CLAVES PARA ENFRENTAR LA DOBLE CARGA DE ENFERMEDAD

LA DOBLE CARGA DE ENFERMEDAD

En el mundo, el primer nivel de atención en salud se está enfrentando a las crecientes demandas de dos grandes grupos de enfermedades: (i) las enfermedades infecciosas, y (ii) las enfermedades crónicas no transmisibles. Esta situación conlleva a una mayor saturación del sistema de salud y repercute en el acceso y la calidad de la atención que se brinda al paciente. El sistema de salud no está lo suficientemente preparado para atender ambos grupos de enfermedades en el primer nivel de atención, y el escenario es aún más complejo cuando el paciente presenta enfermedades de ambos grupos.

Para entender esta situación, el proyecto COHESION realizó estudios formativos para conocer las principales barreras para atender la **doble carga de enfermedad** en el primer nivel de atención en el país, específicamente en áreas rurales. Los hallazgos y recomendaciones forman parte de este *Policy Brief*.

DATOS:

- En Perú, la prevalencia nacional estimada de diabetes mellitus en adultos de 20 a 79 años de edad fue de 5.6%.(1)
- La incidencia de tuberculosis en el 2015 fue de 87.5 casos por cada 100,000 habitantes.(2)
- La prevalencia de diabetes mellitus en personas con tuberculosis a nivel nacional es de 5.9%.(2)
- En el 2015, la diabetes mellitus y la tuberculosis ocupaban los puestos 3 y 17 de las principales causas de mortalidad en el Perú, con tasas de 21.9 y 8.7 muertes por 100,000 habitantes, respectivamente.(3)
- En el 2017, la diabetes mellitus, ocupó el puesto 7 entre las principales causas de mortalidad y discapacidad.(4)

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

CRONICAS
CENTRO DE EXCELENCIA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

COHESION

HISTORIA

CLAVES PARA ENTENDER LA DOBLE CARGA DE ENFERMEDADES EN EL SISTEMA DE SALUD

Veamos cómo afecta la doble carga de enfermedad al sistema de salud, pero sobre todo a los pacientes.

MARÍA Y LOS RETOS DE VIVIR CON DOS ENFERMEDADES

María tiene 46 años, es agricultora, vive en una comunidad rural en Piura y tiene diabetes y tuberculosis. Ella cuenta que cuando tiene mareos y fuertes dolores de cabeza, entre otros síntomas, se queda en casa y ese día no trabaja.

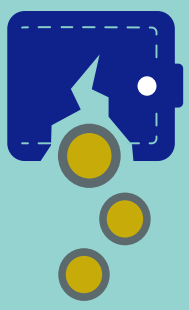
El médico del centro de salud del distrito donde vive deriva su caso al hospital de Sullana, pero María no ha podido ir por no poder financiar el transporte: "Cuando hay emergencia me envían a Sullana, para controlar los niveles muy altos de azúcar. Me han mandado que vaya a Sullana pero no he ido por los costos de viaje."

María nos comenta que hace tiempo no se realiza un control de la glucosa y que a veces olvida ir a su tratamiento para tuberculosis. Parece que controlar ambas enfermedades es aún más difícil cuando la prioridad es solventar la alimentación del día para lo cual es necesario continuar trabajando a pesar de no sentirse bien.

Muchas veces, los pacientes no entienden con claridad la enfermedad ni el tratamiento. Vivir con una condición crónica, como la diabetes, se convierte en un desafío para el paciente, sus familias, y para el establecimiento de salud. Y si a esa realidad le sumamos una enfermedad infecciosa, como la tuberculosis, el tratamiento es aún más difícil y las consecuencias pueden ser aún más graves.

BARRERAS

El sistema de salud peruano debe afrontar la doble carga de enfermedad en sintonía con las declaraciones internacionales que exigen a los gobiernos adecuar sus sistemas para afrontar estas nuevas necesidades. Una de las principales barreras es la fragmentación del sistema de salud y su enfoque en programas verticales, diseñado para atender algunas enfermedades infecciosas prioritarias y salud materno infantil. Algunas de las principales barreras identificadas son:



- **Inadecuada gestión del presupuesto**

El presupuesto es específico por cada enfermedad, no es un presupuesto general que permita cubrir todas las necesidades de la atención primaria. Además, cada región a pesar de administrar sus fondos no cuenta con un esquema de priorización que le permita optimizar los fondos que recibe; tampoco se realiza una estimación realista de las demandas actuales y potenciales de servicios de salud en las distintas poblaciones.

RECORRIDO

EL LARGO Y COSTOSO CAMINO DE PACIENTES COMO MARÍA

Este es el recorrido que sigue una paciente como María.

1 Persona va al centro de salud porque tiene un malestar

2 Normalmente no es posible ser diagnosticada en el puesto de salud.

3 Es referida al centro de salud de su jurisdicción.

4 La mitad de pacientes podrán diagnosticarse en el centro de salud y los demás serán referidos al hospital.

5 Es referida al hospital.

6 La referencia al hospital implica un gasto grande en transporte y tiempo para la paciente y a veces para su acompañante, además de tener que dejar de trabajar durante ese tiempo.

