



Identificando las barreras de acceso a la atención y tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes en Lima, Perú

Resumen Ejecutivo

María Kathia Cárdenas, Dulce Morán,
David Beran & Jaime Miranda



**Identificando las barreras de acceso a la atención
y tratamiento de la hipertensión arterial
y la diabetes en Lima, Perú**

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte en el mundo y su control y prevención constituyen un reto para los sistemas de salud. La necesidad de tomar acciones urgentes y duraderas ha sido reconocida por la comunidad global en diversos encuentros, como en la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT, entre otros esfuerzos liderados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En Perú, según datos de la OMS, el 60% de las muertes son atribuibles a las ENT, y de éstas, el 19% de la carga de mortalidad se debe a enfermedades cardiovasculares (ECV) y el 2% a la diabetes. Frente a este panorama, CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), con el apoyo de *Alliance for Health Policy and Systems Research* de la OMS y la Universidad de Ginebra, llevó a cabo durante el 2013 un estudio con el **objetivo de identificar las barreras de acceso a medicamentos y atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes¹**.

Este estudio tiene como finalidad incidir en el desarrollo de propuestas para fortalecer el sistema de salud peruano y, a la vez, fomentar una respuesta política que contribuya a una mejor salud para las personas diagnosticadas con dichas enfermedades.

¹Para el estudio se considera los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2.

Metodología

La metodología empleada se sustenta en el manual de la OMS titulado *"How to investigate the access to care for chronic non-communicable diseases in low-and middle-income countries"* ("Cómo investigar el acceso a la atención de enfermedades crónicas no transmisibles en los países de ingresos bajos y medianos"). Este manual es una herramienta que permite diseñar, planificar y ejecutar estudios con múltiples métodos y procedimientos para describir la situación actual de las ENT; y al mismo tiempo, involucrar en este proceso a los actores clave y responsables políticos. La OMS ha elaborado este manual a partir del *Rapid Assessment Protocol for Insulin Access (RAPIA)*, un instrumento metodológico impulsado por la *International Insulin Foundation (IIF)*.

El estudio combina cuatro niveles de análisis: nivel macro, medio, local e individual. **Se aplicaron técnicas mixtas de recolección, procesamiento y análisis de información cualitativa y cuantitativa, y se optó por un muestreo por conveniencia, llevándose a cabo 140 entrevistas a informantes claves.** El lugar de implementación del estudio fue la ciudad de Lima y las entrevistas se distribuyeron de la siguiente manera:

- Nivel nacional: a funcionarios del Comité de Expertos de ENT de la Dirección General de Salud de Personas del Ministerio de Salud (MINSA) y especialistas de organizaciones de pacientes y profesionales vinculados a la atención de la hipertensión arterial y/o diabetes.
- Nivel intermedio: a directores y responsables de micro-redes y establecimientos del MINSA, Seguro Social de Salud (EsSalud), Fuerzas Armadas (FFAA) y sector privado.
- Nivel local: a trabajadores de los establecimientos de salud del MINSA, EsSalud, FFAA y sector privado.
- Nivel individual: a pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes o sus cuidadores, que se atienden en establecimientos de salud del MINSA, EsSalud, FFAA y sector privado.

Principales resultados

Los resultados que se presentan en este resumen ejecutivo se concentran en los hallazgos más importantes encontrados a nivel local e individual. Las entrevistas en los otros niveles permitieron validar y comprender mejor los hallazgos. El estudio también abarcó información sobre el panorama de las políticas de salud para la atención de la hipertensión arterial y la diabetes en Perú, información que se encuentra disponible en el Reporte Final del estudio².

