertos estimó que la hipertensión en América Latina varía entre 26% y 42% (Burlando et ál. 2004). Teniendo en cuenta estas cifras y que la hipertensión es uno de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (Granados et ál. 2006) no sorprende que, solo en el año 2000, las enfermedades crónicas hayan causado más del 60% de las muertes en América Latina y el Caribe, y casi la mitad de estas muertes hayan sido resultado de enfermedades cardiovasculares (Perel et ál. 2006).

¿CUÁL ES EL ESTADO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL PERÚ?

En el Perú, se estima que la hipertensión está entre las diez causas más comunes de muerte en la población mayor de 65 años, y que esta condición representa un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares que constituyen la segunda causa de muerte en los adultos mayores de 65 (Davies et ál. 2008). Aunque se ha investigado poco sobre la hipertensión en el Perú, se estima que la prevalencia en la población general es de aproximadamente 24%,

6. Esta información fue obtenida de la página web del Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos: <http://www.cdc.gov/bloodpressure/what_you_can_do.htm>.

mientras que la conciencia sobre tener hipertensión es de aproximadamente 39% y el porcentaje que recibe tratamiento es de alrededor del 14% (Sánchez et ál. 2009). También se ha estimado que la prevalencia de hipertensión es de 16% a 31% en hombres y de 15% a 23% en mujeres (Davies et ál. 2008). En Lima, Hernández-Hernández y sus colegas (2010) encontraron que más del 34% de las personas entre los 55 y 64 años de edad tenían hipertensión.

LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

El estudio Tornasol representa el estudio más importante realizado en el Perú sobre la prevalencia de la hipertensión en el ámbito nacional (Segura Vega et ál. 2006). Este es un estudio transversal, realizado en 2004, con muestras no representativas⁷ de adultos de 18 años o más en las 26 ciudades más importantes del Perú. El estudio encontró que la prevalencia de la hipertensión a escala nacional es de 23,7%, y la distribución por género es de 27,1% en los hombres y 20,4% en las mujeres, mientras que la distribución por regiones es de 27,3% en la costa, 20,4% en la sierra y 22,7% en la selva (Segura Vega et ál. 2006). Asimismo, el estudio mostró también que existen diferencias de edad, de nivel socioeconómico y de educación, en tanto aumenta la prevalencia a medida que se incrementan los grupos etáreos y se asciende en el nivel social; sin embargo, se observó mayor prevalencia en los niveles de educación más bajos en comparación con los niveles de educación superior (Segura Vega et ál. 2006). Es interesante observar que existe una asociación positiva entre la prevalencia de la hipertensión y el nivel socioeconómico, pero una asociación negativa entre la prevalencia de hipertensión y el nivel educativo; Segura Vega et ál. (2006) no ofrece una explicación sobre esta interesante relación.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática ha publicado un único reporte epidemiológico sobre la prevalencia de la hipertensión, que se hizo a escala nacional con personas de 50 años o más. Este estudio reveló que la prevalencia es mayor en el área urbana (26,4%) que en la rural (23,1%). En el ámbito nacional, cerca del 60% de los hipertensos de 50 años o más no son conscientes de su condición y solo el 32% recibe tratamiento. Este estudio encontró que los hombres tienen hipertensión en mayor medida que las mujeres (27% y 23,7%, respectivamente). En conjunto, del total de la población del Perú de 50 años o más, 25,2% tiene hipertensión, alrededor del 41% es considerado prehipertenso, y 33,7% es considerado normal.

7. A pesar de que los autores indican que el procedimiento para elegir las muestras fue aleatorio, no se seleccionaron muestras aleatorias de las poblaciones de las ciudades estudiadas. Los autores indican: “Las encuestas se efectuaron en la vía pública, distante de los hospitales u otros centros de salud, en sectores de la ciudad predeterminados por el investigador de la localidad. Los encuestadores no usaron uniformes médicos, tenían la misión de elegir a los participantes aleatoriamente y no ser abordados por ellos” (Segura Vega et ál. 2006: 84). Dado que los encuestadores se ubicaron en la vía pública y eligieron al azar a sus participantes, el muestreo no fue aleatorio, pues quienes transitaban por la vía pública el día de la entrevista tuvieron más probabilidades de ser parte de la muestra que quienes no transitaban por la vía pública.

Teniendo en cuenta ambos estudios, el de Tornasol y el de INEI,⁸ se observa que son los hombres quienes tienen más hipertensión que las mujeres.⁹ Esta diferencia puede deberse a diferencias biológicas en cuanto a sexo, pero también al cuidado diferencial que tienen las mujeres y los hombres con respecto a su salud. Es posible por ejemplo, que sean las mujeres, más que los hombres, quienes adopten más rápido estilos de vida saludables que las ayuden a controlar la hipertensión.

En 2007, el Ministerio de Salud realizó una campaña de tamizaje para controlar la hipertensión en Lima, y con esta campaña se pudo observar la prevalencia de la enfermedad en la capital. Durante la Campaña de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial y sus Complicaciones, se evaluó a 38.161 personas de las que se refirieron al servicio médico 16.120. De este grupo, 13.406 fueron referidas a consejería y 2714 a consulta médica. La distribución de las personas referidas por sector de Lima, o por Dirección de Salud, es la siguiente:

Cuadro 1

DISA	PERSONAS REFERIDAS PARA	PERSONAS REFERIDAS PARA
	CONSEJERÍA	CONSULTA MÉDICA
Lima Este	7092	1382
Callao	2706	586
Lima Norte	1248	394
Lima Ciudad	1392	244
Lima Sur	968	108

Fuente: Ministerio de Salud.

Teniendo en cuenta el cuadro 1, se observa que un porcentaje importante de las personas que tienen hipertensión o están en riesgo de tenerla, se ubica en las zonas de Lima Este y el Callao.

8. Existe también el estudio de la Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas, que reportó el tamizaje a muestras representativas de la población del Perú, de 20 años o más. Este estudio encontró una prevalencia de la enfermedad de 13,3% (de un total de N = 4206) en el ámbito nacional. Sin embargo, esta cifra parece ser menor de la verdadera prevalencia de la enfermedad en el país. Según sus autores, “[i]ndudablemente el presente estudio reporta prevalencias menores a otros estudios de Perú y de otros países latinos; este hecho, podría deberse a una subestimación de casos, explicada talvez [sic] porque el diagnóstico se realizó sobre la base de una sola medición de PA [presión arterial] a la población de estudio” (ENINBSC 2006: 64).
9. Miranda et ál. (2011) también reporta un estudio sobre la prevalencia de hipertensión en personas que viven en áreas urbanas y rurales. Si bien el estudio no es nacional, Miranda y sus colegas (2011) encontraron mayor prevalencia de la enfermedad en un grupo urbano (29%) en comparación con un grupo rural (11%), e incluso mayor que un grupo que migró del área rural a la urbana (16%).

LAS POLÍTICAS DE SALUD PARA PREVENIR Y CONTROLAR

LA HIPERTENSIÓN EN EL PERÚ

No parece existir mucha documentación sobre políticas del Estado peruano para prevenir o tratar la hipertensión. Sin embargo, el Ministerio de Salud (MINSA) ha reportado al menos dos documentos que dan cuenta de iniciativas para disminuir los riesgos producidos por la hipertensión.

En 2002 se establecieron los lineamientos estratégicos de la política sectorial del MINSA (MINSA 2002). El primer lineamiento general para la década de 2002 a 2012 es la “Promoción de la salud y prevención de la enfermedad”, y estipula lo siguiente:

Se fortalecerá el componente nutricional en la atención de salud e institucionalización de los protocolos de atención en nutrición a nivel individual, familiar y comunitario e incorporación de programas preventivos y de atención de problemas crónicos como hipertensión arterial, obesidad, osteoporosis y diabetes, e incorporando acciones de Salud Mental de forma transversal en todo campo temático. Para ello, se necesita organizar racionalmente los programas existentes y orientarlos a las poblaciones más vulnerables. (MINSA 2002: 34)

Asimismo, dentro del planteamiento para prevenir las enfermedades crónicas y degenerativas, el Ministerio de Salud se planteó como meta para 2006 “la aplicación nacional del programa de prevención y control de la hipertensión” (MINSA 2002: 53).

En 2004 se creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de los Daños No Transmisibles, bajo la Dirección General de Salud de las Personas (OPS 2009). Esta estrategia tiene como objetivo disminuir la mortalidad como producto de la hipertensión arterial, la diabetes, el cáncer y la ceguera. En tal sentido, se encarga de la “elaboración de directivas, normas técnicas, manuales, protocolos, convenios para la prevención y control de los daños no transmisibles priorizando hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y ceguera” (OPS 2009: 199).

En 2007, el MINSA promulgó una resolución ministerial en la que aprobaba una directiva sanitaria para la implementación de la Campaña de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial y sus Complicaciones (Resolución Ministerial N.º 365-2007/MINSA), y encargó la supervisión y evaluación de dicha directiva a la Dirección General de Salud de las Personas, a la Dirección de Promoción de la Salud y a la Oficina General de Comunicaciones. De esta directiva solo se ha documentado una campaña de prevención que se comenta arriba (campaña de tamizaje del MINSA de 2007).

En julio de 2009, el Ministerio de Salud emitió otra resolución ministerial en la que resolvía aprobar la *Guía técnica: guía práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención* (Guía Práctica HTA RM491-2009). Ese mismo año, el MINSA desarrolló material comunicacional para informar a la población sobre la hipertensión arterial así como sobre los factores de riesgo que la determinan.

El único material disponible sobre la hipertensión es el siguiente tríptico:

Tira:

Recomendaciones

- ✓ **No fume**
El tabaco invade a tu corazón oxigenarse debidamente.
- ✓ **Controla tu presión arterial**
La presión alta sobrecarga de trabajo tu corazón.
- ✓ **Reduce el consumo de la sal**
El exceso de consumo la sal predispone a la presión alta.
- ✓ **Evita consumir grasas en exceso**
Es un eficaz medio para prevenir la arteriosclerosis.
- ✓ **Controla tu peso**
La obesidad es un factor de riesgo para provocar presión alta.
- ✓ **Controla el nivel de azúcar en tu sangre**
La diabetes es un factor de riesgo para provocar presión alta.
- ✓ **Realice actividades físicas**
Disminuye el riesgo de presentar presión alta.
- ✓ **Lleve una vida tranquila y ordenada.**
El estrés desequilibra tu organismo hacia la enfermedad.

Cumpla con el tratamiento que le indique su médico

Control de tu Presión Arterial

Nombre y Apellido: _____

Género: _____ Edad: _____

Presión Sistólica: _____

Presión Diastólica: _____

Brazo: D I

Fecha: _____

Recomendaciones: _____

INFORMALDO 0800-10-020 LÍNEA GRATUITA DEL MINISTERIO DE SALUD
www.minsa.gob.pe

PERÚ Ministerio de Salud

**¡CUIDA TU SALUD!
CONTROLA TU PRESIÓN ARTERIAL**

Retira:

¿Qué es la Presión Arterial?

El término "presión arterial" se refiere al nivel de "fuerza" o "presión" que existe en el interior de las arterias. Esta presión es producida por el flujo de sangre. Cada vez que late el corazón, sube la presión. Y entre latidos, cuando el corazón está en reposo, esta presión vuelve a bajar.

Se mide dos niveles de presión arterial: La máxima, que ocurre cada vez que el corazón bombea sangre en los vasos sanguíneos, y la mínima, que ocurre cuando el corazón descansa.

Los valores normales de presión arterial son por debajo de 140/90.

La presión alta no es "tensión nerviosa" la gente con presión alta no tiene que ser exageradamente ansiosa, compulsiva o "nerviosa", de hecho usted puede tener la presión arterial alta, usualmente no presenta síntomas. Por eso la llaman "la muerte silenciosa".

¿Qué es la presión alta?

La presión alta o hipertensión es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es decir la presión se eleva por encima de lo normal que es 140/90.

La presión alta es una enfermedad crónica, es decir, para toda la vida.

¿Qué riesgos se corren al tener presión alta?

Aumenta el riesgo de tener un derrame cerebral, ataque al corazón y enfermedades a los riñones.

¿Cómo se diagnostica la presión alta?

La única manera de detectar la presión alta o hipertensión en sus inicios es con los controles periódicos. Muchos tienen la presión elevada durante años sin saberlo.

Es importante conocer las cifras de su presión arterial y tomarla la presión con regularidad.

Recuerda:

Si tu presión máxima está sobre los 140 o la mínima es superior a los 90 consulta inmediatamente a tu médico.

En cuanto a factores de riesgo en general, el MINSa elaboró varios materiales, que incluyen afiches, banderolas, volantes y gigantografías. Estos materiales estuvieron orientados a informar a la población sobre los estilos de vida que pueden cambiarse para disminuir o controlar la hipertensión.

Un ejemplo de los volantes es el siguiente:

Volante Tira (A6)

Volante Retira (A6)

En cuanto a factores de riesgo específicos, el MINSA elaboró varios materiales —desde polos hasta banners— motivando la actividad física. Un ejemplo del afiche que se propuso fue el siguiente:

En el marco de la reunión de la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción y el Manejo de las Enfermedades No Transmisibles)—que articula los esfuerzos de los países de las Américas en su esfuerzo por combatir las enfermedades no-transmisibles—, el MINSA presentó los lineamientos de su sector para promover la salud. Esta presentación es relevante, pues muestra el contexto en el cual se promueve el control de la hipertensión en el Perú.

Desde el año 1974 existen conferencias globales sobre la promoción de la salud, como sugiere el siguiente cuadro elaborado por el Dr. Rogger Torres:

Cuadro 2

AÑO	TEMAS	LUGAR
1974	Cambio de comportamiento + políticas públicas	no reportado
1978	Atención primaria de salud	Rusia
1986	Entornos + participación comunitaria	Canadá
1988	Políticas públicas saludables de muchos sectores	Australia
1991	Ambientes saludables	Suecia
1997	Participación del sector privado en promoción + empowerment + desarrollo de alianzas + inversión	Indonesia
2000	Revisión, búsqueda de evidencias	México
2005	Determinantes de la Salud	Tailandia

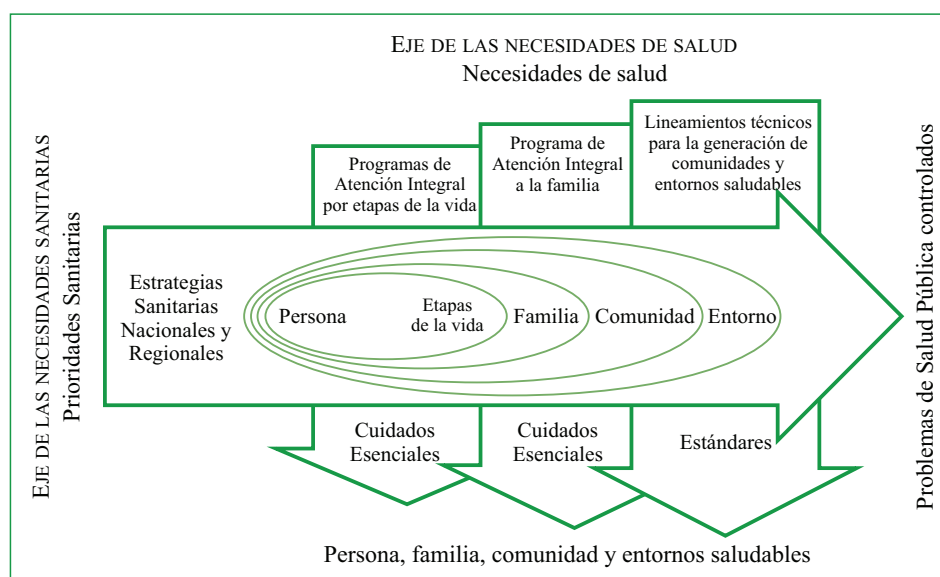
Fuente: Acciones de PS en ENT (Torres 2009).

De acuerdo con el Dr. Torres (2009), entre los lineamientos de la política sectorial del Perú 2002-2012 se encuentran:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Extensión y universalización del aseguramiento en salud
- Suministro y uso racional de medicamentos
- Gestión y desarrollo de recursos humanos
- Sistema coordinado y descentralizado de salud
- Nuevo modelo de Atención Integral de Salud
- Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol conductor
- Financiamiento orientado a los sectores más pobres
- Democratización de la salud

Asimismo, el modelo de atención integral de salud incluye dos ejes —el eje de las prioridades sanitarias y el eje de las necesidades de salud—, como se observa en el gráfico siguiente:

Gráfico 2
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



Fuente: Acciones de PS en ENT (Torres 2009).

