



# Desigualdad social y en salud de nuestros adultos mayores:

una pandemia peor que el Coronavirus

---

Marinilda Rivera Díaz, MSW, PhD, MSc  
Investigadora social Centro de Investigaciones Sociales  
Profesora Departamento de Trabajo Social  
y Programa Doctoral en Determinantes Sociales de la Salud  
Universidad de Puerto Rico

# Objetivos

1. Reflexionar sobre los retos que enfrenta la población de los adultos mayores en materia de desigualdad social y desigualdad en salud.

2. Analizar las “causas de las causas” o determinantes sociales que provocan la desigualdad en salud, con énfasis en el Sistema de Salud.

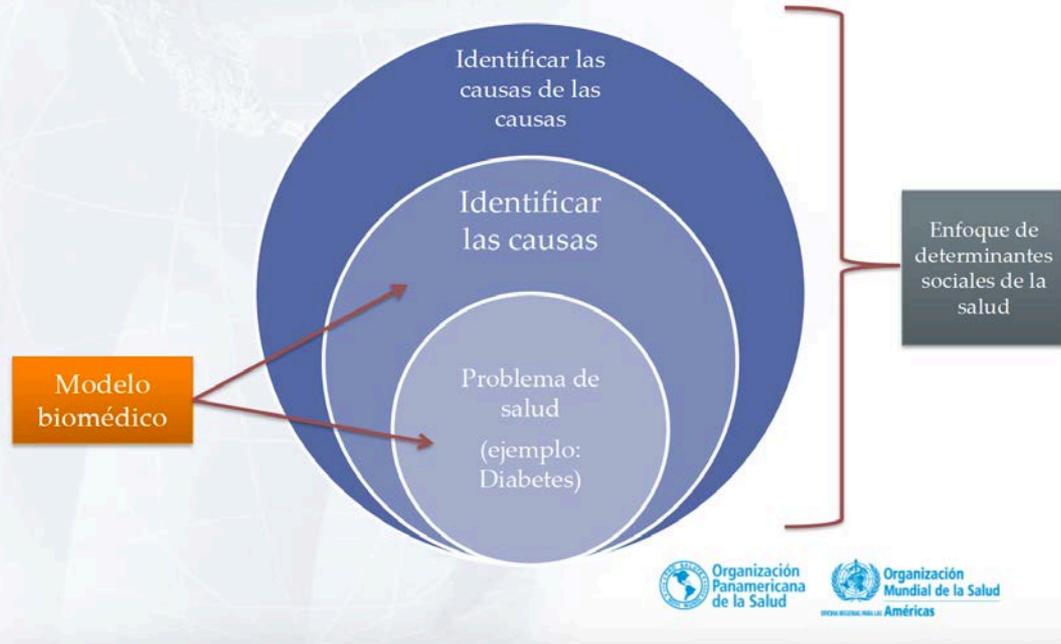
3. Compartir algunas propuestas a modo de reflexión/acción que puedan dar paso a una construcción de una sociedad post coronavirus responsiva a la población de adultos mayores.

# Introducción:

---

- Entender la pandemia requiere no solo una mirada biomédica, sino también un abordaje que nos permita comprender las tensiones y conflictos generadas por las medidas impuestas en poblaciones precarizadas.
- Boaventura de Sousa Santos (2020) caracteriza estos grupos como los que conforman el Sur. No como espacio geográfico, sino metafórico de la explotación y sufrimiento humano.
  - Ej. Adultos mayores
- La actual pandemia del coronavirus nos toma en un momento muy crítico, quizás el más crítico de nuestra historia reciente como pueblo. Esto marca diferencias significativas en cómo se articulan las respuestas a la pandemia desde el estado como desde la sociedad.

## Niveles de análisis



Las respuestas han estado centradas en un modelo biomédico dejando ausente la dimensión social de la salud y sin lentes claros para mirar “las causas de las causas” que hacen que unos sectores estén más vulnerados frente a la pandemia.