En este documento presentamos los principales resultados organizados en diez secciones:

1. El sistema de salud peruano y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles
2. Manejo de la hipertensión arterial y la diabetes: el uso de guías de práctica clínica
3. Participación de trabajadores y pacientes en actividades o programas relacionados a la hipertensión arterial y la diabetes
4. Aseguramiento en salud de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes
5. Acceso a las consultas médicas: débil organización del primer nivel de atención
6. Dificultades en el acceso a medicamentos para el tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes
7. Asequibilidad de los medicamentos: existen montos prohibitivos para la población en general
8. Pacientes con baja adherencia al tratamiento
9. Acceso a exámenes de laboratorio con mayores dificultades en el primer nivel de atención
10. Automonitoreo de la presión arterial y la glucosa: equipos fuera del alcance de los pacientes

²Disponible en la página web de CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas: <http://www.cronicas-upch.pe>

1 El sistema de salud peruano y la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Daños No Transmisibles

En el sistema de salud peruano participan entidades y actores del sector público, privado y los agentes individuales (pacientes y cuidadores). Por el lado del sector público, se encuentran las siguientes instituciones: el MINSA, ente rector del sector que conduce, regula y promueve la política nacional de salud; las Direcciones Regionales/Locales de salud; el Seguro Social (EsSalud); y, las sanidades de las Fuerzas Armadas (Policía, Ejército, Marina y Fuerza Aérea). Mientras que por el lado del sector privado, se encuentran las empresas privadas que actúan como aseguradoras y/o proveedoras de servicios. También participan activamente asociaciones y sociedades profesionales, organizaciones académicas, organismos no gubernamentales, entre otros.

Una de las acciones emprendidas por el Estado para atender las ENT fue la creación, en el año 2004, de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles. Esta estrategia estableció el plan de trabajo para el periodo 2004-2012. Este Plan estaba orientado principalmente a promover estilos de vida saludables, prevenir, diagnosticar y controlar las ENT priorizadas, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2.

Los objetivos y metas trazadas en el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2004-2012 solo se cumplieron parcialmente. Hay múltiples factores que pueden explicar este progreso parcial, como no haber contado desde el inicio con una partida presupuestal que la respalde, o el insuficiente número de profesionales asignados en el equipo técnico a cargo de realizar la conducción de actividades, entre otros.

Hasta julio del 2014, el nuevo Plan para el periodo 2014-2021 no ha sido aprobado a pesar de que el MINSA ha elaborado una propuesta a partir de un trabajo multisectorial y multidisciplinario (ver capítulo 2 del Reporte Final).

2 Manejo de la hipertensión arterial y la diabetes: el uso de guías de práctica clínica

La necesidad de contar con guías nacionales de práctica clínica permite al profesional de salud orientar el tratamiento del paciente, además de sustentar las demandas de bienes y servicios que se requieren para brindar la atención necesaria.

A nivel nacional, se cuenta con una guía de práctica clínica para la prevención y control de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, aprobada por el MINSA en julio del 2009³. Sin embargo, no sucede lo mismo para el manejo de la diabetes. A pesar de que el ente rector ha elaborado una propuesta de guía para el manejo de diabetes mellitus tipo 2, en cuyo proceso participaron diversos grupos de expertos, todavía al mes de julio de 2014 no ha sido aprobada.

Sobre el conocimiento de algún tipo de guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con estas enfermedades, la mayoría de los profesionales –médicos/as, nutricionistas y enfermeras/os- del primer nivel de atención del MINSA reconocieron desconocer la existencia de cualquier tipo de guía de práctica clínica, sea del ámbito local, nacional o extranjero. En establecimientos de mayor nivel de complejidad de los distintos sectores, es considerablemente mayor el conocimiento y uso de guías internacionales y de protocolos elaborados en el mismo establecimiento, según manifestaron los médicos entrevistados.

En la mayoría de establecimientos, las guías de práctica clínica existentes son de poco conocimiento y uso de los profesionales de enfermería y nutrición. Sin embargo, los profesionales de enfermería de EsSalud manifestaron estar familiarizados con estos documentos, especialmente cuando se encargan de coordinar los programas de hipertensión arterial y diabetes (ver capítulo 3 del Reporte Final).

