

ENCUENTROS | Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico pp: 280-289

SALUD PÚBLICA Y POBLACIONES VULNERABLES: UN ANÁLISIS CRÍTICO DESDE LOS CONFLICTOS SOCIALES

Public health and vulnerable populations: a critical analysis from the perspective of social conflicts

Evelyn Juana Garcia-Santillan
Universidad Privada del Norte, Perú.
N00195707@upn.pe
https://orcid.org/0009-0006-2014-242X

Christian Enrique Sanchez-Julca
Universidad Privada del Norte, Perú.
N00186452@upn.pe
https://orcid.org/0009-0001-9872-9822

Víctor Hugo Anticona-López
Universidad Privada del Norte, Perú.
ugo.anticona@upn.pe
https://orcid.org/0000-0002-7563-5233

Luis Augusto Durand-Azcárate
Universidad Privada del Norte, Perú.
augusto.durand@upn.edu.pe
https://orcid.org/0000-0002-2590-7333

Este trabajo está depositado en Zenodo:
DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.20857410

RESUMEN

En el Perú, la relación entre salud pública, poblaciones vulnerables y conflictos sociales es ineludible, pues de esto se desprenden los marcos políticos, económicos y culturales que conforman las desigualdades históricas en el acceso a la salud, principalmente de las poblaciones vulnerables. Considerando lo anterior, el artículo tuvo por objetivo analizar cómo los conflictos sociales inciden negativamente sobre el sistema de salud peruano, teniendo un impacto negativo sobre las poblaciones históricamente marginadas. Se empleó una metodología de tipo cualitativa, con aplicación del método de exploración documental. Entre los principales resultados se destacó que, la segmentación del sistema de salud, el abandono de la salud mental, la concentración de los servicios sanitarios en las zonas urbanas y la mercantilización, han invisibilizado los impactos negativos derivados de la desatención de las comunidades vulnerables, lo que ha ampliado la pobreza, la informalidad y la desatención, debilitando la confianza ciudadana en las instituciones democráticas. Se concluyó que, sin un enfoque amplio, intercultural y descentralizado, la salud en el Perú continuará reproduciendo una racionalidad instrumental, ajena a la justicia social.

Palabras claves: Salud pública, conflicto social, exclusión, vulnerabilidad, justicia.

ABSTRACT

In Peru, the relationship between public health, vulnerable populations and social conflicts is inescapable, since this is the result of the political, economic and cultural frameworks that shape the historical inequalities in access to health, mainly of vulnerable populations. Considering the above, the objective of this article was to analyze how social conflicts have a negative impact on the Peruvian health system, having a negative impact on historically marginalized populations. A qualitative methodology was used, with the application of the documentary exploration method. Among the main results, it was highlighted that the segmentation of the health system, the neglect of mental health, the concentration of health services in urban areas and commoditization have made invisible the negative impacts derived from the neglect of vulnerable communities, which has increased poverty, informality and neglect, weakening citizen confidence in democratic institutions. It was concluded that, without a broad, intercultural and decentralized approach, health in Peru will continue to reproduce an instrumental rationality, alien to social justice.

Keywords: Public health, social conflict, exclusion, vulnerability, justice.

RECIBIDO: 06/05/2025 ACEPTADO: 20/09/2025

ISSN: 2343-6131 / ISSN-e: 2610-8046
Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt
Maracaibo, Venezuela Nº:27 Mayo - Agosto (2026)

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud peruano ha estado en constante evolución, influenciado por modelos occidentales, que privilegian la racionalidad instrumental. Sin embargo, tras la pandemia COVID-19, las vulnerabilidades del sistema sanitario fueron expuestas, incluyendo las falencias en el sistema de gestión, infraestructura ineficiente, desconfianza en las instituciones estatales y desplazamiento de los sectores vulnerables, donde la pobreza, la desigualdad, la exclusión y los conflictos sociales son determinantes para precisar las brechas en materia de salud.

