

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

Estimación de carga de morbilidad por SIDA en la población asegurada- EsSalud 2002-2003.

TESIS Para optar el Grado de MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA

AUTOR

Yovanna Maritza Seclén Ubillús

LIMA-PERÚ 2005

..	1
AGRADECIMENTOS . .	3
RESUMEN .	5
ABSTRACT .	7
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN . .	9
1.1. Aspectos Conceptuales de la Metodología de Carga Global de Morbilidad .	11
1.1.1. Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) .	12
1.1.2. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP) . .	13
1.1.3. Años de Vividos por Discapacidad (AVD) . .	13
1.2. Formulación del Problema. . .	13
1.3. Objetivo General. .	14
1.4. Objetivos Específicos. . .	14
1.5. Definición Operacional. . .	14
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA . .	17
2.1. Medición de los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP). .	18
2.2. Estimación de los Años de Vividos con Discapacidad (AVD). .	18
CAPÍTULO III. RESULTADOS .	21
3.1. Estimación de Años de Vida Ajustados por Discapacidad por SIDA en la Población Asegurada , periodo 2002-2003. .	21
3.2. Estimación de Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura por SIDA en la Población Asegurada , periodo 2002-2003. .	22
3.3. Estimación de Años Vividos con Discapacidad por SIDA en la Población Asegurada , periodo 2002-2003. .	23
3.4. Estimación de AVISA por SIDA según Lugar de Procedencia en la Población Asegurada, periodo 2002-2003. . .	23
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN . .	25
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES . .	29
5.1. Conclusiones .	29
5.2. Limitaciones. .	29

5.3 Recomendaciones .	30
TABLAS Y GRÁFICOS .	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .	39
ANEXOS .	43

DEDICATORIA *A la memoria de mi padre : Marcial, de mis abuelos María y Eduardo; y a la de un gran maestro : Joaquín Pereira Candel A mi querida Madre : Bertha y a mis hermanos por su apoyo constante en este nuevo desafío A mis queridas tias : Cloty, Hilda y Gina, por creer una vez más en mí*

AGRADECIMENTOS

A la UNMSM, mi Alma Mater y al Instituto Carlos III de España, en especial a Ricard Génova por su paciencia y apoyo constante .

A mis compañeros de la Oficina de Inteligencia Sanitaria e Información de EsSalud y a los Miembros del Comité Nacional de VIH/SIDA por el apoyo y las facilidades brindadas en el desarrollo del presente estudio

A la Mg. Luzmila Troncoso, asesora de esta investigación, por su confianza y valiosos aportes que permitieron concluir con esta investigación.

RESUMEN

Objetivos: Estimar la carga de morbilidad por SIDA en la población asegurada en los años 2002 y 2003.

Métodos: La unidad de medida son los años de vida saludables perdidos (AVISA). Los AVISA son la resultante de sumar las pérdidas de salud por muerte prematura a causa del SIDA (AVP) y las pérdidas de salud por discapacidad por SIDA (AVD). Las fuentes de consultadas para el cálculo de AVP fueron el Sub Sistema de Vigilancia de Defunciones de EsSalud y la base de datos de subsidios de la Gerencia de Recaudación y Seguros de EsSalud, para el cálculo de AVD se ha utilizado la base de datos del Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA del EsSalud, fuentes bibliográficas y el mapa de ponderados de discapacidad del estudio global de carga de enfermedad para Latinoamérica .

El procesamiento de los datos se realizó en un primer momento para evaluar consistencia técnica con el paquete informático DISMOD II y para el cálculo de AVISA el software GesMor.

Resultados: En los años 2002 y 2003 se estimó que se perdieron a causa del SIDA 4,932 y 4747 AVISA en la población asegurada con una tasa de AVISA de 7.03 y 6.36 por 100, 000 asegurados respectivamente. El mayor peso relativo de los AVISA estuvo dado por el componente de muerte prematura más que discapacidad ; el sexo masculino aportó porcentajes de 70% y 60% de los AVISA estimados y la edad más afectada fue la de 15 a 44 años. Según la procedencia la macro región Lima-Oriente es donde se pierden el 70% de AVISA a nivel nacional en la población asegurada.

Conclusiones: La aplicación de la metodología de carga de enfermedad, permitió caracterizar al SIDA integrando los componentes de mortalidad, morbilidad y discapacidad, Los AVISA estimados muestran que el SIDA es altamente mortal en la población asegurada, y por el grupo afectado genera un impacto económico importante, por lo que es imprescindible implementar estrategias dirigidas a la prevención e intervenciones costo efectivas dirigidas al control de esta epidemia.

Palabras Claves : Carga de Morbilidad, Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), Años Perdidos por Muerte Prematura (AVP) , Años Vividos con Discapacidad(AVD) y SIDA

ABSTRACT

Objectives: To estimate the burden of disease by AIDS in the assure population in the years 2002 and 2003.

Methods: Disease burden was measured in disability adjusted life years (DALYs). DALYs were computed by adding years of life lost (YLL) to years lived with disability (YLD) by AIDS. The sources used to the YLL estimate EsSalud Mortality Surveillance System and the base of dates of Survey of EsSalud insurance and collection management, to the, YLD estimate were used the base of dates of AIDS EsSalud Surveillance System, bibliographic source and the disability pondered map of global study of the burden of disease by Latin America.

The data processing did in the first moment to exam the technical with informatics package DISMOD II and the AVISA estimated the Ges Mor software.

Results: In 2002 and 2003 lost 4,932 and 4747 DALYs by AIDS in the assure population with AVISA rate of 7.03 and 6.36 by 10,000 assure people respectively.

The mayor relative weigh of DALYs was by the life lost component more than disability, male sex gave the 70% and 60% percent of DALYs estimated and more affected age was from 15 to 44 years old.

According the proceeding, the Lima-Oriente Macro Region was where lost 70% percent of DALYs assure population national level.

Conclusions: The application of the burden of disease method, permitted characterize to AIDS to integrated mortality, mobility and disability components.

The DALYs estimated show the AIDS is highly mortal in the assure population and the affected group create an important economical shock by that is essential to establish strategies direct to prevention and intervention cost effective to this epidemic control.

Keyword: Burden of disease, disability adjusted life years (DALYs), years of life lost (YLL), years lived with disability (YLD) and AIDS

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Históricamente, la evaluación para determinar el estado de salud de las poblaciones, así como para estimar las necesidades de salud, se basaban en el análisis del número de muertes por las diferentes causas de enfermedad. Actualmente este indicador ha resultado insuficiente ya que no considera las pérdidas que se producen sin llegar a la muerte a consecuencia de la minusvalía, dolor u otras discapacidades. Con objeto de cuantificar la pérdida total de vida saludable y construir un indicador de abordaje integral para los distintos problemas de salud, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, propusieron como indicador, la medición de Carga Global de Morbilidad (CGM) que se basa en cuantificar las pérdidas de vida por muerte prematura y la pérdida de vida saludable resultante de la discapacidad, dando lugar a los denominados Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) el cual es el indicador de medición de los estudios de Carga Global de Morbilidad.

La aplicación de esta metodología permite establecer las prioridades de salud de una población, monitorear la evolución de la salud de la población en el transcurso del tiempo, describir el comportamiento del total de enfermedades en términos de muerte y discapacidad y evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias. 1

El Seguro Social de Salud – EsSalud, institución que cuenta con aproximadamente 7'018,465 asegurados a nivel nacional, se encuentra a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de la población asegurada y orientar el uso de los recursos a las necesidades prioritarias de salud, por lo cual le es conveniente incorporar la metodología de medición de Carga Global de Morbilidad en sus lineamientos

institucionales. Es así que en el documento técnico Lineamientos Estratégicos para el ejercicio 2003-2007, indica: “La aplicación de la metodología de Medición de Carga de Morbilidad para la determinación de prioridades sanitarias en la población asegurada”².

La incorporación de esta metodología es un proceso complejo cuyo objetivo principal es evidenciar la verdadera magnitud de los problemas de salud a los que se enfrenta la población asegurada; generar prioridades sanitarias y evaluar el costo - beneficio de los programas alternativos para mejorar la salud. Surge entonces la iniciativa de aplicar esta metodología en uno de los problemas definidos como prioritarios tanto a nivel institucional como nacional, que en este caso es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA),³ generando la siguiente interrogante: ¿Cuál es la Carga de Morbilidad que generó el SIDA en la población asegurada del Seguro Social de Salud durante los años 2002 y 2003 ?, a fin de determinar una medición basal que permita evaluar su magnitud como daño, caracterizarlo y sentar las bases para generalizar el uso de esta metodología en el total de daños registrados en la población asegurada.

El objetivo general del presente estudio está orientado a estimar la Carga de Morbilidad por SIDA en la población asegurada para los años 2002 y 2003. Para el logro de este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos : Estimar los años de vida perdidos por muerte prematura como consecuencia del SIDA y los años de vida vividos con discapacidad causada por SIDA.

Con respecto a los antecedentes en el uso de esta metodología, existen experiencias documentadas del estudio de Carga Global de Morbilidad. Uno de los primeros fue el Proyecto de Evaluación de la Salud de Ghana en 1981, en el cual se desarrolló un método para calcular cuantitativamente el impacto de diferentes procesos en la salud, con el fin de comparar el impacto potencial en la salud de la población de varios programas de intervención, la unidad de medida utilizada fue “días de vida saludables perdidos por la enfermedad”. Otra gran experiencia es el Estudio de Carga Global de Morbilidad, desarrollado como aporte al Informe sobre Desarrollo Mundial - 1993 “Invertir en Salud” realizado por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, en el cual se clasifica a las regiones según el número de AVISA estimados para el total de las enfermedades.