Se observa que existen niveles en el eje de las necesidades de salud que incluyen a la persona, la familia, la comunidad y el entorno. Las estrategias del eje de las prioridades sanitarias abordan cada uno de los niveles en las necesidades de salud. Así, existen los programas de atención integral por etapas de la vida de la persona; existe también el programa de atención integral de la familia; y los lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables.

De este modo, el modelo de abordaje para la promoción de la salud es el siguiente:

Cuadro 3
MODELO DE ABORDAJE PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

ENFOQUES TRANSVERSALES	ESTRATEGIAS	POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN	ESCENARIOS (ENTORNOS SALUDABLES)	EJES TEMÁTICOS (COMPORTAMIENTOS SALUDABLES)
Equidad y derechos en salud	Abogacía y políticas públicas	Familia	Individuo por etapas de vida	Alimentación y nutrición
			Vivienda	Higiene y saneamiento
Equidad de género	Comunicación y educación para la salud	Niño	Adolescente	Escuela
			Adulto	Actividad física salud sexual y reproductiva
Interculturalidad	Participación comunitaria y empoderamiento social	Comunidad	Adulto mayor	Municipios
			Centros laborales	Habilidades para la vida
				Seguridad vial y cultura de tránsito
				Promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz

Fuente: Acciones de PS en ENT (Torres 2009).

De acuerdo con el gráfico, son tres los enfoques transversales del modelo: equidad y derechos en salud, equidad de género, e interculturalidad. Las estrategias del modelo son tres también: abogacía y políticas públicas, comunicación y educación para la salud, y participación comunitaria y empoderamiento social. Las intervenciones del modelo abordan la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las etapas de la vida de la persona: niño, adolescente, adulto y adulto mayor. Los escenarios para la implementación de las intervenciones son la vivienda, la escuela, los municipios y los centros laborales. Finalmente, los ejes temáticos de las estrategias son: alimentación y nutrición, higiene y saneamiento, actividad física, salud sexual y reproductiva, habilidades para la vida, seguridad vial y cultura de tránsito, promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.

Es interesante observar que el MINSA (Torres 2009) lista como determinantes de la salud a los siguientes:

1. Hábitos personales y aptitudes de adaptación
2. Características biológicas y dotación genética
3. Alimentación y nutrición
4. Desarrollo del niño(a) sano(a)
5. Ingreso y posición social
6. Empleo y condiciones de trabajo
7. Educación
8. Equidad de género
9. Redes de apoyo social
10. Entorno ambiental y social
11. Servicios de salud en cantidad y calidad
12. Cultura

La lista de determinantes sociales que muestra el MINSA puede ofrecer una guía para examinar las variables que pueden determinar un acceso diferencial a los servicios de salud en el Perú. Se podrían clasificar los 12 determinantes en dos niveles, de acuerdo con su influencia en la población del Perú: en el ámbito individual estarían los determinantes 1 a 4 y, en el colectivo, estarían los determinantes 5 a 12.

Es importante resaltar que —aunque fue un esfuerzo externo al Ministerio de Salud— en mayo de 2010 se inauguró el Instituto Nacional del Corazón (INCOR), que es una dependencia del Seguro Social de Salud. A continuación se describe este instituto de acuerdo con lo indicado en su página web:

Instituto Nacional Cardiovascular-INCOR es un Órgano Desconcentrado de ESSALUD con autonomía de gestión, integrante de la Red de Prestaciones de Salud y perteneciente al III nivel de atención. Brinda prestaciones de salud altamente especializadas mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los asegurados con patología cardiovascular referidos de los centros asistenciales de menor nivel resolutivo integrantes de la indicada Red; atendiendo también, a no asegurados con ese tipo de patología.

Propone normas, estrategias e innovación científico tecnológica en salud cardiovascular a través de la investigación, docencia y capacitación. (Fuente: <<http://www.essalud.gob.pe/centros-especializados/instituto-nacional-cardiovascular-incor/>>)

SÍNTESIS

En conjunto, la revisión de la literatura indica cinco puntos importantes. Primero, alrededor del 24% de la población del Perú tiene hipertensión y, dentro de este grupo, un porcentaje importante no es consciente de su condición; de otro lado, dentro del grupo que conoce su enfermedad, solo un porcentaje recibe tratamiento. Segundo, existen diferencias de sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo y de lugar de procedencia en cuanto a la prevalencia de hipertensión en el Perú. Tercero, considerando Lima y Callao, Lima Este y el Callao son las dos regiones que presentan más personas con la enfermedad. Cuarto, desde el punto de vista de salud pública, un programa de comunicación que busque enfrentar y reducir los problemas de la hipertensión puede enfocarse en tres grupos de personas simultánea o independientemente: (i) aquellos que no tienen hipertensión pero podrían desarrollarla por causas genéticas o exposición a determinantes de la salud —como estilos de vida no saludables—, (ii) aquellos que tienen hipertensión pero que no saben que la tienen, y (iii) aquellos que tienen hipertensión y que saben que la tienen, pero no la controlan. Quinto, quedan abiertas las preguntas sobre cómo las diferencias encontradas en la prevalencia de la hipertensión también se observan en sus determinantes.

Posteriormente, y con el objetivo de complementar lo encontrado en la revisión de la literatura, se implementó el Estudio 1, que consistió en conocer y contrastar la opinión de varios actores relacionados con la hipertensión en Lima. El objetivo fue identificar el modo en que ellos conciben la enfermedad y cómo reconocen la desigualdad en la hipertensión.

Estudio 1: la hipertensión y sus actores

Este estudio consistió en conversar con los actores que, desde sus propias experiencias de trabajo, han enfrentado el problema de la hipertensión en cuanto a la oferta o la demanda de información y servicios para controlar la enfermedad. El objetivo de este estudio fue conocer qué piensan estos actores sobre qué es la hipertensión, cuáles son sus causas y consecuencias, cuáles son los modos de prevenirla y controlarla, y en especial qué opinan sobre la desigualdad en relación con la enfermedad y sus determinantes.

La identificación de los actores se hizo mediante referencias. Por ejemplo, investigadores y especialistas en salud refirieron a médicos cardiólogos; o especialistas en nutrición refirieron a especialistas en comunicación y salud, etc. El siguiente cuadro muestra los actores que fueron entrevistados.

Cuadro 4

INSTITUCIÓN	CARGO	NOMBRE	FECHA DE ENTREVISTA
Ministerio de Salud del Perú	Coordinador Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera y la Estrategia Sanitaria Nacional	Dr. Aldo Tecse Silva	28 de junio de 2011
USAID-United States of America International Development	Jefa del Proyecto USAID/PERÚ Políticas en Salud	Midori de Habich	14 de junio de 2011
Instituto Nacional del Corazón de EsSalud	Cardiólogo	Armando Godoy	4 de mayo de 2011 11 de agosto de 2011
PRISMA	Área de Comunicación, Dirección de Desarrollo Humano	Ruth Pérez	22 de junio de 2011
Hochschild Mining	Gerente de Salud e Higiene	Raúl Díaz	23 de junio de 2011
Clínica Médica Cayetano Heredia	Cardióloga	Dra. Aída Rotta	22 de julio de 2011
Hospital Nacional Cayetano Heredia	Médico de Medicina Interna	Dr. Leslie Soto	26 de julio de 2011
	Jefe del Área de Comunicación del hospital	David Flores Garavito	6 de julio de 2011
	Jefa de Nutrición del hospital	No disponible	6 de julio de 2011

El análisis de la información recolectada en estas entrevistas se organizó en dos temas: (i) las estrategias de prevención y control de la enfermedad y (ii) la desigualdad asociada a la hipertensión.

LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

En salud pública, existen esfuerzos tanto del Estado como de ONG que revelan cierta preocupación por atender la hipertensión en el Perú. Aunque no se le enfrenta como una enfermedad independiente —como lo podría ser el VIH/SIDA—, se observa interés en abordar un conjunto de enfermedades que agrupan problemas como la hipertensión.

Una de las ONG que apoya al Estado peruano es la agencia de apoyo de los Estados Unidos-USAID. Esta institución se encarga de facilitar la discusión y el diseño de las políticas que aborden todos los problemas de salud, incluidas las enfermedades crónicas. De acuerdo con la jefa del Proyecto Políticas en Salud de USAID, la realidad de la hipertensión en el Perú puede verse en relación con la magnitud de sus consecuencias, por ejemplo a través de los estudios de carga de enfermedad:

Los estudios de carga de enfermedad indican las proporciones de muertes y discapacidades que están asociadas con enfermedades no-transmisibles, fuera del efecto de las enfermedades transmisibles y del cuidado materno-infantil. El último estudio llevado a cabo en el Perú indica que el AVISA¹⁰ como resultado de muertes y discapacidad es muy alto. Entre las recomendaciones que se han hecho sobre la base de estos estudios se ha dicho, por ejemplo, que no sólo las políticas deben atender a las enfermedades asociadas con el cuidado materno-infantil, sino que también deben reconocer el daño de las enfermedades no-transmisibles.

Para la jefa del proyecto, este esfuerzo para mejorar la salud con el desarrollo de políticas se hace en dos grandes áreas: descentralización y aseguramiento, y la hipertensión se abordaría como un tema dentro de la segunda área. Para ella, la creación e implementación de una política de salud en el Perú es compleja:

Cuando una política tiene un sentido, ésta tiene varios instrumentos, como son las normas legales que tienen que ver con ampliar la proporción de personas que tienen seguro y ampliar el plan de beneficios como el Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS). El PEAS ha reconocido 140 condiciones o enfermedades que deben enfrentarse en varias dimensiones:

- Preventivas individuales
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Rehabilitación

10. Este es un índice que mide los años saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura (Nota del autor).

De este modo, el financiamiento debe incorporar todas estas dimensiones. Pero existen cuellos de botella:

- El financiamiento: el gobierno trata de dar este apoyo. El Ministerio de Economía y Finanzas está trabajando todos los detalles para el presupuesto.
- Los problemas a nivel prestacional de servicios en establecimientos de salud: existe una falta de entrenamiento y estructuras para atender a personas. Por ejemplo, existe un déficit de recursos humanos así como una mala distribución de ellos, pues se concentran en solo tres ciudades (Lima, Arequipa y Trujillo). Existe una brecha de especialistas pues no se producen suficientes especialistas, y se ha ampliado el número de plazas para el campo laboral de salud. Debe existir, además, inversión para intervenir en el primer nivel así como planificar varios niveles.

Adicionalmente, existen esfuerzos de otros organismos no gubernamentales en la lucha contra la hipertensión. La organización PRISMA fue señalada por especialistas en nutrición en el Perú (del Instituto de Investigación Nutricional) como una organización líder en el campo de la comunicación en salud para la prevención y control de enfermedades en el Perú. De acuerdo con la comunicadora en salud de esta organización, PRISMA tiene experiencia en información científica-biomédica sobre enfermedades en el Perú, y el trabajo vincula lo científico con lo social, y se centra en los determinantes sociales de la salud como nutrición y actividad física —esto último en las escuelas—.

El Estado peruano implementa programas de salud para el control de enfermedades no transmisibles a través de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud (MINSa). Dentro de esta Dirección, existe la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, que se encarga de diseñar e implementar las acciones del Estado para prevenir y controlar enfermedades crónicas, incluida la hipertensión. El coordinador de la Estrategia indica lo siguiente:

Nosotros vemos que la hipertensión es un factor de riesgo trazador, es decir, que está presente con un conjunto de daños no transmisibles, como la insuficiencia cardiaca, los trastornos del ritmo cardiaco o la insuficiencia renal, que es un problema en el Perú por el tema de la diálisis. La hipertensión es un factor de riesgo para otras enfermedades como las que hemos agrupado o denominado como cardiometabólicas, la diabetes, la osteoporosis. Debajo de enfermedades como la hipertensión, obesidad y colesterol subyacen estilos de vida saludables y conductas de riesgo. Las personas conviven con una disonancia cognitiva pues saben que la alimentación malsana es perjudicial para su salud pero siguen con ese régimen. Entre las causas de la hipertensión están las conductas de riesgo y la predisposición genética. Frente a esta última, el sistema propone el tamizaje regular propuesto dentro de la atención integral por etapas de vida. Esto se hace con la idea de que habiéndose establecido la presencia de hipertensión en las personas, estas pueden chequearse regularmente y controlar la enfermedad.

El coordinador de la Estrategia Sanitaria opina que una manera de prevenir y controlar la hipertensión es mediante el enfoque de los estilos de vida:

Entre los que llamamos estilos de vida, tenemos aquellos asociados al consumo de tabaco, alcohol, a la alimentación malsana (que incluye el consumo de sodio, grasas trans, azúcares libres), el sedentarismo (poca actividad física). Creemos que estos estilos de vida están modelados por el entorno que alienta su adopción. Esta manera de pensar está presentada en un modelo causal de determinantes que hemos presentado al Ministerio de Economía y Finanzas dentro del marco de implementación del Presupuesto por Resultados. Así, nuestros logros tienen en cuenta este modelo. Este modelo viene siendo implementado en nuestro país desde hace dos años, y este prioriza en dirigir los presupuestos a la entrega de productos de valor que son o serán entregados a la población beneficiaria. En cuanto a hipertensión, se busca disminuir la prevalencia y hay un número que se quiere alcanzar para el 2015. Así, estamos empezando a medir la prevalencia a través del ENDES (que se desarrolla en periodos de dos años). ENDES incluirá hipertensión en el 2011, pero ya el INEI incluyó un módulo sobre hipertensión en el ENDES 2010.

Para el coordinador de la Estrategia Sanitaria es necesario enfrentar enfermedades, como la hipertensión, teniendo en cuenta una estrategia:

Pero también hay que considerar que falta desarrollar una estrategia para hacerle frente a todo. Se necesitan actividades sistemáticas, y el área de comunicaciones tiene un componente importante relacionado con la adopción de estilos de vida saludables. Hay varios tipos de intervenciones para prevenir o controlar la hipertensión:

- Rectoría en el tema
 - A través de normas que tienen que ser implementadas por las regiones
- Intervenciones colectivas
 - Población general a la que hay que dar información
- Intervenciones colectivas en escenarios específicos, por ejemplo las escuelas
- Intervenciones individuales (ej. médicos con pacientes)
 - Haciendo trabajo de prevención, diagnóstico, tratamiento y control.

De acuerdo con el coordinador, existen dos tipos de establecimientos de salud en el Ministerio de Salud:

1. Establecimientos con población asignada (por ejemplo, los centros de salud) y sus canales de intervención para promoción de la salud son:
 - a. Educación a pacientes
 - b. Rotafolios
 - c. Consejerías individuales y colectivas

2. Establecimientos con población no asignada (por ejemplo, los hospitales) y su canal de intervención son las consejerías en doce sesiones educativas.

El coordinador de la Estrategia Sanitaria señala que las intervenciones que se programan en la estrategia deben estar aprobadas por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), y que las estrategias son propuestas teniendo en cuenta las experiencias pasadas:

El MEF exige qué intervenciones se pueden hacer sobre la base de lo que nosotros le hemos presentado. Hemos hecho una revisión sistemática (no hay estudios en el Perú a nuestra disposición que demuestren qué intervenciones con un diseño experimental han sido efectivas) que mostró que las intervenciones más efectivas son las consejerías que da el médico, la enfermera o la experta en nutrición, durante 20 minutos. Ahora, nosotros sabemos que los médicos solo ven al paciente durante 5 minutos, lo que es muy rápido. Sabemos también que otro tipo de intervención que funciona es la educación por pares: el Programa de Educación por Pares y Soporte.

Una forma en que yo creo que se puede intervenir es mediante el modelaje en el hogar, pero no hay evidencia sobre esto. El entorno modula los estilos de vida y me refiero a la escuela, la familia y el centro de labores.