7 Muchos deciden no ir.

8 Tiempo después, se presenta una complicación importante, por lo cual la visita al hospital es impostergable.

9 Paciente y su familia enfrentan gastos catastróficos para poder atenderse la emergencia en el hospital (algunos deben vender activos del hogar o adquieren préstamos informales).

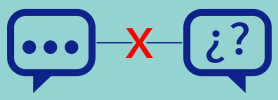
10 Dependiendo de la complicación, paciente enfrenta alguna discapacidad o mayores malestares que le impiden continuar trabajando.

11 El hogar se empobrece aún más y la calidad de vida del paciente y de sus familiares empeora.

BARRERAS

- **Entrenamiento del personal en atención primaria**

Existen guías de práctica clínica para la atención de las enfermedades crónicas más comunes, como diabetes e hipertensión, sin embargo el personal no está entrenado suficientemente para atender esos casos, por lo cual derivan a los pacientes a hospitales generando una mayor carga para el sistema. Además, algunas guías no se adaptan a la realidad de las zonas rurales y de las capacidades de los establecimientos de salud del nivel de atención primaria.



- **Comunicación**

En muchas ocasiones el personal de salud usa textos no adecuados al contexto, con un lenguaje técnico que en muchos casos se agrava por los altos niveles de analfabetismo o de compresión lectora de los pacientes. Esto afecta negativamente la habilidad de los pacientes para manejar su condición de salud y seguir su tratamiento.

LA RESPUESTA ESTÁ EN FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA

Un paso clave para atender la doble carga de enfermedades es mejorar la capacidad de respuesta en el primer nivel de atención.

Objetivo a alcanzar: ¿Cómo?

- Proveer servicios de salud efectivos y de calidad.
- Mejorar la utilización de servicios por parte de la población.
- Tener servicios centrados en la persona y que sean apropiados para el contexto en el que vive.
- Considerar el impacto diferenciado de las enfermedades en hombres y mujeres.
- Garantizar el involucramiento de las comunidades en definir y opinar sobre los problemas de salud que enfrentan.

RECOMENDACIONES

- El financiamiento no debe ser exclusivamente destinado a cada enfermedad (programas verticales) sino en la inversión de programas de salud horizontales interconectados entre diferentes niveles e incluso sectores (ejemplo, saneamiento, educación).
- Incrementar el presupuesto para el aseguramiento universal y la atención primaria.
- Extender la disponibilidad, diseminación, y capacitación de las guías de práctica clínica en atención primaria y que estas capacitaciones puedan ser adaptadas al contexto (Incluir al personal técnico en capacitaciones).
- Asegurar la disponibilidad de equipos, insumos médicos, y medicamentos en el primer nivel de atención.
- Mejorar el sistema de referencia del sistema de salud y el sistema actual de traslado de pacientes.
- Invertir en la mejora de los sistemas de información y registros de los pacientes.
- Mejorar las capacidades de gestión, planificación, y toma de decisiones en los establecimientos de salud. Por ejemplo, para lograr una mejor estimación de las demandas reales de recursos basado en las necesidades de la población que atienden.
- Capacitar al personal de salud en otro tipo de habilidades como "comunicación clara" además de generar estrategias para mejorar su confianza y motivación. Enfoques como el de capacidad de respuesta "responsiveness" fomentado por la Organización Mundial de la Salud pueden garantizar esto.

Swiss Programme for Research on Global Issues for Development

FNSNF Swiss National Science Foundation

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation SDC

Referencias

(1) International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas (Eight edition 2017). Bélgica: IDF; 2017.

(2) Alarcon V, Alarcon E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. [Tuberculosis in Peru: epidemiological situation, progress and challenges for its control]. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2017;34(2):299-310.

(3) Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Análisis de las causas de mortalidad en el Perú, 1986-2015. Lima: Ministerio de Salud; 2018.

(4) Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profile: Peru. [cited 2019 Nov 25]; Available from: http://www.healthdata.org/peru.

Créditos

Proyecto: COHESION (COmmunity HEalth System InnovatiON) Proyecto para la mejora de la respuesta del sistema de salud ante la doble carga de las enfermedades no transmisibles, y tropicales desatendidas.

Financiamiento: The Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC), The Swiss National Science Foundation (SNSF)

Textos: Equipo COHESION Perú

Cuidado de la edición: Vilarmina Ponce

Diseño: Angela Miranda

"EL CONTENIDO DE LA PRESENTE PUBLICACIÓN ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE CRONICAS CENTRO DE EXCELENCIA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EN NINGÚN CASO DEBE CONSIDERARSE QUE REFLEJA LOS PUNTOS DE VISTA DE LA AGENCIA SDC O DE LA FUNDACIÓN SNSF."