El clásico estudio de Murray CJ “Cuantificación de la Carga de Enfermedad: La base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad”⁵, en el que desarrolla detalladamente como se realiza la cuantificación de la carga global de la enfermedad a través de la medición de los años perdidos por muerte prematura y la evaluación de la discapacidad según el tipo de enfermedad.

Su utilización también ha sido adoptada en tres países latinoamericanos : Colombia, Chile y México, dentro del contexto de la identificación de un paquete universal de servicios de salud, muestra de ello tenemos el trabajo realizado por Lozano Ascencio R., Frenk Mora J. y González Block M.A. titulado “El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994”⁶, en el cual aplica la metodología de cuantificación de la Carga de Morbilidad en la población adulta Mexicana, logrando diferenciar el comportamiento de los AVISA según grupos de enfermedad.

El estudio realizado de Carga de Morbilidad para Chile, desarrollado por Concha,

Marisol; Paz, Ximena y Salas Julio, del Ministerio de Salud de la República de Chile 19967, realizado para identificar los problemas del sector denominado “Prioridades en Salud”, utilizó como indicador Años de Vida Saludables perdidos (AVISA). Otra experiencia es el estudio realizado por Rodríguez, Jesús denominado “Mortalidad y Años de Vida Ajustado por Discapacidad como Medida de Carga de Enfermedad en Colombia entre los años 1985-1995”,⁸ éste es uno de los estudios más ambiciosos; el cual describe la situación de salud en Colombia midiendo el peso letal de las enfermedades y el peso de la discapacidad. Este estudio tenía como finalidad la identificación de una línea de base poblacional que permitiera evaluar el impacto del proceso de reforma en salud en Colombia, así como la mejor planeación de la distribución de los recursos del sector.

Por último, mencionaremos el estudio elaborado por Rondón, Luis Fernando “Prioridades en salud de la Comuna 18 de Cali: Una aproximación hacia la orientación de los servicios de salud”⁹, el cual presenta el análisis del perfil de morbi-mortalidad de la Comuna 18 de Cali. La metodología empleada se basa en el cálculo de Años de Vida Potenciales Perdidos y los días de discapacidad, como una aproximación al indicador de Carga de Morbilidad, a través del cual es posible determinar problemas prioritarios en la población estudiada.

1.1. Aspectos Conceptuales de la Metodología de Carga Global de Morbilidad

La Carga de Morbilidad se puede definir como la medida de la pérdida de salud que para una población representa las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades y lesiones, está depende de su frecuencia, de las consecuencias mortales y discapacitantes que origine. La frecuencia de la enfermedad se mide a través de criterios objetivos como la incidencia, prevalencia y mortalidad; la medición de las pérdidas funcionales, desventajas sociales y mortalidad prematura responde más a criterios que dependen de las preferencias individuales y sociales¹⁰.

La aplicación de esta metodología ha encontrado sustento en los siguiente premisas y hechos:

- El progreso en la salud de las poblaciones se debe medir en mejoras en la calidad de vida más que en la cantidad de vida.
- Los tomadores de decisiones requieren de datos confiables sobre la naturaleza y distribución de las enfermedades que además les permitan evaluar las ganancias en salud¹¹.
- Las tradicionales evaluaciones de diferentes enfermedades se basan en el número de muertes que causan. Este hecho tiene algunas ventajas: la muerte es un acontecimiento sin ambigüedades y los sistemas estadísticos de los países generan rutinariamente los datos necesarios. Sin embargo, hay muchas enfermedades o condiciones que no son fatales pero que provocan grandes pérdidas en términos de

vida saludable. Estas afecciones se dan con frecuencia, pueden durar mucho tiempo y a menudo plantean fuertes demandas en los sistemas de salud.

- El descenso continuo de las tasas de mortalidad en los últimos años-la esperanza de vida al nacimiento de la población mundial era de 48 años en 1966, 59 años en 1975 y alcanzó los 67 años en 1998- ha provocado una progresiva pérdida de sensibilidad de los indicadores basados en la mortalidad a la hora de detectar cambios en la salud de las poblaciones.
- Las consecuencias de las enfermedades infecciosas podían valorarse básicamente en función de su mortalidad, aun a pesar del curso crónico de algunas de ellas (tuberculosis, lepra, etc.) y la importancia de las secuelas en algún caso. Pero no ocurre lo mismo con las enfermedades no transmisibles, en su mayoría de curso crónico y más discapacitantes, cuyas consecuencias apenas se reflejan en algunos casos de las estadísticas de mortalidad.
- Las medidas de prevalencia de enfermedades y discapacidades se han utilizado habitualmente para establecer la necesidad de servicios sanitarios y sociales en momentos concretos. La prevalencia tiene como indicador de salud claras limitaciones, ya que puede aumentar como resultado tanto del aumento de la incidencia como de la disminución de la mortalidad. Por lo tanto, el aumento de la prevalencia de un problema de salud no supone necesariamente un empeoramiento de salud de la población estudiada.
- Las medidas de incidencia son más útiles para definir las tendencias de las enfermedades y discapacidades y por lo tanto para establecer la necesidad de programas preventivos o las necesidades futuras de servicios sanitarios o sociales. Como indicador de salud, tiene el inconveniente de no reflejar las mejoras que pueden producirse en el tratamiento de las enfermedades (curación, remisión o disminución de la letalidad).
- Para valorar las consecuencias no mortales de las enfermedades es preciso considerar, además de su frecuencia, el grado de discapacidad (física, psíquica o social) que cada estadio de la enfermedad supone, duración media y su edad de inicio.¹²

Por lo tanto la Medición de Carga de Morbilidad surge, ante la necesidad de crear un abordaje integral, contar con medidas comparables para los distintos problemas de salud, así como la comparación del resultado de distintas intervenciones para la solución de los problemas de salud ¹³.

Por último, la estimación de la carga de enfermedad también genera beneficios metodológicos, puesto que obliga a maximizar el uso de la información disponible (corrección del subregistro y mala clasificación de las defunciones), favorece la sistematización de información sobre las enfermedades, que generalmente se encuentra dispersa¹⁴.

1.1.1. Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA)

Siendo los Años de Vida Saludables Perdidos, nuestra variable de interés, es necesario

mencionar algunos aspectos conceptuales que permitan mayor claridad en el desarrollo del presente estudio. Los Años de Vida Saludables Perdidos es un indicador diseñado por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, el cual contabiliza los años de vida saludable que se pierde debido a muertes prematuras y a discapacidad, es la resultante de la suma de los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP) y los Años Vividos con Discapacidad (AVD), por lo cual se le define como un indicador compuesto o medida de resumen 15.

$$AVISA = AVP + AVD$$

1.1.2. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP)

La muerte prematura atribuible a una enfermedad (AVP), se valora sumando los años de vida perdidos por el conjunto de defunciones atribuidos a una causa en un periodo de tiempo determinado. Los años de vida perdidos se establecen en función de la esperanza de vida según la edad de la muerte, obtenida a través de una tabla estándar elaborada por OMS. Esta es una tabla vital que incorpora una esperanza de vida a cada edad normalizada para todos los países. (esperanza de vida al nacer de 80 años para los hombres y de 82,5 años para las mujeres)¹⁶

1.1.3. Años de Vividos por Discapacidad (AVD)

Los años vividos con discapacidad (AVD), son la medición del tiempo vivido con discapacidad que está en función de la severidad de la discapacidad como consecuencia del padecimiento de la enfermedad y sus secuelas. Es decir las consecuencias derivadas de vivir en estados de enfermedad, se valoran en función al tiempo en que se ha pasado en dicho estado y su grado de severidad.¹⁷

Definitivamente, el realizar este tipo de cálculos incorpora un nivel de complejidad que está en función de los registros, de la confiabilidad de la información y capacidad de análisis de datos epidemiológicos y aunque existen autores que cuestionan el uso de este tipo de indicadores en la medición del estado de salud de la población, creemos que también debe tenerse en cuenta que es necesario valorar estos aspectos que reflejen el impacto no solo de la muerte sino también de la enfermedad, más aún cuando se formulan políticas de intervención dirigidas a mejorar la calidad de vida y limitar la muerte. Asimismo es necesario precisar que estos tipos de estudios son perfectibles y además su elaboración trae consigo la capacidad de mejora de los sistemas de información, del procedimiento de recolección, procesamiento y análisis epidemiológico y por lo tanto contar con información con un alto grado de confiabilidad en lo referente a la descripción de las enfermedades¹⁸.

1.2. Formulación del Problema.

¿Cuál es la Carga de Morbilidad que generó el SIDA en la población asegurada del Seguro Social de Salud durante los años 2002-2003, según Años de Vida Saludables Perdidos?

1.3. Objetivo General.

Estimar la Carga de Morbilidad por SIDA en la población asegurada del Seguro Social de Salud en los años 2002-2003, según Años de Vida Saludables Perdidos.

1.4. Objetivos Específicos.

Estimar los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura por SIDA en la población asegurada del Seguro Social de Salud en los años 2002- 2003.

Estimar los Años Vividos con Discapacidad causada por el SIDA en la población asegurada del Seguro Social de Salud en los años 2002-2003.