Por ello, es necesario fortalecer los niveles de atención, promoviendo el acceso a esta como un derecho humano y con un enfoque intercultural, inclusivo y equitativo. En este contexto, la salud, así como las vulnerabilidades sociales deben ser abordadas desde una perspectiva integral e interdisciplinaria, de modo que se pueda hacer frente a problemas estructurales que entrelazan distintos aspectos.

Al respecto, no puede pasarse por alto que el Perú ha sido un país diverso geográfica y socialmente, pero ha enfrentado con resiliencia distintos conflictos sociales en las distintas etapas de su desarrollo. Dichos conflictos surgen de las desigualdades estructurales y por las tensiones que afectan la estabilidad sociopolítica de la nación, con implicaciones profundas sobre la salud de la población.

Dicha relación entre conflictos sociales y salud es amplia, pues la incidencia del conflicto agrava las condiciones de salud de las poblaciones, además de limitar su acceso a servicios esenciales, exacerbando las desigualdades existentes en el sistema sanitario. En virtud de lo anterior, esta investigación tuvo como propósito central analizar la articulación existente entre los conflictos sociales, la salud pública y las poblaciones vulnerables en el Perú.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

De acuerdo con lo planteado por Alcalde et al. (2011), el sistema de salud peruano se encuentra constituido por dos grandes sectores: el público y el privado. A efectos del sector público, este se divide en el régimen subsidiado o contributivo y el régimen contributivo o directo, integrado a la seguridad social. En tal sentido, el Estado ofrece asistencia sanitaria a la población no asegurada, a cambio de cuotas de recuperación de los montos, los cuales varían a discreción de los entes involucrados. Asimismo, ofrece atención abierta para la población afiliada a través de los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), tales como hospitales e institutos de salud especializados en las distintas regiones del país.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), los sistemas de salud no pueden definirse exclusivamente por medio de su estructura administrativa y de gestión, sino que esta debe comprender los determinantes sociales sobre la salud, entendidos como aquellos condicionamientos con los cuales las personas nacen, se desarrollan, trabajan y persisten a lo largo del tiempo. En el escenario peruano, las condiciones de vulnerabilidad social y las distintas problemáticas adversas, como el acceso a la educación, al empleo, la vivienda, la injusta distribución de recursos, entre otros aspectos, tienen un impacto significativo sobre los indicadores de enfermedad y muerte, principalmente en aquellos sectores invisibilizados y excluidos de los sistemas formales.

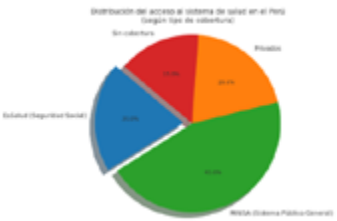
Para solventar esta realidad, la seguridad social provee servicios de salud en sus propios espacios. No obstante, tras la Ley de Modernización de la Seguridad social, introducida en el año 1997, el sector privado ha incursionado en la prestación de

servicios de salud bajo la modalidad de seguros, mismo caso que policías y militares, que han adquirido su propio sistema de salud. Bajo el sistema de prestación de salud pública, la mayoría de la población que accede a esta corresponde a zonas rurales y urbano-marginales, en los cuales los índices de pobreza son alarmantes.

Con ello, se procura brindar atención a poblaciones vulnerables y sin cobertura de EsSalud (modalidad de seguridad social que cubre alrededor del 20% de la población peruana, trabajadores y jubilados) u otras formas de seguridad social. No obstante, según Alcalde et al. (2011), en el año 2009 se introdujo La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, sentando las bases para que la salud se considerara un derecho progresivo, indistintamente de la situación laboral.

