

La esperanza de vida libre de morbilidad crónica en el Perú

Victor Arocena Canazas¹

Resumen

La investigación tiene como principal objetivo cuantificar el efecto de la morbilidad crónica sobre la esperanza de vida en el Perú y regiones naturales. Se utiliza datos de población, defunciones y morbilidad crónica del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y la metodología de la tabla de vida y tabla de vida modificada por Sullivan para estimar la esperanza de vida y esperanza de vida libre de morbilidad crónica. Para el año 2009, la esperanza de vida para ambos sexos sería de 73.0 años, de los cuales 14.5 años serían vividos con alguna enfermedad crónica (12.2 y 16.9 años para hombres y mujeres respectivamente). El porcentaje de morbilidad crónica en la esperanza de vida aumenta con la edad; casi la mitad de los años que les resta vivir a los individuos de 65 y más años lo harían con una inadecuada calidad de vida debido a enfermedades crónicas. A nivel regional, debido a diferencias en los procesos de envejecimiento y transición epidemiológica, la región Costa cuando comparada con la región de la Sierra, muestra los mayores niveles de esperanza de vida al nacer, pero también los mayores porcentajes de años de vida perdidos por morbilidad crónica.

Palabras clave: esperanza de vida, morbilidad crónica, esperanza de vida libre de morbilidad crónica, calidad de vida, tabla de vida.

Abstract

The investigation has as principal aim quantify the effect of the chronic morbidity on the life expectancy in Peru and natural regions. There is in use information of population, deaths and chronic morbidity of the National Institute of Statistics and Computer science (INEI) and the methodology of the table of life and table of life modified by Sullivan for estimating the life expectancy and free life expectancy of chronic morbidity. For the year 2009, the life expectancy for both sexes would be 73.0 years, of which 14.5 years would be lived by some chronic disease (12.2 and 16.9 years for men and women respectively). The percentage of chronic morbidity in the life expectancy increases with the age; almost the half of the years that remains to live through the individuals of 65 and more years they would do it with an inadequate quality of life due to chronic diseases. To regional level, due to differences in the processes of aging and epidemiological transition, the region Coast when compared with the region of the Saw, it shows the major levels of life expectancy on having been born, but also the major percentages of years of life lost by chronic morbidity.

Key words: life expectancy, chronic morbidity, free life expectancy of chronic morbidity, quality of life, table of life.

Introducción

La investigación en el campo de la demografía, ciencias de la salud y, especialmente epidemiología, tradicionalmente ha utilizado la esperanza de vida al nacer y a diferentes edades, tasas brutas y específicas de mortalidad y mortalidad infantil como indicadores proxy del estado de salud de la población. Entretanto, el continuo descenso de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y el cambio de los patrones de enfermar y

morir (de enfermedades infecciosas para crónico degenerativas) han originado una nueva realidad sanitaria caracterizada, entre otras, por una cada vez mayor prevalencia de enfermedades crónicas que limitan las condiciones de salud y calidad de vida de la población.

En este contexto, indicadores como la esperanza de vida, basados exclusivamente en datos de mortalidad, resultan cada vez menos suficientes para describir el estado de salud de la población.

¹ Departamento de Estadística, Demografía, Humanidades y Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias y Filosofía de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

En tal situación se hace necesario utilizar indicadores que tengan en cuenta conjuntamente la experiencia de mortalidad y morbilidad de la población. En consecuencia, en las últimas décadas se ha comenzado a utilizar indicadores resumen del estado de salud de la población tipo "esperanzas de salud", los cuales permiten cuantificar los años vividos o los años perdidos por una población por efecto de las enfermedades y/o discapacidades.

Entre este tipo de indicadores la esperanza de vida libre de morbilidad crónica (EVLMC) constituye un indicador que combina la mortalidad y morbilidad producida por las enfermedades crónicas en una población y cuantifica los años de vida que un individuo puede aspirar a vivir "libre de enfermedades crónicas". Se considera a la EVLMC como uno de los índices que miden la calidad de vida de una población, caracterizándose por su facilidad de cálculo y comprensión por la población en general. En este contexto, el estudio tiene como objetivos difundir la utilidad de este indicador como una medida del estado de salud y estimar la esperanza de vida libre de morbilidad crónica o años de vida perdidos por morbilidad crónica. Se espera que los resultados constituyan un insumo para el diseño de estrategias sanitarias orientadas a mejorar la salud y por ende la calidad de vida la población, principalmente de los grupos más afectados por la morbilidad crónica: las mujeres y la población adulta mayor.

