

LA CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN EL PERÚ Y LAS PRIORIDADES DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL*

Aníbal Velásquez¹

RESUMEN

Para la implementación del aseguramiento universal en salud en el Perú, se debe tener un paquete de cobertura de beneficios que debe ser financiado en forma obligatoria, el cual es denominado Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). La elaboración del PEAS debe corresponder a las condiciones que causen mayor carga de enfermedad. Para ello se hace una revisión de los principales resultados del estudio de carga de enfermedad y lesiones en el Perú, destacando que son las enfermedades no transmisibles las que generan la mayor cantidad de años de vida saludables perdidos (AVISA), las enfermedades neuropsiquiátricas son la categoría que ocupa el primer lugar y el diagnóstico que causa mayor pérdida de AVISA son los accidentes de tránsito. Esta información ha servido para la inclusión de enfermedades regularmente no consideradas en los paquetes básicos de aseguramiento dentro del PEAS.

Palabras clave: Cobertura del seguro; Acceso universal a servicios de salud; Costo de enfermedad; Salud pública (fuente: DeCS BIREME).

THE BURDEN OF DISEASE AND INJURIES IN PERU AND THE PRIORITIES OF THE UNIVERSAL ASSURANCE ESSENTIAL PLAN

ABSTRACT

For the implementation of universal health assurance in Peru, we must have a package of benefits coverage to be financed on a obligatory, which is called the Health Assurance Essential Plan (PEAS, *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud*). The development of the PEAS must correspond to the conditions that major cause of burden of disease. This is a review of the main results of the study of burden of disease and injury in Peru, noting that non-communicable diseases are those that generate the greatest amount of healthy life years lost (DALYs) are neuropsychiatric diseases category that comes first and the diagnosis of greatest loss of DALYs are traffic accidents. This information has been used to regularly include diseases not covered by basic insurance packages in the PEAS.

Key words: Insurance coverage; Universal access to health care services; Burden of illness; Public health; Peru (source; MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, promulgada recientemente en el Perú ⁽¹⁾, tiene como eje fundamental un paquete de beneficios garantizado, denominado el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) ⁽²⁾. El PEAS corresponde a la cobertura de salud que, como mínimo, todas las instituciones aseguradoras, tanto públicas como privadas, están en obligación de financiar. El PEAS es el mecanismo por el cual se materializa el derecho a la salud porque se definen las prestaciones de salud asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud que el sistema de salud deberá garantizar a sus asegurados. Estas prestaciones deberán estar garantizadas en

cuanto a la calidad, oportunidad y financiamiento. Al ser explícitas las prioridades de salud y las prestaciones que el Estado garantiza, se puede ejercer el derecho de los ciudadanos de exigir su cumplimiento (Figura 1).

Este plan de beneficios ha sido priorizado con base en el perfil epidemiológico de la población, las evidencias de la eficacia y eficiencia de las intervenciones y la capacidad resolutoria de los servicios de salud. El PEAS toma en consideración el manejo integral de la persona (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados posteriores) con condiciones o enfermedades que afecten a su salud ⁽²⁾. En este sentido, el plan busca financiar prestaciones de salud que corresponden no sólo al primer nivel de atención sino también al segundo y tercer nivel.

¹ Médico epidemiólogo, Jefe del Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

* Basado en: Velásquez A, Seclén Y, Poquioma E, Cachay C, Espinoza R, Munayco C. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú: Ajustado con datos nacionales de morbilidad y mortalidad. Lima: MINSA/USAID; 2009.



Figura 1. Derechos exigibles de los ciudadanos y el Plan Esencial en Salud.

Antes de esta Ley, los paquetes de beneficios existentes, tanto en los seguros privados como en el Seguro Integral de Salud (seguro público), han sido desarrollados sin utilizar criterios explícitos ni con base en evidencias. Los planes fueron definidos básicamente con un enfoque curativo y con criterios económicos, excluyendo aquellos diagnósticos con mayor costo de atención ⁽³⁾; en consecuencia, estos planes no se ajustaban necesariamente a las necesidades de salud o al perfil epidemiológico actual.

Un paquete esencial de beneficios se justifica por la necesidad de priorizar los usos de un presupuesto público limitado y porque se debe establecer cuánto de financiamiento se requiere para intervenciones eficaces y eficientes. Con un plan de beneficios explícito y en positivo se puede establecer con claridad y mejor precisión la necesidad de financiamiento porque se identifican los daños y las intervenciones sanitarias que serán protegidos por un seguro de salud ^(4,5).

El PEAS fue construido durante los años 2004 a 2008 por los equipos técnicos del Ministerio de Salud, con asistencia técnica del proyecto Promoviendo Alianzas y Estrategias de USAID. Su construcción fue realizada en diferentes etapas, tal como fue realizado en otros países ⁽⁶⁾.

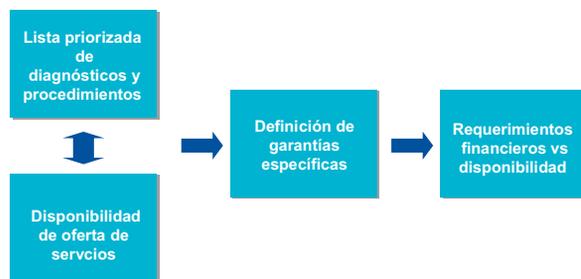


Figura 3. Esquema para la definición de las garantías específicas.

El PEAS, es decir el listado de diagnósticos y procedimientos, se construyó mediante consensos técnicos, políticos y sociales para definir prioridades (Figura 2). Los criterios para priorizar fueron la carga de enfermedad, el análisis económico de las intervenciones, la vulnerabilidad financiera en los pobres y los planes de salud existentes (que ya se constituyen en derechos adquiridos).