1.5. Definición Operacional.

Carga de Morbilidad

- Es la cuantificación del peso del SIDA en la población asegurada , medida en unidades denominadas Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), los cuales son definidos como :

Años de Vida Saludables Perdidos por SIDA

Es la medición de la magnitud del daño que produce el SIDA en la población asegurada del Seguro Social de Salud y su cálculo requiere la determinación de tres parámetros básicos:

1. La duración del tiempo perdido a causa de muerte prematura: es la medición del tiempo que pierden las personas cuando mueren por SIDA en una edad previa a su esperanza de vida teórica . Para el cálculo se utilizó el método de Años de Vida Perdidos según la Esperanza de Vida Estándar, se uso la tabla estandarizada de OMS West 25 y 26 que define una esperanza de vida al nacer de 82.5 años para mujeres y de 80 años para los hombres. Esta tabla define un ideal de alcanzar en función de sobrevida, que sería igualmente válido para distintas comunidades y distintos países.

2. Preferencia de tiempo (Tasa de descuento social): Se tuvo en cuenta la preferencia temporal según el cual las personas ponderan en mayor medida el tiempo presente que el tiempo futuro. La tasa de descuento a utilizar fue del 3%

3. Medición de Resultados no Fatales (Discapacidad)

Es la medición del tiempo vivido con discapacidad a causa del SIDA, Años de Vividos con Discapacidad, para lo cual se utilizó el modelamiento del comportamiento del SIDA en términos de incidencia, edad de inicio, duración de la enfermedad (se utilizó la historia natural de la enfermedad) y un ponderador de la severidad de la discapacidad que permite comparar los años de vida perdidos por muerte prematura. Este ponderado se obtuvo de la clasificación definida por expertos y citada por Murray en el estudio de cuantificación de carga de enfermedad del Boletín Panamericano de la Salud –1995 (Anexo A).

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

El método seleccionado para realizar el presente estudio fue el observacional, descriptivo y transversal, basado en el análisis de datos rutinarios y en la construcción de indicadores de medición de magnitud de la patología en estudio.

Para este caso la población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes con SIDA registrados en el Sistema de Notificación de SIDA de los Centros Asistenciales de EsSalud a Nivel Nacional durante el periodo 2002- 2003, y las defunciones cuyo diagnóstico básico sea SIDA, registradas en el Sistema de Vigilancia de Defunciones de la Oficina de Inteligencia Sanitaria e Información en el periodo 2002-2003.

Se excluyeron aquellos pacientes que teniendo como diagnóstico SIDA, su defunción se debió a causas externas como: accidentes de tránsito, violencia etc.

Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos, fuentes secundarias. Para la determinación de la morbilidad se seleccionaron los casos de SIDA del Sistema de Notificación de Pacientes con SIDA en los Centros Asistenciales de EsSalud a Nivel Nacional, las defunciones se obtuvieron de la base de datos del Sistema de Vigilancia de Defunciones de la Oficina de Inteligencia Sanitaria e Información de EsSalud, en ambos casos se consideró el periodo 2002-2003.

Para seleccionar los datos relacionados a la morbilidad por SIDA se utilizó la Ficha de Notificación Individual de Casos de VIH/SIDA (Anexo B) y para los datos de mortalidad por SIDA, la Ficha de Registro Mensual de Defunciones (Anexo C).

Para la medición de los AVISA por SIDA, se calcularon por separado los Años de

Vida Perdidos por Muerte Prematura y los Años Vividos con Discapacidad por SIDA.

2.1. Medición de los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP).

La fuente fue la base de datos del Sistema de Vigilancia de Defunciones de la Oficina de Inteligencia Sanitaria de EsSalud para el periodo 2002 -2003, la cual fue sometida a los siguientes procedimientos :

- Corrección del subregistro: se utilizó la base de datos de recaudación y seguros y se estimó un subregistro del 22%.

- Validación y corrección de los registros : Se revisaron los registros en relación a las variables de interés (edad, sexo, tipo de usuario, procedencia y causa básica de defunción).

- Se reconstruyeron las series de causa de defunción teniendo en cuenta los criterios estipulados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión CIE-10.

- Análisis de los Códigos Basura : Se analizaron los códigos que no consideran cuarto caracter, o que no es específico y no pueden ser considerados como causa básica, para lo cual se solicitó apoyo de un grupo de especialistas para la reasignación de dichos códigos y la aplicación del Software GesMor19.

- Se reconstruyeron las causas de muerte que no precisaran como causa básica SIDA, pero que en los diagnósticos intermedios o final figurara una enfermedad definida como indicadora para SIDA.

- Cálculo de Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura por SIDA: Depurada la base de datos, se seleccionaron todas aquellas muertes cuyo diagnóstico básico es SIDA (B20 –B24) y se realizó el procesamiento de los datos utilizando el Software GesMor, el cual emitió el reporte de AVP, según sexo, grupos de edad y se clasificaron por lugar de procedencia. Este sistema ajusta los datos por el peso de la edad y la tasa de descuento, la constante del peso por edad es 1 y la tasa de descuento es 0.3, valores que se establecieron de manera arbitraria por los grupos encargados de realizar estudios de carga, a través de estos valores se busca reducir el peso de las muertes y las discapacidades en los individuos muy jóvenes aumentando el peso relativo de los individuos de edad avanzada.

2.2. Estimación de los Años de Vividos con Discapacidad (AVD).

La fuente de datos fue el Sistema de Notificación de Pacientes con SIDA de los Centros

Asistenciales de EsSalud a nivel nacional y se procedió a realizar los siguientes procedimientos:

- Revisión de la base de datos del Sistema de Notificación de SIDA de pacientes asegurados a nivel nacional.

- Para el cálculo de AVD, se tomó como base la literatura^{20,21} y con apoyo de un grupo de expertos se estimó: a) la incidencia, b) la edad de inicio c) duración y d) la severidad del SIDA. Estos parámetros están considerados dentro del cálculo de AVISA.

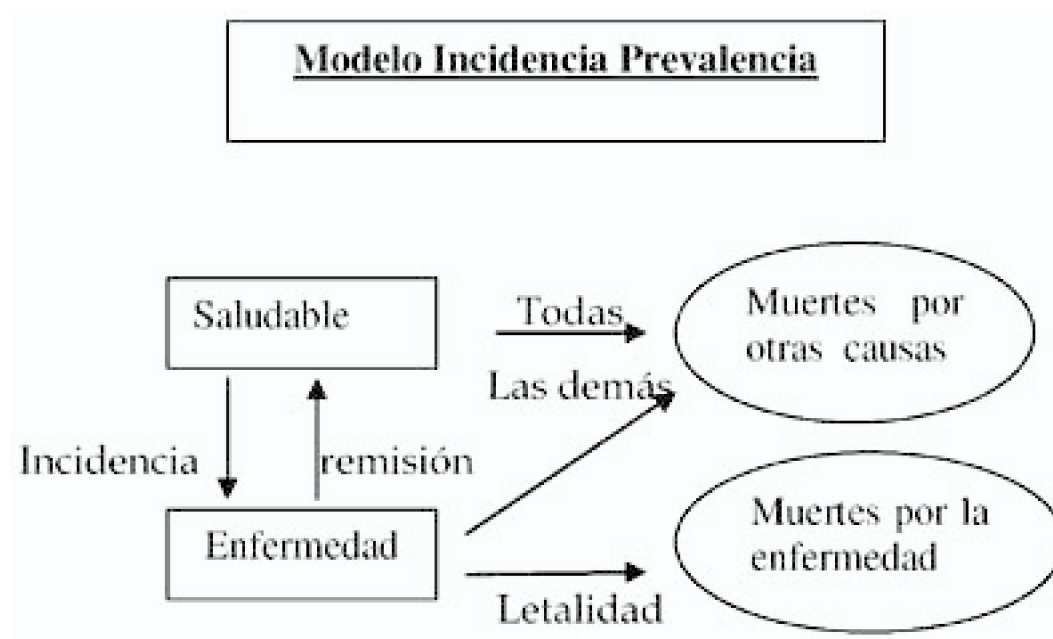
- Los casos incidentes registrados en el sistema de vigilancia de VIH/SIDA fueron validados a través del modelamiento del DISMOD II²², asimismo el hecho de ser el SIDA una enfermedad catastrófica existe una tendencia al aseguramiento y el nivel de subregistro es mínimo en estos casos

- Se estimó la edad de inicio y duración de la discapacidad por grupos de edad y sexo, se incorporó el ponderado de severidad de la discapacidad el cual se obtuvo de la tabla de OMS derivada de: "El Estudio de Carga Global de Enfermedad para Latinoamérica"(Tabla 1).

- Se realizó el modelamiento del comportamiento del SIDA, utilizando el software DISMOD II (Anexo J) , para lo cual se utilizó como marco referencial la población estimada de EsSalud por grupos quinquenales y sexo, así como las defunciones por todas las causas, corrigiéndose el subregistro estimado aplicando el 22% según la evaluación realizada a través de la comparación de la base de datos de la Gerencia de Subsidios y validados a través de una tabla de vida.

- Terminada las estimaciones estos datos se incorporaron al Software Ges Mor y se procedió al calculo de los AVISA por SIDA, según grupos de edad, sexo y lugar de procedencia.

