

Carga de Enfermedad en el Perú 1990-2017 y el contexto mundial. Avances y desafíos

Lozano Rafael ¹, Odell Chris ¹

¹ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington, Seattle EEUU.

Resumen

El estudio de la Carga de la Enfermedad en Perú es parte del estudio de la Carga Global de la Enfermedad 2017 (GBD). Los resultados permiten observar con más nitidez las transiciones que Perú experimenta en materia de salud.

Por un lado, persiste una doble carga de enfermedad, a pesar de la importante disminución de la carga por enfermedades transmisibles, de nutrición y asociadas a la reproducción en 2017. Estas siguen contribuyendo con el 23%, en contraste con el 66% de la carga que se asocia con las enfermedades crónicas no transmisibles. Por otro lado, los resultados de este estudio permiten caracterizar la posible expansión de la morbilidad.

En casi 3 décadas la mortalidad prematura descendió exponencialmente (casi a la mitad de 1990 a 2017); en cambio, la carga asociada a discapacidad se ha incrementado. Este estudio nos recuerda que las prioridades deben expresarse no solo usando la mortalidad, ya que, al incorporar la discapacidad y la exposición a factores de riesgo, se hacen visibles los asuntos generalmente invisibles como las enfermedades de la piel, de los órganos de los sentidos, los padecimientos mentales y los musculoesqueléticos. Perú también experimenta otra transición relacionada con el incremento de factores de riesgo metabólicos y un descenso en los factores de riesgo ambientales.

La mitad de la carga se atribuye a factores de riesgo modificables prevenibles, pero persiste la doble carga de la mala nutrición: desnutrición y sobrepeso. Se recomienda realizar este estudio a nivel subnacional para contribuir con las políticas públicas del país.

Palabras clave: Carga de la Enfermedad, Transición Epidemiológica, Prioridades de Salud

1. Introducción

Se considera que el estudio de la carga de la enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) es “un esfuerzo científico y sistemático para cuantificar la magnitud comparativa de las pérdidas de salud de todas las enfermedades, lesiones y factores de riesgo por edad, sexo, en todos los países del mundo a lo largo del tiempo”¹. La premisa fundamental del estudio es que -a nivel global, nacional y local- las políticas de salud deben estar basadas en datos válidos, confiables y oportunos. Los principios fundamentales del estudio GBD son tres: a) exhaustividad, incluyendo todos los datos disponibles; b) las estimaciones informadas siempre son mejores que la falta de información dado que, en algunos ámbitos políticos, la ausencia de información genera inacción; y c) la comparabilidad de las estimaciones es crítica (entre ubicaciones, tiempo, enfermedades, lesiones, factores de riesgo, edad y sexo). En otras palabras, es una aproximación holística para estudiar las pérdidas de salud.

Para medir la carga de la enfermedad en el mundo y en los países, se emplean indicadores simples e indicadores compuestos. Los indicadores simples como incidencia, prevalencia y mortalidad por edad y causas, agregan casos o eventos. Por otro lado, los indicadores compuestos permiten agregar los resultados letales y no letales, de tal forma que, en lugar de contar casos o eventos, los eventos se transforman en tiempo y las unidades de medida se definen como:

- **Años de vida perdidos por muerte prematura** (APMP o YLL por sus siglas en inglés). Se obtienen al multiplicar una muerte a la edad "x" por la esperanza de vida -más alta en el mundo- a la misma edad.
- **Años vividos con discapacidad** (AVD o YLD por sus siglas en inglés), por una causa en un grupo de edad y sexo determinado. Se obtienen al multiplicar la prevalencia de esa condición o enfermedad por el ponderador de la discapacidad para esa condición.
- **Ponderador de discapacidad** (disability weight). Es la medida que permite cuantificar el impacto de las pérdidas de salud a corto plazo o a largo plazo (va de 0 a 1, en donde 0 corresponde al estado de salud plena, y 1 a muerte).
- **Años de vida saludable perdidos** (AVISA o DALYs por sus siglas en inglés). Corresponden a los años de vida saludable perdidos o años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y equivalen a la suma de años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) y de los años vividos con discapacidad (AVD).
- **Esperanza de vida saludable** (EVISA o HALE por sus siglas en inglés). Es una medida de resumen positiva que cuenta los años de vida esperados con plena salud.

El estudio de la carga de la enfermedad al día de hoy cubre 195 países y territorios e incluye estimaciones a nivel subnacional para algunos países, por ejemplo: Brasil, China, Etiopía, India, Indonesia, Irán, Japón, Kenia, México, Nueva Zelanda, Noruega, Rusia, Sudáfrica, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos, entre otros.

Actualmente, se estudian 359 enfermedades y lesiones, 3,228 secuelas clínicas y 84 factores de riesgo o grupos de factores de riesgo. Las estimaciones se actualizan anualmente considerando series temporales de 1990 al año más reciente. Los hallazgos obtenidos son

publicados en las principales revistas científicas, informes de políticas y visualizaciones de datos en línea.

El primer estudio de la carga de la enfermedad fue realizado a principios de la década de los noventa y fue difundido por el Banco Mundial², la OMS y la Universidad de Harvard³. Sin embargo, hasta 1997, The Lancet publicó los primeros artículos sobre la carga de la enfermedad que pasaron por el proceso de revisión por pares⁴⁻⁷.