Una vez definida la lista prioritaria de diagnósticos y procedimientos se determina la disponibilidad de la oferta de servicios para realizar los procedimientos y, finalmente, se definen las garantías explícitas que el Estado se compromete a ofrecer a los asegurados basados en la definición de los requerimientos financieros disponibles (Figura 3).

En este artículo se presenta un extracto de los principales resultados del estudio nacional de carga de enfermedad y lesiones que fue utilizado para construir el PEAS ⁽⁷⁾.

LA CARGA DE ENFERMEDAD MEDIDA EN AÑOS SALUDABLES PERDIDOS

Se define carga de enfermedad a la medida de pérdidas de salud que para una población representan

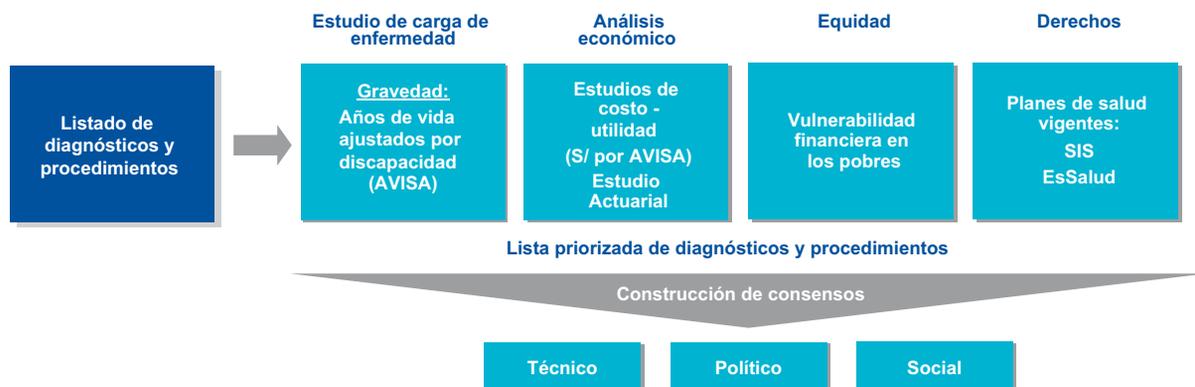


Figura 2. Proceso de definición del listado de diagnósticos y procedimientos del PEAS.

las consecuencias mortales y no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones. La carga de enfermedad atribuible a una enfermedad concreta se mide por un lado con su frecuencia y, por otro lado, a partir de las consecuencias mortales y discapacitantes que origine. La carga de enfermedad dependerá de los determinantes más distales y de las situaciones de riesgo más próximas, así como de los resultados de las intervenciones realizadas en cualquiera de los niveles. Las intervenciones deberán repercutir en una reducción de la frecuencia de la enfermedad o una reducción de la discapacidad o prematuridad de las muertes (8,9).

Para medir la carga de enfermedad se utilizó un indicador de salud basado en años saludables perdidos (AVISA o AVAD o DALY en inglés). Los AVISA miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la mortalidad precoz y la incidencia y duración de la discapacidad en la población. Así, los AVISA resultan de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) que son ponderados por la gravedad de la discapacidad.

Se estimaron los años de vida saludables perdidos (AVISA) de 135 subcategorías de causas de enfermedad y lesiones que agrupan a toda la patología que sufrieron los habitantes del Perú el año 2004 (7). El cálculo de los AVISA se han realizado con base en parámetros epidemiológicos nacionales (incidencia, edad de inicio de la enfermedad, duración de la enfermedad, nivel de discapacidad y mortalidad) y se ha seguido la metodología de la Organización Mundial de la Salud (10), que a su vez se basa en la metodología desarrollada en el Estudio Global de Carga de Enfermedad realizada por Murray y López (11).

Con el fin de obtener estimados epidemiológicos para este estudio se elaboró una guía que desarrolla la metodología paso a paso (12). Esta guía fue aplicada por los epidemiólogos que estuvieron a cargo de las estimaciones. Los pasos que se siguieron para cada causa de enfermedad fueron: 1) revisión sobre el conocimiento actual de la enfermedad, 2) construcción del diagrama de la historia natural de la enfermedad, 3) identificación de los indicadores epidemiológicos, revisión de los datos, y descripción metodológica para estimar los valores de los indicadores no disponibles, 4) estimación de los indicadores epidemiológicos a partir de la información disponible, 5) comprobación y ajuste de la consistencia de los indicadores con juicio de expertos, y 6) aplicación de los parámetros epidemiológicos consistentes en el cálculo de los AVD y AVISA.

LOS AÑOS SALUDABLES PERDIDOS EN EL PERÚ POR ENFERMEDADES Y LESIONES

En este estudio se ha estimado que durante el año 2004 se han perdido 5 052 866 años saludables (AVISA) por enfermedades y lesiones en el Perú. Estos años saludables perdidos fueron calculados a partir de parámetros epidemiológicos nacionales de 135 grupos de diagnóstico de todas las enfermedades y lesiones que afectan a la población peruana. Esta medida resumen de la salud de la población se hace en el curso de la vida y se representa en años perdidos. Estos años perdidos indican la brecha que existe entre el nivel de salud del Perú comparado con la mayor esperanza de vida al nacer y con la ausencia de discapacidad. Así, para cada enfermedad o lesión en cada individuo se calcula cuántos años se han perdido por muerte prematura o cuántos años vive con la discapacidad atribuida a la enfermedad o lesión. La sumatoria de todos los años perdidos debidos a enfermedad o lesión corresponden a la carga de enfermedad.