Al respecto, se busca beneficiar a los trabajadores informales, al sector rural, a los desempleados y sus familiares, especialmente aquellos con altos niveles de pobreza. Sin embargo, esta demanda supera en gran medida la capacidad de oferta en materia de salud del Estado, obligando a la contratación de servicios privados, como el mencionado EsSALUD, destinado al tratamiento de enfermedades de alto costo. Pese a estos esfuerzos, aún persisten brechas considerables en el acceso a la salud, tal y como se demuestra en el gráfico 1:

Gráfico 1. Distribución del acceso al sistema de salud en el Perú



Fuente: elaborado por los autores (2025).

Para el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud del Perú (2017), la salud pública se comprende como una práctica social que tiene como fin garantizar la salud de la nación. Su objetivo consiste en prevenir las enfermedades, las discapacidades, prolongar la salud y fomentar la salud integral. Articula esfuerzos gubernamentales con las comunidades, atendiendo al desarrollo social, ambiental e individual, de modo que pueda alcanzarse un nivel de vida adecuado.

El Estado peruano contempla las directrices recogidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la finalidad de propiciar acciones para mejorar la salud de la población, incluyendo la vigilancia, la promoción, participación y acceso equitativo a la salud pública, enfocándose en las vulnerabilidades de cada distrito, provincia o región. El objetivo principal se articula con los lineamientos del desarrollo sostenible y en la cultura de la prevención de la enfermedad. La salud es un derecho consagrado por el Estado y ha de ser accesible a todos los ciudadanos.

Ahora bien, no puede perderse de vista que la pobreza es un punto de bifurcación significativo (Alvarado, 2023), con repercusiones negativas sobre la salud pública y el desarrollo nacional. Para el año 2013, el 23,9% de la población o 7,2 millones de personas, vivía en pobreza significativa, siendo esta más acentuada en zonas rurales (48,7%), frente a las zonas urbanas (15,3%). De estos, al menos 4,7% de la población o 1.4 millones padecían de pobreza extrema, por lo que se ha dado lugar a la promoción de un sistema de salud de atención primaria, pensada en la equidad y en la familia como base de la planificación de estos planes de acción (Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud del Perú, 2017).

Estos indicadores no sólo representan aspectos técnicos, sino polí-

ticos y económicos, que responden a conflictos sociales más amplios, en los cuales la salud se convierte en un bien en disputa y en tensiones frecuentes entre la supervivencia y el bienestar. Para Breih (2003), la salud pública no puede desarticularse de las luchas sociales, pues los sistemas de salud pública tradicional excluyen e invisibilizan a las poblaciones vulnerables. En Perú, estas tensiones son crecientes, evidenciables en las poblaciones indígenas, en los campesinos, en mujeres gestantes y lactantes, que demandan la reivindicación de sus derechos y la transformación profunda del modelo de salud pública de la nación.

Para Lazo et al. (2016), el sistema de salud pública peruana se encuentra condicionado por una serie de retos, marcados por la segmentación histórico-social y en los distanciamientos existentes entre el derecho ciudadano a la salud pública y a la salud privada. En los últimos tiempos, el sistema sanitario ha enfrentado una de las mayores crisis de la nación, caracterizada por distintos problemas, entre los que destaca la baja cantidad de médicos por cada mil habitantes (1 por cada mil), cifra considerada baja en comparación de Argentina, Uruguay o Cuba, que cuentan con 3, 4 y 7 médicos por cada mil habitantes respectivamente, tal y como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.

Comparativa de indicadores de salud pública entre Perú y países de América Latina (2015-2024)

País	Médicos por cada 1.000 hab.	Gasto en salud (% PIB)	Mortalidad infantil (por 1.000)	Cobertura universal (%)
Perú	1	4.5	12	58%
Argentina	3	9.7	10	82%
Uruguay	4	9.3	8	91%
Cuba	7	10.5	4	100%

Fuente: elaborado por los autores (2025).