3

Participación de trabajadores y pacientes en actividades o programas relacionados a la hipertensión arterial y la diabetes

Las agrupaciones de pacientes cumplen un rol importante de socialización entre sus miembros, además sirven como un medio de información y educación, que en varias ocasiones complementa lo brindado por el profesional médico durante la consulta. No obstante, ningún paciente con hipertensión entrevistado manifestó conocer o estar vinculado a alguna asociación de pacientes, solo aquellos diagnosticados con diabetes que se atendían en hospitales del MINSA conocían la existencia de alguna agrupación para pacientes. Entre los principales motivos para no participar en estas asociaciones se encuentran la falta de tiempo, no contar con recursos económicos para solventar el transporte o presentar alguna discapacidad física que les dificulta movilizarse.

Asimismo, en los policlínicos de EsSalud hallamos que se desarrolla un programa para pacientes con hipertensión arterial y otro para aquellos con diabetes. Ambos son dirigidos

³RM N° 491-2009/MINSA. Resolución Ministerial que aprueba la "Guía de Práctica Clínica para Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención".

por profesionales de enfermería, y en determinadas sesiones también brindan atención profesionales de medicina y nutrición (ver capítulo 4 del Reporte Final).

4 Aseguramiento en salud de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) para el año 2011 el 64.5% de la población nacional cuenta con algún tipo de seguro de salud. En casi una década la cobertura de aseguramiento ha aumentado considerablemente, principalmente debido al crecimiento del Seguro Integral de Salud (SIS), dirigido a poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema. **A pesar de los avances realizados en materia de aseguramiento, todavía un tercio de la población no está cubierta por algún seguro.**

En la muestra de pacientes entrevistados, la totalidad de los que se atendían en EsSalud y FFAA contaba con seguro, mientras que el 23% de los pacientes entrevistados que se atendían en algún establecimiento del MINSA y el 31% de los entrevistados del sector privado manifestaron no estar afiliados a algún seguro de salud (ver capítulo 2 del Reporte Final).

5 Acceso a las consultas médicas: débil organización del primer nivel de atención

Una de las principales dificultades encontradas en hospitales del MINSA, FFAA, así como en policlínicos de EsSalud, es la disponibilidad de citas médicas. Debido al alto flujo de pacientes y al reducido número de profesionales en los establecimientos del sector público, principalmente de especialistas, las citas se obtienen para dentro de un mes después de lo requerido (ver capítulo 5 del Reporte Final).

En establecimientos del primer nivel de atención del MINSA, si bien la disponibilidad de citas médicas no representa una dificultad, sí lo es el no contar con los equipos y servicios necesarios para continuar con el control de la hipertensión arterial o diabetes. Como consecuencia de ello, **los hospitales se saturan de pacientes por un exceso de referencias para el control de los pacientes con hipertensión arterial o diabetes, quienes deberían poder ser tratados y controlados en establecimientos del primer nivel de atención.**

Del mismo modo, los pacientes con comorbilidad de hipertensión arterial y diabetes no se atienden en puestos o centros de salud del MINSA, sino en hospitales de ese sector donde se encuentran los especialistas, principalmente cardiólogos y endocrinólogos. Asimismo, los

profesionales de medicina general del primer nivel de atención aducen no estar preparados para atender a pacientes con ambas enfermedades.

La mayoría de los pacientes con hipertensión y/o diabetes que fueron entrevistados indicó que recibió el diagnóstico en una consulta ambulatoria, luego de presentar diversos síntomas. Sin embargo, **un tercio de los pacientes entrevistados fueron diagnosticados al acudir a Emergencias de un hospital público o clínica privada por haber tenido alguna descompensación u otra complicación de su enfermedad** (ver capítulo 7 del Reporte Final).