El 52,6% (2 657 513) de la carga de enfermedad afecta a los hombres y 47,4% (2 395 354) a las mujeres. La carga de enfermedad es mayor en los hombres que en las mujeres (191,8 AVISA por mil en los hombres y 174,9 AVISA por mil en las mujeres).

La mayor carga de enfermedad se atribuye a las enfermedades no transmisibles (58,5%) y en segundo lugar a las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (27,6%), en tanto los accidentes y lesiones aportan el 14,7% de la carga de enfermedad (Figura 4).

La carga de enfermedad es mayor cuanto más grande es la población, por este motivo para comparar la carga de enfermedad con otros países o regiones se necesita dividir los AVISA entre la población correspondiente a

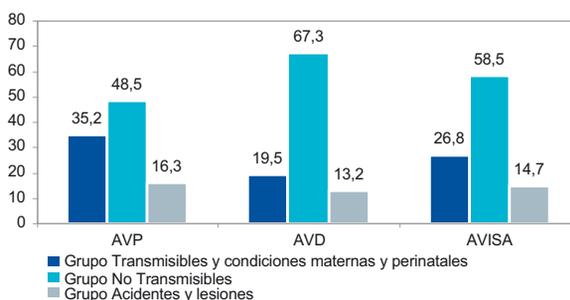


Figura 4. Distribución porcentual de la carga de enfermedad según grupos de enfermedad en los AVP, AVD y AVISA, Perú 2004.

AVP: Años de vida perdidos por muerte prematura; **AVD:** Años vividos con discapacidad; **AVISA:** Años de vida saludable perdidos (AVP + AVD).

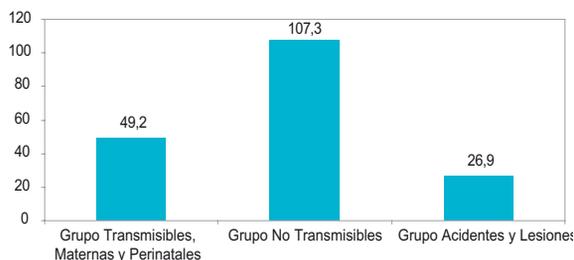


Figura 5. Razón de AVISA según grupos de causas de carga de enfermedad, Perú 2004.

fin de obtener una razón de AVISA por mil habitantes. La razón de los AVISA calculado en este estudio es de 183,4 por mil habitantes. En la Figura 5 se muestra la razón de AVISA según grupos de causas de carga de enfermedad. Se aprecia mayor carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles (107 AVISA por mil habitantes). El grupo de transmisibles, maternas y perinatales tiene una carga de 49 AVISA por mil y el grupo de accidentes y lesiones de 27 AVISA por mil.

Las enfermedades no transmisibles tienen mayor carga debido a que duran más, incluso puede durar toda la vida, y sus secuelas se van haciendo más graves conforme avanza la edad. En tanto, si se incrementa la esperanza de vida y aumenta el grupo de población de mayor edad este tipo de enfermedades y sus secuelas aumentan en magnitud ⁽¹³⁾. La mayor expectativa de vida también provoca mayor exposición a factores externos nocivos y hábitos poco saludables que aumentan el riesgo de adquirir estas enfermedades. El impacto de esta situación es más grave en personas con menos recursos.

La carga de enfermedad afecta más a los menores de 5 años y a los mayores de 60 años, y en estos grupos de edad el estado de salud es menor en los varones. En el grupo de 0 a 4 años, se han perdido 436 AVISA por mil varones y 401 por mil mujeres y en el grupo de más de 60 años se han perdido 438 AVISA por mil varones y 391 AVISA por mil mujeres. La menor carga se observa en el grupo de 5 a 14 años. La Figura 6 también sirve para ver que la carga de enfermedad se reduce a los 5 años de edad y que a partir de esta edad comienza a incrementarse de manera progresiva, de tal forma que la salud se deteriora en la medida que avanza la edad.

En la Figura 6 se observa que la mayor carga de enfermedad en el grupo de 0 a 4 años se atribuye a las enfermedades del grupo I: transmisibles y las enfermedades maternas y perinatales (311 AVISA por mil), en cambio en los mayores de 15 años predominan las enfermedades del grupo II (no transmisibles) y del grupo III (los accidentes y lesiones).

La carga de enfermedad por las causas del grupo I se reducen de 311 AVISA por mil a 14 por mil entre las edades de 0 a 5 años y a partir de esta edad las enfermedades no transmisibles se incrementan de 23 AVISA por mil a 327 por mil. La mayor carga por lesiones y accidentes se presenta en el grupo de 15 a 44 años (34 AVISA por mil habitantes) y la mayor carga por enfermedades no transmisibles se encuentra en el grupo de mayores de 60 años (327 AVISA por mil).

En la Figura 7 se muestra que el perfil epidemiológico de la carga de enfermedad es diferente entre los hombres y las mujeres. Los hombres son más afectados por enfermedades del grupo III (accidentes y lesiones) y las