- Para obtener consistencia interna entre los parámetros mencionados y su relación con las mediciones de mortalidad para esta enfermedad en estudio, se utilizó el paquete estadístico DISMOD II el cual se basa en el modelo de incidencia y prevalencia de Harvard.²³



El modelo de enfermedad del DISMOD II es simple. Asume que hay dos causas de muerte, por la enfermedad y por otras causas, las cuales se asumen como independientes. En este modelo hay cuatro riesgos de transición: incidencia, remisión, letalidad y los otros riesgos de morir. Esos riesgos de transición son específicos por edad, pero el DISMOD los asume como constantes durante un año de edad de intervalo.

Saludable

Se llama saludables cuando no tienen la enfermedad que se está modelando. La enfermedad que no se está modelando pueden morir por otras causas.

Muerte por otras causas

Ambos grupos de personas, los saludables y los que tienen la enfermedad que se está modelando pueden morir por otras causas.

Enfermos

Se llaman enfermos cuando tienen la enfermedad que esta siendo modelada. Este grupo puede tener otras enfermedades también, pero se asume que son independientes. La proporción de toda la gente en el estado de enfermedad es llamado prevalencia .

Muerte por la enfermedad

Solo la gente con la enfermedad modelada puede morir por esa enfermedad. El número de muertes específicas en un año, dividido entre el número de personas por año es llamado tasa de mortalidad.

Se solicitó el permiso administrativo a la institución para la realización del estudio, específicamente a las áreas comprometidas: La Gerencia Central de Atención Primaria y al Comité Nacional del Programa de Prevención y Control de SIDA de EsSalud.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Al aplicar la metodología de medición de Carga de Morbilidad por SIDA, permitió en una primera fase la construcción de un marco referencial determinado por la morbi-mortalidad específica por SIDA en el Seguro Social de Salud- EsSalud, la cual describe la problemática en términos de incidencia de casos y defunciones registradas por SIDA.

Para el año 2002 y 2003 en el Seguro Social de Salud EsSalud, se registró 177 y 193 casos de SIDA respectivamente, en ambos periodos predominó el sexo masculino, la edad media de diagnóstico fue de 39 años para ambos periodos, la razón hombre/mujer fue de 4.2 en el 2002 y 3.5 en el año 2003, (Anexos F y G). La incidencia registrada fue de 2.52 x 100,000 asegurados para el año 2002 y 4.1 por 100,000 asegurados en el 2003.

En relación a las defunciones, se obtuvieron un total de 197 defunciones por SIDA en el año 2002 y 183 para el 2003. Para ambos periodos predominó el sexo masculino, la edad media de muerte fue de 39 años en el 2002 y 41 años en el 2003 (Anexos H y I), edades muy por debajo de la esperanza de vida estimada para el Perú (71 años) según el reporte de indicadores sanitarios 2003.

3.1. Estimación de Años de Vida Ajustados por Discapacidad por SIDA en la Población Asegurada ,

periodo 2002-2003.

Al realizar la estimación de Carga de Morbilidad por SIDA, se obtuvo que el SIDA durante los años 2002 y 2003, ha originado una pérdida para la población asegurada de 4,932 y 4,747 Años de Vida Ajustados por Discapacidad respectivamente, significando una tasa de incidencia de 7.03 x 10,000 asegurados en el 2002 y 6.76 x 10,000 asegurados en el 2003; la distribución según sexo se dio de la siguiente manera: para el año 2002 el 61 % correspondió a los hombres y 39% para mujeres, con una razón hombre/ mujer de 1.6. Para el año 2003 la distribución fue 77% para hombres y 23% para mujeres, y la razón hombre/mujer fue de 3.3 (Gráfico N° 1). Esta cifras representaron una pérdida promedio de 14.13 AVISA por asegurado en el año 2002 y de 10.1 AVISA por asegurado en el año 2003.

En relación a los componentes del indicador AVISA, en el 2002 las muertes prematuras (AVP) son responsables del 93% de los AVISA y el 7% corresponde a los Años Vividos con Discapacidad (AVD), este comportamiento cambia levemente en el 2003, según las estimaciones el 88% corresponden a los AVP y el 12% a los AVD. (Gráfico N° 2).

Según grupos de edad, los resultados mostraron que en los años 2002 y 2003 la mayor frecuencia de AVISA se perdieron a expensas de los grupos de 15-44 años (Anexo K) con una tasa de incidencia de 11.80 x 10,000 asegurados en el 2002 y de 10.59 x 10,000 asegurados en el 2003, con una tendencia a incrementarse en los grupos mayores de 44 años. Si estimamos el promedio de AVISA por SIDA por grupos de edad, observamos que los grupos que presentan la mayor pérdida son los menores de 15 años, con valores de 17 y 19 AVISA por asegurado (Anexo L).

3.2. Estimación de Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura por SIDA en la Población Asegurada , periodo 2002-2003.

La Carga de Morbilidad por SIDA en términos de Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP) para 2002 ascendió a 4,570 y 4,163 en el 2003; según sexo los AVP se distribuyeron de la siguiente manera : Para el 2002 el 60% lo aportan los hombres y el 40% mujeres, la razón hombre/mujer fue de 1.5, esta distribución varía en el 2003 correspondiendo el 76% a los hombres y el 24% con una razón hombre/mujer de 3.3, para este periodo el aporte del sexo masculino es casi el doble (Gráfico N° 3).

Al relacionar los AVP con las poblaciones afectadas, obtenemos que para el 2002 , se perdió en promedio 24 AVP por asegurado y de 23 AVP por asegurado en el 2003, la distribución de los AVP por grupo de edad para ambos años de estudio, mostró que la pérdida de años se concentra en el tramo de 15-44 años, tanto para hombres como para mujeres dicha distribución toma la forma semejante a la curva de distribución normal con

una leve desviación hacia la derecha, que se hace más evidente en el año 2003, este desplazamiento de la curva esta determinado por la presencia de mortalidad en mayores a 45 años. (Gráfico N° 4). Según el promedio de AVP por asegurado se obtiene que el grupo con mayor perdida promedio de AVP son los menores de 15 años en ambos periodos. (Anexo M)

3.3. Estimación de Años Vividos con Discapacidad por SIDA en la Población Asegurada , periodo 2002-2003.

Se acumularon para el año 2002 un total de 362 Años Vividos con Discapacidad (AVD) por SIDA y 584 AVD en el año 2003 respectivamente en la población asegurada. En el año 2002 los AVD para el sexo masculino representaron el 81% y 19% correspondieron a las mujeres, en el 2003 la distribución fue de 77% para los hombres y 23% para las mujeres, para ambos periodos el sexo masculino es el que aporta el mayor porcentaje de AVD (Gráfico N° 5). En año 2002 la relación hombre/ mujer fue de 4.2 y para el 2003: 3.4 y el promedio de AVD fue para ambos periodos de estudio de 3 AVD por asegurado.

La distribución de los AVD según grupos de edad, mostró que, la mayor pérdida se concentra en los grupos de 15-44, con una tendencia a incrementarse en los mayores de 45 años, esto se hace más evidente en el año 2003 (Gráfico N° 6). Evaluando el promedio de AVD por grupos de edad, muestra que a diferencia de los AVP, la perdidas promedio de AVD son mayores en los grupos de 15 a 44 años con un promedio aproximado de 2.3 AVD por asegurado en el año 2002 y 2.003 por asegurado (Anexo N).

3.4. Estimación de AVISA por SIDA según Lugar de Procedencia en la Población Asegurada, periodo 2002-2003.

Para caracterizar, el comportamiento de los AVISA por SIDA según lugar de procedencia, se agrupó según cuatro macro regiones (división considerada en la Guía Metodológica del Sistema de Vigilancia de EsSalud)²⁴. A continuación presentamos los resultados obtenidos:

En ambos periodos en estudio las macro regiones que aportaron los mayores porcentajes de AVISA por SIDA son Lima –Oriente con el 78% en el 2002 y 76% en el 2003, en segundo lugar tenemos a las macro región Norte aportando el 17% en el 2002, y el 15% en el 2003, el resto de macro regiones aportan porcentajes mínimos (Gráfico N° 7).

La distribución por sexo al igual que para el nivel nacional, en todas las macro regiones hay un predominio del sexo masculino , la relación hombre/ mujer es mayor en

la macro región Centro con un valor de 4.4, es decir que aproximadamente de cada 4 AVISA en un hombre pierde 1 AVISA la mujer. (Anexo Ñ).

Según grupos de edad, en el total de macro regiones y para ambos años 2002-2003, el grupo de 15-44 es en donde se concentra el mayor número de AVISA, en la macro región Lima-oriental el grupo de 45-59 años muestra cada vez más un importante aporte de AVISA, al igual que en la macro región norte, mientras que en las regiones restantes solo mantiene la afectación en el grupo de 15-44 años. (Anexos O y P).

Para establecer el número promedio de AVISA por asegurado expuesto, los hallazgos muestran que es en la macro norte y sur, en el que se pierden mayor número de AVISA promedio por asegurado: 17 y 14 AVISA (Anexo Q), lo cual nos recuerda que este indicador sintético no se limita a medir la frecuencia de aparición de la patología sino el impacto en pérdidas mortales y discapacitantes.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio, son la primera experiencia de medición de Carga de Morbilidad del SIDA a través de AVISA tanto a nivel institucional como del país, por lo cual los hallazgos serán analizados mediante comparaciones entre ambos periodos de estudio, así como a través de experiencias externas de la aplicación de esta metodología.

La aplicación de esta metodología permitió estimar la carga de la enfermedad producida por el SIDA mediante el cálculo de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), indicador que incorpora componentes de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura.