En cuanto a temas, en Argentina se ha trabajado el tema de la sal. En general, los problemas que se pueden combatir son:

- Actividad física, aunque ya se ha desarrollado bastante
- Alimentación malsana (verduras y vegetales 5 veces al día)
- Grasas trans y azúcares libres (gaseosas y refrescos)

Por otro lado, pensamos que se debe trabajar con estilos de vida saludables. La lactancia materna es un tema que se ha desarrollado mucho puesto que quienes no la reciben forman un metabolismo que los predispone para la obesidad. En ese sentido, los pobres están mejor en comparación con los estratos socioeconómicos altos, pues tratan de suplir la lactancia materna con fórmula, mientras que los pobres no. Hay que tener en cuenta que la obesidad en el Perú es de 26% a 27%.

Otras perspectivas tienen especialistas que tratan la hipertensión directamente como los médicos, o quienes enfrentan los determinantes de la enfermedad, desde sus programas de trabajo en salud.

Consultado sobre campañas o intervenciones para enfrentar la hipertensión en el Perú, el cardiólogo del Instituto Nacional del Corazón de EsSalud indica que no hay mucho escrito sobre hipertensión:

No conozco de ningún estudio que haya evaluado una intervención para prevenir hipertensión en el Perú; las campañas que ha habido son muy esporádicas y no conozco de ninguna campaña que se haya dirigido a los doctores, al menos a mí no. Lo único que recibí sobre la hipertensión fue un entrenamiento durante mi formación como médico —en la especialidad no existe un curso o programa al respecto aunque sí lo hay en algunos países—.

De acuerdo con el cardiólogo,

[...] los doctores suelen enfrentar la hipertensión como un mal secundario —en mi caso porque trabajo en un instituto de máxima complejidad; pero en la actividad privada puede cambiar en alguna medida—; siempre lo catalogan asociado a un mal primario, por ejemplo describen que un paciente tiene una enfermedad del corazón y tiene además una presión elevada.

Pese a lo poco que pueden haber recibido los doctores sobre el control y la prevención de la hipertensión, existe apoyo por parte del Estado para orientar la intervención en pacientes con hipertensión. De acuerdo con el cardiólogo del INCOR,

[...] EsSalud tenía un programa para tratar hipertensión que se llamaba Programa de Hipertensión Arterial [...]. Los doctores que trabajan en hospitales de EsSalud enviaban a los pacientes con hipertensión al policlínico. En EsSalud, hay una guía de manejo de la hipertensión que es un protocolo de manejo que siguen los médicos cuando tienen pacientes.

En cuanto al trabajo con pacientes, el cardiólogo del INCOR observa que la hipertensión no es directamente apreciada por los pacientes, pues la enfermedad no tiene efectos inmediatos que el paciente pueda mirar. En general, de acuerdo con el doctor, si se quiere enviar mensajes de prevención o control a los pacientes estos deben ser “fuertes, de impacto, por ejemplo: *¿quieres tener un infarto del corazón o del cerebro, una afección renal, o quieres dejar de ir a trabajar o tener una discapacidad?* Así hay que informarles, pues de otra manera no funciona”.

Se ha sugerido que una manera de intervenir en la prevención y control de la hipertensión es mediante campañas que se dirijan a los doctores:

Los médicos como yo —comenta el especialista del INCOR— que solo hemos recibido un módulo de hipertensión en los años de medicina en la universidad, y nunca más, podríamos recibir más información. Por ejemplo, nos ayudaría recibir capacitación sobre cómo estratificar a los pacientes con hipertensión, que involucre sus medidas de hipertensión, medidas del peso, medidas de la cintura, su dieta y su actividad física. Todo esto es importante, pero muchos no lo hacen. Recuerda que nosotros vemos la hipertensión como una condición de comorbilidad. Quizá nos ayudaría a recibir información científica por Internet (email, páginas web o blackberry) —esto es más aplicable a los médicos no cardiólogos y a los que se hallan alejados de las capitales—.

Finalmente, el cardiólogo del INCOR comenta que “una clínica siempre va a maximizar beneficios y por eso quizá no considere hacer prevención de la hipertensión. El hospital es diferente y, por ejemplo, es posible que tenga un programa de control de hipertensión —que incluye al médico, nutricionista, enfermera y laboratorio—”.

Por otro lado, conversando sobre los modos en que se puede prevenir o controlar la hipertensión, la cardióloga que trabaja en el hospital y la clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia señala lo siguiente:

[...] cuando detecto que un paciente tiene valores de 160 ó 100 (siguiendo la guía canadiense, pues ya sabes que existe la guía europea, la guía estadounidense; yo sigo la canadiense) de inmediato inicio tratamiento además de hacer cambios de estilo de vida. Si veo valores menores, aconsejo la dieta y actividad física y los mandamos a hacer mapas [con ayuda del tensiómetro] o lo mandamos a su casa para que el paciente se tome la presión de acuerdo a un esquema. En la cita médica, le hablamos de estilos de vida, lo pesamos y yo tengo mi cinta métrica para medirle el perímetro. Cuando le hago seguimiento, el objetivo es que bajen de peso y de medidas.

Es interesante conocer los mensajes que la cardióloga comunica a sus pacientes:

Cuando hablo con los pacientes, les digo que la presión no tiene síntomas pero sí les hablo de los efectos. A los más reacios les digo si prefieren tomar una pastilla o varias pastillas al día, o prefieren estar echados en una cama [y señala la cama para pacientes del consultorio] sin poder tomar nada.

Del mismo modo, gracias a que la cardióloga trabaja en ambos centros de salud, puede ofrecer apreciaciones con respecto a cómo se atienden pacientes tanto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia como en la Clínica Médica Cayetano Heredia:

En el Hospital tenemos turnos de cuatro horas y vemos 16 pacientes en total, así que a cada uno les damos 15 minutos. En la Clínica les damos más atención, 20 a 35 minutos. La diferencia es que en el Hospital hay más demanda. En la Clínica es más holgado, aunque hay pacientes que veo solo 5 minutos.

En cuanto a la comunicación con los doctores acerca de modos para prevenir o controlar la hipertensión, la cardióloga señala: “Nosotros necesitamos datos científicos, por ejemplo sobre actividad física, que usamos para informar al paciente”.

Un mismo parecer tiene un médico internista del Hospital Cayetano Heredia, quien responde a la pregunta sobre si el uso de mensajes de texto a través de celulares le ayudaría en su trabajo con pacientes que tienen hipertensión:

A nosotros nos ayudaría recibir mensajes de texto con información científica que nos despierte interés, por ejemplo un mensaje corto que me indique buscar información como por ejemplo, “en la revista X, los pacientes que recibieron el antihipertensivo 1 respondieron mejor que los que recibieron el antihipertensivo 2”. No recibimos un servicio así, pero nos ayudaría.

Pensando en los mensajes que se pueden comunicar a los pacientes para que controlen su hipertensión, el médico internista comenta:

[...] los mensajes que diríamos a los pacientes durante el tiempo que no los vemos pueden ser algo así como: “No te olvides de comer verduras tres veces al día”. O simplemente “Camina”, pues las personas no caminan. Creo que la idea es un recordatorio. Los mensajes deben ser estrictos pero no coercitivos y

más bien amables. Ya hemos aprendido que en VIH el problema es la adherencia a los medicamentos y cuando le decimos al paciente que puede demorarse en tomar sus pastillas cinco minutos, por lo general empiezan a relajarse y la toman luego de media hora o incluso la dejan de tomar. Lo mismo, si se pide que se deje de fumar, mejor es decir que no se fume nada, pues si se les dice que deje de fumar y fume solo uno, pueden fumar hasta cinco.

Considerando la opción de que se envíen mensajes de texto a los pacientes con hipertensión, el médico internista comenta que entre los pacientes

[...] todos usan celular, pero los pacientes mayores como los que tienen hipertensión usan el celular para las llamadas pero no saben usar textos, aunque es solo un tema de costumbre. Nosotros para VIH usamos otro medio que es el agente de soporte, que lo elige el mismo paciente y es a él a quien acudimos por medio de llamadas telefónicas para que motive al paciente a tomar pastillas.

Una opinión acerca de cómo comunicar mensajes sobre hipertensión a los pacientes y médicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia la tiene el jefe del Área de Comunicación del hospital:

En primer lugar, hay que tener en cuenta que existen dos tipos de establecimientos de salud:

1. Los que actúan a nivel preventivo, como el Establecimiento de Salud o el Centro de Salud que tiene la tarea de la Promoción de la Salud.
2. Los que actúan a nivel de asistencia médica, como los hospitales, que es el caso del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Entre los canales formales que tenemos para informar a los usuarios en el hospital están:

1. Periódicos murales: en donde damos información sobre el estado de salud de las personas y comportamientos saludables, como la buena alimentación y luchar contra el sedentarismo.
2. Efemérides: por ejemplo el día de la hipertensión. Estas fechas responden a la política sectorial del Ministerio de Salud.
3. Notas de prensa: las distribuimos a los medios para que ellos las publiquen y así se llegue a la comunidad.
4. Campañas focalizadas en un lugar específico: si son en el hospital, utilizamos un punto de reunión, como puede ser un estrado; si tenemos perifoneadores, los usamos y repartimos volantes también. Estas campañas se hacen siempre sobre la base de un plan de comunicación.
5. Capacitación directa y mediante impresos —como volantes, dípticos, trípticos y “mosquitos”—.

Para nosotros, hay un primer grupo de interés que son los usuarios del hospital. El segundo grupo de interés es el personal de salud, con quienes utilizamos canales como el intranet y paneles; también se envían documentos y también nos apoyamos en la transmisión boca-a-boca. También hay un boletín virtual, pero no todas las semanas.

Por otro lado, la jefa de nutrición del Hospital Nacional Cayetano Heredia indica que, aunque no lo enfrentan como un tema independiente, ellos trabajan en la prevención de la hipertensión con los pacientes del hospital:

Nosotros ofrecemos consultas en consejerías y folletería sobre alimentación saludable y un poco sobre actividad física. En nuestro trabajo, nos hemos dado cuenta de que no hay que utilizar la palabra dieta y más bien hacer cambios de estilos de vida. Si se piensa en dieta, esta es solo temporal y luego la persona vuelve a la normalidad. Eso sí, la gente cambia de estilo de vida cuando tiene una enfermedad. Lo que recomendamos para el cambio de dieta es empezar con lo que más le gusta a la persona y que sea saludable.

Una perspectiva distinta sobre cómo prevenir y controlar la hipertensión la tiene la comunicadora en salud de PRISMA, quien considera que “los jóvenes no ven el beneficio de prevenir la hipertensión. Creo que las ventajas que hay que reforzar van de acuerdo con la edad, como el modelaje con chicos que están de moda”. Asimismo, la especialista opina que “los profesionales de salud no se dan cuenta de las ventajas de prevenir, pues ellos mismos comen con mucha grasa, por ejemplo en las mismas cafeterías de los centros de salud en los que trabajan”.

La promoción de actividad física en las calles es una manera de prevenir la hipertensión para la comunicadora en salud de PRISMA. De hecho, su organización trabaja actualmente en la promoción de estilos de vida saludables en el Perú. La especialista sostiene que “en general, cualquier persona tiene oportunidad de caminar pero nos damos cuenta de que el medio ambiente influye pues existen barrios muy peligrosos, como en el Rímac, donde tiene sentido tomar un mototaxi para protegerse y no caminar por la inseguridad”. Asimismo, la comunicadora señala que “para tratar un tema como este [el control de la hipertensión], no solo es trabajo del sector de salud; es necesario que estén involucrados los restaurantes, las municipalidades, las agencias de publicidad, la prensa, para que den recomendaciones saludables y, por supuesto, las políticas públicas”. Para ella, el trabajo de la promoción de estilos de vida saludables debe ser intersectorial.

El trabajo que viene realizando PRISMA en la promoción de estilos de vida saludables es instructivo, pues muestra maneras de intervenir en la población. El trabajo que realiza PRISMA es multidisciplinario, como indica la comunicadora:

Nuestro equipo de trabajo en PRISMA para la actividad física está compuesto por una comunicadora que soy yo, una psicóloga, y mis dos directoras que son médicos —una salubrista y uno es pediatra— y como consultores hay un

educador, que nos ayuda con el diseño de los instrumentos y los protocolos, y un profesor de educación física. Nuestro trabajo de actividad física empezó en el 2007 con el auspicio de la fundación Inca Kola como parte de su trabajo de responsabilidad social. Con este auspicio, hemos trabajado en Lima con la UGEL 2 en el Rímac, San Martín de Porres, Los Olivos, Comas; y en Arequipa, Piura, Ica, Cuzco. Nuestro programa en las escuelas promueve cinco minutos de actividad física con los maestros. También hemos introducido el programa de Iniciación Activa para la Vida Saludable, que es solo una vez en el inicio de un día de semana, por ejemplo durante la formación. En nuestro trabajo, hemos encontrado barreras pues hay personas que no se dan cuenta de los beneficios y con ellos hay que trabajar diferente. Por ejemplo, hemos apostado por reuniones en desayunos con comida para juntar a los maestros que no ven las ventajas inicialmente. En general, nuestra experiencia nos dice que no hay una estrategia estándar para todos: lo que nos funciona en Arequipa no nos funciona en Lima o en Piura. Hemos aprendido que la estrategia es usar muchos medios, mientras más mejor y eso no es gasto innecesario de plata.

Específicamente, nosotros trabajamos la actividad física en las escuelas con niños de entre 3 y 9 años, que es el periodo en que el niño absorbe más. En este trabajo hemos aprendido que el maestro es la persona clave para llegar a los niños pero también es la principal barrera, pues los maestros no hacen ejercicios. Por ejemplo, alrededor del 70% de maestros con los que trabajamos tienen un promedio de 40 años y, el resto, menos de 40 años. Los maestros más jóvenes trabajan en inicial, y nosotros nos dirigimos a los que están en primaria.

Los profesores no tienen hábitos de actividad física; por ejemplo, a pesar de que tienen tiempo de caminar, prefieren tomar un taxi. Es difícil introducir un cambio tan radical y hemos aprendido a introducir el tema paulatinamente. Por ejemplo, dado que tienen que trabajar mucho y que el horario escolar es un limitante, hemos coordinado para que hagan ejercicios con sus alumnos durante solo cinco minutos. Y para persuadirlos hemos tenido que vender la idea de las consecuencias que se pueden ver —como ver que los chicos están más alertas y atentos justo después del ejercicio—. Mostrarles las consecuencias positivas del ejercicio, que son visibles, es la estrategia más efectiva que hemos encontrado para introducir la actividad física. Hemos aprendido que lo mejor para convencer a los maestros y, en general, a todos es reforzar la idea de que verán ellos beneficios inmediatos y que son cosas tangibles. Esto es fundamental, si no, no la ven.

Es interesante conocer la percepción que tiene la comunicadora de PRISMA sobre cómo el Estado promueve estilos de vida saludables:

En cuanto a hipertensión, efectivamente no hay documentación sobre campañas, o sus efectos, y el Ministerio de Salud hace solo campañas puntuales. Por ejemplo, en actividad física, el Ministerio de Salud solo le dedica un día al año, que es el día mundial de la actividad física. Sé que el Ministerio de Salud tiene un programa que se llama Muévete Perú que tiene actividades con más frecuencia, pero no sé cómo funciona actualmente. En el 2010, el Ministerio de Salud auspició un congreso sobre actividad física en el Callao, pero esa preocupación no pasó de ahí.

La especialista de PRISMA señala además que

[...] hay temas en la agenda actual que tienen que ver con los determinantes sociales, como la desnutrición y la inactividad física. De hecho, la desnutrición es una preocupación del sector de educación y de salud; todos se preocupan por estos temas, Radio Programas, el Ministerio de Salud, la empresa privada como Alicorp. Los chefs nos están ayudando. Aunque en la dieta del peruano, los grandes problemas son el consumo de sal y del azúcar, pese a que la sal no está en la dieta naturalmente y es introducida al niño en los primeros años de vida. Aunque ayudan, los chefs también son una barrera porque cocinan con mucha grasa y mucho aceite; estimulan el BMI (Body Mass Index o índice de masa corporal).

Desde una perspectiva más general, la jefa del Proyecto Políticas en Salud de USAID opina que ya

[...] existe en el Perú una prioridad para tratar las enfermedades como la hipertensión, pues hay un interés grande por el trabajo de promoción. Por ejemplo, el PEAS debe asegurar el 65% de la carga de salud (atención individual). Asimismo, existen intervenciones colectivas incorporadas en un Plan de Enfermedades No Transmisibles. Este Plan está respaldado por siete partidos políticos y han llegado a varios acuerdos. Con el reciente acuerdo, el 4.^{to} Acuerdo, se han encontrado puntos de consenso.