Veinte años después, Murray y colaboradores⁸ establecieron que la evolución que tuvo el GBD en ese periodo de tiempo, se puede resumir en 10 condiciones importantes, las mismas que se enlistan a continuación:

- I. De ser un pequeño grupo de investigadores ha pasado a un grupo amplio de colaboradores.
- II. Se ha incrementado exponencialmente la granularidad de las mediciones.
- III. Se ha transitado de la elaboración de estimaciones plausibles a una teoría de medición.
- IV. Se han modificado los fundamentos empíricos y filosóficos del estudio.
- V. Incremento de la transparencia en los datos, procesos y resultados.
- VI. Se ha mejorado la comunicación de los resultados a través de herramientas electrónicas de visualización.
- VII. Se ha expandido el alcance a los sistemas de salud y al contexto social.
- VIII. Mayor contribución a la salud global y al desarrollo de prioridades.
- IX. Más cuidado en el proceso formal de revisión por pares.
- X. Se tiene la convicción de transitar de una producción episódica a la producción anual.

Al respecto conviene destacar que en la producción de estimaciones de los años 90 no participaron más de una docena de personas y para 2017, se cuenta con una red de más de 3,600 colaboradores de 143 países. El mismo artículo indica que, de 107 enfermedades estudiadas en 1990, para 2017 se estudiaron 359. En otras palabras, la matriz de resultados generados por GBD 2016 es 43,000 veces más grande que la que se generó para GBD 1990.

2. Resultados

Perú experimenta importantes cambios en la mortalidad. De 1990 a 2017 el total de defunciones estimadas por el GBD aumentó de 137,599 a 141,759. Las muertes por enfermedades transmisibles, de la nutrición y reproducción (ETNyR) disminuyeron a la mitad (de 59 mil a 29 mil) y las defunciones ocasionadas por lesiones también descendieron un tercio (de 21 mil a 7 mil), mientras que las defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) aumentaron en 68%, de 59,105 a 99,488 (43% a 70%). Cuando comparamos las tendencias, controlando por el tamaño de la población (tasa cruda), observamos que el descenso de la mortalidad por ETNyR y de las lesiones es mayor, y que el incremento de las ECNT es cercano a 11%, es decir, aumentó de 2.7 a 3.0 por 1,000 habitantes. Al controlar el efecto de la edad (envejecimiento), la tasa ajustada de las ETNyR y de las lesiones presenta el mismo comportamiento de las tasas crudas, pero la tasa de las ECNT desciende de 4.6 a 3.1 x 1000 habitantes lo que implica que su incremento se explica en gran medida por el envejecimiento de la población (ver figura 1).

La caída de la mortalidad contribuyó de manera importante a la disminución de la carga de la enfermedad en Perú. De 1990 a 2017, los AVISA disminuyeron de 408 a 214 por 1000 habitantes (-47%). Siendo mucho más acelerada la caída de los APMP cuya tasa de disminución anual fue de 3.5%, en contraste con la lenta caída de los AVD que fue de 0.2% anual. Como se puede observar en la figura 2, la transición observada se caracteriza por un decremento de la proporción de APMP de 75% en 1990 a 55% en 2017; contrariamente, los AVD aumentaron de 25% a 45%. En la medida que incrementa esta proporción y se acelera la caída de AVD, se observará una compresión de la mortalidad que hasta el momento no se ha expresado en el país. De la misma manera, se puede observar que la proporción de AVD es inexistente antes de un año de edad, pero a partir de esa edad empieza a incrementar, siendo más alta de los 5 a los 54 años de edad. Esta composición abre una agenda a explorar en materia de atención en salud en Perú. Las causas que contribuyen con las pérdidas no letales son las enfermedades de la piel, de los sentidos, las enfermedades mentales y del aparato musculoesquelético, entre otras.

Los resultados de la carga de la enfermedad permiten establecer prioridades para asignar recursos. De hecho, si observamos las principales causas de muerte en Perú en 2017 (figura 3) y las comparamos con los otros indicadores de la carga de enfermedad, comprobamos que a pesar de los avances en materia de salud pública y de atención a la salud, las infecciones respiratorias bajas contribuyen con 11.7% del total; le siguen en orden de importancia las ECNT, como la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la cirrosis y la enfermedad renal crónica. Si observamos la columna de muertes prematuras, el orden cambia ligeramente y las causas también. Se mantienen las infecciones respiratorias en el primer lugar, pero en el segundo lugar se colocan los problemas del periodo perinatal, que en mortalidad ocupaban el lugar 11 y los accidentes de tránsito que avanzaron del séptimo lugar en mortalidad al cuarto en términos de muerte prematura. Dado que esta métrica da más importancia a las muertes a temprana edad en el 5to lugar se ubican las anomalías congénitas y en el 6to el VIH/Sida. Si sólo se usara uno de estos dos criterios para establecer prioridades, el supuesto que existiría es que los que no murieron están sanos y no cuentan.

Para evitar ese supuesto equivocado, la tercera columna muestra los AVD, es decir, los resultados en salud no letales. En este caso, Perú muestra que una proporción importante de sus pérdidas no letales están asociadas a enfermedades mentales, de los órganos de los sentidos y del sistema musculo esquelético. Por lo tanto, la columna que mejor identifica las prioridades en salud es la última del lado derecho que condensa las pérdidas en salud letales y no letales mostradas en la segunda y la tercera columna de la tabla (ver figura 3).

Los 84 factores de riesgo nos ayudan a explicar sólo 45% de la carga atribuible. De esa proporción, 25% de la carga está asociada a factores de riesgo metabólicos, 12% a factores conductuales y 8% a factores ambientales. Con un nivel mayor de desagregación, la figura 4 muestra que desde 1990 a 2017, la desnutrición materna e infantil es el factor de riesgo con mayor carga atribuible, pero en ese periodo descendió 86%. En contraste el índice de masa corporal elevado no sólo aumentó 74% en 27 años, sino que además pasó del

octavo al segundo lugar. Otros factores de riesgo que aumentaron su participación fueron glucosa plasmática elevada y presión arterial sistólica elevada. En contraste, la carga atribuible a los riesgos relacionados con la dieta disminuyó discretamente (14%), mientras que la carga atribuible al consumo de alcohol y tabaco se redujo 48 y 40% respectivamente.