En América Latina y el Caribe para el año 2000, según los cálculos de VIH/SIDA realizados por Murray para la OMS25, se estimaron un total de 4,262,000 AVISA perdidos, significando el 10% del total de AVISA por VIH/SIDA a nivel mundial. La estimación realizada para el Seguro Social de Salud significó el 0.01 % (4,932) de los AVISA calculados para América Latina y el Caribe al igual que lo reportado por Chile en su estudio nacional de Carga Global de Morbilidad (Tabla 2).

El SIDA en términos de AVISA, es el daño que genera un mayor impacto en relación al resto de enfermedades de transmisión sexual, es así que en comparación a los hallazgos obtenidos en el estudio de Chile, esta patología en cuestión significó 1.8 veces más que los AVISA ocasionados por las Infecciones de transmisión sexual debido a Clamidias, 12.1 veces más que los AVISA por Sífilis y 41.1 veces más AVISA que los ocasionados por las Infecciones Gonocócicas (Gráfico N° 8)

Se espera que el número de AVISA que se pierden por SIDA aumenten ya que cada año se incrementa el número de casos tanto en la región de América Latina y el Caribe como a nivel mundial^{26,27}, sin embargo en la Seguridad Social los cálculos muestran un descenso del 4% en los dos periodos estudiados, esto a expensas de una disminución de los AVP (9%) y un incremento de los AVD (38%), resultados que estarían en función a la administración de terapias antirretrovirales a estos pacientes, generando un incremento de la sobrevivencia, lo que no significaría una mejora en la calidad de vida pues el incremento de la discapacidad muestran lo contrario. Será necesario realizar mediciones continuas aplicando la misma metodología en los años posteriores para verificar si esta tendencia descrita se mantiene.

La epidemia de SIDA en América Latina al igual que en nuestro país tiene un gran componente masculino²⁸, lo cual se demuestra al evaluar el componente de AVISA en el que el 61% lo aporta el sexo masculino y el 39% el sexo femenino- este hallazgo es similar a lo encontrado en las estimaciones realizadas tanto para América Latina y el Caribe así como para Europa y a nivel mundial- (Gráfico N° 9), con una relación hombre/mujer de 3.3 y 2.5 para los años 2002 y 2003, respectivamente, lo cual muestra una tendencia a equipararse para ambos sexos, este hallazgo es propio de las epidemias concentradas tal como sucede en nuestro país²⁹.

Otra de las características de la epidemia es de ser mas concentrada en las zonas de mayor densidad poblacional e intercambio comercial^{30,31}, esto se refleja en que el mayor peso relativo de AVISA por SIDA se concentran en Lima – Oriente (78%) y Norte (17%), sin embargo al establecer el número promedio de AVISA por SIDA, mostraron que es en la macro norte y sur en las que se pierde más AVISA por asegurado (17 y 14) lo cual trae a reflexión un componente importante en la atención y en este caso es la capacidad resolutive de los servicios de salud, así como el acceso oportuno a la atención que continua centrado en la capital de los países.

Los porcentajes obtenidos de AVISA a causa del SIDA en relación a América Latina y el Caribe y a nivel Mundial, mostrarían aparentemente que esta patología es de menor importancia que otras enfermedades, sin embargo el impacto económico es mayor ya que el SIDA afecta la productividad³² y esto se evidencia en el alto porcentaje de muerte prematura (88%) y la discapacidad (12%) que se esta incrementando, traduciéndose en días de incapacidad, menos días trabajados, subsidios por invalidez, menos oportunidades de obtener empleos, generando una pérdida productiva tanto a nivel individual, familiar y del país. Este hecho se sustenta en que el mayor porcentaje de AVISA (81%) afecta a las edades productivas de 15 a 44 años (Gráfico N° 10) esto asociado a que cada año se incrementa el número de personas infectadas con VIH, si no se toman las medidas preventivas adecuadas significará una gran carga a futuro.

Sin duda estas evidencias reafirman la necesidad de replantear estrategias institucionales que permitan privilegiar las acciones preventivas en la lucha contra el VIH/SIDA; se ha demostrado la conveniencia que la prevención en el caso del VIH/SIDA es considerablemente importante dados los vastos beneficios de la acción preventiva y los enormes costos futuros en que se incurre producto de la falta de prevención. El Banco Mundial informa que estudios realizados en nueve países en desarrollo y siete países industrializados sugieren que prevenir un caso de SIDA ahorra, en promedio, un monto

equivalente a cerca de dos veces el PBI per cápita en costos de cuidado médico descontados, y en algunas áreas urbanas el ahorro puede ser hasta de cinco veces el PBI per cápita. Los beneficios de la prevención deben también tomar en cuenta que en el caso de enfermedades transmisibles, y especialmente de epidemias, como la infección de VIH, los cálculos deben incluir el hecho de que cada caso prevenido también evita otros casos posteriores.

Es necesario realizar algunos comentarios metodológicos del uso del indicador AVISA, entre ellos mencionar que el grado de exhaustividad y fiabilidad de los datos epidemiológicos utilizados podría ser una limitación del estudio, pero la comparte con el resto de los estudios epidemiológicos descriptivos que utilizan los sistemas de información sanitaria existentes.

La utilización de este indicador como medida de salud de las poblaciones ha sido muy discutida debido a que es un indicador que incorpora preferencias sociales, tanto en el cálculo de AVP (según el límite de esperanza de vida que se elija) como en el cálculo de AVD (grado de severidad de los diferentes estados de salud decidido por un grupo de expertos)³³. Además, se añade que en ambos componentes se tienen en cuenta la preferencia temporal (la pérdida de salud es más importante cuanto más cerca se encuentre del momento actual) y la ponderación por edad (valor de los años perdidos en función de la edad a la que ocurra)³⁵. No se pretende resolver este cuestionamiento, pero sí hacer la consideración de que el componente no mortal de las enfermedades (discapacidad) deben ser tenidas en cuenta en los diagnósticos de salud de cualquier población.

Asimismo, será necesario generalizar la aplicación de esta metodología al total de enfermedades, a fin de permitir no solo realizar el análisis en función de comparaciones al interior de una enfermedad sino en relación al total de causas, evidenciando su real magnitud como problema sanitario en la población asegurada.

Finalmente, mencionar que esta investigación nos brinda una primera estimación panorámica del comportamiento de SIDA en la población asegurada caracterizándola según los componentes de muerte prematura y discapacidad, determinando una primera medición basal, que permita generar estimaciones del costo social y económico de los pacientes con SIDA, así como evaluar la capacidad de respuesta de las Redes Asistenciales como proveedoras de servicios de salud requeridos en este tipo de pacientes, convirtiéndose en un parámetro de medición del impacto de las intervenciones sanitarias propuestas en el abordaje integral de la problemática del SIDA en la población adscrita al Seguro Social de Salud – EsSalud.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En los años 2002 –2003, el SIDA ha causado la pérdida de 4932 y 4747 Años de Vida Saludables perdidos en la población asegurada respectivamente, significado un 3.75% de decremento en relación al año anterior, lo cual se evidencia en una disminución de la mortalidad e incremento de la discapacidad por SIDA.

Según componentes los AVISA a causa del SIDA, están dados a expensas de los Años de Vida Potenciales Perdidos por Muerte Prematura, más que por los Años perdidos por Discapacidad, caracterizando a esta patología como altamente mortal.

Se estimó que el SIDA es responsable de 4570 Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura en el año 2002 y 4136 Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura en el 2003. Para el componente de Años perdidos por Discapacidad, se estimó para el 2002 una pérdida de 362 AVD y 584 AVD para el 2003, lo cual representa un incremento del 38% en relación al año anterior.

5.2. Limitaciones.

Las estimaciones realizadas en el presente estudio solo serán aplicables a la población asegurada del Seguro Social de Salud.

El no contar con estudios similares en nuestro medio limita la posibilidad de establecer análisis comparativos de los hallazgos descritos en la presente investigación.

5.3 Recomendaciones

Continuar con la aplicación de la Metodología de Medición de Carga Global de Enfermedad para el SIDA como parámetro de evaluación del comportamiento de esta enfermedad y evaluación de las intervenciones establecidas en los Planes Locales de Salud de las Redes Asistenciales de EsSalud.

Realizar análisis de costo–efectividad de las intervenciones sanitarias destinadas al control y prevención de SIDA, en base a la estimación de AVISA por SIDA.