Es importante recordar que, si se quiere hacer cambios en los lineamientos de políticas de salud que favorezcan la prevención y control de la hipertensión, hay que contemplar varios factores, especialmente que el diseño e implementación de políticas no es un trabajo sencillo. De acuerdo con la jefa de Proyecto Políticas en Salud de USAID,

[...] las políticas se diseñan atendiendo a varios elementos y el elemento técnico es uno de ellos. Un tema puede entrar en agenda en base a elementos técnicos como es el Estudio de Carga de Enfermedad, pero en la mayoría de los casos las políticas están influenciadas por factores extratécnics. Así en la adopción de una política intervienen actores y factores: la percepción del político que es el decisor, la valoración social del problema, las capacidades organizacionales e institucionales o las tensiones normales con otros actores.

Para la jefa del Proyecto Políticas en Salud de USAID,

[...] existen tendencias que permiten predecir la colocación de temas en la agenda política. Por ejemplo, el Plan Nacional es respuesta a la Organización Mundial de la Salud en cuanto a las enfermedades no transmisibles y salud mental. Esta tendencia es influyente pero puede variar. Existen ejes de interés en la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud. En el Perú, cada administración de gobierno tiene sus temas y sus maneras de trabajarlos. Los medios sí influyen en el diseño de políticas de salud pero no tanto; no existe una prensa especializada. Se sabe que hay *agenda setting* de los medios pero no se conoce cómo funciona en el Perú.

Si se quiere hacer cambios a nivel de políticas que favorezcan la prevención y el control de las enfermedades como la hipertensión, es importante

reconocer que el proceso de aprobación, despliegue e implementación de las políticas es complejo, como indica la jefa del Proyecto Políticas en Salud de USAID.

En este proceso, los facilitadores serían los mecanismos de supervisión que monitoreen la aplicación de políticas, como mecanismos de *enforcement* [hacer cumplir la ley]; por ejemplo, una vez que se promulga una ley, la implementación está a cargo de gerentes medios como los proveedores de salud (no lo hace el ministro o sus asesores).

Finalmente, la especialista de USAID señala un modo en que se pueden implementar mecanismos para prevenir o controlar la hipertensión.

Otro tema que se está proponiendo es la salud de las megaciudades, como el caso de Lima. Existe una política sobre esto que ya se aplicó en Bogotá; se planifica cómo deben diseñarse las ciudades para que tengan más espacios para hacer deporte, como veredas para caminar o transporte público.

Una perspectiva interesante sobre cómo prevenir y controlar la hipertensión tiene el Gerente de Salud e Higiene de la compañía minera Hochschild Mining, quien tiene experiencia en programas de *disease management* o manejo de enfermedades. De acuerdo con él, hace varios años que las empresas prestadoras de servicio de salud vienen trabajando en la prevención y control de enfermedades como la hipertensión.

El Dr. Jorge Bentín, líder para los temas de salud en el grupo Backus, creó Novasalud a partir de la experiencia que se desarrolló en el servicio de atención médica del grupo, luego Medica. La particularidad de Novasalud es que la mayoría de sus líderes eran médicos. En 1998, se promulga la ley de la modernización del seguro social y la creación de EPS. Backus desarrolla Novasalud EPS y compite con Pacífico y Rímac.

En ese contexto se tenían dos actores: (1) Medica, que era el servicio médico (proveedor) y (2) Novasalud, que era la financiadora o EPS. Ambos en equipo, ofrecían muchos servicios, como un programa de medicina preventiva, el programa de médico en planta, atención a domicilio, o el manejo tercerizado de servicios de salud para algunos clientes de gran envergadura. En este contexto, se presentó la oportunidad de desarrollar un programa de *disease management* para pacientes hipertensos. Así trabajamos en equipo, viajamos a un congreso de la asociación americana de *disease management*, vimos lo importante que era esta oportunidad y armamos un programa para su aplicación en nuestro medio. Este programa, denominado “encoré”, resultó tan exitoso, que llegó a ganar el premio de Creatividad Empresarial de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas en el 2002. Para el diseño de este programa se revisó y analizó la data disponible sobre el comportamiento de los pacientes hipertensos; por ejemplo, cuántas visitas al médico realizaban, qué medicinas utilizaban, cuáles exámenes auxiliares eran requeridos, etc. Como resultado de esta revisión, se determinó que existía una gran dispersión en los comportamientos; por ejemplo, había gente que se trataba con el médico una vez al año y otra cada seis meses, y otra cada mes, etc. El programa “encoré” implicaba el someterse a un protocolo de medicina basada en evidencias en la comodidad de su hogar y consistía en: visita del cardiólogo, visita educativa

de enfermería, visita para exámenes auxiliares, entrega de medicinas en casa, y costo cero para pacientes. Los dos atributos más valorados por los pacientes eran: su condición de gratuidad y de ser a domicilio. Por otro lado, la EPS conseguía un mejor control de sus pacientes y, por lo tanto, un costo controlado. Este programa logró que todos los actores alrededor del tema hipertensión: el paciente, el médico, la aseguradora, la farmacia, los laboratorios, etc., resultaban ganando en sus objetivos. Este programa es, quizás, lo mejor que se ha hecho en hipertensión en el Perú. Creemos que funcionó porque el médico de cabecera, de confianza, lo recomendaba.

En cuanto a las maneras de comunicar mensajes de prevención o control de la hipertensión, el gerente de salud de la compañía minera comenta lo siguiente:

El trabajo de prevención de la hipertensión con prehipertensos es difícil, pues la lógica es hacer cosas para que algo no pase, cuando lo que normalmente hace la gente es hacer cosas para que pare algo que está sucediendo. Es fundamental hacer tangibles las consecuencias; si no, no pasa nada. La gente hace algo porque ve las consecuencias o porque tiene miedo.

SÍNTESIS

Atendiendo a las opiniones que tienen los especialistas en comunicación, así como los que tienen experiencia en la promoción de políticas y de programas que permiten prevenir y controlar la hipertensión en el Perú, es posible concluir algunos puntos. En primer lugar, deben existir políticas que favorezcan la disminución de casos de personas que tengan hipertensión. En segundo lugar, estas políticas deben favorecer el fortalecimiento de determinantes estructurales y sociales de la salud, como aquellas que permiten la construcción de centros de salud o instauran el aseguramiento universal de la salud para el total de individuos que no dispongan de los recursos económicos para acceder a servicios de salud. En tercer lugar, las políticas deben aplicarse, siguiendo fielmente su diseño, por los administradores intermedios entre los decisores iniciales del Ministerio de Salud y los individuos que se benefician de dichas políticas. En cuarto lugar, deben implementarse programas que se dirijan indirectamente a las personas, ya sea a través de una institución como puede ser una escuela o un hospital, o directamente a ellas para promover cambios en los estilos de vida que determinan la hipertensión. Aquellos programas que se enfoquen en los individuos deben diferenciar su estrategia teniendo en cuenta los segmentos que existen entre la población: (i) quienes no tienen hipertensión pero corren el riesgo de desarrollarla, (ii) quienes tienen hipertensión pero no saben que la tienen, y (iii) quienes tienen hipertensión, saben que la tienen, pero no se controlan. Los actores entrevistados han propuesto algunos ejemplos de mensajes para quienes tienen hipertensión. Sin duda, una estrategia de intervención debe enfocarse tanto en disminuir la hipertensión mediante la distribución de medicinas como también mediante el cambio de estilos de vida que son considerados determinantes próximos de una enfermedad como la hipertensión.

DESIGUALDAD ASOCIADA A LA HIPERTENSIÓN

La mayoría de los actores ofreció su opinión sobre la desigualdad en la salud de los peruanos y, en particular, sobre la desigualdad que se observa en la prevención y control de la hipertensión. Al respecto, el coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del Ministerio de Salud indicó lo siguiente:

[...] en cuanto a desigualdad, hay dos cosas críticas: (i) existe inequidad en el acceso a servicios de salud para prevención y control de enfermedades y (ii) existe inequidad en exposición de determinantes de las enfermedades crónicas. Este segundo punto puede ayudar en el abordaje de las enfermedades crónicas. Asimismo, los pobres están más expuestos al riesgo de hipertensión por razones económicas y de educación. Por ejemplo, ¿con qué llenan la olla los pobres? con fideos. En vez de agua prefieren tomar refrescos o chicha morada.

Entre los problemas que incrementan la probabilidad de la hipertensión, el coordinador de la Estrategia Sanitaria señala el sedentarismo y la nutrición malsana. “En las actividades de oficina están los factores de riesgo, pues por ejemplo hay espacios de alimentación malsana, y no se preocupan por tener dispensadores de agua. Otro detalle: la gente utiliza muchos energéticos cuando solo deportistas debería usarlos”.

El médico cardiólogo del INCOR observa que

[...] si existen diferencias socioeconómicas en el acceso a salud en el Perú: en cuanto a rutina de ejercicios, dietas balanceadas y nutrición, consumo del alcohol, consumo de cigarros, acceso a servicios de salud. Noto una desigualdad en género pues las mujeres están marginadas. También, noto una desigualdad en cuanto a educación.

Una visión más general sobre la desigualdad en la hipertensión tiene la jefa de salud de USAID:

Existe inequidad en el estado de salud y en el acceso de salud. Lo primero se basa en el factor económico: existe diferencia en el acceso y se busca mejorar la atención y el servicio. Lo segundo se basa en varios factores: barreras económicas (por ejemplo, no pagar el acceso al servicio), barreras geográficas (por ejemplo, la población dispersa), barreras culturales (por ejemplo, disminuir la mortalidad materna incorporando las costumbres de las mujeres andinas). El Seguro Integral de Salud (SIS) se creó con el fin de disminuir la desigualdad. El SIS tiene este propósito para incrementar el acceso a servicios de salud para la población pobre, para beneficiar a la población pobre.

No solo existe desigualdad por el factor económico, también por la población dispersa. La población dispersa hace que la población no pueda obtener una oferta fija de servicios de salud. Por ejemplo, el reto es cómo incorporar mecanismos para dirigirse a la población dispersa y un ejemplo son las brigadas. Las brigadas se plantean como una visita una sola vez y con suerte una

segunda vez, para tratar varios temas que se pueden programar: se hacen vacunas, se llevan equipos, radios, se cuida la cadena de frío, etc.

Para la comunicadora en salud de PRISMA, sí existe desigualdad en la hipertensión:

El nivel de instrucción genera desigualdad. En cuanto a sexo, no hay tanta diferencia en el acceso a la salud pues tanto hombres como mujeres van al médico, pero en cuanto a apariencia, son las mujeres quienes se preocupan más que los hombres por ese tema; entonces promover la actividad física con ellas es más fácil. La enfermedad no es un tema inmediato para la persona, así que para prevenir la hipertensión, se podría promover el hacer deporte para ser más seductor o ser más bonita.

Considerando las diferencias entre la clínica y el hospital de la Universidad Cayetano Heredia —que podría reflejar una diferencia socioeconómica entre la población que asiste a los centros de salud de la Universidad Peruana Cayetano Heredia—, la médica cardióloga indica que

[...] las poblaciones del hospital y de la clínica son culturalmente parecidas, pero hay una diferencia económica, pues aquí en la clínica se paga más. En cuanto a comportamientos de salud, en la clínica hay más variedad y en el hospital es más homogéneo, pero ahí no necesariamente en el buen sentido. Considerando las diferencias, yo creo que las mujeres se controlan la salud más que los hombres, pero los hombres hacen más actividad física. En cuanto a edad, la mayoría de los casos de hipertensión son de 60 años o más, y una minoría está entre los 40 y 60 años de edad. Hay muy pocos casos de pacientes con menos edad.

Para el médico internista del hospital, sí existen diferencias en cuanto a enfermedades:

En enfermedades crónicas, son las mujeres quienes se controlan más que los hombres. Los hombres vienen a la consulta cuando ya se están sintiendo muy mal. Eso lo vemos en diabetes, por ejemplo. Las mujeres responden mejor a las indicaciones de los doctores, porque cuando se hacen campañas de salud, son las mujeres que asisten más. Desde mi punto de vista, en el hospital hay sectores socioeconómicos C y en la clínica, B y C. No sé si hay muchas diferencias, pero en general sí veo que los de niveles A suelen prestar más atención a su dieta o a los tratamientos que los de niveles más bajos.

SÍNTESIS

En su conjunto, las opiniones que tienen estos actores sobre la desigualdad son ilustrativas, pues no solo señalan que existen desigualdades en el estado de salud de las personas —siendo la hipertensión un caso—, sino también en los determinantes de las enfermedades, entre los que se incluyen los servicios de salud, la información sobre la salud y los estilos de vida. Algunos actores confirmaron lo que encontramos en la revisión de la literatura, pues hubo

quienes reconocieron que se pueden observar diferencias en cuanto al sexo, la educación, el nivel socioeconómico y la edad. Sería interesante observar cómo se manifiestan estas diferencias entre pacientes y proveedores de salud que interactúan en centros de salud para la atención de casos de hipertensión en Lima.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Sobre la base de la revisión hecha en la literatura y de la entrevista a los actores, se concluye que la hipertensión en el Perú tiene una serie de determinantes que pueden desencadenar desigualdades en la prevalencia de la enfermedad. Si bien sería interesante examinar cómo estos determinantes *causan* desigualdad, es importante primero identificar si existen desigualdades en esos determinantes. Por ello, se plantean a continuación las preguntas de investigación:

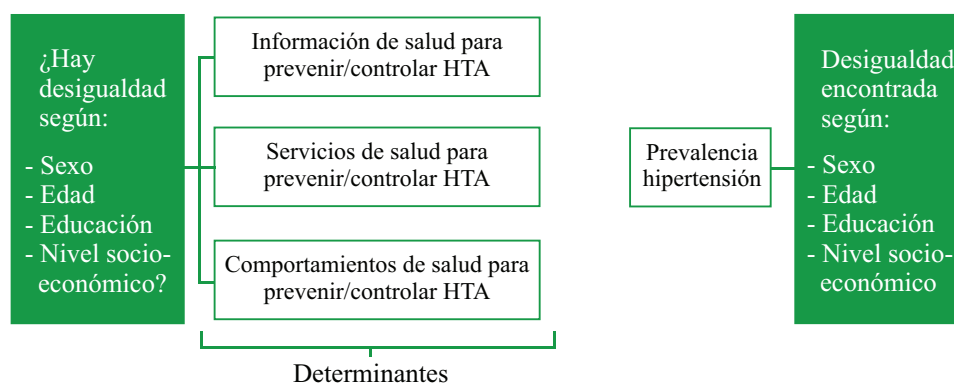
1. ¿Existe desigualdad en el acceso a información para prevenir o controlar la hipertensión, de acuerdo con sexo, edad, educación y nivel socioeconómico?
2. ¿Existe desigualdad en el acceso a los servicios para prevenir o controlar la hipertensión, de acuerdo con sexo, edad, educación y nivel socioeconómico?
3. ¿Existe desigualdad en los comportamientos de salud para prevenir o controlar la hipertensión, de acuerdo con sexo, edad, educación y nivel socioeconómico?

Para responder estas preguntas, se diseñó e implementó el Estudio 2. El Estudio 2 consistió en entrevistar a médicos y a sus pacientes con hipertensión, con el objetivo de identificar patrones de acceso a la salud, información de salud y comportamientos de salud que sean diferentes según sexo, edad, educación y nivel socioeconómico.

El marco conceptual que guió el diseño del estudio es el siguiente:

Gráfico 3

MARCO CONCEPTUAL



De acuerdo con la revisión de la literatura, se sabe que existe desigualdad en la prevalencia de la hipertensión según sexo, edad, educación y nivel socioeconómico. De acuerdo con las entrevistas a los actores, se sabe también que existen varios determinantes de la hipertensión en el Perú. De este modo, el marco conceptual de esta investigación se centra en estudiar tres determinantes que tienen efectos en la salud de las personas y que pueden generar desigualdad entre los que tienen hipertensión. Estos tres determinantes son: (i) el acceso a información de salud para prevenir o controlar la enfermedad, (ii) el acceso a servicios de salud para prevenir o controlar la enfermedad, y (iii) comportamientos de salud para prevenir o controlar esta enfermedad. El marco conceptual busca identificar cuatro características del individuo —esto es, sexo, edad, educación y el nivel socioeconómico— que pueden estar asociadas a los tres determinantes de la hipertensión. Es decir, se busca identificar desigualdades en cada uno de los tres determinantes de la hipertensión, examinando las diferencias existentes entre grupos de personas diferenciados por su sexo, edad, educación y nivel socioeconómico.