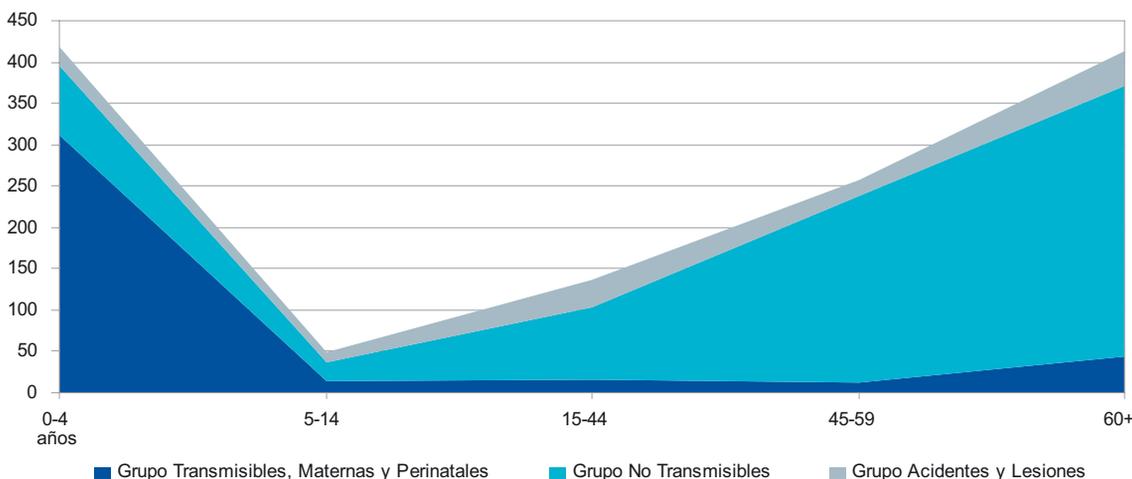


Figura 6. Razón de AVISA por mil habitantes según grupo de causas de carga de enfermedad y edad, Perú 2004.

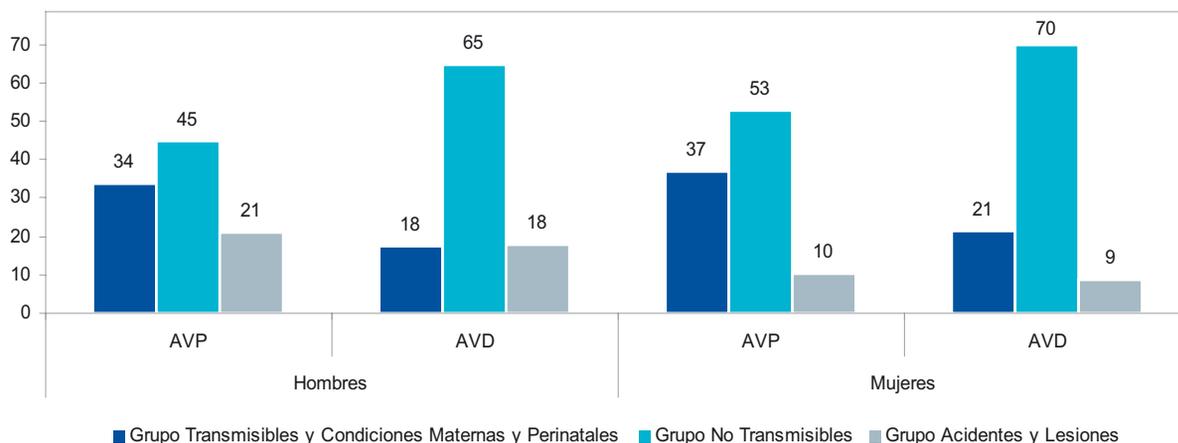


Figura 7. Distribución de la carga de enfermedad según grupo de causas por sexo, Perú 2004.

AVP: Años de vida perdidos por muerte prematura; **AVD:** Años vividos con discapacidad; **AVISA:** Años de vida saludable perdidos (AVP + AVD).

mujeres más por enfermedades transmisibles, maternas y perinatales y por las enfermedades no transmisibles. Los hombres tienen 2 veces más carga de morbilidad por enfermedades externas que las mujeres.

LA CARGA DE ENFERMEDAD AGRUPADA EN 21 CATEGORÍAS DE DIAGNÓSTICO

En la Figura 8 se muestra la carga de enfermedad según 21 categorías de diagnóstico que agrupan a todos los diagnósticos por enfermedad y lesiones que se han registrado en el Perú. Se puede observar que las seis primeras causas de carga de enfermedad se encuentran enfermedades no transmisibles que suman 3 millones 61 mil 274 años saludables perdidos (66% de la carga de enfermedad).

En este estudio se ha confirmado que el grupo de daños que causan mayor carga de enfermedad en el país son las enfermedades neuropsiquiátricas. Con datos nacionales de mortalidad y morbilidad se ha estimado que estas enfermedades producen 826 253 AVISA y que representan 16% de todos los AVISA y 28% de los AVISA de las enfermedades no transmisibles. Este grupo de enfermedades tiene mayor carga de enfermedad debida a que son enfermedades crónicas con mayor duración de la enfermedad y que producen mayor discapacidad.

El segundo lugar lo ocupan el grupo de las lesiones no intencionales que incluyen principalmente los accidentes de tránsito y las caídas. Estas lesiones contribuyen con 667 130 AVISA, es decir 13% del total de AVISA.

El tercer grupo con mayor carga son las condiciones perinatales, por esta causa se han perdido 491 336

AVISA que representan 10% de la carga de enfermedad. Esta causa de morbilidad es elevada debida a la alta incidencia de estas enfermedades y a la gran pérdida de años de vida perdidos por muerte prematura.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el cuarto lugar de carga de enfermedad en el país. Por esta causa se han perdido 390 121 AVISA, es decir 8% del total de AVISA. En el Perú, estas enfermedades se caracterizan por producir mayor mortalidad ⁽¹⁴⁾.

El quinto grupo con mayor carga de enfermedad son los tumores malignos. Durante el año 2004 se han perdido 378 050 años saludables por el cáncer, o sea 7% de la carga de morbilidad. El cáncer en el Perú produce alta mortalidad y tiene un periodo relativamente corto de sobrevivencia.