TABLAS Y GRÁFICOS

Grupos de edad	Edad de inicio	Duración	Discapacidad*	Casos incidentes 2002**	Casos incidentes 2003**
Hombres	a	L	D		
0-4	2	0.5	0.53	2	1
5-14	13	1	0.53	1	0
15-44	33	3	0.53	99	136
45-59	49	3	0.53	29	44
60+	60	2	0.53	12	17
TOTAL				143	198
Grupos de edad	Edad de inicio	Duración	Discapacidad*	Casos incidentes 2002**	Casos incidentes 2003**
Mujeres	a	L	D		
0-4	2	0.5	0.53	1	2
5-14	6	1	0.53	0	2
15-44	34	3	0.53	26	42
45-59	50	3	0.53	5	8
60+	60	2	0.53	1	1
TOTAL				33	55

* Valor obtenido del Estudio Global de Carga de Enfermedad para Latinoamérica-1990

** Valores obtenidos del Sistema de Notificación de VIH/SIDA a nivel nacional 2002-2003 - EsSalud

**TABLA N°1. VALORES ESTIMADOS PARA EL CALCULO DE AVISA POR SIDA -
DISMOD II. EsSalud 2002-2003 Lima-Perú**

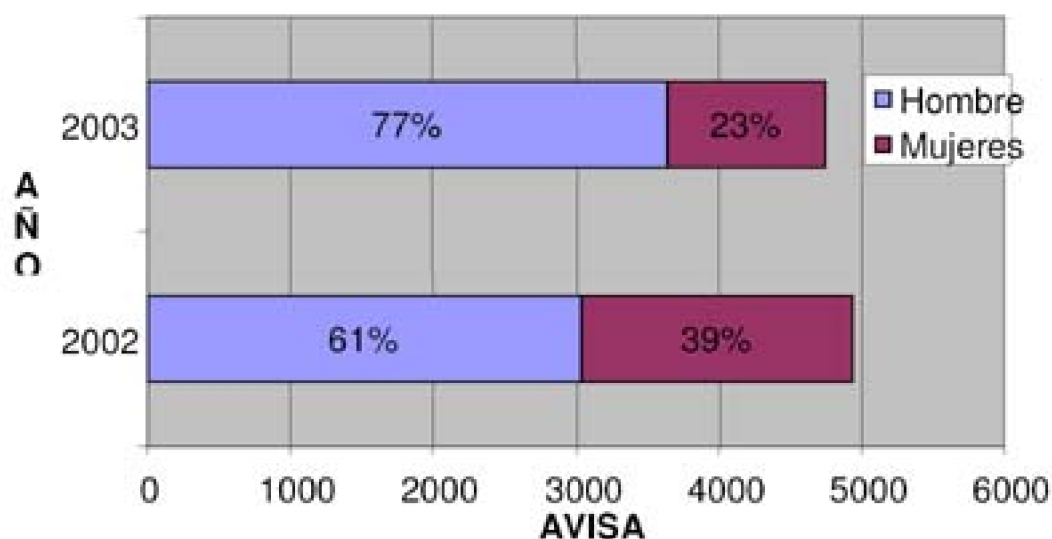
Lugar	AVISA		
	Total	Hombres	Mujeres
Mundo*	40226000	22401000	17825000
Europa*	2690000	2302000	388000
América Latina y C*	4262000	3367000	895000
Chile**	4914	4658	256
Perú - EsSalud***	4932	3033	1899

* Fuente : Murray CJ. Estudio Global de Carga de Enfermedad-1990

** Fuente : Concha M. Paz X. Estudio de Carga de Enfermedad en Chile. 1993

*** Fuente : Estudio de Carga de Enfermedad por SIDA en EsSalud , 2002-2003

TABLA N°2. AVISA ESTIMADOS POR SIDA EN EL MUNDO, REGIONES Y PAISES



AVISA	2002	2003
Hombre	3033	3636
Mujeres	1899	1111
Total	4932	4747

GRAFICO N° 1 AVISA POR SIDA SEGUN SEXO. EsSalud 2002-2003. Lima-Perú

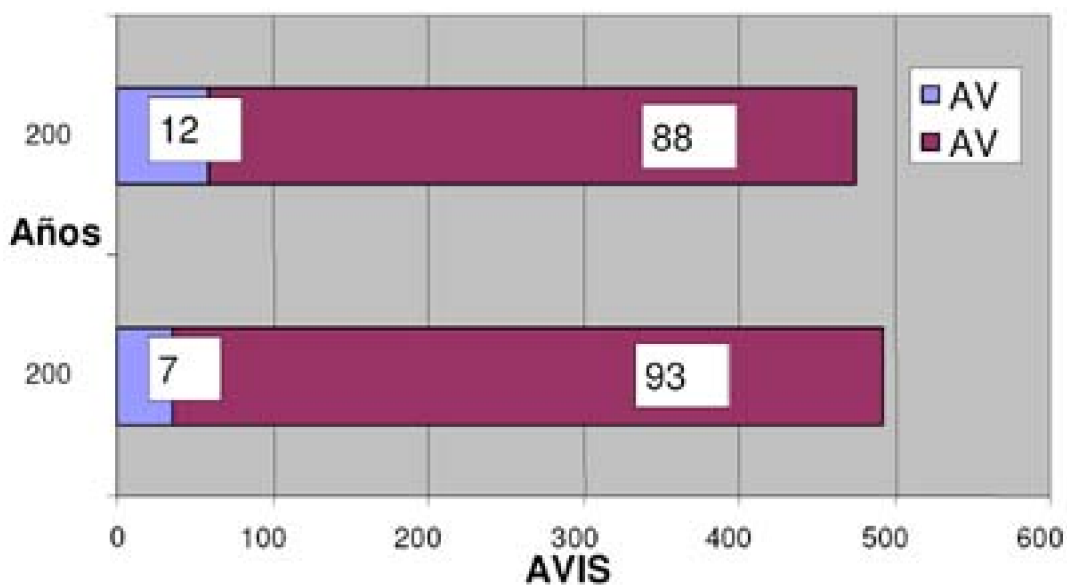
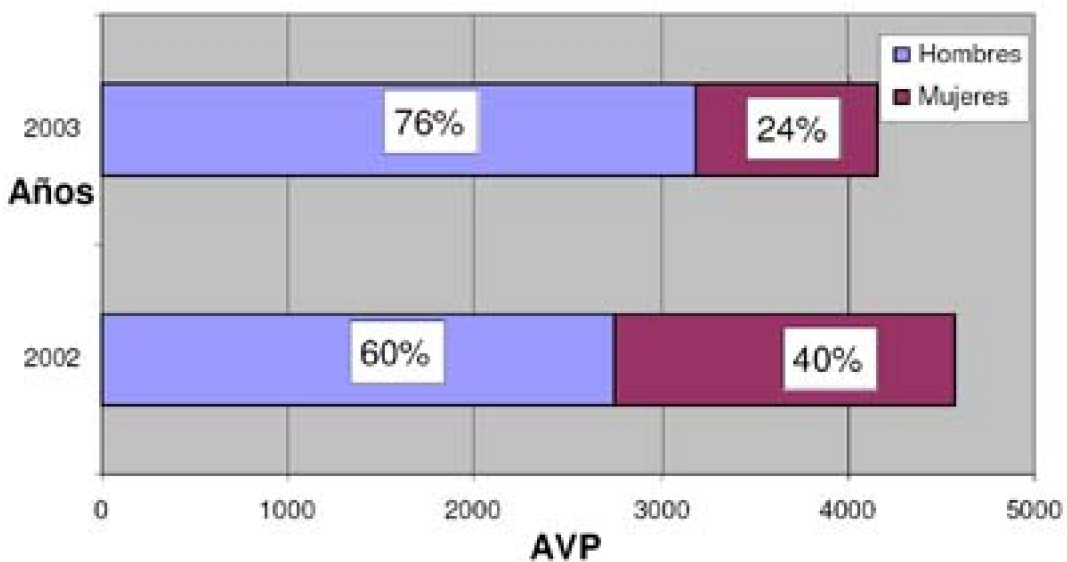