6 Dificultades en el acceso a medicamentos para el tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes

El acceso oportuno a los medicamentos es un componente esencial para lograr que los pacientes puedan llevar un control exitoso de la enfermedad. No obstante, hemos encontrado que las dificultades para acceder a ellos se dan en diversos frentes. Por ejemplo, como la desconfianza de los pacientes y del personal de salud sobre la eficacia de los medicamentos genéricos (ver capítulo 5 del Reporte Final). Por otro lado, la cobertura de los seguros incluye el costo total o parcial de las medicinas. Pese a ello, los establecimientos de salud del sector público visitados atraviesan por una serie de dificultades que les impiden asegurar un stock de medicamentos disponibles para cubrir la demanda.

En farmacias de los establecimientos del sector público es muy frecuente que haya periodos de desabastecimiento o que se expendan una variedad limitada de fármacos. Asimismo, si los medicamentos prescritos son de marca o de última generación es poco factible que algún seguro brindado por el sector público los cubra. En cualquiera de las situaciones descritas, el paciente tendrá que asumir los costos de los medicamentos tal como lo hace un paciente sin seguro de salud.

Es por ello que si bien el contar con seguro de salud disminuye algunos costos del tratamiento, como por ejemplo el pago de consultas médicas y exámenes; en lo referido a medicamentos las dificultades que se presentan son similares al paciente no asegurado, al tener ambos que realizar importantes pagos de bolsillo por los fármacos prescritos.

Principalmente, **son los pacientes del sector privado y del MINSA quienes acuden a farmacias privadas para poder adquirir medicamentos. Por ejemplo, 76% del total de pacientes entrevistados en establecimientos del MINSA manifestaron que compran sus pastillas en farmacias privadas.**

Adicionalmente, otra de las razones que lleva a los pacientes asegurados del MINSA a adquirir medicamentos en farmacias privadas se debe al desfase que hay entre la fecha que aparece en la receta prescrita y la fecha de la siguiente consulta médica. Es decir, las recetas prescritas deben contener el tratamiento para un número de días que alcanza hasta la próxima cita del paciente. No obstante, el paciente no siempre obtiene la siguiente cita en la fecha señalada. Es por ello que para los días que ya no tiene medicamentos debe comprarlos en farmacias privadas.

En el caso de los pacientes de EsSalud y de las FFAA, una de las dificultades que enfrentan es la impuntualidad con la que se les entregan los medicamentos, debido a los periodos de escasez o desabastecimiento de determinados fármacos. Si bien en ambas instituciones el paciente termina por recibir los medicamentos, durante el tiempo de desabastecimiento deben comprarlos en farmacias privadas o interrumpir el tratamiento.

Los pacientes insulino dependientes entrevistados adquieren la insulina y las jeringas en farmacias privadas a causa del desabastecimiento temporal en algunos hospitales y la inexistencia de estos productos en los puestos y centros de salud del MINSA (ver capítulo 6 del Reporte Final).

7

Asequibilidad de los medicamentos: existen montos prohibitivos para la población en general

Existe una amplia brecha entre lo que pagan los pacientes cuando tienen que adquirir sus medicamentos para controlar la hipertensión arterial o la diabetes en una farmacia privada, comparado con lo que pagarían si lo adquieren en el establecimiento público donde se atienden. De acuerdo a información obtenida en el Observatorio de Precios de Medicamentos de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), entre julio y agosto del 2013 el **precio de venta de medicamentos para controlar la hipertensión arterial en el sector privado fue cinco veces superior al precio que se encuentra en el sector público.** Por ejemplo, el captopril (25 y 50 mg) y el enalapril (5, 10 y 20 mg), dos de los principales medicamentos que se venden para el control de la presión arterial, pueden costar en los establecimientos privados S/. 0.30 Nuevos Soles y S/. 0.10 Nuevos Soles, respectivamente. Mientras que en el sector público, el precio unitario es S/. 0.02 Nuevos Soles. **Algo similar se halló en los medicamentos orales para tratar la diabetes, a pesar de que varios de éstos fueron exonerados del pago de arancel a la importación y del Impuesto General a las Ventas (IGV)⁴, la mayoría de fármacos antidiabéticos mostró más bien un alza en sus precios de venta final.**

El gasto mensual de la mayoría de medicamentos prescritos a los pacientes con hipertensión arterial se encuentra por debajo de los S/.15 Nuevos Soles. No obstante, existen algunos medicamentos con precios muy elevados, que pueden llegar a costar mensualmente S/. 141 Nuevos Soles en el caso de losartán potásico 50mg, y S/.222 Nuevos Soles en el caso de irbesartán 300mg, que equivalen -respectivamente- al 19% y 30% del sueldo mínimo mensual en Perú (S/.750 Nuevos Soles hasta el año 2014).