# Los determinantes sociales de la salud

---

- “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el **sistema de salud**. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2019).
- “Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (OMS, 2019).

Información accedida en: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)

# Desigualdad social

---

- La desigualdad social es la distribución desigual de los recursos sociales y económicos, **incluidos el poder** y el prestigio en una sociedad (Sen, 1999).
- Foucault (1984) planteaba que lo que hace que el poder se sostenga, que sea aceptado es que forma un saber, produce discursos y pasa como una red productiva en vez de una instancia negativa a través de todo el tejido social, teniendo como función reprimir.
- En Puerto Rico, la desigualdad social se manifiesta en la precarización de las condiciones de vida en la población de adultos mayores, la pobreza, y la inseguridad alimentaria.

# Desigualdad en salud

- La desigualdad en salud son “las diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico o cultural y que son injustas, puesto que se generan a través de situaciones inaceptables que se deben y pueden evitar” (Benach & Muntaner, 2009, p. 23).
- La desigualdad en salud es vivida a diario por miles de adultos mayores que enfrentan limitaciones para:
  - Acceder tratamientos médicos y servicios de salud,
  - Altos costos en medicamentos,
  - Falta de servicios de cuidados
  - Aumento en condiciones crónicas, entre otros.



# Algunos datos a considerar...

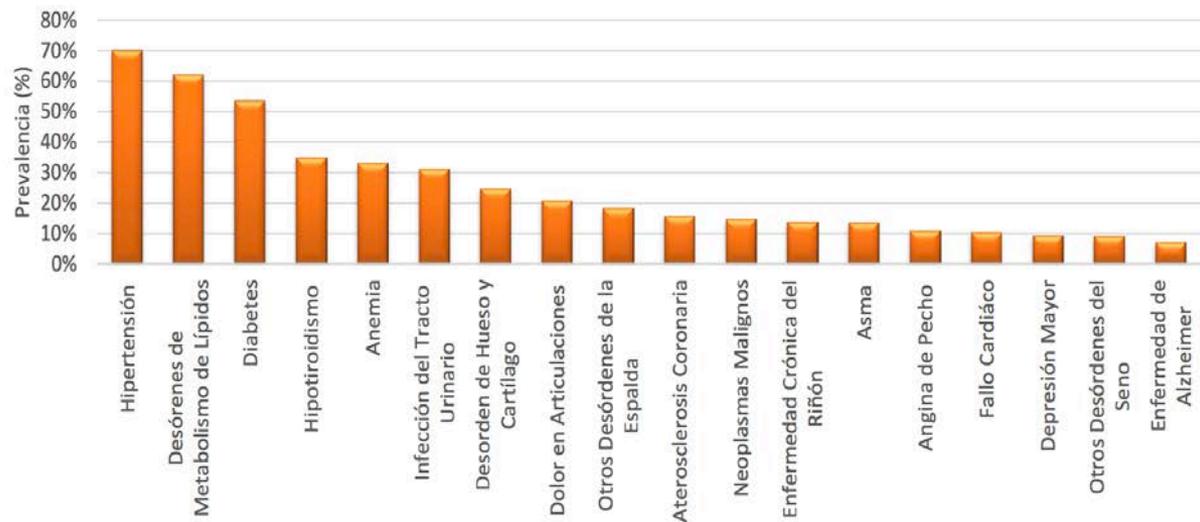
---

- Según el Censo de Puerto Rico (2018), la población de adultos mayores de 65 años asciende a 661,216, representando el 20.7% de la población.
  - Aumento identificado desde la década de los '90.
  - Se proyecta que para el 2050 esta población comprenda el 37.2% (Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada, 2017).
- La población ha presentado un aumento en la esperanza de vida de 81 años (2018), pero ello no es sinónimo de goce y disfrute de buena salud.
- Benach, Vergara y Muntaner (2008), “las clases sociales más pobres y explotadas son quienes tienen a la vez peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales, y servicios de salud, que finalmente se manifiestan en un peor estado de salud” (p. 35).
- De acuerdo a la Encuesta sobre la Comunidad del Censo de Puerto Rico (2015), el 40.1% de las personas de 60 años o más se encontraba bajo nivel de pobreza.
  - Menos de \$12,082
- La fuente principal de ingreso de los adultos mayores es el seguro social en el 80.9% de los casos (Encuesta sobre la Comunidad, Censo de Puerto Rico, 2015).