GRAFICO Nº 2 AVISA POR SIDA SEGÚN AVD y EsSalud 2002-2003



AVP	2002	2003
Hombre	2740	3184
Mujeres	1830	979
Total	4570	4163

GRAFICO Nº 3 AVP POR SIDA SEGÚN SEXO . EsSalud 2002-2003. Lima-Perú

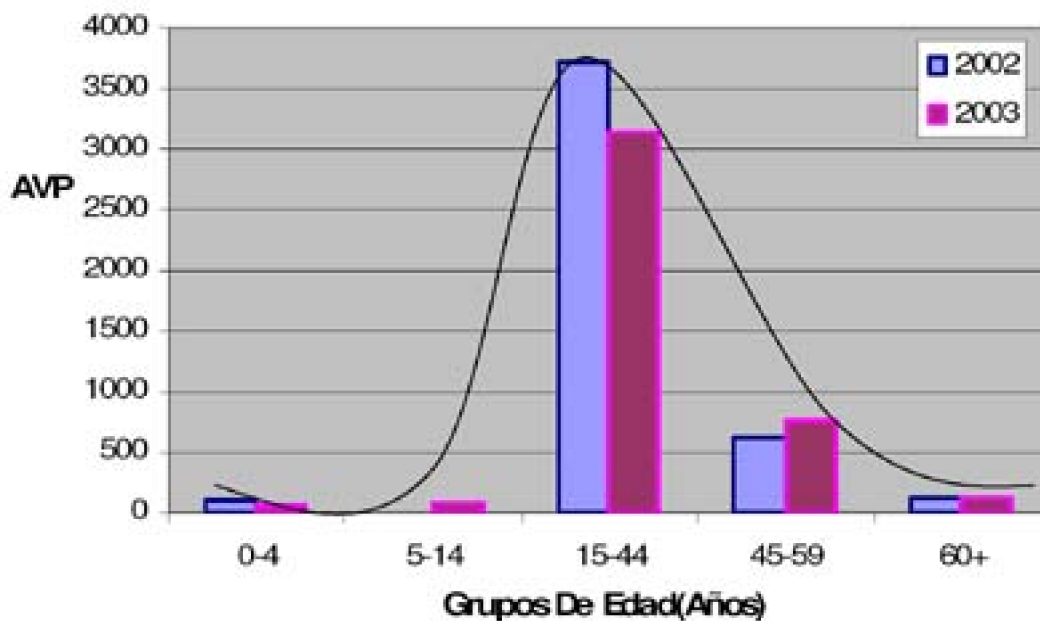
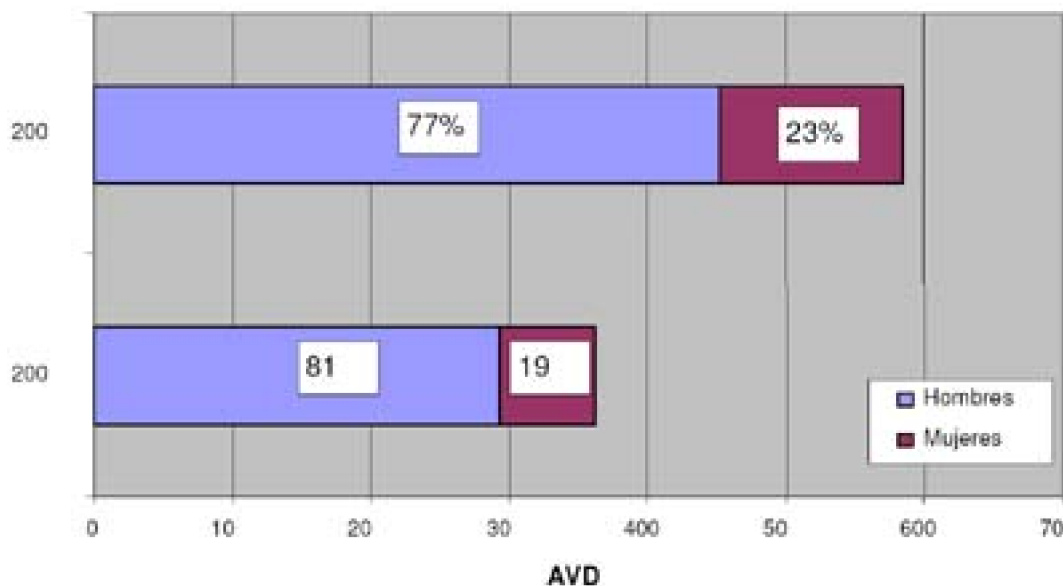
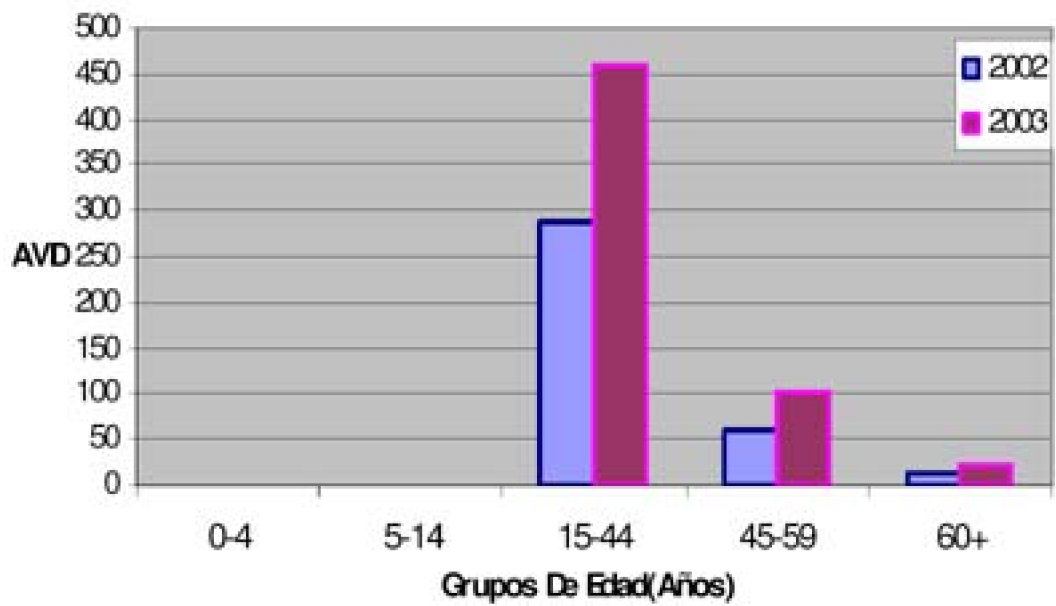


GRAFICO N 4. DISTRIBUCIÓN DE AVP POR SIDA SEGÚN GRUPOS DE EDAD. ESSALUD 2002-2003.LIMA - PERU



AVD	2002	2003
Hombre	293	452
Mujeres	69	132
Total	362	584

GRAFICO N 5 AVD POR SIDA SEGÚN ESSALUD 2002 - 2003



GRAFICOS 6. DISTRIBUCIÓN DE AVD POR SIDA SEGÚN GRUPOS DE EDAD. ESSALUD 2002 – 2003. LIMA- PERU

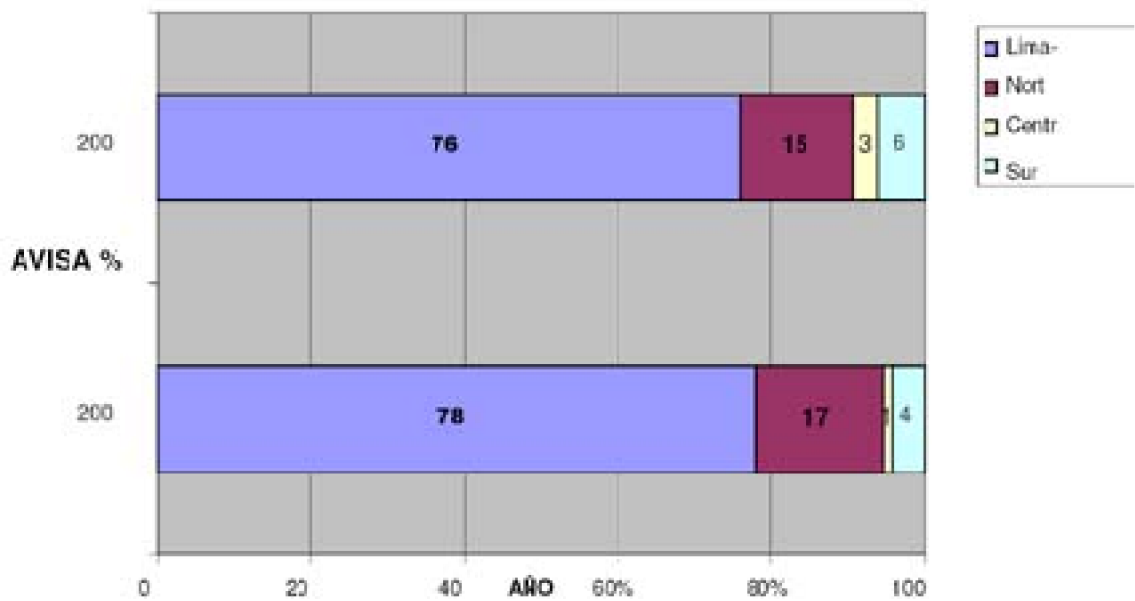
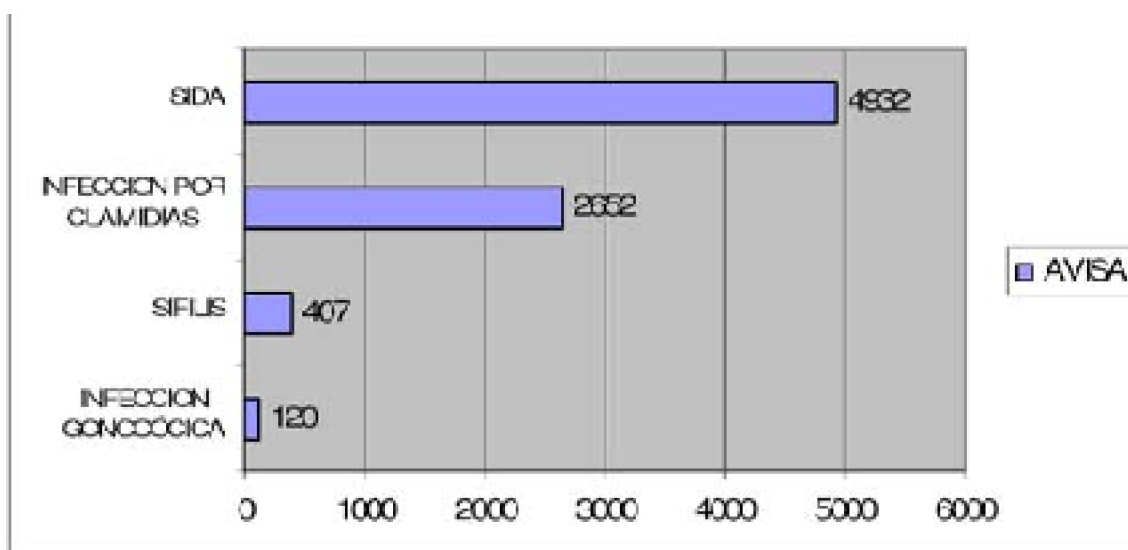