Materiales y Métodos

Para el cálculo de la esperanza de vida (EV) y esperanza de vida libre de morbilidad crónica (EVLMC) a nivel nacional y regiones naturales² según grupos de edad y sexo correspondiente al año 2009, se procedió secuencialmente de la siguiente manera:

a) Se calculó la EV según grupos quinquenales de edad y sexo. Los datos de población y mortalidad corresponden a los publicados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); el procedimiento de cálculo corresponde a la metodología utilizada para la estimación de las tablas de vida³.

b) Se estimaron las prevalencias de morbilidad crónica a nivel nacional y regiones naturales por grupos de edad y sexo. Los datos provienen de la ENAHO 2009, que define como crónicas las siguientes enfermedades: artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, virus de inmuno deficiencia adquirida, colesterol, depresión).

c) Se calculó la EVLMC por el método de Sullivan. Este método utiliza las prevalencias observadas de morbilidad crónica para cada edad y la población del año en estudio⁴; las prevalencias por edad y sexo se aplican a la población de la misma edad y sexo, utilizándose la metodología tradicional de la tabla de vida, obteniéndose de esta forma, los años vividos libre de morbilidad crónica y los años perdidos por morbilidad crónica.

Resultados

A Nivel Nacional

Al nacer la EV para ambos sexos es de 73.0 años en el año 2009. El sexo masculino tiene una esperanza de vida de 71.1 años y el sexo femenino de 75.0 con una diferencia de sobrevivida de casi cuatro años a favor de las mujeres. Al aumentar la edad se observa una disminución de la sobrevivida y más importante, una disminución de las brechas de EV por edad entre hombres y mujeres, la cual es menor a 1.4 años a partir del quinquenio 65-70 años de edad. En este grupo de edad la EV para ambos sexos es de 16.8 años. Cuadro 1.

Los porcentajes de prevalencia de morbilidad crónica aumentan con la edad desde porcentajes que fluctúan alrededor de 5.4% entre los menores de un año (tanto para el sexo masculino cuanto femenino) hasta 32.0 y 42.0.0% en el grupo 65-70 años de edad. Aproximadamente hasta los 15 años, el sexo masculino presenta prevalencias ligeramente superiores a las del sexo femenino con brechas que no alcanzan a un punto porcentual. A partir de los quince años la prevalencia por morbilidad crónica tiende a ser mayor entre las mujeres que en los hombres con brechas hasta de diez puntos porcentuales, a partir de los 65 y más años de edad. Gráfico 1.

² De acuerdo con el INEI, la región de la Costa comprende los Departamentos de Lima (incluye la Provincia Constitucional del Callao, Ica, La Libertad, Lambayeque, Moquegua, Piura, Tacna y Tumbes. La región de la Sierra los Departamentos de Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco, Puno. La región de la Selva los Departamentos de Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Ucayali.

³ Sobre la metodología de las tablas de vida ver por ejemplo: Chiang, C. L (1984). The Life table and its applications. Florida: Krieguer Publishing Company, INC. Jagger, C., Cox, B., Le Roy, S., y EHEMU team. (2006). Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method. A practical guide (Reporte N° 2006_3). EHEMU.

⁴ Para una revisión conceptual y metodológica sobre las esperanzas de salud ver por ejemplo el documento intitulado: "Esperanzas de salud: una revisión conceptual y metodológica". Editado por la Comunidad Valenciana. España, 2008.

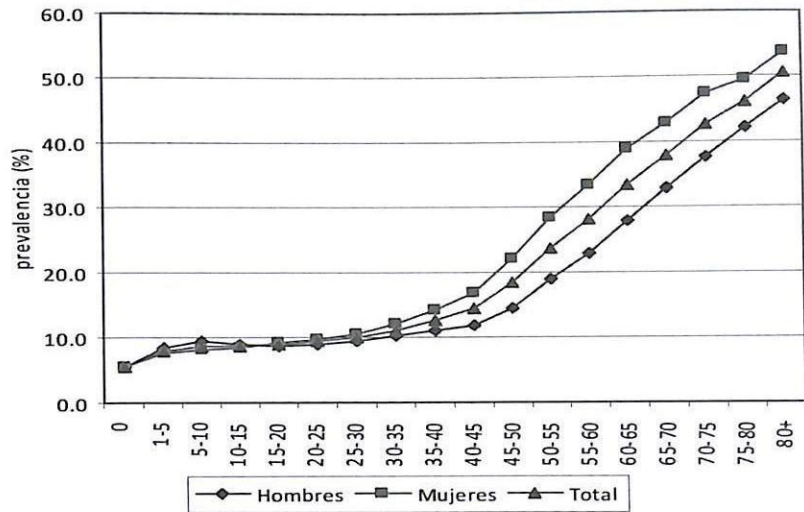


Gráfico 1: Perú 2009: Prevalencia de Morbilidad Crónica según Grupos de Edad y Sexo

La esperanza de vida con morbilidad crónica (diferencia entre la EV y EVLMC) para ambos sexos es de 14.5 años en los menores de una año, siendo mayor en las mujeres que en los hombres (16.9 versus 12.2 años), lo que significa que un individuo de sexo masculino nacido en el año de 2009 esperaría vivir 71.1 años de los cuales 12.2 años los viviría con alguna enfermedad crónica

establecida en la ENAHO 2009. En el caso de una mujer, ella debiera esperar vivir más años con más años de morbilidad crónica tanto en términos absolutos (aproximadamente 17.0 años) como relativos (22.5% de EV). Cuadro 1.