# Algunos datos a considerar...

- La población de adultos mayores presenta una alta prevalencia y letalidad de condiciones crónicas y discapacidad (Universidad de Puerto Rico, 2016)

Gráfica 1. Prevalencia de las Enfermedades más Comunes en la Población de 65 Años o más en Puerto Rico para el 2013



# Sistema de salud como determinante social



## En el caso de la salud...

- El sector salud fue trastocado por la ideología neoliberal.
- Las reformas de salud emprendidas en muchos países en la década del **80 y 90**, se enfocaron en tratar los problemas económicos y estéticos de los sistemas de salud:
  - **Se implementaron las siguientes medidas:**
    - Aumentar la presencia del sector privado en el sector de la salud integrando opciones privadas para el financiamiento y prestación de los servicios de salud y la contratación
    - Dividir las funciones de financiamiento, adquisición y prestación de servicios
    - Descentralizar

# Sistema de salud como determinante social

---

- Estas políticas en muchos países:
  - **Dispararon la desigualdad entre ricos y pobres.** Incapacidad para generar procesos de desarrollo económico y social basado en las personas.
  - **Aumentaron la pobreza** y se deterioró aún más las condiciones del medioambiente (explotación de la tierra, prácticas extractivistas, deforestación, contaminación de aguas y aires, desplazamiento de comunidades).
  - **Debilitaron el Estado** como garante del bienestar común. Transformó rol del Estado.
    - Trasladó la salud al sector privado
    - Trasladó a individuos la administración del riesgo para enfrentar las enfermedades
    - La salud dejó de constituirse como un derecho social
      - Mercantilización de la salud y la vida



# “Sistema” de salud en Puerto Rico

- Reforma de Salud en el 1994 pretendía emular el modelo de servicios de salud de los Estados Unidos.
  - Basado en manejo coordinado o “manage care”
  - Con fines de lucro
  - El más costoso a nivel mundial
  - Población pobremente saludable
- Modelo más letal que el coronavirus
  - Atriogenia era la tercera causa de muerte en EU previo al COVID-19.



## U.S. Health Care Ranked Worst in the Developed World

The U.S. ranks worst among 11 wealthy nations in terms of “efficiency, equity and outcomes” despite having the world’s most expensive health care system

TIME.COM



BMJ 2016;353:g710 doi:10.1136/bmj.g710 (Published 3 May 2016)

Page 1 of 8



## ANALYSIS

### Medical error—the third leading cause of death in the US

Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. **Martin Makary** and **Michael Daniel** assess its contribution to mortality and call for better reporting

**Martin A Makary** professor, **Michael Daniel** research fellow

Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA

The annual list of the most common causes of death in the United States, compiled by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), informs public awareness and national research priorities each year. The list is created using death certificates filed (and by physicians, funeral directors, medical examiners, and coroners). However, a major limitation of the death certificate is that it relies on assigning an International Classification of Disease (ICD) code to the cause of death. As a result, causes of death not associated with an ICD code, such as human and system factors, are not captured. The science of safety has advanced to describe how communication breakdowns, diagnostic errors, poor judgment, and inadequate skill can directly result in patient harm and death. We analyzed the scientific literature on medical error to identify its contribution to US deaths in relation to causes listed by the CDC.