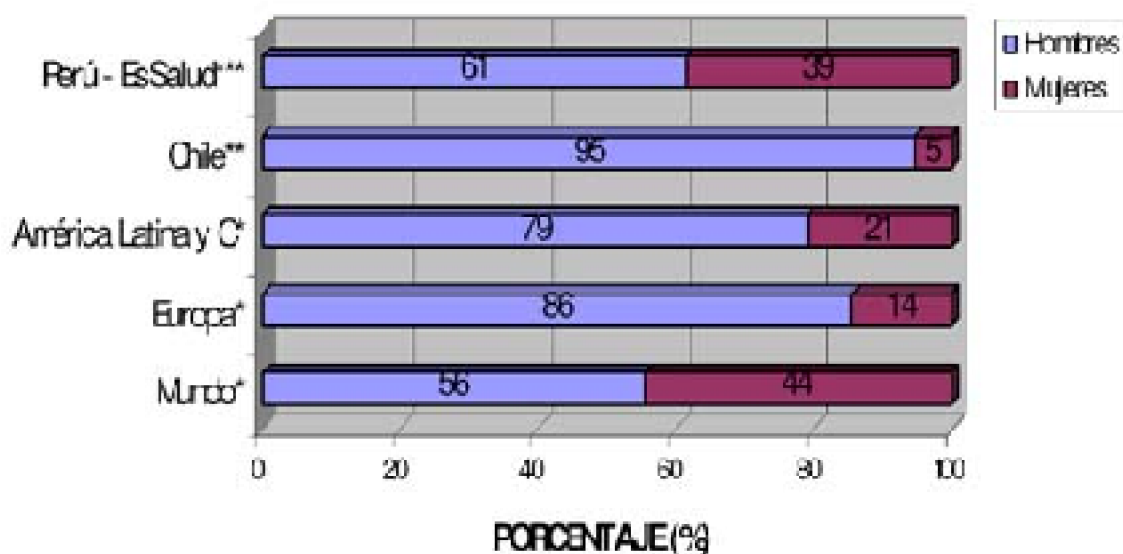
GRAFICO N 7 AVISA POR SIDA SEGÚN MACRO. ESSALUD 2002-2003



* Fuente : Estudio de Carga de Enfermedad por SIDA en EsSalud . 2002-2003

** Fuente : Concha M. Paz X. Estudio de Carga de Enfermedad en Chile. 1993

GRAFICO N 8. AVISA ESTIMADOS POR SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

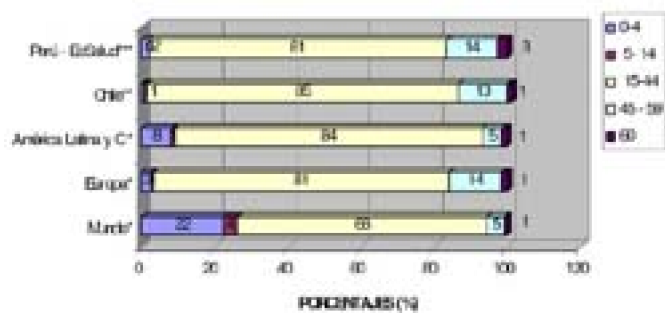


* Fuente : Murray CJ. Estudio Global de Carga de Enfermedad-1990

** Fuente : Concha M. Paz X. Estudio de Carga de Enfermedad en Chile. 1993

*** Fuente : Estudio de Carga de Enfermedad por SIDA en EsSalud . 2002-2003

GRAFICO N 9. AVISA POR SIDA SEGÚN SEXO, EN EL MUNDO, REGIONES Y PAISES



* Fuente : Mwanza C.J. Estudio Global de Carga de Enfermedad - 1999
 ** Fuente : Concha M. Paz K. Estudio de Carga de Enfermedad en Chile, 1999
 *** Fuente : Estudio de Carga de Enfermedad por SIDA en Estados Unidos, 2002-2003

GRAFICO N 10 AVISA POR SIDA SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN EL MUNDO, REGIONES Y PASISES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington, D.C. Oxford University Press. 1993
- Seguro Social de Salud – EsSalud . Plan Estratégico Institucional 2003-2007. Lima-Perú. 2003
- Espinoza R, Murillo P. Estimación de Prioridades Sanitarias Institucionales 2003-2007 : Una aproximación a carga de enfermedad. Seguro Social de Salud. Lima-Perú. 2002
- Pereira J ; Amela C; Genova R. La medición de la carga de enfermedad: Aspectos técnicos. Madrid España. 2001
- Murray CJL. Cuantificación de la carga de enfermedad. La base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad. Bol Oficina Sanitaria Panamericana 1995 ; 118:221-41.
- Lozano A R, Frenk M J y Gonzáles M. El peso de la enfermedad en adultos mayores. Salud Pública México 1994; Vol 38 : 419-429.
- Concha M, Paz X y Salas J. La Carga de Enfermedad en Chile 1993. Ministerio de Salud de la República de Chile. 1996
- Rodríguez J. Mortalidad y Años de Vida Ajustados por Discapacidad como Medidas de Carga de Enfermedad en Colombia 1985-1995. Ministerio de Salud de la República de Colombia, Santa Fe de Bogotá. 1999.
- Rendon L. Prioridades en Salud en la Comuna 18 de Cali. Una aproximación hacia la

- orientación de los servicios de salud 1990-2000. Colombia Médica 2002; Vol 33Nº2 : 58-64.
- Seuc A, Domínguez D y Díaz O. Introducción a los DALYs. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 2000; Vol 38 Nª2 : 92-101.
- Lozano AR, Puentes E, Murradas M, Torres M, Solís Patricia. Medición del Peso de la Enfermedad. Red Interamericana José Luis Bobadilla. Fundación Mexicana para la Salud de México. FUNSALUD y Secretaria de Salud de México. México D.F. 2004.
- Pereira CJ, Cañon C J, Alvarez M E y Genova MR. La medida de la magnitud de los problemas de salud en el ámbito internacional: Los estudios de carga de enfermedad. Revista de Administración Sanitaria. Madrid 2001, Vol 19, Julio/Setiembre: 441-465.
- Lozada P, Aguinaga L, Páez R, Olmedo C, Pozo A. El peso de la enfermedad en el Ecuador. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2001.
- Lozano R, Murray C, Frenk J, Bobadilla F. El peso de la enfermedad en México : Un doble reto. Economía y Salud. FUNSALUD. México D.F. 1994.
- Lozano R. El Peso de la Enfermedad en México en 1994: Avances y Desafíos. En: Frenk J (ed). Observatorio de la salud, necesidades, políticas, servicios. FUNSALUD. México, D.F. 1997.
- Ruiz F, Rodríguez J, Peñaloza E. Metodología de Cuantificación de la Carga de Enfermedad. Pontificia Universidad Javeriana de Colombia. 2003.
- Murray CJL. Cuantificación de la discapacidad: datos, métodos y resultados. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana 1995 ; 72: 481-494
- Pereira CJ. Modulo de Cuantificación de la Carga de Enfermedad. Diploma de Salud Internacional. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.2002.
- Pereira CJ, Cañon CJ, Alvarez ME. Manual del GesMor : Programa Informático de Gestión de Datos de Mortalidad, Morbilidad y Discapacidad para el Cálculo Automatizado de AVISA. FUNSALUD. Instituto de Salud Carlos III. Madrid España. 2002.
- Murray C. Lopez A. Global health statistics. A compendium of incidence, prevalence and mortality estimates over 200 conditions. Vol 2. Boston,Harvard University Press. 1996.
- Midel A. Natural history and management of early HIV infection. En British Medical Journal 2001 Volumen, 322 ,26 de mayo.
- Barendregt J. Dismod II . Organización Mundial de la Salud. Boston,Harvard University Press. 1999.
- Peñaloza E, Ruiz F. Manual para la aplicación del DISMOD II. Cendex Colombia. 2002.
- Lorenzo M, Valdivia N, Poquioma E. Guía Metodológica para el Funcionamiento del Sistema Selectivo de Vigilancia del Seguro Social. IPSS. Lima –Perú. 1996.
- Murray C, Lopez A. (eds). The Global Burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Vol 1. Boston, Harvard University Press. 1996.

- Izáosla LA. El Impacto del SIDA en América Latina el Caribe: Hacia un enfoque regional. *Gaceta Medica Mexicana*, 1996; 132 Supp1 1:29-35.
- OPS/OMS. La Vigilancia del SIDA en las Américas Informe Bianual Junio 2002. Washington D.C.
- Mendoza VT. El VIH/SIDA en el Perú. En : ONUSIDA-MINSA, Perú . Julio de 2001.
- OPS/OMS "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en las Americas" 26^a Conferencia Sanitaria Panamericana: Washington D:C. EUA 23-27 de Septiembre del 2002.
- MINSA-OGE. Situación del VIH/SIDA en el Perú –2003. Boletín Epidemiológico. Lima-Perú 2004
- MINSA-OGE. Situación del VIH/SIDA en el Perú –2002. Boletín Epidemiológico. Lima-Perú 2003
- Izáosla LA. El VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: Un problema prioritario para la Salud y la Economía: En Frenk J (ed). Observatorio de la salud, necesidades, políticas, servicios. FUNSALUD. México, D.F. 1997.
- Schopper D, Pereira J, Torres A, Cuende N, Alonso M, Baylin A, et al. Estimating the burden of disease in one Swiss canton: what do disability adjusted life years (DALY) tell us? *Int J Epidemiol* 2000;29:871-7.
- Murray CJL, Salomón JA, Mathers C. A critical examination of summary measures of population health. *Bull WHO* 2000; 78:981-94.

ANEXOS

Consultar el capítulo completo en :

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/seclen_uy/pdf/seclen_uy-TH.back.2.pdf