3. Ampliando el alcance del estudio

Como ya se dijo anteriormente, el estudio de la carga de la enfermedad ha expandido su alcance en diferentes ámbitos. En el ámbito demográfico, construyendo el índice sociodemográfico⁹, el cual se calcula utilizando la media geométrica por país de tres variables: promedio de años de escolaridad, producto interno bruto y tasa de fecundidad en menores de 25 años en países de ingresos bajos y medios y la tasa de fecundidad de mujeres mayores de 30 años en países de altos ingresos.

En el ámbito de los sistemas de salud, construyendo el índice de acceso y calidad a los servicios de salud¹⁰ y dando el seguimiento a los indicadores de salud correspondientes a los objetivos de desarrollo sostenible¹¹. Otro desarrollo importante tiene que ver con la proyección de futuros escenarios. Para mejorar el diálogo político es necesario mirar hacia adelante y dejar de conducir los servicios de salud a través del “espejo retrovisor”, es decir, mirando hacia atrás. Sin embargo, conducir el sistema de salud hacia adelante implica construir escenarios de referencia, asumiendo pocos cambios, pero también simulando “mejores” escenarios proyectando las tasas de cambio de los países que se ubican en el percentil 85; o bien, “peores” escenarios proyectando las tasas de cambio de los países ubicados por debajo del percentil 15¹².

En la figura 5 se presenta una métrica que compara la tasa observada de los APMP con la tasa esperada de APMP. La tabla presenta las 10 principales causas por cada uno de los grupos etarios. La tasa esperada se calcula ajustando los valores observados de acuerdo con el índice sociodemográfico. En este sentido, si el valor observado es mayor que el esperado se interpreta como un desempeño defectuoso del sistema de salud y por el contrario, si el valor observado es menor al esperado, se acepta un desempeño mejor logrado. Es claro que en Perú hay enfermedades que necesitan mayor atención, ya que el exceso de mortalidad prematura es importante.

El interés por construir escenarios a futuro es porque a través de estos escenarios se pueden tomar decisiones informadas sobre inversión con pagos a largo plazo; a la vez, se pueden identificar los desafíos que pueden llegar a ser más importantes en los determinantes de la salud en el futuro, como la migración, la urbanización o la obesidad. El diálogo político permite proporcionar información sobre las implicaciones de los cambios en la salud para los sistemas de salud y protección social e identificar y mitigar riesgos para la salud a futuro.

En la figura 6 se muestra la esperanza de vida al nacer (EVN) en Perú de 1990 a 2016 y después la proyección de tres escenarios a 2040. El incremento de la EVN de 1990 a 2016 es de 10.2 años (de 69.5 a 79.7). Para el escenario de referencia el aumento a 2040 es de 2.8 años, que puede llegar a 5.1 en el mejor escenario o solo un incremento de 0.4 en el peor escenario. Lo importante es destacar qué causas son las que afectan más el cambio acelerado y cuáles son las que afectan el progreso.

4. Conclusiones

Los resultados del estudio GBD permiten observar con más nitidez las transiciones que Perú experimenta en materia de salud. Por un lado, resaltan la doble carga que encara el país. A pesar de la importante disminución de la carga por ETNyR, en 2017, el 23% de la carga está relacionada con estas causas y, el 66% con las ECNT. Por otro lado, los resultados del GBD permiten caracterizar la posible expansión de la morbilidad: en casi 3 décadas, la mortalidad prematura descendió exponencialmente; en cambio, la discapacidad se mantuvo estable. Es importante recordar que las prioridades deben expresarse no solo usando la mortalidad, ya que, al incorporar la discapacidad y la exposición a factores de riesgo, se hacen visibles los asuntos generalmente invisibles como las enfermedades de la piel, de los órganos de los sentidos, los padecimientos mentales y los musculoesqueléticos. Otra transición se registra en el incremento de factores de riesgo metabólicos y un descenso en los ambientales. La mitad de la carga se le atribuye a factores de riesgo modificables prevenibles, pero persiste la doble carga de la mala nutrición: desnutrición y sobrepeso. Aunque no se muestran en el presente documento, sí se hizo en la presentación, destacando dos aspectos: a) El compromiso internacional de los ODS colocan a Perú

en desventaja en varios indicadores relacionados con la salud, entre otros: el embarazo adolescente, la obesidad infantil y la mortalidad materna. b) El índice de acceso y calidad a los servicios de salud (HAQI) muestra rezagos en la atención de la Leucemia, Linfoma de Hodgkin e infecciones respiratorias bajas.

Operar cotidianamente con escenarios a futuro permite identificar los desafíos que pueden llegar a ser más importantes en los determinantes de la salud en el futuro.

Finalmente quiero agradecer a la Dra. Patricia García y al Dr Nelson Morales Soto de la Academia Nacional de Medicina de Perú por su amable invitación a participar en este importante evento y a la vez, extendiendo una

invitación a todos los que quieran explorar más detalles de los resultados del GBD2017 para que usen la siguiente liga <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>.