#### Death from medical care itself

Medical error has been defined as an unintended act (either of omission or commission) or one that does not achieve its intended outcome. The failure of a planned action to be completed as intended (an error of execution), the use of a wrong plan to achieve an aim (an error of planning), or a deviation from the process of care that may or may not cause harm to the patient. Patient harm from medical error can occur at the individual or system level. The taxonomy of errors is expanding to better categorize preventable factors and events. We focus on preventable fatal events to highlight the scale of potential for improvement.

The role of error can be complex. While many errors are non-consequential, an error can end the life of someone with a long life expectancy or accelerate an imminent death. The case in the box shows how error can contribute to death. Moving away from a requirement that only causes for death with an ICD code can be used on death certificates could better reflect healthcare research and awareness priorities.

#### How big is the problem?

The most commonly cited estimate of annual deaths from medical error in the US—a 1999 Institute of Medicine (IOM) report—was limited and outdated. The report described an incidence of 44 000–98 000 deaths annually. This conclusion was not based on primary research conducted by the Institute but on the 1984 Harvard Medical Practice Study and the 1992 Utah and Colorado Study.<sup>1,2</sup> But as early as 1995, Leape, a chief investigator in the 1984 Harvard study, published an article arguing that the study’s estimate was too low, contending that 70% rather than 5% of the 180 000 hospitalized deaths were preventable (some argue that all iatrogenic deaths are preventable).<sup>3</sup> This higher incidence (about 140 000 deaths due to error) has been supported by subsequent studies which suggest that the 1999 IOM report underestimated the magnitude of the problem. A 2016 report of inpatient deaths associated with the Agency for Healthcare Quality and Research Patient Safety Indicators in the Medicare population estimated that 375 000 deaths were caused by medical error between 2003 and 2012, which is about 195 000 deaths a year (table 1).<sup>4</sup> Similarly, the US Department of Health and Human Services Office of the Inspector General examining the health records of hospital inpatients in 2008, reported 133 000 deaths due to medical error a year among Medicare beneficiaries alone.<sup>5</sup> Using similar methods, Clancy et al described a rate of 1.1%.<sup>6</sup> If this rate is applied to all inpatient US hospital admissions in 2013\* it translates to over 400 000 deaths a year, more than four times the IOM estimate.

Similarly, Landigan et al reported that 0.6% of hospital admissions in a group of North Carolina hospitals over six years (2002–07) resulted in lethal adverse events and conservatively estimated that 61% were due to medical error.<sup>7</sup> Extrapolated nationally, this would translate into 134 140 preventable deaths a year from just inpatient care. Of note, some of the studies captured deaths outside inpatient care—those resulting from errors in care at home or in nursing homes and in outpatient care such as ambulatory surgery centers.



**Imagen:** Desangra al erario la tarjeta de salud, *El Nuevo Día*, 7 de mayo de 1997, Portada.



**Imagen:** Déficit Millonario en las arcas de salud, *El Nuevo Día*, 10 de enero de 1995, portada.

# “Sistema” de salud de Puerto Rico

- La Reforma del Sistema de Salud de Puerto Rico, jugó un papel trascendental en el desmantelamiento del sistema público, y el aumento acelerado en el endeudamiento de nuestro erario público y el bolsillo de nuestros adultos mayores.

# “Sistema” de salud de Puerto Rico

La privatización de hospitales públicos bajo esta Reforma ha hecho que en tiempos de emergencias como las que presentamos, sus administradores o empresarios, cesanteen a cientos de profesionales de la salud bajo la justificación de que a los hospitales no están llegando los pacientes y por tanto se están viendo afectadas sus economías.

Coronavirus Health Care Puerto Rico

## COVID-19 y el Colapso del Sistema de Salud Privado en Puerto Rico

by Abner Dennis  
APRIL 9, 2020



Foto: Matthew Perkins, Flickr

[English version here](#)

En uno de los actos más vergonzosos por parte de la industria privada de la salud en Puerto Rico, una serie de hospitales decidieron suspender a sus empleados en el medio de la crisis de salud causada por el COVID-19, la enfermedad causada por una infección con el nuevo coronavirus que emergió a finales del 2019.