En el sexto grupo con mayor carga son las enfermedades osteomusculares que tienen alta incidencia y producen discapacidad. Durante el año 2004 se han perdido 308 804 AVISA que representan 6% de la carga de enfermedad. El 98% de los AVISA de este grupo de enfermedades se atribuye a los años de vida perdidos por discapacidad (AVD), dado que son enfermedades que no son causa directa de muerte.

En orden de magnitud de los AVISA, después de los seis primeros grupos con mayor carga de enfermedad se encuentran las deficiencias nutricionales (séptimo lugar), las infecciones respiratorias (octavo lugar), las enfermedades infecciosas y parasitarias (noveno lugar). Estas causas de enfermedad pertenecen al grupo I y suman 785 625 AVISA (16% de la carga de enfermedad). Las enfermedades transmisibles y las infecciones respiratorias suman 519 573 AVISA (10% de la carga

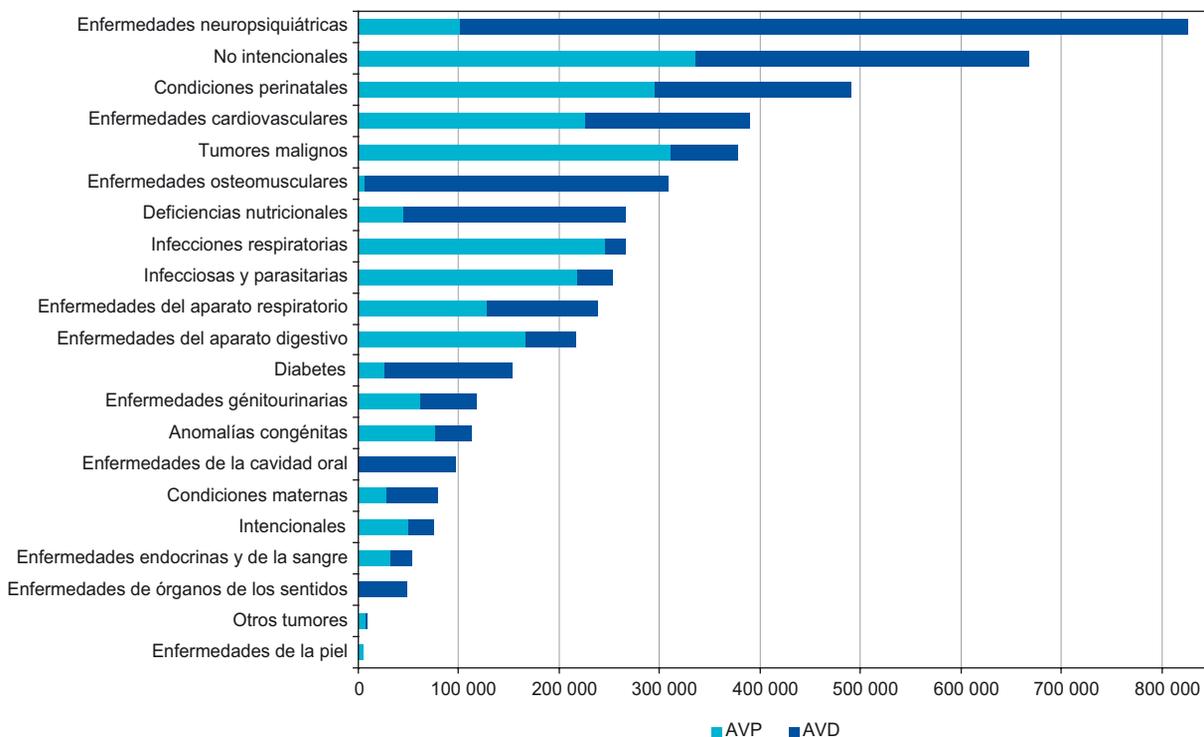


Figura 8. AVISA (AVP+AVD) de las 21 categorías de causa de carga de enfermedad, Perú 2004.

AVP: Años de vida perdidos por muerte prematura; AVD: Años vividos con discapacidad; AVISA: Años de vida saludable perdidos (AVP + AVD).

de enfermedad). Estas enfermedades producen mayor mortalidad que discapacidad.

Se destaca la elevada carga de morbilidad por enfermedades nutricionales que afecta a los niños menores de 5 años (266 052 AVISA). El 5% de la carga de enfermedad en el Perú se debe a la desnutrición infantil; esto se explica por la elevada prevalencia de esta enfermedad (24%)⁽¹⁵⁾, y por la prolongada duración de las secuelas.

Luego siguen en orden de magnitud otro grupo de enfermedades no transmisibles: las enfermedades del aparato respiratorio (décimo lugar), las enfermedades del aparato digestivo (decimoprimer lugar), la diabetes (decimosegundo lugar), enfermedades genitourinarias (décimo tercer lugar), anomalías congénitas (décimo cuarto lugar) y las enfermedades de la cavidad oral (décimo quinto lugar). Todas estas enfermedades suman 936 635 AVISA (19% del total de AVISA). De este grupo, las enfermedades que mayor mortalidad producen son las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades genitourinarias y las anomalías congénitas. En cambio, los daños que tienen mayor carga por discapacidad son la diabetes y las enfermedades de la cavidad oral.

Las condiciones maternas ocupan el décimo sexto lugar de las causas de carga de enfermedad y es responsable del 2% del total de carga de enfermedad. El motivo principal de la baja magnitud de AVISA, a pesar de la incidencia de este grupo de daños (77 por mil mujeres en edad fértil), es la baja mortalidad por estas causas (28 591 años perdidos por muerte prematura) comparado con el resto de enfermedades, así como por la corta duración de cada una de estas enfermedades y el bajo coeficiente de discapacidad que se le atribuye a sus secuelas.