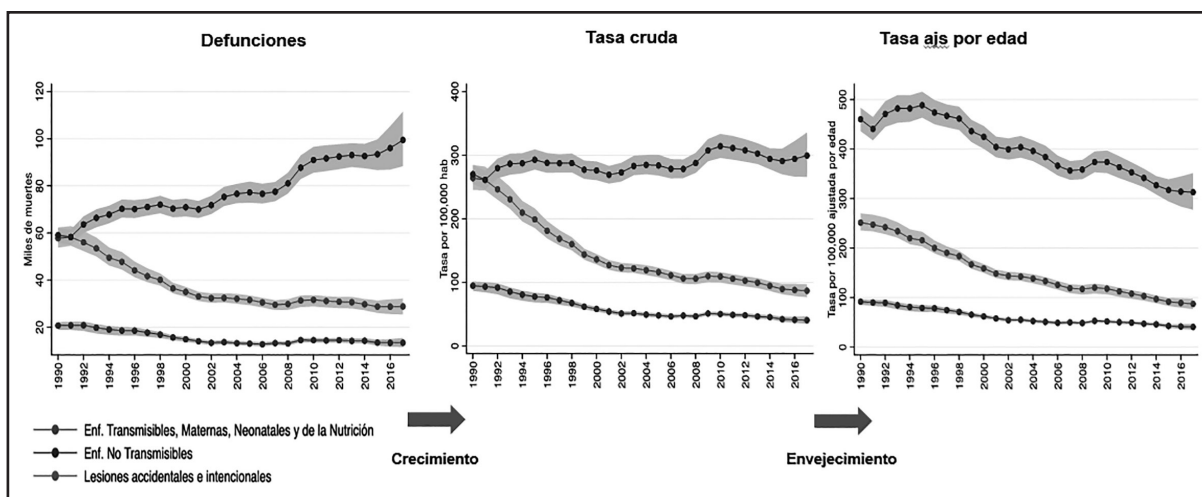
La invitación no es sólo a explorar los resultados sino también a convertirse en colaboradores del estudio GBD2019 y aspirar a realizar el estudio algún día a nivel subnacional.

Agradecimientos

Los autores agradecen a toda la red de colaboradores del GBD por haber generado las estimaciones usadas en este artículo. Así mismo, los autores declaran no tener ningún conflicto de interés para la producción del manuscrito.

Figura 1

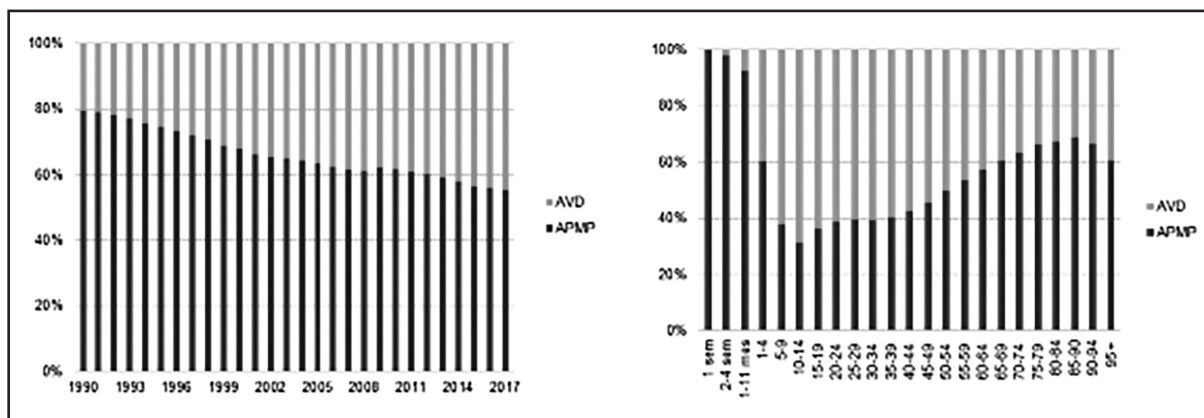
Mortalidad por grandes grupos de causas, Perú 1990 - 2017