El estudio evidenció que el medicamento antidiabético más utilizado por los pacientes entrevistados es la metformina 850mg. En el caso de los pacientes que tienen que realizar gastos de bolsillos, éstos llegan a asumir un costo mensual por tratamiento farmacológico de S/.45.30 Nuevos Soles. Los medicamentos combinados como glibendámi-da-metformina 5mg-500mg y glimepirida-metformina 4mg-1000mg, pueden costar mensualmente en total entre S/.150 Nuevos Soles y S/.248 Nuevos Soles, respectivamente, equivalentes al 20% y 33% del sueldo mínimo mensual. Los tratamientos para diabetes que requieren insulina constituyen un reto mayor para quienes deben realizar gastos de bolsillo.

De este modo, incluyendo los costos de la insulina y el automonitoreo, el paciente insulino-dependiente puede llegar a gastar S/.405.7 Nuevos Soles al mes, lo que equivale al 54% del sueldo mínimo mensual⁵.

Estos resultados muestran que **algunos medicamentos prescritos para la hipertensión arterial así como la insulina y la medicación combinada mencionada para el tratamiento de la diabetes representan montos prohibitivos y no asequibles para la población en general** tomando como referencia el sueldo mínimo mensual del país (ver capítulo 8 del Reporte Final).

8 Pacientes con baja adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento es fundamental para el control de la enfermedad por parte del paciente. Implica no solo tomar los medicamentos prescritos de manera apropiada, sino también seguir con otras recomendaciones, como acudir a las consultas de seguimiento de acuerdo a lo indicado, realizar modificaciones de estilos de vida, entre otros.

⁵De acuerdo con la siguiente normativa:

DS N° 016-2006-SA, DS N° 005-2008-SA, DS N° 005-2009-SA y DS N° 007-2010-SA.

⁶Cabe señalar que el monto mensual que deben gastar las personas que necesitan insulina, variará considerablemente dependiendo de la dosis que requiere, la frecuencia con la que se monitorea la glucosa, la frecuencia con la que emplea jeringas, agujas, entre otros.

La mayoría de pacientes que se atienden en establecimientos del primer nivel de atención del MINSA mencionaron que no recibieron indicaciones sobre cambios en el estilo de vida para el control de la enfermedad, adicionales a las indicaciones sobre el tratamiento farmacológico. Este hallazgo es distinto a lo que ocurre en los pacientes de los hospitales del MINSA, EsSalud, FFAA y sector privado, quienes manifestaron que los profesionales de estos establecimientos les indicaron realizar cambios en el estilo de vida, como actividad física o disminuir la ingesta de ciertos alimentos, etc.

Los profesionales de la salud entrevistados argumentan que uno de los motivos de la baja adherencia al tratamiento es la insuficiente educación que recibe el paciente sobre la enfermedad que padece durante la consulta médica. Los profesionales indicaron que gran parte de los pacientes no comprende bien la enfermedad que padecen, el tratamiento que deben seguir, además de las posibles complicaciones en su salud.

Más de la mitad de los pacientes entrevistados refirió no cumplir con su tratamiento farmacológico por diversas razones, entre las cuales figuran la falta de recursos económicos para adquirirlos, el no llevar los medicamentos consigo cuando salen, por olvido, por no tolerar los efectos secundarios o por considerar que ya tiene la enfermedad controlada.