Para el año 2015, el Perú contaba con una población aproximada de 31.151.643 habitantes, distribuidos en un 51% en población masculina y un 49% femenina. En cuanto a su distribución geográfica, el 57,3% se encontraba en la costa, seguida del 28,4% en la Sierra y el 14,3% en la selva. Asimismo, el 29,9% de la población es menor de 15 años, mientras que el grueso de la población, un 62,2% ronda entre los 15 y 64 años, con una proyección al incremento de la vez en un 10% al 13% para este año 2025, tal y como se muestra en el gráfico 2.

Gráfico 2. Perfil demográfico del Perú



Fuente: elaborado por los autores (2025).

Sin embargo, el Perú es de los países con mayor incidencia en anemia, tuberculosis, desnutrición infantil crónica, entre otros aspectos. A pesar de los esfuerzos gubernamentales, la

inversión en salud ha sido insuficiente en comparación con otras naciones, reflejando una estructura ineficiente y poco transparente. Esto se traduce en una tasa de mortalidad infantil significativa, bajo peso al nacer, desnutrición crónica, enfermedades parasitarias, enfermedades neoplásicas y del aparato circulatorio.

A estos problemas se añade el abandono estructural de la salud mental, siendo este uno de los aspectos más relegados del sistema de salud pública peruano. El estrés crónico, la ansiedad, depresión, derivado de factores como la pobreza, la violencia, la migración forzada, la discriminación étnica y de género, inciden sobre la salud colectiva, conduciendo, incluso, a atentados suicidas, principalmente en zonas periféricas y desatendidas.

Para el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud (2017), la tuberculosis tuvo una incidencia importante de 91.9 por cada 100.000 habitantes, con una tasa de curación del 80,5%, mientras que para la tuberculosis resistente fue del 69,8%. Asimismo, para el año 2015 se dio un registro de 2477 nuevos casos de VIH y 1029 de SIDA, además de aumentos considerables en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (18,4%), sobrepeso y obesidad (53,8%), entre otros.

Evidentemente, existe una profunda dificultad en lo referido a la salud pública, pues se estima que más del 10% de la población aborigen no tiene acceso a esta, acentuándose en este sector de la población los problemas crónicos de salud. Frente a estos escenarios, urge ofrecer un enfoque crítico y en perspectiva intercultural sobre la salud, articulando las luchas colectivas, saberes ancestrales, lenguas y prácticas comunitarias a las luchas por la conquista de la salud pública.

Por otra parte, indica Alcalde et al. (2011), el gasto en materia de salud continúa elevándose, con un estimado del 4,5% del PIB de la nación. Asimismo, se destaca que el MINSA sólo se encuentra en la capacidad de financiar el 79% de los gastos en salud, mientras que EsSalud se financia mediante las aportaciones patronales y de los jubilados.

Así, el gasto en materia de salud representa el 59,4% para el Estado y 40,6% para el sector privado. De estos, los recursos asignados al MINSA se destinan a gastos y obligaciones con el personal de la salud, además de adquisición de bienes y servicios, mientras que el 55% de los gastos de EsSalud se destinan a sueldos y salarios. De igual forma, existe una centralización de los servicios hospitalarios, puesto que las zonas rurales dependen, en gran medida, de la asistencia especializada proporcionada en las grandes ciudades.

En síntesis, el acceso a la salud pública universal, de calidad, gratuita y equitativa no podrá materializarse sin una revisión detallada y en profundidad del modelo actual, centrado en la mercantilización de los servicios esenciales y en la exclusión de estratos vulnerables de la población. Por tanto, la salud pública, más allá de un gasto, debe considerarse una inversión en el tiempo que, de forma estratégica, trascienda hacia la cohesión social, la sostenibilidad y la consolidación de la democracia.

METODOLOGÍA

El artículo se desarrolló bajo las premisas del paradigma cualitativo de la investigación, integrando una perspectiva metodológica de exploración documental. Dicha modalidad conduce a un análisis crítico de los fenómenos sociales complejos, como la salud pública, estableciendo así vínculos con las poblaciones vulnerables.