Finalmente, en este orden por AVISA se encuentran las lesiones intencionales (décimo séptimo lugar), las enfermedades endocrinas y de la sangre (décimo octavo lugar), enfermedades de los órganos de los sentidos (décimo noveno lugar), otros tumores (vigésimo lugar) y las enfermedades de la piel (último lugar).

LAS PRIMERAS 50 CAUSAS DE CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN EL PERÚ

En la Figura 9 se presentan las 50 primeras causas de carga de enfermedad desagregadas del total de 135 diagnósticos que contienen toda la patología nacional.

Estos primeros 50 diagnósticos son causa del 72% de los años de vida saludables perdidos en este estudio (3 624 985 AVISA). En estas primeras causas predominan las enfermedades no transmisibles con 30 diagnósticos, le siguen en importancia las enfermedades infecciosas, perinatales y maternas con 14 diagnósticos y, finalmente

las lesiones con seis diagnósticos. Los diagnósticos con mayor carga de enfermedad son las que producen mayor muerte prematura o tienen mayor incidencia, mayor duración de la enfermedad y mayor discapacidad. Se destaca que la primera causa de carga de enfermedad son los accidentes de tránsito, segundo las neumonías,

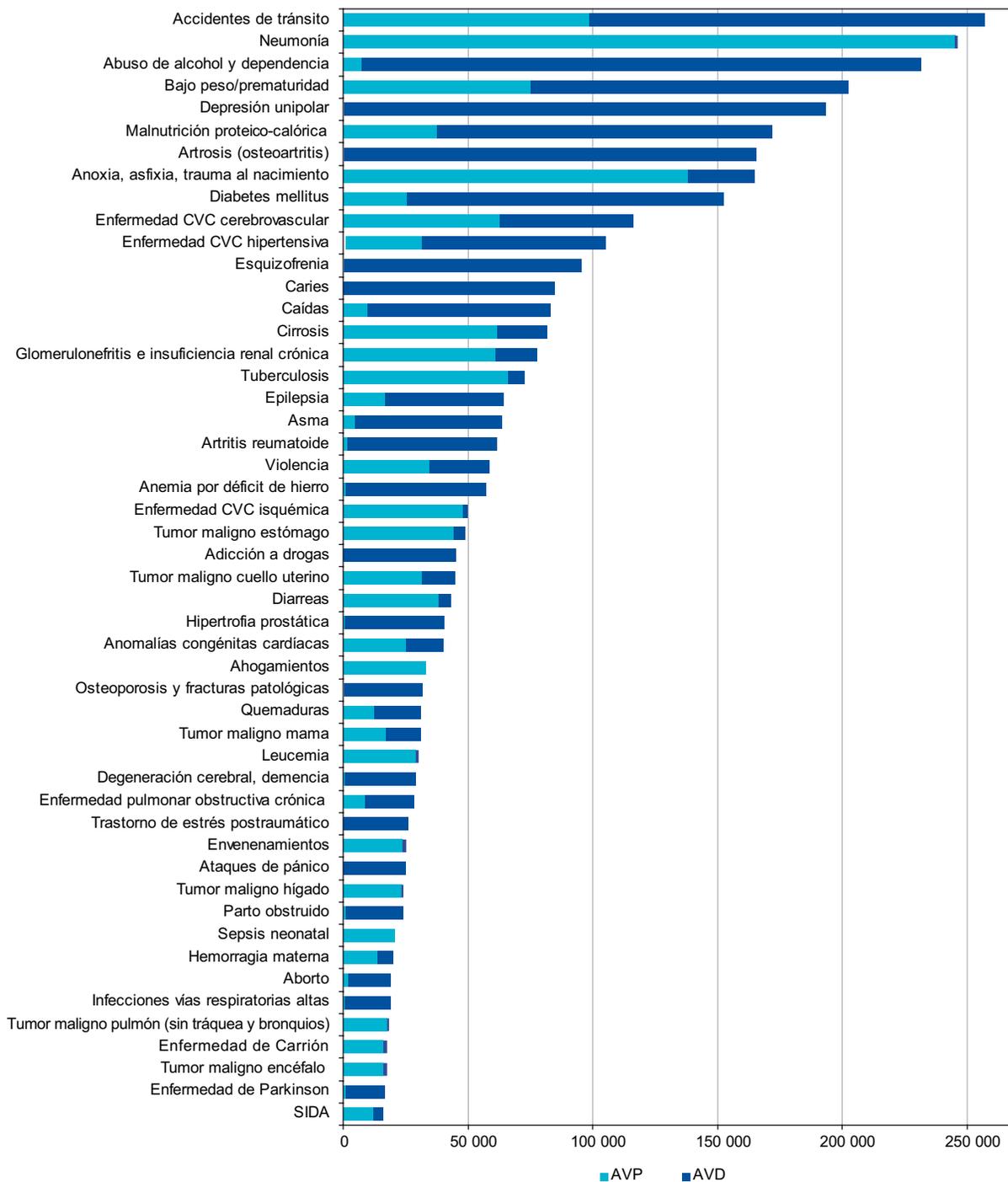


Figura 9. Cincuenta primeras causas de carga de enfermedad ordenadas según AVISA (AVP+AVD), Perú 2004.
AVP: Años de vida perdidos por muerte prematura; **AVD:** Años vividos con discapacidad; **AVISA:** Años de vida saludable perdidos (AVP + AVD).

tercero el abuso de alcohol, cuarto el bajo peso al nacer, quinto la depresión, sexto la desnutrición crónica infantil, séptimo la artrosis, octavo la anoxia neonatal, noveno la diabetes mellitus y décimo los accidentes cerebro vasculares.