Estudio 2: desigualdad en dos centros de salud

Para examinar cómo la desigualdad se refleja en los determinantes de la hipertensión entre pacientes con hipertensión en Lima, se procedió a implementar un estudio en dos centros de salud. La selección de ambos centros estuvo guiada por la red de especialistas que asesoraron esta investigación —CRÓNICAS, Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, y el área de Informática en Salud, ambos equipos de investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia—. Gracias a su asesoría, se diseñó e implementó un estudio con pacientes y doctores para identificar desigualdades tanto en el acceso a información y servicios de salud, como en estilos de vida que permitan controlar la hipertensión. El Estudio 2 tuvo como objetivo principal responder a las preguntas de esta investigación mediante las entrevistas a pacientes y doctores del Hospital Nacional Cayetano Heredia y de la Clínica Médica Cayetano Heredia.

Antes de dar inicio al Estudio 2, se llevaron a cabo cuatro observaciones tanto de la clínica como del hospital. Estas observaciones permitieron conocer el contexto en el que se provee de servicios de salud y se comunica información de salud a los pacientes con hipertensión. A continuación, se presentan las fechas y los objetivos de cada una de las observaciones realizadas.

Cuadro 5

OBSERVACIÓN	FECHA	OBJETIVO
1	Jueves 9 de junio de 2011, mañana	Conocer la infraestructura del hospital y de la clínica, y las características de la atención
2	Viernes 22 de julio de 2011, mañana	Conocer la autodefinición del hospital y de la clínica según sus páginas web institucionales, y las características de la atención en la clínica
3	Martes 26 de julio de 2011, mañana	Conocer la atención en un consultorio del hospital
4	Lunes 10 de octubre de 2011, mañana	Conocer las características de la sala de espera del hospital

Sobre la base de estas observaciones, se proponen algunos puntos para destacar. Ambos centros de salud se ubican en el distrito de San Martín de Porres, un distrito populoso al norte de Lima. El hospital se ubica junto a la

clínica, la que a su vez se ubica junto a la Universidad Peruana Cayetano Heredia —una universidad privada de medicina en el Perú—. Los dos centros de salud, si bien son vecinos uno del otro, tienen diferencias claras. El hospital es una edificación grande y plana de dos pisos, en tanto que la clínica es un edificio mucho más pequeño en comparación, pero de cuatro pisos.

El Hospital es un centro que ofrece muchos servicios y es muy concurrido de por sí. Por ejemplo, *en el interior del Hospital están las áreas de Vacunación Internacional, de Rehabilitación, luego la oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. También hay una cuna infantil. Hacia el fondo del Hospital están los quioscos de comida. Se aprecia la Jefatura del Departamento de Enfermería, así como el Departamento de Odontología, junto al Departamento de Salud Bucal. Noto que las personas con discapacidad, con bastón o con sillas de ruedas, están acompañadas de un familiar cuando caminan por el Hospital. Hacia la parte posterior extrema del hospital se ubica la zona de Emergencia, donde hay mucho movimiento, mucha gente: hay doctores, enfermeras y público: todos caminando y cruzando de un lado a otro, y hablando. Hay paneles de información en las paredes —como periódicos murales—. Los paneles contienen mucho texto escrito. En esta zona, hay una oficina de la Policía Nacional del Perú. Un guardia del Hospital camina por esta zona mirando atentamente a todos, y hablando por su radio. Al interior del hospital, hay un pabellón de Medicina Externa que está abierto al público y es de una sola planta. Hay un segundo pabellón de Hospitalización que está en la parte posterior del hospital, que tiene dos plantas y tiene el acceso restringido, pues dos guardias cuidan la puerta de acceso. En la zona de Medicina Externa se ubican los consultorios del hospital. En los pasillos de Medicina Interna hay muchos pacientes, doctores y enfermeras caminando —una de ellas, por ejemplo, camina mirando su celular—. En una de las salas de espera, hay gente que está sola y otra que está acompañada. En la ventanilla de Medicina Interna, hay un letrero con el horario de Medicina Interna, que tiene dos turnos: Mañana: 8 a 12 y Tarde: 2 a 6. Hay varios guardias caminando y cuidando la sala de espera.*

A diferencia del hospital, la clínica es más pequeña y menos concurrida. *La clínica tiene dos puertas de acceso, ambas custodiadas. La entrada a la clínica es más pequeña en comparación con las del hospital, casi no hay nadie entre la reja de entrada y el edificio mismo. En el edificio, una señorita me recibe y me da la bienvenida. El edificio de la clínica tiene cuatro pisos. En el primer piso hay poca gente: hacia la derecha hay una escalera y, hacia la izquierda, una sala de espera y consultorios con algunas secretarías atendiendo en sus escritorios. El segundo piso tiene la misma distribución que el primero. Tanto el tercer como el cuarto piso tienen acceso restringido, pues hay habitaciones para pacientes. En el primer piso, la joven anfitriona me informa sobre la diferencia entre la clínica y el hospital; de acuerdo con ella, hay una diferencia en el precio de consulta, pues en la clínica es de 42 soles y en el hospital es de 10 soles; además, el tiempo de espera es diferente: según le dicen algunos pacientes que han ido del hospital a la clínica, la cita la dan ahí mismo, para el mismo día en muchos casos, mientras que en el hospital la*

cita es a veces para dentro de un mes; además, los doctores son selectos en la Clínica y se atienden todos los problemas de salud; el horario de atención también es diferente: en la clínica es de lunes a sábado de 8 a. m. a 8 p. m. —y en el hospital es de 8 a. m. a 6 p. m., pero en dos turnos; finalmente, la consulta en el hospital puede ser gratis con el SIS (Seguro Integral de Salud), mientras que en la Clínica puede ser más barata si se viene con una afiliación a una Empresa Prestadora de Salud. En comparación con el hospital, se puede ver claramente que la Clínica es un lugar limpio, más seguro que el hospital y con poca gente, lo que sugiere que los pacientes que acuden allí también son diferentes a los del hospital.

Una caracterización más objetiva de ambos centros puede obtenerse si se revisa la información en las páginas web de ambas instituciones. La web del hospital, por ejemplo, indica lo siguiente (en julio de 2011):

El Hospital Nacional Cayetano Heredia nivel III-1, Ejecutora perteneciente a la DISA V Lima Ciudad, cuenta con diferentes especialidades, atendiendo a una población de 107,523 para el año 2010, las 24 horas del día en los servicios de Emergencia y Hospitalización. Teniendo alrededor de 1400 egresos hospitalarios al mes. Las atenciones médicas (Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina de Enfermedades Infecciosas y Dermatológicas) en los consultorios externos es de alrededor de 17,000 atenciones al mes, en dos turnos (mañana y tarde) y los sábados hasta el mediodía. En cuanto al total de las consultas externas, donde también se encuentran los servicios de Psicología, Odontología, Nutrición y Obstetricia es alrededor de 20,000 consultas mensuales. Las atenciones en el servicio de Emergencia aproximadamente 6,000 atenciones al mes. Asimismo el hospital cuenta con 367 camas hospitalarias, 58 camas en emergencia, 94 consultorios físicos y 128 funcionales laborando en dos turnos. (Fuente: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=>)

La web de la clínica, por ejemplo, indica lo siguiente (en julio de 2011):

La CMCH es una Clínica local líder, que brinda servicios de salud con Calidad y Calidez. Su nuevo edificio cuenta con 4000 m² de moderna infraestructura, atendiendo un promedio de 500 pacientes diarios. El cuarto piso cuenta con nuevos y amplios consultorios, con ambientes dedicados a procedimientos médicos y equipos de última generación.

Asimismo, en el tercer nivel, 02 nuevas salas de operaciones con todas las medidas de bioseguridad; ambientes especiales de hospitalización, y nuestras salas de partos y recién nacidos. (Fuente: <<http://www.cmch.com.pe/acerca.php>>)

Finalmente, tuve la oportunidad de observar una entrevista entre un médico y un paciente en un consultorio del hospital. La conclusión más importante es que el tiempo destinado al paciente es muy corto. Lo más saltante, sin embargo, fue la poca privacidad con la que se realizó la entrevista: además del médico y su paciente, había tres médicos practicantes que observaban la entrevista; además, una enfermera del hospital entró y salió del consultorio,

y había otro médico que simultáneamente atendía a un paciente en el mismo consultorio. Todo esto sugiere que las oportunidades para recibir servicios de salud en el hospital no son las óptimas, pues podrían estar limitadas por factores como el tiempo o la falta de privacidad.

Las observaciones sirvieron de contexto para diseñar e implementar el Estudio 2, que se describe a continuación.

METODOLOGÍA

Para cumplir con el objetivo principal del Estudio 2, se entrevistó a médicos y a sus pacientes con hipertensión. Las entrevistas se llevaron a cabo durante los meses de octubre y noviembre de 2011, y se hicieron con la asistencia de una psicóloga con experiencia en investigación de campo en temas de salud. Se entrevistó a 40 personas cara-a-cara, divididos en dos grupos: 34 pacientes con hipertensión y 6 doctores que trabajan con pacientes con hipertensión. Las entrevistas con los doctores tomaron entre 15 y 20 minutos, mientras que con los pacientes tomaron entre 30 y 40 minutos. En ambos grupos, el criterio de inclusión fue ser hombre o mujer, de 18 años de edad o más y con capacidad de dar consentimiento informado. Este estudio recibió la aprobación de los comités de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Asimismo, el estudio se implementó con la autorización del Hospital Nacional Cayetano Heredia y de la Clínica Médica Cayetano Heredia. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio y recibieron un incentivo equivalente a S/10,00.

El diseño de los instrumentos estuvo informado por la revisión de la literatura, las entrevistas con los actores (Estudio 1) y la Teoría de la Predicción del Comportamiento (Fishbein y Ajzen 2010). Asimismo, el cuestionario que sirvió de guía para entrevistar a los pacientes fue pretestado con cinco pacientes anónimos —con y sin hipertensión— en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

RESULTADOS

En el grupo de los doctores entrevistados hubo especialistas en cardiología ($n = 2$), medicina interna ($n = 3$) y nefrología ($n = 1$). Todos, salvo uno, trabajan en el hospital y la clínica. El médico que trabaja solo en el hospital lo ha hecho por los últimos cuatro años, mientras que el resto lleva por lo menos cinco años trabajando en alguno de los dos centros de salud.

Del total de pacientes entrevistados, 20 fueron mujeres y 14 hombres; la edad promedio fue 68,26 (Mediana = 70 y Mín. = 40, Máx. = 82). Menos de la tercera parte reportó haber nacido en Lima ($n = 9$) y el resto en distintas regiones del país, como Áncash, Ayacucho, Cajamarca, Huancayo, etc. Más de la mitad vive en San Martín de Porres ($n = 18$), mientras que 4 viven en el Rímac, 4 en Los Olivos, 2 viven en Comas y 1 en cada uno de los siguientes distritos: Chancay, Independencia, Lima y Ventanilla. Sin embargo, 2 de

ellos no viven en Lima. Veinte reportaron convivir con alguien o estar casados, mientras que 10 se identificaron como viudos; además, 2 se identificaron como separados y 2 como solteros.

El siguiente cuadro muestra el nivel de educación¹¹ de los 34 pacientes:

Cuadro 6

NIVEL DE EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Sin nivel	1	2,9	2,9
Primaria incompleta	4	11,8	11,8
Primaria completa	5	14,7	14,7
Secundaria incompleta	4	11,8	11,8
Secundaria completa	13	38,2	38,2
Sup. no univ. incompleta	1	2,9	2,9
Sup. no univ. completa	3	8,8	8,8
Sup. univ. incompleta	1	2,9	2,9
Sup. univ. completa	2	5,9	5,9
Total	34	100,0	100,0

Como se aprecia en el cuadro 6, 20 han completado, al menos, la secundaria. Por otro lado, cuando se indagó por su percepción sobre el nivel de ingresos en su hogar, 4 de los pacientes indicaron que el salario o sueldo que recibían y el total del ingreso en sus hogares no les alcanzaba y tenían grandes dificultades, mientras que 25 pacientes indicaron que no les alcanzaba y tenían dificultades. De acuerdo con su condición económica, 1 de los pacientes se consideró muy pobre, 2 se consideraron pobres y 24 más o menos pobres; solo 7 no se consideraron pobres.

En cuanto a hipertensión, 21 mostraron que su hipertensión no estaba controlada, pues sus medidas fueron iguales o superiores a 140 en la presión sistólica o a 90 en la presión diastólica. La mayoría de los pacientes reportaron tomar pastillas para controlar su hipertensión, mientras que 5 de ellos no lo hacían. Al momento de la entrevistas, solo 7 pacientes asistían a su primer control en los últimos doce meses, mientras que el resto asistía a 2 o hasta 20 controles en los últimos doce meses. Sin embargo, más de la mitad ($n = 19$) reportó haber tenido entre dos y cuatro controles de hipertensión. En conjunto, los pacientes reportaron conocer su condición, en promedio, durante un periodo de 8,39 años (Mediana = 5, Mín. = 0, Máx. = 30 —sobre un total de 33 respuestas válidas—).

En cuanto al uso de medios de comunicación, 14 indicaron que, en el último año, el medio que más utilizaron fue la radio, mientras que 13 indicaron que fue la TV —el resto reportó el periódico o Internet—. Aunque hubo

11. Para medir este constructo, se utilizó un ítem adaptado de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) disponible en la web de los microdatos del INEI: <<http://www.inei.gov.pe/srienahto/index.htm>>.

mucha dispersión en las respuestas sobre el canal de televisión que ven con más frecuencia, los canales 4 y 9 fueron nombrados por al menos 8 de los participantes. En contraste, hubo mayor consenso en la selección del programa de radio través del cual se informan — $n = 23$ indicaron RPP— y en la selección de los periódicos que más leen —*El Trome y Ojo*—.

A los pacientes se les hicieron preguntas relacionadas con la hipertensión —cómo la definían, cuáles son sus causas y consecuencias y, en particular, qué significaba para ellos tener hipertensión—.

Muchos de los pacientes no pueden definir qué es la hipertensión. En su mayoría, todos coinciden en que esta enfermedad está asociada al corazón. Por ejemplo, un participante mencionó que la hipertensión es “Una molestia que hace que se suba la presión. Es un malestar en la sangre que se vincula al corazón”. Otra persona indicó que es un “Problema porque se te sube la presión y se cansa uno al hacer las cosas. La presión alta es un malestar del corazón como tener taquicardia, colesterol alto, pero aquí es la presión”. Cinco de los participantes indicaron no saber qué es hipertensión.

Cuando se les preguntó por las causas, hubo consenso entre los pacientes en cuanto a la herencia genética y los malos hábitos alimenticios —como comer sal o grasas o no hacer actividad física— como dos de las principales causas de la hipertensión. Por ejemplo, un participante respondió: “Hay varias. Me han dicho que por la comida muy condimentada, la sal, el consumo de carne, las preocupaciones, el café, tener una vida muy sedentaria ¿no? Pero a mí me ha pasado por herencia, porque mi mamá y mis hermanas (bueno, algunas) han tenido y tienen”. Otro participante señaló la “mala alimentación (o) algún familiar (papás, tíos, abuelos) lo pueden tener y eso te lo pasan”. Sin embargo, también se observó que alrededor de la mitad de los pacientes indicaron que las emociones fuertes o las preocupaciones pueden generar hipertensión: uno de los pacientes señaló los “Problemas, preocupaciones, sustos, tensiones, pero el médico me dice que si mi papá o mamá lo tuvo, yo también lo tengo”. Otro paciente indicó “Puede ser por cólera, ahí me sube”.

La mayoría de los pacientes coincidieron en identificar las consecuencias de la hipertensión como “dolores de cabeza, malestar en el cuerpo, ya no puedes caminar ni respirar como antes, te puede dar mareos y desmayos” o “dolor de corazón, como un infarto, derrame cerebral, y si es muy grave puedes morir”.