Según *El Nuevo Día*, sobre 500 empleados fueron cesanteados. Esto incluye muchas enfermeras, muchas de las cuales fueron obligadas a permanecer en sus casas agotando sus licencias por enfermedad y vacaciones antes de ser cesanteados. En el caso del San Jorge Children's and Women's Hospital en San Juan, la administración del hospital suspendió a poco

# “Sistema” de salud y desigualdad en salud de los adultos mayores

En un estudio realizado por el Programa de Gerontología del Recinto de Ciencias Médicas (2017) “el gasto total de salud (co-pagos) para los adultos mayores asegurados fue de 861,749,118 y para las aseguradoras fue de 726,068,783 (p.54).

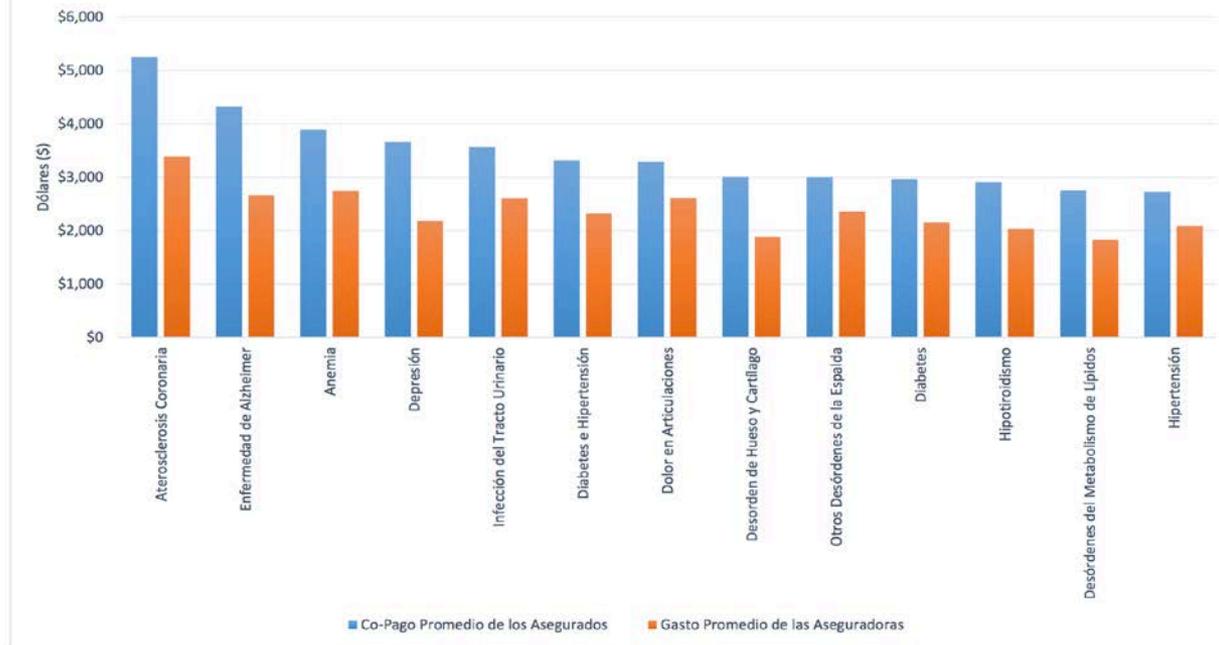
**Gráfica 1. Gastos Totales para las Aseguradoras y Co-Pagos de los Asegurados, por Grupo de Edad, en la Población de 65 Años o Más en Puerto Rico en 2013**



# “Sistema” de salud y desigualdad en salud de los adultos mayores

Haber sido diagnosticado con las tres enfermedades del Trio Metabólico, representó un co-pago anual promedio para los asegurados de 3,503.64 y un gasto para las aseguradoras de 2,192.57 (Universidad de Puerto Rico, p. 54)