Las primeras causas de enfermedad se explican por la coexistencia de enfermedades ligadas con la pobreza, como el bajo peso al nacer, el abuso de alcohol, la desnutrición y la neumonía; con enfermedades ligadas a la mayor esperanza de vida y a la urbanización como son los accidentes de tránsito, la depresión, la osteoartritis, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Se puede decir que en el Perú existe una triple carga de enfermedad, es decir que el país está expuesto a enfermedades infecciosas, nutricionales, crónica degenerativas y lesiones por accidentes de tránsito. En consecuencia, el sistema de salud deberá responder en la misma medida a este tipo de enfermedades. Tradicionalmente el sistema ha priorizado la atención de las enfermedades maternas e infantiles y ha desarrollado un sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades infecciosas. Sin embargo, se ha hecho poco para vigilar, prevenir y manejar los casos de las enfermedades no transmisibles y reducir los accidentes de tránsito ⁽¹⁶⁾.

En estas primeros 50 diagnósticos el grupo con más carga de enfermedad son las enfermedades psiquiátricas (12% del total de AVISA): abuso de alcohol y dependencia, depresión, esquizofrenia, adicción a drogas, ataques de pánico y trastorno de estrés posttraumático. Le siguen en importancia las lesiones no intencionales, tales como los accidentes de tránsito, las caídas, los ahogamientos, las quemaduras y los envenenamientos, que causan el 9% de la carga total.

Otro grupo importante en estas primeras 50 causas de carga de enfermedad son las enfermedades infecciosas, aquí las neumonías, tuberculosis, infecciones respiratorias agudas superiores, diarrea, Bartonelosis y SIDA representan 8% del total de carga de enfermedad. Con esta misma magnitud de importancia se encuentran las afecciones perinatales: bajo peso al nacer, la asfisia neonatal y la sepsis neonatal, que son responsables del 8% de la carga de enfermedad.

Las enfermedades crónicas como las cardiovasculares: la enfermedad cerebrovascular, hipertensiva e isquémica son causa del 5% del total de AVISA; del mismo modo lo son las enfermedades osteoarticulares: artrosis, artritis reumatoide y la osteoporosis y fracturas, que son responsables del 5% de la carga de enfermedad.

Aquí se resaltan las afecciones nutricionales que afectan principalmente a los más pobres. La desnutrición crónica

y la anemia ferropénica son causa del 5% de la carga de enfermedad.

Los tumores que están en las primeras 50 causas, representan el 4% de los AVISA totales y son: los tumores malignos de encéfalo, pulmón, hígado, mama, cuello uterino, estómago y leucemias.

Finalmente, se destacan en este grupo la diabetes, las enfermedades genitourinarias (hipertrofia benigna de próstata y la glomerulonefritis/ insuficiencia renal crónica), enfermedades neurológicas (epilepsia, demencia y Parkinson), enfermedades respiratorias (enfermedad obstructiva pulmonar crónica y asma), la caries, la cirrosis, afecciones maternas (parto obstruido, hemorragia materna y aborto) y la violencia.

LA CARGA DE ENFERMEDAD EN EL PERÚ Y LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

El estudio nacional de carga de enfermedad y lesiones en el Perú ha mostrado la transición demográfica y epidemiológica que ocurre en la población, porque muestra un nuevo orden de prioridades que se caracteriza por cambios de las causas de muerte que pasan de las causas infectocontagiosas hacia las crónico-degenerativas. Esto se atribuye principalmente a una transición demográfica que se caracteriza por mayores tasas de supervivencia de lactantes y niños e incremento de la edad promedio de la población, en consecuencia, se intensifica la exposición a factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas y los accidentes ⁽¹⁴⁾.

La población peruana se encuentra en una transición demográfica porque se ha determinado que existe 1,6% de tasa de crecimiento y 6-8% de mayores de 60 años ⁽¹⁷⁾. Para el año 2007 la tasa de crecimiento demográfico se redujo a 1,5%, la tasa bruta de natalidad a 23,3 por mil, la tasa bruta de mortalidad a 6,2 por mil y la esperanza de vida al nacer alcanzó los 72 años.

En el estudio de carga de enfermedad en el Perú, la mayor carga de enfermedad se debe a las enfermedades no transmisibles que generan una mayor utilización de los servicios de salud, encarecen la atención y exigen mayor capacidad resolutoria de los establecimientos.

Cabe destacar que el envejecimiento de la población no sólo ocurre en la zona urbana sino también en la zona rural y en las áreas pobres; en consecuencia, las enfermedades no transmisibles y los accidentes también se están incrementando en esta población vulnerable. Actualmente, los pobres del país sólo tienen acceso a

la atención primaria en servicios de salud con limitada capacidad resolutoria y que atienden principalmente enfermedades transmisibles y materno-infantiles.

El impacto de esta situación es más grave en personas con menos recursos. Casos de hipertensión arterial, obesidad, diabetes, depresión, alcoholismo, asma, osteoartritis requieren de un diagnóstico y manejo adecuados, y si estos no se dan de forma oportuna o con calidad, las secuelas de la enfermedad son mayores. Las consecuencias no fatales de estas enfermedades afectan directamente la productividad y generan mayor pobreza ⁽¹⁸⁾. Este tipo de enfermedades, por lo general, requieren el uso intensivo de servicios y de medicamentos, si el paciente no tiene algún tipo de seguro entonces tiene que afectar la economía familiar. En estos lugares las personas que no reciben atención para estas enfermedades reproducen la historia natural de la enfermedad, haciendo que las secuelas y complicaciones se instalen de forma más precoz y los niveles de discapacidad son mayores ⁽¹⁹⁾. La evidencia acumulada en los países desarrollados muestra que la prevalencia de enfermedades crónicas y los niveles de discapacidad entre las personas mayores pueden reducirse adoptando medidas apropiadas de promoción de la salud y estrategias de prevención de las enfermedades no transmisibles ⁽²⁰⁾.