Por otro lado, son los pacientes con comorbilidad de diabetes e hipertensión arterial los que tienden a estar más al tanto de su salud comparado con aquellos pacientes con una sola enfermedad. Cumplen más con sus chequeos de la presión arterial y la glucosa, se realizan exámenes correspondientes y asisten a más consultas. Sin embargo, no necesariamente son estrictos con el cumplimiento de su tratamiento farmacológico. La adherencia tiende a disminuir en estos pacientes pues al tener mayor número de medicamentos que consumir resulta más complicado tratar de recordar las indicaciones y poder financiar la compra de éstos.

9

Acceso a exámenes de laboratorio con mayores dificultades en el primer nivel de atención

Una de las principales dificultades que atraviesan los pacientes para acceder a exámenes de laboratorio es la escasez de reactivos para las pruebas de sangre en laboratorios de los establecimientos públicos. Por ejemplo, **es muy común que en las primeras semanas del mes se terminen los reactivos para hemoglobina glicosilada, creatinina o microalbuminuria en hospitales del MINSA.** Una de las razones que explica el desabastecimiento de reactivos según algunos jefes de establecimiento entrevistados, es que las proyecciones anuales que hacen para la compra de reactivos no van de acuerdo a la demanda real.

Asimismo, determinadas pruebas como la hemoglobina glicosilada, creatinina o tolerancia a la glucosa, no pueden realizarse en establecimientos del primer nivel de atención del MINSA como puestos o centros de salud. De tal forma que cuando los pacientes requieren alguna de las pruebas mencionadas, son referidos a hospitales de la jurisdicción. Esto genera una mayor carga en el sistema e incrementa el tiempo y los costos para los pacientes (ver capítulo 6 del Reporte Final).

10 Automonitoreo de la presión arterial y la glucosa: equipos fuera del alcance de los pacientes

Los equipos para el automonitoreo, como el glucómetro y el tensiómetro, no están cubiertos por ningún seguro de salud. Es poco frecuente que los pacientes adquieran los equipos pues por lo general no pueden solventar su costo o sus conocimientos y práctica acerca de cómo operar estos instrumentos son escasos. Por ejemplo, en caso de contar con un glucómetro, les resulta un gasto muy alto adquirir los implementos para poder realizar la prueba pues el costo de las tiras reactivas y lancetas puede llegar hasta S/. 217 Nuevos Soles al mes.

Frente a esa situación, algunos pacientes optan por medirse la presión o la glucosa en farmacias privadas o en centros de salud del MINSA de la zona donde residen. Sólo en el caso de los pacientes que tienen ambas enfermedades, hipertensión arterial y diabetes a la vez, se da que la mayoría cuenta con algún equipo de automonitoreo en casa.

Además, las farmacias de los establecimientos públicos de salud no venden los equipos e insumos adicionales requeridos para el automonitoreo, como por ejemplo las tiras reactivas para el uso del glucómetro. En algunos establecimientos del MINSA y EsSalud existe un stock de estos insumos en el almacén, pero está destinado exclusivamente al servicio de medición de glucosa de los pacientes dentro del establecimiento.

Conclusiones

El estudio realizado presenta una aproximación a la situación actual del manejo de la hipertensión arterial y la diabetes en Lima, Perú. Los hallazgos presentados permiten conocer las principales barreras en la atención y el acceso a los medicamentos de los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes, principalmente en cuanto al acceso a las consultas médicas, las dificultades que enfrentan en el acceso y la poca asequibilidad de los medicamentos, los problemas de baja adherencia al tratamiento y las dificultades para acceder a exámenes de laboratorio en el primer nivel de atención así como a los equipos de automonitoreo para poder controlar su presión arterial y glucosa.

Asimismo, las diferencias entre instituciones hacen más complejo el análisis, siendo este estudio un primer paso para investigar el sistema de salud peruano. El Reporte Final presenta recomendaciones generales ante el panorama actual del sistema de salud peruano y su respuesta a la atención de las ENT.