Para lograr este propósito, se ha partido de la revisión, selección y análisis de las fuentes relevantes, por lo cual se empleó la técnica hermeneútica para interpretar los artículos

consultados, priorizando aquellos que ofrecieron aportes teóricos, normativos o conceptuales sobre el sistema de salud peruano. Para la selección de fuentes se utilizaron bases de datos de reconocido prestigio académico, tales como Scopus, Scielo, Dialnet y documentos oficiales del Ministerio de Salud del Perú, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). .

Esto permitió ofrecer un análisis representativo centrado en las desigualdades de acceso, en las poblaciones vulnerables, los conflictos sociales y los desafíos estructurales en materia de salud. Esta metodología flexible permitió establecer conexiones entre el modelo de salud vigente y la exclusión social, develando tensiones entre las propuestas discursivas y el acceso factible a la salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se presentan los principales resultados obtenidos del análisis documental, situándose en la relación existente entre los conflictos sociales y la salud pública en el Perú. A partir de dicha revisión, se identifican desigualdades estructurales, conflictos internos y la exclusión histórica de las poblaciones vulnerables.

En el Perú, los conflictos sociales se encuentran determinados por condicionamientos económicos, medioambientales, exclusión social, violencia y vulneración de los derechos humanos. Según lo planteado por la Defensoría del Pueblo (2024), en la nación se registra un aumento creciente en los conflictos sociales, con mayor énfasis en problemáticas ambientales, en regiones como Loreto, Cusco, Apurímac y Puno. Para Ilzarbe (2022), los conflictos guardan relación con el extractivismo, la minería ilegal y las pugnas entre las comunidades y las empresas.

Aunado a ello, las desigualdades históricas, la diversidad cultural y étnica, han sido motivo de exclusión social y desatención de poblaciones indígenas vulnerables, que han sido sometidas a la discriminación y al acceso de los servicios elementales. Esta situación se ve intensificada por la corrupción que, en el parecer de los peruanos, es el principal problema de la nación, lo cual pone en entredicho la confianza en el Estado y en las instituciones democráticas (Degregori, 2003).

Este tipo de exclusión es lo que Framer (2004) denomina violencia estructural, que afecta la salud de los marginados, limitando su acceso a requerimientos sanitarios básicos para su bienestar. En el escenario peruano, la falta de acceso a la salud no sólo se traduce en ampliación de las enfermedades, sino en una reproducción continuada de la pobreza, de la desconfianza institucional y de la fragmentación social.

Para Degregori (2003), este problema no es nuevo, sino que ha sido un proceso gradual que parte del Oncenio (1919-1939), pasando por un retroceso a mediados de siglo, con el primer gobierno de Fernando Belaúnde (1963-1968), el cual incorporó a los indígenas en el discurso modernizador y, más adelante, Tupac Amaru II, pasó a consolidarse como símbolo durante el gobierno de Velasco (1968-1975). Más adelante, en los años 80, Alan García vio con beneplácito la incorporación de migrantes y andinos a la economía informal de la nación. Sin embargo, en la actualidad el modelo populista ha llegado a una fase de agotamiento.

En el Perú, detrás de las propuestas modernizadoras y de incorporación indígena, prevalecía un proyecto de aculturación, que ofrecía cambios, pero hacia un modelo blanco eurocentrado, de escolarización hegemónica y de servicio militar obligatorio, generando descontento y tensiones sociales. En el marco de esta discusión, el sistema de salud peruana ha fluctuado entre los enfoques popu-

listas y tecnocráticos, buscando establecer políticas públicas sanitarias basadas en los derechos humanos.

Para Frenk & Gómez (2018), la consecuencia de la subordinación de los servicios médicos al mercado es la construcción de lógicas instrumentales y focalizadas, que debilitan la presencia del Estado y las formas en las que este puede proteger a los ciudadanos. Esto refleja lo ocurrido en el Perú, donde la salud se ha tergiversado y se ha convertido en un asistencialismo para los sectores vulnerables, siendo esto parte de las tergiversaciones y mutaciones de la globalización y el neoliberalismo en el presente (Alvarado, 2025).