Una respuesta interesante dieron los participantes a la pregunta sobre qué significaba tener hipertensión en sus vidas. Las respuestas variaron y, sin duda, expresan el malestar y la limitación que la hipertensión puede causar en su actividad diaria, como se observa a continuación:

- No poder hacer mi vida como antes, salir y pasear, ir al centro o por otros lugares o ir sola a la iglesia.
- Es algo nuevo, asusta un poco porque hay que cambiar la comida o tratar de hacer cosas para mantenerse activo, parece un poco complicado.
- Molestia, un poco de depresión, me hace recordar el fallecimiento de mi padre porque en esas fechas me puse mal.

- Una preocupación muy grande, definitivamente una preocupación muy grande.
- Se sube a la cabeza la presión y se calienta. El doctor me explicó que en nuestra cabeza tenemos un vaso y se llena y puede morir cuando no recibe las medicinas a tiempo.
- Es peligroso.
- Bueno, ya lo he controlado, pero las emociones me afectan y se puede subir la presión. A veces es complicado porque cualquier preocupación y ya siento “pum pum” el corazón a saltar.
- Para mí es estar preocupado por mi salud y mis pastillas, eso a veces se me olvida, porque tomo pero se me va la hora.
- Yo me cuido, por eso vengo, no se puede comer mucho ni tener cóleras.
- Ahora hay que comer muchas frutas, bajo en sal y no comer mucho ni grasas.
- Es algo que hace que el corazón te bombee duro, hay cansancio y fatiga, así vivo a veces con la hipertensión o presión alta.
- Una molestia, porque hay que andar con las pastillas, pero igual sigue la vida.
- Cóleras, problemas de dinero, molestias por las comidas y no hacer ni comer muchas cosas saladas o harinas.
- Me cuido, me cuidan mis hijos. Me está haciendo bien venir y tomar las pastillas.
- Más control con los alimentos, más dietas saludables, menos actividades físicas fuertes.
- Es para tener cuidado y cuidarse, no hacer muchas cosas que te agiten o comer muchos condimentos y hacer algo de caminata.
- Como que tienes que cambiar, ya no puedes hacer tanto esfuerzo físico; ya no puedes hacer las cosas que hacías antes, hay que hacer dieta, una manera más sana que también te ayuda a conservarte, ayuda a no enfermarte.
- Cuidarse, venir al médico y tomar pastillas.
- Que tengo que hacer dieta con poca sal, caminar un poquito, tomar las pastillas.
- Aunque creo que sigo igual, he mejorado mi comida. Como menos sal pero igual le ponemos un poquito, ya no fumo (aunque hace más de 10 años que lo dejé) y si tomo es solo para brindar.
- Caminar, haces comidas balanceadas, aunque me dio pena no poder comer chocolates; tomar las pastillas todos los días.
- Que a pesar de que lo tengo, puedo hacer mi vida normal con mis pastillas.
- Cuidados con la salud. Una oportunidad de cambiar mi vida, porque hay que comer más sano y estresar menos.

Las opiniones anteriores revelan que tener hipertensión es una molestia que ha significado cambiar estilos de vida, como cambiar la dieta, por ejemplo. En síntesis, los pacientes indican que tener esta condición es una limitación en sus vidas.

La primera pregunta de investigación está relacionada con identificar si existe desigualdad en el acceso a información para prevenir o controlar la hipertensión. Para responder esta pregunta, se hizo un análisis de las entrevistas

atendiendo a diferencias de sexo, edad, nivel de educación y nivel socioeconómico —un constructo definido como el haber hecho uso del servicio de salud en el hospital o en la clínica el día de la entrevista—.

A continuación, se presenta el análisis de la información compartida por los médicos atendiendo a los cuatro criterios de segmentación. Luego, se presenta el análisis de la información recogida de los pacientes. Los resultados se muestran por pregunta de investigación.

DESIGUALDAD EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

Médicos

De acuerdo con los médicos entrevistados, no parece existir desigualdad en el acceso a información según el sexo del paciente. En cuanto a edad, dos médicos dijeron no encontrar diferencias en el acceso a la información de salud de sus pacientes. Solo un médico reconoció que “si son adultos mayores, la información que se da es más familiar para que se puedan llevar”. Sin embargo, en cuanto a búsqueda de información de salud, un médico mencionó que

[...] dentro de los grupos relacionados a la información, los que más lo hacen son los jóvenes o ayudan a buscar información si es que el hipertenso es el familiar. Los pacientes de la tercera edad son los que menos información aportan de acuerdo a su seguimiento; son pacientes que dicen sentir mejor cuando no tomaron los medicamentos o dicen que sí tomaron y no lo hicieron; yo en ese tipo de pacientes trato de buscar una alternativa de control y es que compren la pastilla y tienen que decir cuánto han comprado, llevan la boleta y cuántas le quedan.

Del mismo modo, los médicos parecen encontrar pequeñas diferencias socioeconómicas entre la clínica y el hospital. Un médico indicó que “sí, en la clínica difiere en un mínimo. Por grado leve, el que viene acá es un poco más pudiente que en el hospital”.

Hubo consenso con respecto a la desigualdad de información según el nivel de educación del paciente. Un médico indicó

[...] de repente, el nivel cultural más bajo y sí, es un poco difícil a veces que el paciente entienda o te entiende que tome la pastilla y si se le acabó, cuando regresó a su consulta no tomó, porque no entendió el concepto; en ese punto de vista sí se nota un poco de diferencia.

Otro médico mencionó lo siguiente:

[...] yo creo que la gente que tiene menos nivel cultural no entiende la idea de lo que es la hipertensión porque piensan que yo tengo presión alta por eso me duele la cabeza, entonces cuando me duele la cabeza tomo la pastilla y el resto del momento no; similar pasa con la diabetes, incluso. Entonces ahí hay que concientizarlos que cada día sus venas y arterias están malográndose con la presión y hay que evitar esos efectos secundarios, así es como que esa parte es la que más se refuerza.

Un tercer médico encuentra que

[...] los pacientes de la clínica, muchos de ellos tienen mayor nivel cultural; en cambio en el hospital a veces no entienden muy bien esa importancia del cuidado y consecuencias por la hipertensión. [...] A más educación entienden mejor y se pega mejor al tratamiento.

Un cuarto doctor encuentra una diferencia muy clara:

[...] el paciente de la clínica está más informado, viene a la siguiente cita con muchas preguntas porque ha leído en Internet él o [por] la familia; viene con anotaciones de su presión arterial, ya compró un tensiómetro, pregunta qué marca hay, traen un cuadernito con sus presiones. En el hospital son menos.

Pacientes

Para examinar la desigualdad en el acceso a la información de acuerdo con el nivel socioeconómico de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes que fueron entrevistados en el hospital y las de quienes fueron entrevistados en la clínica.

Con respecto al lugar en el que acceden a información, existe un patrón entre los pacientes del hospital que no es exactamente el mismo que entre los pacientes de la clínica. En el hospital, los pacientes suelen recabar información sobre hipertensión principalmente entre sus familiares o los doctores, mientras que en la clínica —además de las mismas fuentes de información— más pacientes indican que se apoyan en medios de comunicación como la radio o Internet. Por ejemplo, uno de los pacientes del hospital encontró información “en el médico, él me ha dicho qué hacer y qué evitar porque tengo que cuidarme mucho porque el otro mes me opera y no sé cómo saldré”; y otros pacientes indicaron lo mismo: “mi médico me ha dicho, bueno ya antes el primero que tuve me dijo, pero luego te avisan las enfermeras o uno pregunta a quien te atiende qué hay que hacer para cuidarse”; “mis hijos me explican y me repiten qué tengo que hacer y cómo tengo que cuidarme y que cualquier cosa les avise...”; “mi hija me dice y el doctor me da un cartoncito y una de esas señoritas que regalan pastillas me dio un folleto”. En contraste, los pacientes de la clínica indicaron que encuentran información “en Internet, el médico también me da información, en algunas cajitas de medicinas dan ideas de cuidados”; “a través de Internet, en páginas de salud o lo que deseo buscar. Otra forma de saber de hipertensión es cuando vengo a las consultas y el doctor me explica cómo estoy”; “a veces escucho en la radio o leo en el periódico y así me informo cómo cuidarme. [...] Cuando vengo a la consulta, el médico me dice si lo que estoy haciendo está bien; él se da cuenta de todo y rapidito me dice si le miento o no”.

Con respecto a los facilitadores que les permiten acceder a información, existe un patrón similar entre los pacientes del hospital y los de la clínica. Para ambos tipos de pacientes, lo que permite que ellos busquen o encuentren información es el interés por sentirse mejor, la colaboración de sus familiares, el apoyo del médico y —en cierta mayor medida en la clínica—, el acceso a la radio o Internet. Por ejemplo, un paciente del hospital comentó que

[...] lo que ayuda es si el médico tiene tiempo, te explica [tus] preguntas, pero si no tiene tiempo, no te dicen nada. También ayuda que mi familia busca en Internet, me enseñan cómo hacer pero paro, ando ocupada en el trabajo atendiendo o a veces salgo a comprar.

Y otro paciente indicó “que el doctor explica bien; que mi hijo me enseña y pregunta al doctor qué hacer”.

En cuanto a las barreras que les impiden acceder a información, existe un patrón ligeramente diferente entre los pacientes del hospital y los de la clínica. Lo que impide que pacientes de la clínica busquen o encuentren información son el olvido o perder la oportunidad de preguntar a los doctores, la falta de tiempo para buscar información, la poca información que existe en los medios de comunicación, o que los doctores comunican la información a los pacientes de manera muy rápida. El mismo patrón de respuestas se observa entre los pacientes del hospital, pues las barreras citadas por ellos son la falta de tiempo o de interés por buscar información, o la poca disponibilidad de información sobre hipertensión en los medios de comunicación. Sin embargo, los pacientes del hospital indican que una barrera frecuente es la falta de dinero para acudir al hospital o visitar al doctor. Además, un paciente del hospital señaló como barrera la vergüenza de preguntar por este tipo de información, y otro señaló el miedo y preocupación que tiene cada vez que asiste a su consulta.

Para examinar la desigualdad en el acceso a la información de acuerdo con el sexo de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes hombres y mujeres. Si bien no hay diferencias claras en cuanto a los lugares para obtener información, cabe resaltar que los únicos dos pacientes, de toda la muestra, que indicaron no tener mucha información al respecto fueron hombres. En cuanto a facilitadores para acceder a la información, se observan elementos comunes entre ambos sexos, como el recibir el apoyo de la familia para obtener la información requerida. Sin embargo, algunas mujeres —pero ningún hombre— indicaron que las ganas de saber sobre su salud constituye un facilitador para el acceso a la información. Por ejemplo, una mujer indicó lo siguiente:

Lo bueno o fácil es que me preocupa mi salud, porque casi estoy sola en la casa y como no hay nadie, tengo que saber qué me puede pasar, por eso cada vez que he venido he hecho varias preguntas para estar preparada, además el médico me ha dicho que si me siento mal, venga y consulte.

De hecho, las mujeres indican que hacen preguntas a los médicos, como se observa: “Como nos gusta preguntar, eso hace que yo sepa o, con quien venga, que sepamos qué hacer, yo creo que eso ayuda”. Otra mujer comentó:

Es fácil tener información cuando uno sabe qué preguntar y qué tiene, o si no entendiste lo que te dijo el médico hay que preguntar a la primera cita, porque luego a la siguiente vez él piensa que entendiste todo. Mi hija es médico, ella siempre me pregunta cómo me fue y me explica.

Finalmente, no se encontraron diferencias entre ambos sexos en cuanto a las barreras para conseguir la información.

Para examinar la desigualdad en el acceso a la información de acuerdo con la edad de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes de 60 años o más y los pacientes menores de 60 años. Se escogió este “corte” porque el estudio Tornasol muestra que se observan mayores prevalencias entre los grupos etáreos mayores de 60 que los menores (Segura Vega et ál. 2006). En cuanto al lugar en el que acceden a información, no se observan muchas diferencias entre ambos grupos de pacientes, salvo que ninguno de los pacientes jóvenes citó la radio como fuente de información —a diferencia de los pacientes mayores—. Con respecto a los facilitadores que les permiten acceder a información, no existe un patrón diferente entre ambos grupos de pacientes. En contraste, cuando se comparan las barreras entre ambos grupos, se hace evidente que los mayores tienden a indicar la falta de dinero para ir al hospital y acceder a la información, lo que no se observa entre los pacientes jóvenes.

Para examinar la desigualdad en el acceso a la información de acuerdo con el nivel de educación, se compararon las respuestas de los pacientes que reportaron tener secundaria completa o más, y los pacientes con una educación menor que secundaria completa. Son evidentes las similitudes con respecto a las fuentes de información, pues ambos grupos se apoyan en familiares o amigos y la radio, como fuentes para obtener información sobre hipertensión. Sin embargo, solo los pacientes con educación secundaria completa señalaron el Internet como un medio para obtener esta información. De hecho, cuando se indagó por los facilitadores, Internet fue mencionado únicamente por los pacientes con mayor educación como un facilitador para que ellos o sus familiares obtuvieran información sobre hipertensión. En contraste, no parece haber un patrón diferente entre ambos grupos de pacientes sobre las barreras para obtener esta información.

DESIGUALDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Médicos

De acuerdo con los médicos entrevistados, no parece existir desigualdad en el acceso a servicios de salud para controlar la hipertensión según la edad o el nivel de educación del paciente. Solo dos médicos indicaron encontrar una desigualdad en el acceso a servicios en cuanto a sexo: un médico indicó que “las mujeres suelen consultar si pueden ir a otro servicio en cualquiera, hospital o clínica”. Otro médico indicó que

[...] las mujeres son más preocupadas que los varones; no sé si es porque el hombre tiene que trabajar pero mi percepción es que las mujeres están más puntuales. En el nivel de información, los varones se informan más que las mujeres. En medir la presión, las mujeres están más meticolosas o preocupadas que los varones.

En contraste, todos los médicos revelaron cierto tipo de desigualdad en el acceso a servicios debido a la condición socioeconómica. Un médico reveló que

[...] es más fácil que el paciente que viene a la clínica tenga acceso a poder comprar la medicación que tú le das; algunos te piden que les pongas la medicación más cómoda; se puede manejar medicamentos de marca, en realidad no hay mucha diferencia. En el hospital, de repente la adherencia de ese punto de vista puede ser un poco menos. [En cuanto al] análisis de muestras, más en la clínica, por cuestión de costo; en el hospital, puede ser más difícil que lo cumplan más rápido, sin importar edad.

Otro médico indicó que “solo que si no tienen medios económicos, puede ser que demoren en asistir a una interconsulta y eso posterga su atención y puede ser que el avance en el tratamiento no sea muy bueno”. Un tercer médico mencionó que “a menos posibilidades [económicas], hay menos acceso, las citas se dilatan más, toman los medicamentos inapropiadamente”. Por último, otro médico indicó que

[...] la compra de medicamentos es más notoria en pacientes de la clínica que los del hospital ($\frac{1}{3}$ incumple). En el hospital, a la mayor parte les doy la opción del genérico, en la clínica casi siempre es de marca. Pero si no tienen seguro, siempre piden. Un tercio está en problemas de conseguir; en la clínica no es tanto.

Para dos médicos queda claro que existen maneras de resolver esta desigualdad, pues el “seguro ayuda a adquirir las medicinas para los de bajos recursos” o, como lo sugiere uno de ellos,

[...] en el caso de la clínica, tú puedes darle la medicación y también en genérico y ya depende de ellos si compran o no; [...] el captopril que es un medicamento para hipertensión de diez pastillas cuesta 1,50 soles o algo así, entonces no es muy caro, pero la alternativa de tomar tres pastillas al día a uno, al final son lo mismo.

Pacientes

Para examinar la desigualdad en el acceso y uso de servicios de salud para controlar la hipertensión de acuerdo con el nivel socioeconómico de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes que fueron entrevistados en el hospital y las de quienes fueron entrevistados en la clínica.

Con respecto al tipo de servicios que buscan o utilizan para controlar la hipertensión, existen similitudes y diferencias. En cuanto a las similitudes, todos los pacientes de la clínica y del hospital, salvo solo dos, reportan no haber asistido a una consulta con un/a nutricionista. Para ambos grupos, el servicio de control lo encuentran con el médico y todos indican que se miden la presión en el centro de salud, la posta, una farmacia o con algún familiar o amigo. Ambos grupos coinciden en tener acceso a los exámenes pero que estos son caros.