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018

Figura 2

Relación Muerte prematura y discapacidad 1990 - 2017 y por grupo de edad 2017



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018

Figura 3

Principales causas usando varios indicadores, Perú 2017

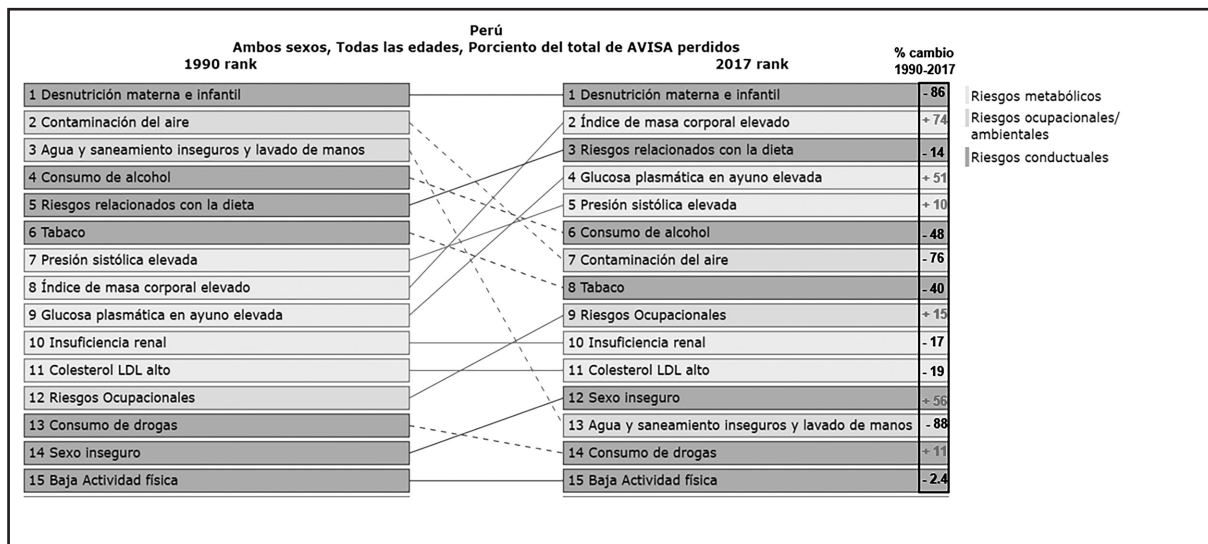
Mortalidad	%	Años perdidos por muerte prematura	%	Años vividos con discapacidad	%	Años de vida Saludable perdidos	%
1 Infec. Resp. Bajas	11.7	1 Infec. Resp. Bajas	10.7	1 Lumbalgia	9.2	1 Desórdenes del periodo Neonata	6.6
2 Cardiopatías isquémicas	10.7	2 Desórdenes del periodo Neonata	8.4	2 Cefalea	6.4	2 Infec. Resp. Bajas	6.0
3 Alzheimer	7.2	3 Cardiopatías isquémicas	6.1	3 Ceguera y alteraciones visuales	4.9	3 Lumbalgia	4.1
4 Enfermedades vascular cerebral	5.6	4 Accidentes de tránsito	5.4	4 Desórdenes del periodo Neonatal	4.4	4 Cardiopatías isquémicas	3.7
5 Cirrosis	3.9	5 Anomalías congénitas	4.7	5 Trastorno de ansiedad	4.2	5 Accidentes de tránsito	3.2
6 Enf renal crónica	3.7	6 VIH/SIDA	3.9	6 Diabetes	3.8	6 Anomalías congénitas	3.1
7 Accidentes de tránsito	3.2	7 Enfermedades vascular cerebral	3.7	7 Trastornos depresivos	3.7	7 Diabetes	2.9
8 Ca de estómago	3.0	8 Cirrosis	3.6	8 Otras pérdidas auditivas	3.4	8 Cefalea	2.8
9 Diabetes	3.0	9 Cuerpo extraño	3.3	9 Deficiencia de hierro dietaria	3.2	9 Enfermedades vascular cerebral	2.4
10 Enfermedades pulmonares Intestinales	2.7	10 Enf renal crónica	2.8	10 Padecimientos orales	3.0	10 VIH/SIDA	2.3

■ Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y de la nutrición
 ■ Enfermedades no transmisibles
 ■ Lesiones

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018

Figura 4

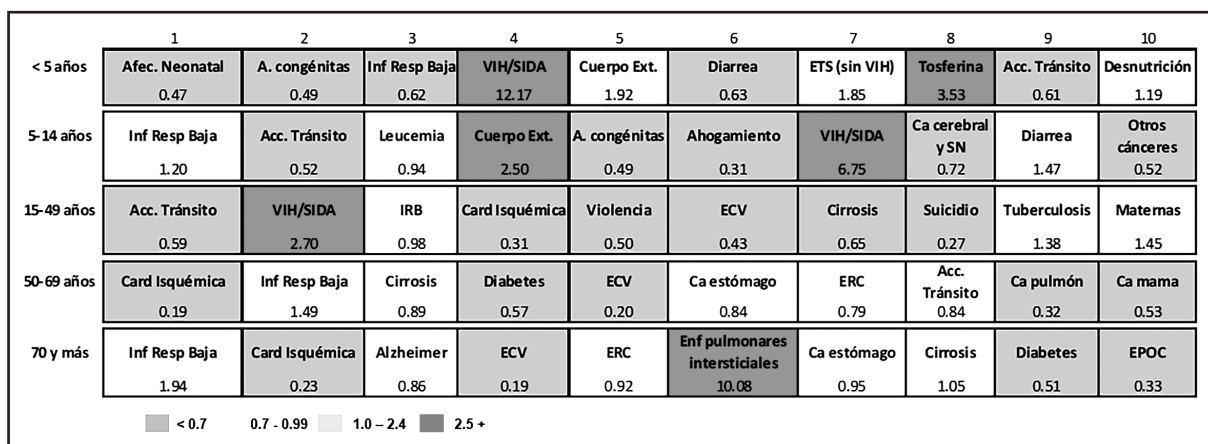
Cambio de los factores de riesgo 1990 - 2017



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018

Figura 5

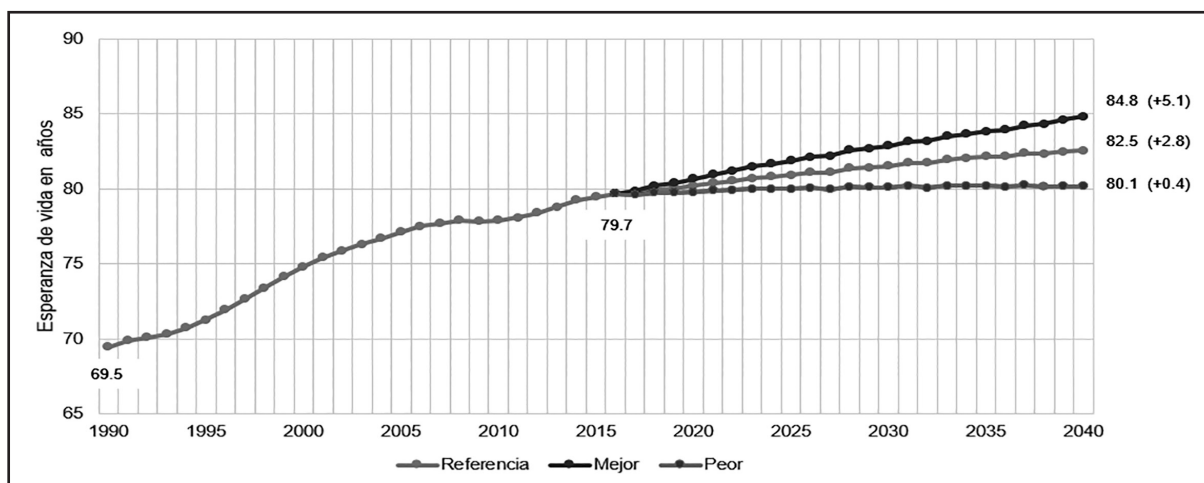
APMP Observados / APMP Esperados según IDS