Por otra parte, los conflictos sociales han tenido una repercusión tangible sobre la salud de la población. Para Sastre (2021), los enfrentamientos, la violencia, los traumas psicológicos conducen a escenarios convulsos, como los llevados durante el conflicto armado interno (1980-2000), que dejó secuelas emocionales, traumas físicos y una serie de problemáticas de salud que requieren de atención integral. Sin embargo, estos escenarios no sólo forman parte del pasado, la Defensoría del Pueblo (2024) ha reportado nuevas protestas, muerte y escaladas de violencia en la nación.

A pesar de esto, la salud mental sigue siendo relegada de las agendas públicas de la nación, sin una atención adecuada y sin el seguimiento requerido de los pacientes. En el Perú, se requiere de enfoques comunitarios, familiares y culturalmente diversos, para así afrontar el sufrimiento social, particularmente de la población rural, indígena y campesina. También de mujeres jóvenes, víctimas de la violencia social estructural.

Sastre (2021) indica que para el año 2016, mujeres sobrevivientes de los conflictos internos del Perú, iniciaron procesos judiciales contra sus agresores, como una forma de solicitar justicia ante la violencia, la vulneración de su condición femenina y de sus derechos humanos. Asimismo, subyace el reclamo por la salud integral, por el bienestar y por la visibilización del sufrimiento en medio de los conflictos, procurando reparar décadas de invisibilización de los conflictos sociales y de su impacto sobre la salud pública.

En lo tocante a la ampliación de los conflictos medioambientales, principalmente en zonas indígenas y campesinas, se ha evidenciado deterioro de la salud de la población y aumento de actividades ilícitas. La contaminación por metales pesados genera problemas de salud en infantes y ancianos, que incluyen intoxicación crónica y falta de acceso a medios preventivos y de atención inmediata. Estas situaciones conducen a la injusticia ambiental intergeneracional, donde se viola la equidad, las condiciones de vida de las poblaciones originarias, traduciéndose en la presencia de enfermedades crónicas y crisis sanitarias a lo largo del país (Alvarado, 2019 y Gudynas, 2011).

Esta situación se ve agudizada ante la carencia de personal médico especializado fuera de las zonas urbanas como Lima metropolitana (Zevallos et al., 2011). Al combinarse estos escenarios, las problemáticas de la salud se intensifican, creando escenarios que, para Javier & Cuadros (2022), el Estado no está en la capacidad de resolver. Ante ello, los conflictos sociales desbordan el alcance del Estado, creando intersecciones entre la crisis social y la salud pública, cuyo abordaje es necesario para promover la inclusión y una gestión eficiente y equitativa.

Para Javier & Cuadros (2022), este desbordamiento del sistema de salud pública en el Perú pudo evidenciarse tras la pandemia COVID-19, demostrando la inexistencia de políticas eficientes y efectivas para afrontar las crisis imprevistas, estableciéndose como un condicionante negativo para

los sectores sociales vulnerables. Asimismo, se ha hecho notorio la falencia en el acceso a la salud en las zonas rurales de la nación, con un gasto menor al destinado a las grandes ciudades, promoviendo la competencia y el desarrollo de mercados paralelos de salud, los cuales no han sido efectivos a la hora de satisfacer las necesidades de salud de los sectores vulnerables.

Esto se debe a las fallas en la gestión y la falta de coordinación interinstitucional, suponen limitaciones para resolver conflictos relacionados con la salud pública, impidiendo que en regiones afectadas por el conflicto se progrese en la construcción de sistemas de salud accesibles y de interés comunitario. Esto exige el aumento del número de médicos familiares, pediatras y demás especialidades, además de la aplicación de políticas de salud con enfoque intercultural, donde las poblaciones indígenas tengan representatividad y acceso a sus derechos (Calderón et al., 2023).