En contraste, existen diferencias en cuanto a la compra de medicinas y al acceso al seguro. Los pacientes de la clínica tienden a comprar sus medicinas en la farmacia o las consiguen por regalo y, aunque les parecen caras, las pueden comprar. Los pacientes del hospital tienden a comprar las pastillas en la mayoría de los casos, pues a pesar de tener el SIS, este seguro no les cubre todo. Un paciente tuvo que cambiar de pastillas porque las que les recetaron resultaron caras:

[Tengo] cinco clases de pastillas para un mes y tengo que tratar de comprarlas. Si está muy cara, le digo a la señora que me dé otras más parecidas. Hay una a 140 soles y no me alcanzaba y me cambió y compré a menos, 70 u 80 soles.

En relación con el acceso a seguro de salud, casi todos los pacientes de la clínica reportaron tener un seguro ya fuera privado o, en varios casos, el seguro de EsSalud; sin embargo, casi ningún paciente de la clínica utiliza su seguro. En comparación, varios pacientes del hospital reportan estar afiliados al SIS o al AUS, pero algunos indican que este seguro no cubre todas las medicinas o algunos exámenes. Si bien algunos señalan tener el seguro a través de EsSalud, cuatro pacientes indicaron no tener seguro alguno.

Con respecto a los facilitadores que les permiten acceder a los servicios para controlar la hipertensión, existe un patrón similar entre los pacientes del hospital y de la clínica. Un facilitador recurrente que permite utilizar los servicios para los pacientes de la clínica es la colaboración de la familia, en tanto los miembros de la familia los acompañan durante las consultas, les compran pastillas o simplemente les recuerdan la toma de sus pastillas; un paciente de la clínica señaló, por ejemplo: “mis hijos me compran lo que se necesite y me dan mi propina”; otro paciente, además, señaló los horarios de la clínica como un facilitador para acceder al servicio. Por otro lado, los pacientes del hospital indican que tanto la familia como el seguro SIS representan facilitadores para cubrir los costos de los servicios. Asimismo, estos pacientes indicaron la cercanía de sus casas al hospital como un facilitador para acceder a los servicios.

Con respecto a las barreras que les impiden acceder a los servicios, existe un patrón ligeramente diferente entre los pacientes del hospital y los de la clínica. Para los pacientes de la clínica, una barrera recurrente es la falta de dinero para poder costear los exámenes o la consulta. Si bien sucede lo mismo entre los pacientes del hospital, estos mencionan, además, que la falta de tiempo para asistir al hospital, la cantidad de tiempo destinada en obtener una cita o la cantidad de tiempo de espera para atender la consulta son otros tres impedimentos que limitan el acceso a los servicios para controlar la hipertensión. Por ejemplo, un paciente señaló que el impedimento son “las programaciones porque hay que venir exclusivamente a planear [la] cita, he venido dos veces y nada, y a la tercera [me] dijeron ‘ahora sí tengo para programar’”; en tanto que otro paciente dijo:

Para mí sí es fácil, todo lo malo es que se espera bastante 4 ó 5 horas, cada vez que uno viene. Como paro sola, sola vengo pero lo malo es que esos días no se come bien y paras en tensión o sales de un lugar y tienes que ver cuándo es

tu próxima cita y ya no hay y hay que regresar y regresar hasta que te digan que sí hay.

Para examinar la desigualdad en el acceso y uso de servicios de salud para controlar la hipertensión de acuerdo con el sexo de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes hombres y mujeres. Las respuestas sugieren que no existen diferencias en los servicios solicitados por ambos grupos de pacientes. Del mismo modo, no se encontraron diferencias en los facilitadores o las barreras que permiten o limitan el acceso a los servicios.

Para examinar la desigualdad en el acceso y uso de servicios de salud para controlar la hipertensión de acuerdo con la edad de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes de 60 años o más y los pacientes menores de 60. Si bien se no observan diferencias en cuanto al uso de distintos servicios entre ambos grupos de pacientes, los dos únicos que reportaron haber acudido a una nutricionista son pacientes menores de 60 años. Por otro lado, no se encontraron diferencias en los facilitadores o las barreras que permiten o limitan el acceso a los servicios.

Para examinar la desigualdad en el acceso y uso de servicios de salud para controlar la hipertensión de acuerdo con el nivel de educación, se compararon las respuestas de los pacientes con secundaria completa o más y los pacientes que no cuentan con secundaria completa. Si bien no se observan diferencias en cuanto al uso de distintos servicios, los dos únicos que reportaron haber acudido a una nutricionista son pacientes con mayor educación. Por otro lado, no se encontraron diferencias en los facilitadores o las barreras que permiten o limitan el acceso a los servicios.

DESIGUALDAD EN LOS COMPORTAMIENTOS DE SALUD

Médicos

De acuerdo con los médicos entrevistados, no parece existir desigualdad en la implementación de comportamientos de salud de acuerdo con el sexo del paciente. Solo un médico reveló que “las mujeres [se cuidan] más que los hombres en controlarse y no morirse”. Por otro lado, dos médicos indicaron que existen desigualdades en comportamientos como resultado del nivel de educación: “por lo menos en lo que estoy viendo, es más por condición cultural el impedimento del paciente” y “aquellas personas que tienen mayor información y nivel de comprensión puede que mejoren rápidamente...”. Finalmente, dos médicos revelaron que existen desigualdades como resultado de la condición socioeconómica y uno de ellos mencionó que

[...] las personas con nivel socioeconómico más alto controlan más su salud; las personas con nivel socioeconómico mucho más bajo a menos, no, porque muchos de ellos son el sostén de la familia; entonces si están enfermos igual tienen que trabajar, por eso cuando vienen al hospital, la gente de bajos recursos viene “bien mal”. Entonces hay gente que tiene un poco de mayor poder/capacidad adquisitiva y más tempranamente acude.

Pacientes

Para examinar la desigualdad en la implementación de los comportamientos de salud que permiten controlar la hipertensión, se compararon los comportamientos asociados a la nutrición y la actividad física entre los pacientes de la clínica y del hospital.

En cuanto a nutrición, en el hospital se observa que más del 80% —15 de un total de 18 respuestas válidas— comen frutas frescas, congeladas o jugos todos los días de una semana típica. A diferencia, en la clínica, un 25% —3 de un total de 12 respuestas válidas— comen frutas frescas todos los días de la semana. Existe más dispersión en el número de días que los pacientes de la clínica reportan comer frutas frescas en comparación con los pacientes del hospital. Por ejemplo, mientras en el hospital solo 1 paciente reportó comer frutas frescas un día; otro, tres días; y otro, cinco días; en la clínica, 4 pacientes reportaron comer frutas cinco días, 2 durante cuatro días, 2 durante dos días y 1 durante un día a la semana. Si bien la comparación anterior muestra que los pacientes del hospital comen más frutas frescas, la comparación de la cantidad de porciones de frutas que se comen en un día típico muestra que ambos grupos son muy similares, pues en ambos centros, más de la mitad indica comer al menos una porción de frutas al día (12 de 18 en el hospital, y 7 de 12 en la clínica).

En cuanto al número de días que los pacientes comen verduras (que no incluyen yuca, papa, olluco o camote), parecen existir ciertas diferencias en la distribución de las respuestas. Por ejemplo, mientras que en el hospital 55% (11 de 20) de los pacientes reportan comer verduras entre cinco y siete días a la semana, en la clínica 75% (9 de 12) reportan comer verduras tres días en una semana típica. En relación con el número de porciones de verduras que se comen en un día típico, casi todos en el hospital (90%) y en la clínica (91%) reportan comer entre media y una porción de verduras al día.

La entrevista sirvió también para indagar sobre el consumo de sal. Los resultados muestran que hay similitudes entre los pacientes que acuden al hospital y a la clínica, pues 90% de los pacientes en el hospital y 92% de los pacientes de la clínica reportaron que se echaba sal *frecuentemente* o *siempre* al momento de cocinar la comida. Del mismo modo, todos (100% en hospital) o casi todos (86% en clínica) indicaron que *nunca* agregaban sal a las comidas en la mesa o cuando las comen. La respuesta fue muy similar en cuanto a pedir el salero cuando se come en la calle, pues 95% de los pacientes del hospital y 93% de la clínica reportan *nunca* pedir el salero.

En cuanto a la actividad física, no existe mucha diferencia entre los pacientes del hospital y la clínica con respecto al número de días en que se realizan actividades físicas intensas, pues 80% en el hospital y 86% en la clínica reportan no realizar actividad en absoluto. Es muy similar el patrón con respecto a la actividad física moderada, pues 50% en el hospital y un poco más de 35% en la clínica no realizan actividad física moderada en absoluto; en tanto que 30% del hospital y más del 35% de la clínica reportan hacer actividad física moderada al menos un día en los últimos siete días. Finalmente, con

respecto a caminar tres veces por semana durante 30 minutos seguidos, 30% de los pacientes en el hospital y 29% en la clínica indican no hacerlo, mientras que 70% de los pacientes en el hospital y 71% en la clínica reportan hacerlo.

Para examinar la desigualdad en la implementación de los comportamientos de salud que permiten controlar la hipertensión de acuerdo con el sexo de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes hombres y mujeres. En cuanto a nutrición, se comparó el consumo de frutas y verduras, así como el número de porciones por ambos tipos de alimentos, y no se observan diferencias entre hombres y mujeres; de igual modo, en cuanto al consumo de sal, no se encontraron diferencias de sexo. Finalmente, se observa que los patrones de actividad física son similares tanto para hombres como para mujeres.

Para examinar la desigualdad en la implementación de los comportamientos de salud que permiten controlar la hipertensión de acuerdo con la edad de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes de 60 años o más y los pacientes menores de 60 años. En cuanto a nutrición, también se comparó el consumo de frutas y verduras, así como el número de porciones por ambos tipos de alimentos, y no se observan diferencias entre ambos tipos de pacientes; de igual modo, en cuanto al consumo de sal, no se encontraron diferencias de edad. Finalmente, se observa que los patrones de actividad física son similares en ambos grupos de edad.

Para examinar la desigualdad en la implementación de los comportamientos de salud que permiten controlar la hipertensión de acuerdo con el nivel de educación, se compararon las respuestas de los pacientes con secundaria completa o más y los pacientes con menos que secundaria completa. No se encuentran diferencias según el nivel de educación en cuanto a nutrición, ingesta de sal o actividad física.

En conjunto, no parecen existir muchas diferencias con respecto a los comportamientos de nutrición y de actividad física entre los pacientes que acuden al hospital y a la clínica, o que tienen diferentes niveles económicos o de educación, o de distintos grupos de edad o de sexo. Los patrones son los mismos. Sin embargo, es preocupante que existan dos comportamientos de salud —cocinar con sal durante la preparación de las comidas y hacer actividad física intensa— en las que claramente los pacientes en su conjunto hacen mucho (el uso de la sal) o no hacen nada (actividad física intensa).

Conclusión

Esta investigación abordó un campo aún inexplorado en el Perú, que se centra en la intersección de los temas de desigualdad, hipertensión y comunicación. En conjunto, los hallazgos nos permiten responder una pregunta principal del Programa Institucional del Instituto de Estudios Peruanos, que es ¿cuáles son las expresiones de la desigualdad, exclusión y racismo en las distintas esferas de la vida del país?

En esta investigación, aprendimos que las enfermedades cardiovasculares en el Perú están entre las enfermedades que incrementan la mayor cantidad de años de vida saludable perdidos por discapacidad o muerte prematura (Velásquez 2009) y que la hipertensión es una de las causas directas de las enfermedades cardiovasculares (Kannel et ál. 1970; Kannel y Wolf 2008). En este contexto, esta investigación ha encontrado que existe una diferencia en la prevalencia de la hipertensión (que es de alrededor del 23%; Segura Vega et ál. 2006) de acuerdo con el nivel educativo de los peruanos: uno de los estudios más prominentes que se conocen en el país (el estudio Tornasol) encontró que hay una mayor prevalencia de la enfermedad en los niveles de educación más bajos en comparación con los niveles de educación superior (Segura Vega et ál. 2006).

Creemos que la diferencia de prevalencia de hipertensión de acuerdo con el nivel educativo de las personas es injusta y evitable, pues varias de las causas que originan que unos tengan hipertensión y otros no, son determinantes que pueden cambiarse o controlarse. Por lo tanto, postulamos que sí existe desigualdad en la hipertensión en el Perú y que esta se puede reducir si se atiende a sus determinantes.

Sobre la base de esta investigación formativa, creemos que puede reducirse la desigualdad utilizando programas de comunicación que se dirijan a determinantes como los comportamientos de salud, el acceso a los servicios de salud o, más sencillamente, el acceso a la información de salud. Creemos que estos determinantes tienen influencia en los tres grupos vulnerables de esta enfermedad: los que no tienen hipertensión pero están en riesgo de desarrollarla; los que tienen hipertensión pero no saben que la tienen; y los que saben que tienen la enfermedad pero no la controlan.

De acuerdo con la opinión de los especialistas que entrevistamos, una de las formas en que se puede intervenir para reducir la prevalencia de la enfermedad es mediante políticas. Estas deben incidir en los determinantes estructurales y sociales de la salud, por ejemplo, promoviendo la construcción de centros de salud o instaurando el aseguramiento universal de salud para el total de individuos que no dispongan de los recursos económicos para acceder a servicios de salud. Asimismo, una forma complementaria de atender el

problema es mediante la implementación de programas que promuevan cambios en los estilos de vida entre la población vulnerable. Ambas maneras de intervenir deben hacerse sobre la base de un diagnóstico de las desigualdades existentes en los determinantes de la hipertensión en el Perú. El Estudio 2 de esta investigación se propuso como objetivo el realizar este diagnóstico.

Un hallazgo que revela la desigualdad en el acceso a la información de salud, y que se observa entre grupos con diferente nivel económico, es la desigualdad que encontramos entre los pacientes con hipertensión que acuden a una clínica privada, como es la Clínica Médica Cayetano Heredia, y quienes acuden a un hospital del Estado, como es el Hospital Nacional Cayetano Heredia. En este estudio, entrevistamos cara-a-cara a 34 pacientes con hipertensión tanto del hospital como de la clínica. Aquí observamos que, mientras los pacientes del hospital suelen recabar información sobre hipertensión principalmente entre sus familiares o doctores, más pacientes en la clínica indicaron que, además de dichas fuentes, también se apoyan en medios de comunicación como la radio o Internet. No obstante, la diferencia entre los pacientes de la clínica y del hospital se hizo más evidente cuando se indagó sobre las barreras que les impiden obtener información de salud. Por ejemplo, si bien ambos grupos de pacientes reconocen que existe poca información sobre la hipertensión en los medios de comunicación o que no tienen mucho tiempo para buscarla, los pacientes del hospital indican que una barrera frecuente para acceder a la información es la falta de dinero para acudir al hospital o visitar al doctor, o, en un caso específico, la vergüenza de preguntar por este tipo de información. Tal parece que no solo los pacientes con menores recursos —en comparación con los de mayores recursos— utilizan menos fuentes de información para controlar su hipertensión sino que, además, tienen un acceso limitado a estas fuentes.

Asimismo, el Estudio 2 encontró un desigual acceso a la información sobre hipertensión en cuanto a la educación de los pacientes. Se hizo evidente que quienes tienen secundaria completa reportan utilizar Internet como uno de los medios de comunicación para buscar información sobre hipertensión, mientras que los que tienen menos educación no reportaron el uso de este medio. De igual modo, los médicos entrevistados reconocieron una desigualdad según la educación de los pacientes, pues quienes tienen menos educación no comprenden adecuadamente el tratamiento que deben seguir para controlar su enfermedad.

Por otro lado, de acuerdo con los médicos, los pacientes que tienen más recursos económicos suelen enfrentar mejor su tratamiento en comparación con los que tienen menores recursos, pues parece que la diferencia en la capacidad económica genera una desigualdad en el proceso de adherencia a los medicamentos para tratar la hipertensión. Por otro lado, los datos recolectados de los pacientes mostraron que quienes asisten al hospital, a diferencia de los que asisten a la clínica, indican que el tiempo es una barrera para acceder a los servicios de salud: se destacan así la falta de tiempo para asistir al hospital, la cantidad de tiempo necesaria para obtener una cita o la cantidad de tiempo de espera para atender una consulta.