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018

Figura 6

Esperanza de vida al nacer en Perú: proyecciones a 2040, diferentes escenarios



Fuente: Foreman K. et al. Lancet 2018; 392: 2052-90

5. Referencias

- Murray CJ, Ezzati M, Flaxman AD, et al. *GBD 2010: design, definitions, and metrics*. The Lancet 2012; 380: 2063-6.
- Berkley S, Bobadilla J-L, Hecht R, et al. *World development report 1993: investing in health*. The World Bank, 1993.
- Murray CJL, editor. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020; summary*. Cambridge: Harvard School of Public Health [u.a.], 1996.
- Murray CJ, Lopez AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study*. The Lancet 1997; 349: 1498-504.
- Murray CJ, Lopez AD. *Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study*. The Lancet 1997; 349: 1436-42.
- Murray CJ, Lopez AD. *Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study*. The Lancet 1997; 349: 1269-76.
- Murray CJ, Lopez AD. *Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study*. The Lancet 1997; 349: 1347-52.
- Murray CJL, Lopez AD. *Measuring global health: motivation and evolution of the Global Burden of Disease Study*. The Lancet 2017; 390: 1460-4.
- Roth GA, Abate D, Abate KH, et al. *Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet 2018; 392: 1736-88.
- Fullman N, Barber RM, Abajobir AA, et al. *Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*. The Lancet 2017; 390: 1423-59.
- Lozano R, Fullman N, Abate D, et al. *Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet 2018; 392: 2091-138.
- Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, et al. *Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories*. The Lancet 2018; 392: 2052-90.

Diálogo con asistentes y conclusiones

AA Dra. Patricia García Funegra

Muchísimas gracias. Ahora sí, quisiera abrir la ronda de discusión con todo el público. Hemos tenido tres presentaciones que han abordado el tema del Perú en cifras, de una manera un poco distinta a la que estamos acostumbrados. Lo que hemos planteado es el reto de cómo mejoramos nuestros sistemas de información, y de manera crítica ver qué es lo que tenemos, qué es lo que estamos usando y hacia donde deberíamos ir en temas de información en salud. También, hemos escuchado que el abordar los determinantes sociales de la salud es clave si queremos lograr los objetivos de desarrollo sostenible. Finalmente, nos han presentado datos contundentes sobre la doble carga de enfermedad en el Perú, la expansión de la mortalidad por diversas causas y aspectos relacionados a discapacidad que normalmente son invisibilizados. Si bien es cierto que en el Perú se ha logrado disminuir la mortalidad asociada a muchas enfermedades, la tasa de discapacidad para muchas otras va en aumento. Un ejemplo es la mortalidad neonatal que ha disminuido; sin embargo, tenemos neonatos que sobreviven, pero con discapacidades (ceguera, sordera, daño cerebral etc.) y el sistema de salud no tiene necesariamente las capacidades para manejarlos. El Dr. Lozano ha compartido el link donde se puede obtener mucha información sobre la carga de enfermedad global y por países: <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations> y donde también pueden acceder a varias publicaciones del Lancet sobre el tema.

Bueno, ahora sí, pasemos a la sesión de preguntas y respuestas.

Participante

Una consulta sobre el sistema de información. Bueno, en primer lugar, felicitaciones. Yo soy chileno y trabajo en la OPS. Me preocupa saber cuál es el margen de error de las encuestas que están usando básicamente porque ya varias veces he visto imágenes de que estamos mejorando y la mejoría es del 2%. Y yo creo que eso está dentro del margen de error, pero no lo tengo muy claro a nivel nacional y a nivel regional. Peor todavía cuando dijiste que incluso no había representatividad a nivel de distritos. Siendo así que he visto en varias noticias o en reportes que tal distrito mejoró muchísimo, si la encuesta con la que están midiendo no es representativa a nivel de distrito entonces no se debe usar esa información.

Dr. José Pérez Lu

Es muy importante este tema de la representatividad de las encuestas, sobre todo las encuestas a nivel nacional.

La representatividad va a depender del tipo de encuesta. Por ejemplo, la encuesta ENDES, que es una encuesta nacional tiene representatividad departamental para cada año de encuesta. Muchas veces se sobre usan los datos de la ENDES, inclusive se hacen reportes mensuales. Claro que hoy en día el INEI le pone el intervalo de confianza al costado. El problema es que muchas personas que usan los datos o los referencian no entienden que el número que está puesto allí tiene un intervalo de confianza que a veces es muy amplio. Entonces, que haya subido dos o que haya bajado 2 en realidad no significa nada. La respuesta directa es que hay un sobre uso de la ENDES que a veces inclusive se convierte en un sobre uso político desafortunadamente.

Dr. Alejandro Llanos

Yo voy a preguntar sobre los sistemas de información. El gran problema cuando se utiliza una macro data es que esconde muchas cosas, porque evidentemente, hay diferencias regionales, inclusive distritales, y eso implica otro tipo de decisiones. Una macro data termina siendo sumamente inadecuada para ciertos lugares. Entonces, el gran problema es un sistema de información que no está captando las diferencias. Me preocupa esa enorme variedad de formatos que existen. Al final, yo me acuerdo de una frase que dijo la Dra. Pilar Mazzetti cuando era ministra; "no tener una información oportuna es como tener un caballo de carrera en plena carrera y con anteojeras". No permite tomar decisiones. Y allí también meto un poco historia clínica. Es un absurdo realmente estar en hospital y no tener historias clínicas, que, no solamente llegan tarde, sino que muchas veces nunca llegan. O sea, si uno no tiene una buena memoria al paciente le comienzas a inventar una historia porque el paciente inclusive no se acuerda lo que tuvo. Yo a veces me acuerdo más que el paciente sobre su enfermedad.