En consecuencia, los conflictos sociales en el Perú no se limitan a problemas territoriales, culturales o de límites internacionales, sino que incluyen una serie de demandas históricas internas por la justicia social y el derecho a la salud. Superar estas barreras que se han erigido en torno a la salud requiere, entre otros aspectos, de un modelo pensado en las familias y comunidades, con un enfoque intercultural y dialógico, que reconozca la salud como un bien colectivo, que debe ser accesible a todos por igual. Ello implica reestructurar el aparataje estatal y redimensionar sus esfuerzos hacia la protección de los sectores vulnerables.

CONCLUSIÓN

El artículo ha puesto en evidencia que el modelo de salud pública peruana se encuentra determinado por estructuras condicionadas por la exclusión social, los problemas territoriales, étnicos y económicos, que forman parte de pugnas históricas, que condicionan el acceso a la salud a los sectores vulnerables. Por esta razón, las brechas en el acceso a la salud y a los servicios médicos no pueden comprenderse estrictamente como un problema de gestión administrativa o de límites presupuestarios, sino de una manifestación de las deudas históricas de la nación con las clases desposeídas, especialmente los indígenas, campesinos, desplazados y migrantes, trabajadores informales y demás individuos empobrecidos, víctimas de un sistema político y económico en decaimiento.

En este sentido, los conflictos sociales no pueden ser pensados de forma aislada, sino que constituyen expresiones propias de la resistencia hacia modelos tergiversados de extracción, centralización, que condicionan negativamente a los individuos, pero también inciden sobre la salud y bienestar colectivo. Hechos como la expansión de enfermedades prevenibles y erradicadas en otras latitudes, la desatención de la salud mental, la contaminación de las ciudades, el deterioro medioambiental en zonas indígenas, configuran una realidad desigual, con impactos sanitarios, que reproduce el discurso instrumental del consumo.

Desde esta perspectiva, resulta necesario interpelar la lógica de la salud en la nación, atendiendo a las necesidades colectivas, siendo una forma de democratizar el derecho a la salud, haciendo de este un bien común, que parte de las comunidades y se centra en ellas. La superación de condiciones adversas demanda de la transformación paulatina del sistema de salud, considerando la dignificación de los individuos y el respeto a los derechos humanos, atendiendo a la integridad física, emocional, ambiental y cultural de los ciudadanos.

Implica fortalecer formas de gobernanza democrática, redistribuir equitativamente los recursos, consolidar las acciones por el resguardo

de las comunidades históricamente vulnerables. Ello exige visibilizar las demandas de las comunidades que padecen conflictos de forma permanente, reclamando su derecho al agua, a la justicia, al trabajo, entre otros aspectos.

De esta manera se reconoce el valor de esta investigación y la oportunidad de servir de referente teórico-conceptual para futuras investigaciones. De igual manera, plantea la posibilidad de incursionar en nuevas líneas de investigación centradas en aspectos puntuales o locaciones específicas del Perú.

- Para finalizar, este enfoque ofrece las siguientes recomendaciones:
- Promover políticas sanitarias que reconozcan el derecho a la diversidad cultural, lingüística y territorial del Perú.
- Garantizar la participación de las comunidades indígenas, campesinas y afrodescendientes en el desarrollo de programas de salud.
- Fortalecer los niveles de atención en zonas rurales y urbanas.
- Priorizar la inversión en infraestructura, contratación médica especializada, así como diseño y construcción de hospitales en zonas rurales.
- Implementar mecanismos de contraloría ciudadana sobre los ingresos públicos destinados a la salud.
- Consolidar planes y políticas nacionales para la atención en salud mental comunitaria.
- Promover enfoques integrales en la atención sanitaria, articulada a perspectivas holísticas y multisectoriales.
- Impulsar la investigación en salud comunitaria.