Un hecho especialmente preocupante es el aumento de la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas, observado en los países en desarrollo ⁽²²⁾. Las oportunidades perdidas por los sistemas de salud para afrontar o gestionar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la edad se traducirán en aumentos de la incidencia, de la prevalencia y de las complicaciones asociadas a estas enfermedades.

La mejora de los sistemas de salud y de sus respuestas al envejecimiento de la población está justificada económicamente. Con unas razones de dependencia de las personas mayores que están aumentando prácticamente en todos los países del mundo, la contribución económica y los papeles productivos de las personas mayores cobrarán mayor importancia. Ayudar a la gente a mantenerse sana y a asegurarse una buena calidad de vida para sus últimos años de vida constituye uno de los mayores retos para el sector sanitario de los países tanto desarrollados como en desarrollo.

En consecuencia, se necesita establecer un plan de beneficios que se ajuste a este perfil epidemiológico y que orienten las intervenciones del sistema de salud para mejorar la calidad de vida y no solo para reducir la mortalidad. Si se desarrollan medidas efectivas (preventiva promocionales, curativas y de rehabilitación)

para atender las primeras 50 causas de carga de enfermedad se podrían aliviar más del 70% de la carga de enfermedad del Perú.

Los seguros excluyen o no cubren integralmente enfermedades crónicas, por ejemplo las entidades prestadoras de salud (EPS), financiadas por seguros privados, no cubren enfermedades psiquiátricas y que son las que mayor carga de morbilidad ocasionan en la población peruana ⁽⁷⁾. Esto genera una gran participación del gasto de bolsillo en el gasto en salud, de tal forma que el sistema de salud no está otorgando un nivel de protección adecuado sobre todo desde el punto de vista financiero. Así, la asignación de recursos está sesgada a servicios menos costo-efectivos que los servicios preventivos.

Por esta razón, un primer paso es establecer un plan que incluya un mínimo de intervenciones de salud que cubra la mayor carga de enfermedad que sea cubierta por todas las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud tanto públicas, privadas o mixtas.

La definición de un paquete de servicios requiere de una evaluación periódica de las prioridades de atención de la salud. Esta evaluación debe hacerse a la luz de los avances científicos y tecnológicos, la actualización de los profesionales, la disponibilidad de recursos para invertir en salud, las condiciones económicas de la población, los cambios en el perfil epidemiológico y el cambio de las preferencias sociales. De esta forma, el Estudio de Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú se constituye en la línea de base del aseguramiento universal que tendrá que ser nuevamente realizado para medir el impacto de esta reforma del sistema de salud y para ajustar las prioridades del PEAS.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Perú, Congreso de la República.** Ley N.º 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima: Congreso de la República; 2009.
2. **Perú, Ministerio de Salud.** Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS). Plan de beneficios del PEAS. Lima: MINSA; 2009.
3. **Sobrevilla A.** El listado priorizado de intervenciones sanitarias y la universalización del aseguramiento en salud. Bol PRAES. 2005; (11): 4-9.
4. **González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porras-Condey R, Carvalho N, et al.** Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud en México. Salud Publica Mex. 2007; 49(Supl 1): S37-52.

5. **Knaut FM, Arreola-Ornelas H, Mendez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguirre R, et al.** Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Publica Mex.* 2007; 49(Supl 1): S70-87.
6. **Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.** Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico. México DF: Secretaría de Salud; 2006.
7. **Velásquez A, Seclén Y, Poquioma E, Cachay C, Espinoza R, Munayco C.** La carga de enfermedad y lesiones en el Perú: Ajustado con datos nacionales de morbilidad y mortalidad. Lima: MINSA/USAID; 2009.
8. **Murray CJ, Lopez AD.** The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press; 1996.
9. **Michaud CM, Murria CJ, Bloom BR.** Burden of disease--implication for future research. *JAMA.* 2001; 285(5): 535-39.
10. **Mathers CD, Vos T, Lopez AD, Salomon J, Ezzati M (ed).** National burden of disease studies: a practical guide. 2nd ed. Geneva: WHO; 2001.
11. **Murray CJ.** Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull World Health Organ.* 1994; 72(3): 429-45.
12. **Velásquez A.** Guía metodológica para las estimaciones epidemiológicas del estudio de carga de enfermedad. Lima: PRAES-USAID; 2006.
13. **Boutayeb A, Boutayeb S.** The burden of non communicable disease in developing countries. *Int J Equity Health.* 2005; 4(1):2.
14. **Huicho L, Trilles M, Gonzales F, Mendoza W, Miranda J.** Mortality profiles in a country facing epidemiological transition: an analysis of registered data. *BMC Public Health.* 2009; 9:47.
15. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar 2004-06. Lima: INEI; 2007.
16. **Alfaro-Basso D.** Problemática sanitaria y social de la accidentabilidad del transporte terrestre. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2008; 25(1): 133-37.
17. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2007. Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Primeros resultados. Lima: INEI; 2008.
18. **Campbell T, Campbell A.** Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world. *J Urban Health.* 2007; 84(3 Suppl): i54-64.
19. **Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K.** The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2007; 370: 1929-38.
20. **Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003.
21. **Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murria CJ, Comparative Risk Assessment Collaborating Group.** Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet.* 2002; 360: 1347-60.

Correspondencia: Dr. Aníbal Velásquez Valdivia
 Dirección: Cápac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú.
 Teléfono: (511) 6176200
 Correo electrónico: avelasquez@ins.gob.pe

Consulte las ediciones anteriores de la
 Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública en
www.scielo.org.pe