Dra. Patricia García

De acuerdo con el Dr. Llanos, un sistema de información que capta sólo lo que sucede a nivel nacional no permite tomar acciones más locales. En teoría los sistemas administrativos e incluso, bien usadas las historias clínicas electrónicas debieran permitirnos analizar datos más granulares. Sin embargo, necesitamos las diferentes miradas para tomar mejores decisiones.

Dr. Alonso Soto

Bueno, en primer lugar, felicitaciones por la excelente exposición. Creo que ha sido muy enriquecedora para todos. Y bueno, yo quería hacer primero una reflexión y luego una pregunta. La primera reflexión tiene que

ver con el aseguramiento universal. El aseguramiento universal no solamente es una responsabilidad moral, es una responsabilidad de ética de nosotros como país; pero además, es una medida, como ha mencionado Cesar Bayre, en evidencias y, sin embargo, luego de un avance importante en donde todos íbamos por el aseguramiento universal, el Ministerio, el Instituto Nacional de Salud y todos empujábamos ese carro, después eso se cayó y ahora es visto como una cosa medio caviar, medio rojete el tener aseguramiento universal. Lamentablemente hay una tendencia creciente hacia el no creer en el aseguramiento universal por falta de recursos etc. Entonces, yo creo que deberíamos retomar este tema como Academia Nacional de Medicina etc., como sociedades científicas, como universidades, en propugnar el aseguramiento universal de salud como herramienta no solamente ética imprescindible, sino también como intervención basada en evidencia. Quería preguntarle a César Munayco, qué políticas específicas enfocadas en los determinantes sociales han demostrado tener éxito en salud, porque hablamos mucho de políticas enfocadas a los determinantes, pero ¿cuáles, serían las más efectivas o qué experiencias hay en lo que ha revisado de la literatura? Gracias.

Dr. César Munayco

Hablar de desigualdades y determinantes sociales ya no es teórico. Actualmente existen evidencias científicas que demuestran que al tomar acciones sobre los determinantes sociales se ha logrado una reducción de la desigualdad en salud y por ende va a mejorar el bienestar de la población. Un ejemplo es la Ley de Cuidado de Salud Asequible (conocida como *Obamacare*), implementada por el presidente Barak Obama. Esta ley obliga a casi todos los residentes legales de los Estados Unidos a obtener un seguro de salud, con el principal objetivo de reducir el porcentaje creciente de personas sin seguro o con seguros limitados.

Otro ejemplo es la estrategia implementada en Inglaterra entre 1997 y 2010, que se centró específicamente en reducir las desigualdades geográficas en la esperanza de vida a través de intervenir en cuatro temas: apoyar a las familias; involucrar a las comunidades en la lucha contra la desigualdad; mejorar la prevención, el tratamiento y la atención; y abordar los determinantes sociales subyacentes de la salud. Esta estrategia logró la disminución de las desigualdades geográficas en la esperanza de vida, revirtiendo una tendencia cada vez mayor. Además, desde que se puso fin a esta estrategia, las desigualdades han comenzado a aumentar nuevamente.

Participante

En primer lugar, muchas gracias por la invitación. Voy a repetir dos frases que me han ayudado a aprender mucho más. La Dra. García dice que aquello que no se mide no mejora, y el Dr. Munayco dice “no dejar a nadie atrás”. ¿Cuántas personas sanas hay en el Perú?. El título de la reunión de hoy es “La Salud en cifras”. Entonces, debemos hablar no sólo de los enfermos sino de los sanos. Porque viendo las cifras me pregunto si hay alguna persona sana, y yo me siento sano. Hablamos de salud como la cara de una moneda, y la otra cara es la enfermedad, el síndrome o la patología, pero estamos poniendo mucho énfasis en lo patológico. Yo pienso que uno de los problemas más importantes y aunándome a la solicitud de mi antecesor es la educación. Pregunta: ¿Se han revisado los textos escolares con la minuciosidad con que se están revisando los contenidos sexuales? ¿Se han revisado los textos escolares referidos a la salud? Hace ya más de 70 años, cuando era estudiante de primaria y secundaria, teníamos un curso obligatorio que se llamaba El Niño y la Salud, en donde nos enseñaban desde lavarnos las manos, lavarnos los dientes y aprender a tener higiene en los órganos de excreción. ¿Eso existe ahora en los colegios? Si nosotros no ponemos la prevención como prioritaria se ha dicho aquí, no hacemos mucho. Y por lo tanto, la educación debe ser prioritaria. ¿Hay algún acuerdo entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud para fortalecer estas políticas? Ya no cursos de educación familiar y sexual. El Dr. Burstein me acaba de anunciar que va a haber una próxima reunión aquí para evaluar la formación de los profesionales en salud; sin embargo, me informan que en el Congreso existe un proyecto, espero que no sea cierto, para disminuir los estudios de medicina a 5 años. Los planes de estudio sobre todo en universidades privadas no están considerando a la salud como un elemento prioritario en la enseñanza, hay más contenidos patológicos que de salud.