Como puede apreciarse, la investigación considera una relación ineludible entre los conflictos sociales y los sistemas de salud, lo cual no sólo genera daños físicos, sino una deuda progresiva de reconocimiento, reparación y transformación social. En otras palabras, la salud pública no puede verse como un gasto superfluo o destinado a las zonas céntricas. Debe concebirse como un derecho fundamental, accesible a todos por igual, mediante una inversión estratégica pensada en la sostenibilidad y el acceso de las poblaciones vulnerables.

REFERENCIAS

Alcalde, J., Lazo, O. & Nigeria, G. (2025). Sistema de salud de Perú. ***Salud Pública de México.*** 53(2), 243-254. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es.

Alvarado, J. (2019). Horizontes de la ética medioambiental: consideraciones intergeneracionales. ***Revista de Filosofía,*** 36(91), 7-24. https://producciocientificaluz.org/index.php/filosofia/article/view/31468

Alvarado, J. (2023). Teoría del caos y su incidencia sobre la teoría de gestión. ***IPSA Scientia, Revista Científica Multidisciplinaria***, 8(2), 10-23. https://doi.org/10.25214/27114406.1592

Alvarado, J. (2025). Neoliberalismo y sus Efectos sobre la Actividad Económica y Empresarial. ***Dinamismo Gerencial,*** 1(1), 93-117. https://doi.org/10.5281/zenodo.15465703

Breilh, J. (2003). ***Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad***. Publicaciones de la OPS.

Calderón, J., Rosero, D. & Arias, D. (2023). Soberanía alimentaria y salud: perspectivas de tres pueblos indígenas de Colombia. ***Global Health Promotion***, 30(2), 86-94. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36268647/

Defensoría del Pueblo. (2024, 13 de mayo). Defensoría del Pueblo registró 19 conflictos sociales nuevos en lo que va del 2024, 68% del total del año anterior. https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-registro-19-conflictos-sociales-nuevos-en-lo-que-va-del-2024-68-del-total-del-ano-anterior/

Degregori, C. I. (2003). Perú: identidad, nación y diversidad cultural. En *Territorio, cultura e historia* (pp. 212-228). Cooperación Alemana al Desarrollo/Prom Perú/Instituto de Estudios Peruanos. https://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/110301.pdf

Farmer, P. (2004). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor.* University of California Press.

Frenk, J. & Gómez, O. (2018). Health systems in Latin America: The Search for Universal Coverage. *Archives of Medical Research,* 49(2), 79-83. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29960828/

Gudynas, E. (2011). *Extractivisms and the Dynamics of Social and Environmental Conflict in South America*. *The Ecologist*. https://gudynas.com/wp-content/uploads/GudynasExtractivismsInfo2021.pdf

Izarbe, C. (2022). *La democracia y la calle: protestas y contrahegemonía en el Perú.* Instituto de Estudios Peruanos.

Javier, J. & Cuadros, D. (2022). Situación del Sistema de Salud en el Perú al 2021 y Agenda Pendiente. *Sociedad & Tecnología*, 5(3), 474–490. https://doi.org/10.51247/st.v5i3.257

Lazo, O., Alcalde, J. & Espinosa, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos*. Colegio Médico del Perú.

Ministerio de Salud & Instituto Nacional de Salud. (2017). *Fundamentos de Salud Pública.* MINSA. https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4514.pdf

Organización Mundial de la Salud (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health.* WHO Commission on Social Determinants of Health. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2024, 26 de julio). *Funciones Esenciales de la Salud Pública en Perú: una hoja de ruta por la renovación del sistema de salud*. OPS/OMS. https://www.paho.org/es/noticias/26-7-2024-funciones-esenciales-salud-publica-peru-hoja-ruta-por-renovacion-sistema

Sastre, C. (2021). Experiencia y subjetividad de mujeres sobrevivientes de violencia sexual durante el conflicto armado interno peruano. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (44), 71-93. https://doi.org/10.7440/antipoda44.2021.04

Zevallos, L., Pastor, R., & Moscoso, B. (2011). Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(2), 177-85. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319050003