Gráfica 5. Gastos y Co-Pagos Promedio Anuales de las Enfermedades más Comunes, Enfermedad de Alzheimer, Depresión y Diabetes e Hipertensión en la Población de 65 Años o Más en Puerto Rico en 2013



**Gastos de consumo personal por tipo principal de producto**  
(En millones de dólares - años fiscales)

	2015	2016r	2017r	2018p	Cambio			
					Absoluto		Porcentual	
					2017-2016	2018-2017	2017/2016	2018/2017
Total	61,640.5	60,979.4	62,768.2	64,275.9	1,788.8	1,507.7	2.9	2.4
Alimentos	9,401.0	8,811.2	8,849.3	8,850.5	38.1	1.2	0.4	0.01
Bebidas alcohólicas y productos de tabaco	1,877.0	1,753.1	1,795.4	1,916.6	42.3	121.2	2.4	6.8
Ropa y accesorios	3,203.0	2,856.8	2,439.5	2,676.2	(417.3)	236.7	(14.6)	9.7
Cuidado personal	1,627.9	1,498.7	1,467.0	1,030.8	(31.7)	(436.2)	(2.1)	(29.7)
Vivienda	10,663.3	11,098.7	11,564.6	12,016.6	465.9	452.0	4.2	3.9
Funcionamiento del hogar	7,666.9	7,746.0	8,095.3	7,809.4	349.3	(285.9)	4.5	(3.5)
Servicios médicos y funerarios	12,482.1	13,256.4	14,071.4	14,537.3	815.0	465.9	6.1	3.3
Servicios comerciales	2,556.2	2,496.6	2,573.4	2,546.6	76.8	(26.8)	3.1	(1.0)
Transportación	6,595.9	6,159.6	6,521.2	6,990.5	361.6	469.3	5.9	7.2
Recreación	5,268.6	5,381.8	5,382.2	5,411.2	0.4	29.0	0.0	0.5
Educación	1,996.5	1,943.9	1,920.1	1,863.0	(23.8)	(57.1)	(1.2)	(3.0)
Instituciones religiosas y organizaciones sin fines de lucro, no clasificadas anteriormente	334.4	16.3	16.5	16.3	0.2	(0.2)	1.2	(1.2)
Viajes al exterior	939.4	936.7	946.8	763.3	10.1	(183.5)	1.1	(19.4)
Compras misceláneas	853.3	997.2	973.8	1,129.2	(23.4)	155.4	(2.3)	16.0
Gastos totales de consumo en Puerto Rico de residentes y no residentes	65,465.5	64,952.9	66,616.4	67,557.5	1,663.5	941.1	2.6	1.4
Menos: Gastos en Puerto Rico de no residentes	3,825.0	3,973.5	3,848.2	3,281.5	(125.3)	(566.7)	(3.2)	(14.7)

r - Cifras revisadas.

p - Cifras preliminares.

Fuente: Junta de Planificación, Programa de Planificación Económica y Social, Subprograma de Análisis Económico.

# Trato desigual

- Trato desigual en Programas *Medicare* y *Medicaid*
  - *Medicaid*- no incluye cuidado prolongado, tarifa es de 1,571 (PR) versus \$5,790 (EU) por beneficiario (Parés, 2016). Limite de fondos .
  - *Medicare*-\$5,208 (PR) y \$8,700 (EU) por beneficiario, parte B no aplica inmediatamente, imposición de multas (Parés, 2016). Pagamos los mismos impuestos pero recibimos menos reembolsos.



**Imagen:** Puerto Rico's healthcare system is going down because of unfair treatment from Washington, *Caribbean Business*, 2 de abril de 2015.