Dra. Patricia García

Muchísimas gracias, doctor. Yo creo que estas reuniones y discusiones nos permiten ir poniendo dentro de la agenda de la Academia Nacional de Medicina algunos temas que deberíamos revisar. Dentro del Ministerio existe un área de salud del escolar en la cual siempre se ha mantenido cierta relación con el Ministerio de Educación. Aunque tengo que decirles que, durante el período que estaba como ministra nos acercamos mucho más, pero siempre hay una suerte de tensión en cuanto a todo lo que tiene que entrar en el currículo y todo lo que se debería enseñar en las escuelas. El lavado de manos se logró, por ejemplo. Creo que esta es una oportunidad para incorporar dentro de nuestra agenda de la ANM revisar qué aspectos de salud preventiva se están incluyendo dentro del currículo escolar y que falta.

Desde la ANM debemos hacer abogacía con el Ministerio de Educación.

Dr. César Cabezas

Bueno, quiero aunarme a las felicitaciones por las presentaciones y creo que está muy claro que los determinantes sociales son como dice su nombre, determinantes de la salud y hay evidencia que muestra que actuando sobre ellos se mejora, pero creo que nos está faltando una escala más en la decisión política, de Gobierno, y el problema está allí. O sea, creo que ya sabemos que estas son políticas públicas, pero quién decide finalmente. Y lo que nos preocupa es que la juventud ha perdido el interés por la política, y entonces eso es lo que hay que motivar en los jóvenes que la política no es mala por sí misma. Creo que es un tema, bueno un comentario.

La pregunta que quisiera hacer es, en el año 2000 el ministro pidió información sobre malaria. Entonces la OGE fue con su información, y dos oficinas más del MINSA, y las tres eran totalmente diferentes. Entonces el ministro dijo. ¿A quien le hago caso?, ¿Quién tiene la razón?. Todos decían que su información era válida. Miren, han pasado tantos años y eso no ha cambiado. Me impresionó la presentación del Dr. Pérez donde pone que esa información que debe darse debe ser simple y oportuna. Yo creo que, si se implementa lo presentado en esa diapositiva, allí estaría la solución. Pero lamentablemente no lo veo así. Yo en la mañana he estado viendo las fichas. Epidemiología tiene fichas para cada enfermedad y cada vez son más frondosas. Quieren poner más, es como si fuera una investigación. Muy frondosa esa información, pero esa información nadie la analiza, nadie la usa y como lo ha señalado el Dr. Pérez es un trabajo adicional para el que está en servicio y el tiempo que le dedica al paciente es mínimo. Esa es una pregunta, como decía el Dr. Cornejo Ubillus: ¿Cuál sería la solución?. Porque desde esos años desde el 2000 o más antes siempre el Ministerio ha estado interesado en tener un sistema único de información, de lo cual se desistió porque eso no era posible, usar plataformas. Y hay propuestas sobre el tema, creo que seguimos en lo mismo. Si mañana vamos a epidemiología, al Instituto Nacional de Salud y a las estrategias de control, cada uno maneja su información. Entonces la pregunta es ¿cuál sería la solución? Tenemos mucha tecnología, mucha informática, pero ¿cómo hacemos para que realmente haya una información oportuna para la toma de decisiones y para que el paciente también se beneficie?.

Dr. José Pérez Lu

Si actualmente vemos lo que usted ha dicho que pasó en el año 2000, eso sigue pasando actualmente. Y eso se debe

a que, como mencioné antes, cada dirección, cada equipo tiene su propio sistema de información y nadie quiere dejar su sistema de información, porque ya lo siente que es suyo. O sea, imposible decirle: ¿Sabes qué? Vas a dejar de utilizar tu sistema de información y vas a utilizar el sistema de información de la otra dirección. La verdad que eso es, políticamente, gremialmente, imposible. Entonces, como mencioné también en la presentación, la solución debería ser la interoperatividad, o sea, compartir información. No importa quién recogió el dato, lo importante es que ese dato también se pueda reflejar en el otro sistema de información y compartir esa información. Entonces si al final todos los sistemas de información comparten la información que han recolectado, va a ser una información única, y de repente allí también se van a dar cuenta de que ambos han recogido la misma información como 3 o 4 veces, porque cada uno colectó la misma información, pero se debe reflejar como un solo dato. Entonces, llegáremos a tener eso creo que tendríamos un mejor ordenamiento de los datos y de los indicadores. Suena de repente un poquito entre fácil y difícil, porque realmente, eso sí va a tomar un poco de tiempo el llegar a tener esos acuerdos y esas comunicaciones entre los sistemas de información. Pero esa debe ser la ruta.

Dra. Patricia García

Creo que ya estamos en el proceso. Lo que sucede es que la información es poder, y nadie quiere dejar el poder. Sin embargo, la transformación está empezando. El hacer ese diagnóstico del problema, demostrar que hay 300 sistemas de información y los números de formatos que existen, ha sido un primer paso. Ya la gente va entendiendo que se necesita tener sistemas interoperables y que la información se comparte y debe ser oportuna. Sin embargo, se necesita decisión política y liderazgo para el gran cambio. Ya se comenzó a implementar la Historia Clínica Electrónica, que permite recoger la información una vez y usarla muchas veces. Pero tener sistemas de información buenos y adecuados también significa accountability (rendición de cuentas), y muchos no están de acuerdo, hay que luchar contra la corrupción y la mejora de los sistemas de información. Es un paso clave para esto. Yo creo que estamos en el camino. Hay otros países que están mucho más avanzados, pero probablemente los siguientes 7, 8, 10 años, deberíamos estar llegando a un sistema que tenga mejor calidad sobre todo basado en otro punto que dijo José y que es clave: el usuario tiene que ser, el usuario, o sea, el que escribe la información, el que la produce y el que la siente útil y la usa.

Y con esto queremos cerrar este simposio y agradecer por su participación.