Finalmente, si bien dos médicos indicaron que existe una desigualdad en los comportamientos de salud de acuerdo con el nivel educativo de los pacientes, las entrevistas con los pacientes no revelaron diferencia alguna en los comportamientos asociados a la nutrición y la actividad física, ambos estilos de vida que influyen en la hipertensión.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La conclusión principal de esta investigación es que, en el contexto definido por una enfermedad crónica como la hipertensión, existen desigualdades en dos determinantes de la enfermedad: el acceso a la información de salud y el uso de los servicios de salud. Estas desigualdades se observan cuando se comparan grupos de personas de acuerdo con sus niveles socioeconómico y educativo. Dentro del conjunto de pacientes que tienen la enfermedad, quienes están en desventaja son los que tienen menos recursos económicos y menos educación y, como consecuencia, están en mayor riesgo de no controlar esta condición.

Cualquier intervención que busque reducir la prevalencia de la hipertensión debe enfocarse en los determinantes de la enfermedad —esta investigación consideró tres— y centrarse principalmente entre quienes tienen menos capacidad de utilizar los servicios o la información que permite controlar la hipertensión: los de menor capacidad económica y menor educación. Sobre la base del diagnóstico anterior, esta investigación propone las siguientes cuatro recomendaciones.

Una recomendación de política

Sin duda, la desigualdad que hemos encontrado en esta investigación se debe a múltiples causas, y es impropio asumir que estas residen exclusivamente en la responsabilidad de los individuos —cuyos comportamientos, por ejemplo, los pueden conducir a enfermedades que otros no experimentan—. La desigualdad, en el contexto que define la hipertensión en el país, es el resultado de un sistema en que las causas estructurales interactúan con aquellas propias del individuo. Cualquier recomendación de política debe tomar en cuenta esta realidad, de tal forma que se intervenga en los determinantes que operan en varios niveles y que condicionan la experiencia de desigualdad que hemos hallado en esta investigación.

Por ello, creemos que se debe proponer una estrategia política, creada multisectorialmente, cuyo contenido haya incorporado tanto las perspectivas del sector público como del privado, y que tenga el objetivo de mejorar los determinantes estructurales que condicionan más de una enfermedad crónica. Por ejemplo, el Estado peruano puede tomar la iniciativa no solo de construir más centros de salud sino de condicionar áreas urbanas para la práctica de la actividad física; una manera de hacerlo es construyendo más veredas y parques o lugares de recreación, así como incrementando la seguridad en las calles. Complementariamente, la estrategia política podría enfocarse en

determinantes como son la promoción de estilos de vida saludables que, de acuerdo con nuestra investigación, serían la promoción de la nutrición sana y actividad física. La estrategia de promoción de una nutrición sana podría estar diseñada por organizaciones del sector privado, con el objetivo de difundir su práctica en segmentos de la población que son vulnerables al desarrollo de la hipertensión.

En la medida en que las personas pobres y con poca educación experimentan desventaja en el desigual acceso a la información de salud y en la utilización de servicios de salud que les ayuden a controlar la hipertensión, la estrategia multisectorial debería centrar sus esfuerzos en solucionar las barreras que operan en la formación de la desigualdad. Una manera en que podría disminuirse esta barrera es aumentando la oferta de consultas que ofrece el médico en un hospital nacional; por ejemplo, podrían incluirse más horarios de atención a los pacientes —en vez de cerrar el servicio a las 6 p. m., este podría extenderse hasta las 8 p. m.—. De este modo, se puede combatir el problema del “tiempo” que indican los pacientes que acudieron al hospital el día de nuestra entrevista.

Dos recomendaciones de comunicación

Acompañando a la estrategia política, se pueden iniciar programas de comunicación que diseminen información de manera efectiva —es decir, a través de los medios de comunicación usados por la población objetivo— para mejorar el *fit* entre los servicios de salud y el uso de estos servicios. Por ejemplo, en las entrevistas con los médicos, encontramos que ellos deseaban recibir información sobre hipertensión y una sugerencia era enviarles información por correo electrónico o, incluso, por mensajes de texto sobre resultados de investigaciones relacionadas con el control de la hipertensión.

La modalidad de enviar información a los médicos puede considerarse una oportunidad para llenar el vacío que tienen con respecto a la hipertensión. Esto se hace relevante, pues uno de los médicos entrevistados indicó que esta enfermedad no fue abordada de manera sustancial durante su formación como médico. Como fue sugerido por los mismos médicos, los contenidos de la comunicación con ellos pueden incluir información sobre nuevas medicinas para controlar la enfermedad, estrategias para promocionar estilos de vida saludables entre los pacientes o, simplemente, recordatorios sobre abordar el tema de la hipertensión con sus pacientes.

Por otro lado, nosotros proponemos una estrategia de comunicación que se enfoque en las personas que tienen hipertensión. Esta estrategia debe utilizar medios que sean consumidos por la mayor cantidad de personas. De acuerdo con nuestra investigación, los medios más utilizados son la radio y la televisión. Si bien la televisión es un medio masivo, encontramos dispersión en la selección de los canales más frecuentados por los pacientes. En contraste, hubo mayor consenso en la estación de radio más escuchada por los pacientes, pues la mayoría señaló a RPP. Esta radio podría utilizarse para diseminar contenidos de salud que sirvan a toda la población que tiene hipertensión.

Sin embargo, si el objetivo es disminuir la desigualdad en el acceso a información de salud, y cerrar la brecha entre las poblaciones con más y menos recursos o con más y menos educación, recomendamos el uso de telefonía móvil. Creemos que este medio, que es masivo en el país, puede usarse para comunicar contenidos directamente a las personas con hipertensión. Los celulares no son utilizados hasta el momento por las estrategias masivas del Ministerio de Salud y constituyen una oportunidad para diseminar efectivamente mensajes para la prevención o el control de enfermedades crónicas. Los mensajes pueden dirigirse directamente los pacientes o, indirectamente a ellos, a través de sus influyentes, como pueden ser sus familiares.

Una recomendación de conceptualización

Finalmente, pensamos que en el contexto del Perú, un escenario de recursos limitados —si se compara con el escenario de países como EE. UU., Inglaterra o Canadá—, la intervención más apropiada no debe abordar el problema de la desigualdad en una sola enfermedad —como inicialmente pensamos—. Recomendamos que se conceptualice la desigualdad dentro del conjunto de determinantes que sean comunes a varias enfermedades, como lo pueden ser el acceso a información de salud o de servicios de salud, o la promoción de estilos de vida saludables. Por ejemplo, tanto la obesidad como la hipertensión, ambas consideradas causas de las enfermedades cardiovasculares, pueden reducirse atendiendo a determinantes como la disponibilidad de información de salud. De este modo, una intervención que busque reducir desigualdades en los determinantes de la hipertensión puede diseñarse para que sea igual a la que busque reducir las desigualdades en los determinantes de la obesidad. Creemos que esta forma de comprender las desigualdades en salud resulta ser más eficiente si lo que se busca es reducir brechas en la salud de los peruanos.

En suma, si bien esta investigación puede sugerir muchas preguntas o rutas para seguir investigando, ella revela que sí existe desigualdad en la salud de los peruanos y que, en el caso de la hipertensión, existen poblaciones más vulnerables que otras, porque experimentan la desventaja en la desigualdad. Si estos grupos no son atendidos, pueden sufrir consecuencias que no les permitan disfrutar plenamente de los beneficios de la sociedad.

Bibliografía

- AMES, P.
2011 Cultura y desigualdad: discriminación, territorio y jerarquías en redefinición. En Julio Cotler y Ricardo Cuenca, eds., *Las desigualdades en el Perú: balances críticos*. Lima: IEP.
- BURLANDO, G.; SÁNCHEZ, R.; RAMOS, F.; MOGENSEN, C. y ZANCHETTI, A.
2004 Latin American consensus on diabetes mellitus and hypertension. *Journal of Hypertension* 2004, 22 (12), 2229-2241 (on behalf of the Latin American Experts Group).
- BUSSE, P.
2011 ¿Cómo entender y reducir la desigualdad en la salud en el Perú? *Argumentos*, 5(5), 1-6. Disponible en: <http://revistargumentos.org.pe/fp_cont_1210_ESP.html>.
- CARTER-POKRAS O. y BAQUET, C.
2002 What is a health disparity? *Public Health Reports* 117, 426-434.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION
2011 *High Blood Pressure Facts*. Disponible en: <<http://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>>.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION
2011 *Risk Factors*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/bloodpressure/risk_factors.htm>.
- CLÍNICA MÉDICA CAYETANO HEREDIA
s/f *Acerca de CMCH*. Disponible en: <<http://www.cmch.com.pe/acerca.php>>.
- COTLER, J.
2005 *Clases, Estado y nación en el Perú*. Lima: IEP (3.^a ed.).
- 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: OMS.
- DAVIES, A.; MIRANDA, J.; GILMAN, R. y SMEETH, L.
2008 Hypertension among adults in a deprived urban area of Peru: Undiagnosed and uncontrolled? *BMC Research Notes*, 1: 2.
- ES SALUD
2008 *Guía práctica clínica hipertensión arterial*. Lima: EsSalud.

- FISHBEIN, M. Y AJZEN, I.
2010 *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Nueva York: Psychology Press.
- GOLDSTEIN, J.; JACOBY, E.; DEL AGUILA, R. Y LOPEZ, A.
2005 Poverty is a predictor of non-communicable disease among adults in Peruvian cities. *Preventive Medicine* 41, 800-806.
- GÓMEZ, R.; MONTEIRO, H.; COSSIO-BOLAÑOS, M.; FAMA-CORTEZ, D. Y ZANESCOS, A.
2010 El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(3): 379-86.
- GRANADOS, G.; ROALES-NIETO, J.; MORENO, E. E YBARRA, J. L.
2006 Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (3), 705-718.
- HERNÁNDEZ-HERNÁNDEZ, R.; SILVA, H.; VELASCO, M.; PELLEGRINI, F.; MACCHIA, A.; ESCOBEDO, J.; VINUEZA, R.; SCHARGRODSKY, H.; CHAMPAGNE, B.; PRAMPARO, P. Y WILSON, E.
2010 Hypertension in seven Latin American cities: The Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study. *Journal of Hypertension*, 28, 24-34.
- HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
s/f Disponible en: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=> (última consulta: 07/11).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-INEI
Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO (varios años). Disponible en: <<http://www.inei.gob.pe/srienaho/index.htm>>.
- 2010 Prevalencia de la hipertensión arterial en personas de 50 y más años de edad. *Informe Técnico N. 1, Salud Familiar*. Lima: INEI.
- INSTITUTO NACIONAL DEL CORAZÓN-INCOR
2010 Disponible en: <<http://www.essalud.gob.pe/centros-especializados/instituto-nacional-cardiovascular-incor/>>.
- INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS
2011 Disponible en: <<http://www.nhlbi.nih.gov/hbp/hbp/causes.htm>>.
- KANNEL, W. Y WOLD, P.
2008 Framingham Study insights on the hazards of elevated blood pressure. *JAMA*, 300 (21). 2545-2547.
- KANNEL, W.; WOLF, P.; VERTER, J. Y MCNAMARA, P.
1970 Epidemiologic assessment of the role of blood pressure in stroke. The Framingham Study. *JAMA*, 212(2), 301-310.
- LEE, L.; WATSON, M.; MULVANEY, C.; TSAI, C. Y LO, S.
2010 The effect of walking intervention on blood pressure control: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1545-1561.

MINISTERIO DE SALUD

- 2002 *Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006*. Lima: MINSA
- 2006 *Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas*.
- 2007 *Campaña de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial y sus Complicaciones*. Disponible en: <<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=reporte%20estadistico%201%22campa%20C3%B1a%20de%20prevencion%20y%20control%20de%20la%20hipertension%20arterial%20y%20sus%20complicaciones%22&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.icas%2Festadisticas%2Fhipertencionarterial%2FHipertensionArterial20070518.xls&ei=mPNMT630FNG4tweCmcxB&usg=AFQjCNE7ZzN8MaS34sF35kunVRKgYgFY4A>>.
- 2007 *Resolución Ministerial N.º 365*. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/danos_no_transm.htm>.
- 2009 *Resolución Ministerial N.º 491*. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/danos_no_transm.htm>.

MIRANDA, J.; GILMAN, R. Y SMEETH, L.

- 2011 Differences in cardiovascular risk factors in rural, urban and rural-to-urban migrants in Peru. *Heart*, 97, 787-796.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS

- 2009 *Recopilación de normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina: obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares*. Disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=recopilaci%C3%B3n%20de%20normas%20sobre%20prevenci%C3%B3n%20y%20control%20de%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20en%20am%C3%A9rica%20latina&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fnew.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D4245%26Itemid%3D&ei=QP5MT9agJ8y3twfo7cRG&usg=AFQjCNEo9jXozVxybO2UvF0il4zXaFnEDg>.

PEREL, P.; CASAS, J.; ORTIZ, Z. Y MIRANDA, J.

- 2006 Noncommunicable diseases and injuries in Latin America and the Caribbean: Time for action. *Plos Medicine*, 3(9), e344.

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION HEALTH

- 2011 *Setting the Agenda for Research on Communication about Health Disparities: Public Policy Implications*. Annenberg School for Communication, University of Pennsylvania.

SÁNCHEZ, R.; AYALA, M.; BAGLIVO, H.; VELÁZQUEZ, C.; BURLANDO, G.; KOHLMANN, O.; JIMÉNEZ, J.; LÓPEZ JARAMILLO, P.; BRANDAO, A.; VALDÉS, G.; ALCÓCER, L.; BENDERSKY, M.; RAMÍREZ, A. Y ZANCHETTI, A.

- 2009 Latin American guidelines on hypertension. *Journal of Hypertension*, 27, 905-922.

- SEGURA VEGA L.; AGUSTI, R. Y PARODI RAMÍREZ, J. E INVESTIGADORES DEL ESTUDIO TORNASOL
 2006 Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú. *Revista Peruana de Cardiología*, 32 (2), 1-46.
- TORRES, ROGGER
 2009 *Acciones de Promoción de la Salud en las Enfermedades No Transmisibles*. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud.
- VALDIVIA, M.
 2002 *Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú* (Documento de Trabajo 37). Lima: GRADE. Disponible en: <<http://www.grade.org.pe/download/pubs/ddt/ddt37.pdf>> (última consulta: 01/09/11).
- 2011 Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. En Hernández Bello, A. y Rico de Sotelo, C., eds., *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas*, pp. 121-158. Bogotá: IDRC; Pontificia Universidad Javeriana.
- VELÁSQUEZ, A.
 2009 La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 222-31.
- VELÁSQUEZ, A.; CACHAY, C.; MUNAYCO, C.; POQUIOMA, E.; ESPINOZA, R. Y SECLÉN, Y.
 2009 *La carga de enfermedad y lesiones en el Perú*. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/ult_inv_evi_cie2010/La%20carga%20de%20la%20Enfermedad.pdf>.
- WONG, R. Y DÍAZ, J.
 2007 Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud Pública de México*, 48, S4.
- YUSUF, S., HAWKEN, S., ÔUNPUU, S., DANS, T., AVEZUM, A., LANAS, F., MCQUEEN, M., BUDAJ, A., PAIS, P., VARIGOS, J. Y LISHENG, L. ON BEHALF OF THE INTERHEART STUDY INVESTIGATORS
 2004 Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364: 937-52.

El Instituto de Estudios Peruanos (IEP) es una institución privada sin fines de lucro creada en 1964, cuyo propósito es la investigación, la enseñanza y la difusión de los estudios sociales sobre el Perú y otros países de América Latina. Las actividades del IEP se realizan y difunden a través de investigaciones, consultorías, diagnósticos, evaluaciones, seminarios, conferencias y publicaciones. Estamos seguros de que estas actividades son esenciales para la elaboración de mejores políticas públicas, el crecimiento económico con equidad, la eliminación de las desigualdades sociales, el fortalecimiento de las instituciones democráticas, así como para el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural del Perú.

El Instituto cuenta con un catálogo de más de 600 títulos publicados en varias series temáticas, muchos de los cuales han pasado a ser lectura obligatoria en diferentes ámbitos académicos.

En esta línea, los Documentos de Trabajo (ISSN 1022-0356) constituyen una SERIE EDITORIAL dedicada a la publicación de avances de investigación o estudios breves sobre distintos temas de las ciencias sociales y humanidades.

Antropología • Documentos de política • Economía • Educación
Etnohistoria • Estudios de Género • Estudios sobre desarrollo • Historia
• Historia del arte • Lingüística • Sociología y política • Talleres IEP



IEP Instituto de Estudios Peruanos