# Estudios e informes sobre el “sistema” de salud

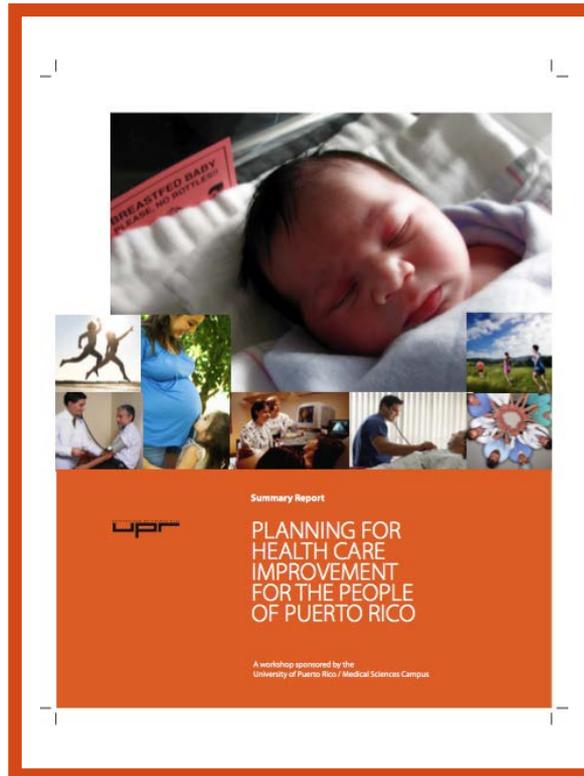


Imagen: Grave pronóstico para sistema de salud, *El Nuevo Día*, 21 de julio 2016.





- Los datos del Center for Disease Control indican que 8 de cada 10 muertes por el COVID-19 son adultos mayores (CDC, 2020).
- Presentar estos datos absolutos sin considerar la precarización de la vida de nuestros adultos mayores tanto en EU y como PR es asumir casi un exterminio inminente del que el estado poco tiene de responsabilidad.
- La crisis no es causa del Coronavirus, su letalidad no necesariamente radica en él, sino en las condiciones de vida creadas por este sistema económico que ha puesto a sobrevivir a nuestros adultos mayores de forma artificial, privándoles de un buen vivir y mercantilizando sus vidas.

# Algunas propuestas

Comenzar el proceso de transición ordenada a un Sistema Universal de Salud con pagador único que permita enfrentar futuras catástrofes socio sanitarias.

Articular los servicios sociales como parte de la respuesta frente a esta epidemia y futuras emergencias socio sanitarias, que respondan a las necesidades de las poblaciones en mayores condiciones de vulneración, como lo son nuestros adultos mayores y personas sin hogar.

Crear una renta básica universal que cubra las necesidades de las personas durante la emergencia presente y futuras.

Crear una política para la protección de las pensiones de nuestros presentes y futuros adultos mayores.

## Algunas propuestas...

Creación de un plan de respuesta socio salubrista para atender epidemias y eventos catastróficos que integre a municipios, sectores y grupos comunitarios.

Asegurar el acceso universal a servicios de salud mental para la población.

Nos urge pensarnos como humanidad, pero una **nueva humanidad**. Que coloque el cuidado de la vida en el centro y no el mercado.

No podemos seguir apostando "un sálvese quien pueda"

La salud se disfruta en lo colectivo

# Preguntas y comentarios

**Dra. Marinilda Rivera Díaz**  
Universidad de Puerto Rico  
Centro de Investigaciones Sociales  
[marinilda.riveradiaz@upr.edu](mailto:marinilda.riveradiaz@upr.edu)

# ¡Gracias!

# Referencias

---

Benach, Joan, Vergara & Muntaner, Carles. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 103, 29-40. Recuperado de [https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad\\_en\\_salud\\_.pdf](https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad_en_salud_.pdf)

- Benach, J., **Rivera Díaz, M.**, Muñoz, N., Martínez-Herrera, E., & Pericas, J.M. (2019). What the Puerto Rican Hurricanes make visible: Chronicle of a Public Health Disaster Foretold. *Social Sciences & Medicine*. Accedido en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619303521?dgcid=coauthor>
- Bernardini-Zambrini, D. A. (2012). El día mundial de la salud, los determinantes sociales y las oportunidades. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (2), 287-288. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1726-46342012000200022> Cerdas, R. (1997). América Latina, globalización y democracia. CR FLACSO. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 47.
- Censo de Puerto Rico. (2018). *Encuesta sobre la Comunidad 2014-2018*. <https://censo.estadisticas.pr/EncuestaComunidad>
- Consejo Multisectorial de la Salud. (2016). *Informe “Basta Ya de Parchos”*. [https://www.researchgate.net/publication/311535039\\_Basta\\_ya\\_de\\_parchos\\_en\\_el\\_sector\\_salud\\_Primera\\_informe\\_del\\_Consejo\\_Multisectorial\\_del\\_Sistema\\_de\\_Salud\\_de\\_Puerto\\_Rico](https://www.researchgate.net/publication/311535039_Basta_ya_de_parchos_en_el_sector_salud_Primera_informe_del_Consejo_Multisectorial_del_Sistema_de_Salud_de_Puerto_Rico)
- Dennis, Abner. (2020). COVID-19 y el Colapso del Sistema de Salud Privado en Puerto Rico. *Eyes on the Ties*. 9 de abril de 2020. <https://news.littlesis.org/2020/04/09/covid-19-y-el-colapso-del-sistema-de-salud-privado-en-puerto-rico/>

# Referencias

---

- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 13, (5). Accedido en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500025)
- Gobierno de Puerto Rico. Junta de Planificación. ( 2018) *La economía de Puerto [Rico] en el año fiscal 2018, indicadores económicos en el año fiscal 2019 y perspectivas para los años 2019 y 2020*. <http://www.presupuesto.pr.gov/propuesto2019-2020/Informacin%20de%20Referencia/ECONOMIA%20DE%20PR%202018%20INDICADORES%20ECONOMICOS%202019%20Y%20PERSPECTIVAS%202019%20Y%202020.pdf>
- Muñoz Sosa, N., **Rivera Díaz, M.**, y Correa Luna, J.F. (2018). Right to health in the oldest colony of the world: an interdisciplinary participatory action research. *Revista de Estudios Críticos del Derecho*, 14, p. 119. Accedido en: <https://2019.vlex.com/#vid/772214313>
- Navarro, V. (ed). (2007). *Neoliberalism, globalization and inequalities, consequences for health and quality of Life*. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada. (2017). *Perfil Demográfico de la Población de Edad Avanzada: Puerto Rico y el Mundo*. Diciembre 2017. <http://www.agencias.pr.gov/agencias/oppea/procuraduriaprogramas/Informacin/Perfil%20Demográfico%202017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Determinantes sociales de la salud*. Accedido en [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

# Referencias

---

- Rivera Díaz, M. (2015). La desigualdad en salud de la niñez en Puerto Rico: Un elemento social, político y económicamente determinado. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 26 (1), 123-137.
- Rivera Díaz, M. (2018). *Derechos humanos en salud y trabajo social en Puerto Rico: Un ensayo reflexivo para una propuesta de acción*. San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Universidad de Puerto Rico (2016). *Perfil de Salud de la Poblacion de 65 años o más en Puerto Rico en 2013*. Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas. Agosto 2016. <https://estadisticas.pr/files/BibliotecaVirtual/estadisticas/biblioteca/UPR/InformePerfildeSaluddelaPoblacinde65omsenPuertoRicoen2013FINAL.pdf>
- Universidad de Puerto Rico (2017). *Gastos de Salud del adulto Mayor en Puerto Rico en 2013*. Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas. Junio 2017. <https://medicinaysaludpublica.com/wp-content/uploads/2017/06/Informe-de-Gastos-de-Salud-del-Adulto-Mayor-en-Puerto-Rico-en-2013-8-junio-2017.pdf>