Las diferencias en el porcentaje de morbilidad crónica con relación a los años de sobrevivida no sólo se relacionan con el sexo sino también con la

Cuadro 1: Perú 2009: Esperanza de vida y Esperanza de Vida Libre de Morbilidad Crónica según Grupos de Edad y Sexo

| Edad | EV | | | EVLMC | | | Diferencia | | |
|-------|------|------|------|-------|------|------|------------|------|------|
| | H | M | T | H | M | T | H | M | T |
| 0 | 71.1 | 75.0 | 73.0 | 58.9 | 58.1 | 58.5 | 12.2 | 16.9 | 14.5 |
| 1-5 | 71.8 | 75.4 | 73.6 | 59.3 | 58.3 | 58.8 | 12.4 | 17.1 | 14.8 |
| 5-10 | 68.7 | 72.2 | 70.4 | 56.4 | 55.2 | 55.8 | 12.3 | 17.0 | 14.6 |
| 10-15 | 64.0 | 67.4 | 65.7 | 52.1 | 50.8 | 51.4 | 11.9 | 16.6 | 14.2 |
| 15-20 | 59.2 | 62.5 | 60.8 | 47.7 | 46.3 | 47.0 | 11.4 | 16.3 | 13.8 |
| 20-25 | 54.4 | 57.7 | 56.1 | 43.3 | 41.9 | 42.6 | 11.1 | 15.9 | 13.5 |
| 25-30 | 49.8 | 53.0 | 51.4 | 39.1 | 37.5 | 38.3 | 10.7 | 15.4 | 13.1 |
| 30-35 | 45.2 | 48.2 | 46.7 | 34.9 | 33.3 | 34.1 | 10.3 | 15.0 | 12.7 |
| 35-40 | 40.7 | 43.6 | 42.1 | 30.8 | 29.1 | 29.9 | 9.9 | 14.5 | 12.2 |
| 40-45 | 36.2 | 38.9 | 37.6 | 26.7 | 25.0 | 25.9 | 9.5 | 13.9 | 11.7 |
| 45-50 | 31.8 | 34.4 | 33.1 | 22.7 | 21.1 | 21.9 | 9.1 | 13.2 | 11.2 |
| 50-55 | 27.5 | 29.9 | 28.7 | 19.0 | 17.6 | 18.3 | 8.6 | 12.3 | 10.5 |
| 55-60 | 23.5 | 25.6 | 24.5 | 15.5 | 14.4 | 15.0 | 7.9 | 11.2 | 9.6 |
| 60-65 | 19.6 | 21.4 | 20.6 | 12.4 | 11.5 | 12.0 | 7.2 | 9.9 | 8.6 |
| 65-70 | 16.1 | 17.5 | 16.8 | 9.7 | 9.1 | 9.4 | 6.3 | 8.5 | 7.4 |
| 70-75 | 12.9 | 14.0 | 13.5 | 7.5 | 6.9 | 7.2 | 5.4 | 7.0 | 6.3 |
| 75-80 | 10.1 | 10.8 | 10.4 | 5.6 | 5.2 | 5.4 | 4.5 | 5.6 | 5.1 |
| 80+ | 7.6 | 7.9 | 7.7 | 4.1 | 3.6 | 3.8 | 3.5 | 4.2 | 3.9 |

Fuente: Elaboración propia

edad; al aumentar la edad aumenta el porcentaje de años que se vivirían en estado mórbido con respecto a la sobrevida total. Así por ejemplo, la esperanza de vida con morbilidad crónica a los 65-70 años sería de 9.4 años, lo que representa una participación en la sobrevida de 60.8%; o en otras palabras, de los nueve años de sobrevida más de la mitad sería vivida con alguna enfermedad crónica. En contraste, de los 73.0 años de vida que un individuo puede aspirar a vivir al nacer, sólo el 19.9% tendría alguna enfermedad crónica. Las diferencias anteriormente señaladas estarían determinadas, entre otros, por las variaciones en la prevalencia de morbilidad crónica según la edad y sexo de la población.

Las diferencias en el porcentaje de morbilidad crónica con relación a los años de sobrevida no sólo se relacionan con el sexo sino también con la edad; al aumentar la edad aumenta el porcentaje de años que se vivirían en estado mórbido con respecto a la sobrevida total. Así por ejemplo, la esperanza de vida con morbilidad crónica a los 65-70 años sería de 9.4 años, lo que representa una participación en la sobrevida de 60.8%; o en otras palabras, de los nueve años de sobrevida más de la mitad sería vivida con alguna enfermedad crónica. En contraste, de los 73.0 años de vida que un individuo puede aspirar a vivir al nacer, sólo el 19.9% tendría alguna enfermedad crónica. Las diferencias anteriormente señaladas estarían determinadas, entre otros, por las variaciones en la prevalencia de morbilidad crónica según la edad y sexo de la población.

Nivel Regional

La literatura sobre los procesos demográficos en nuestro país revela que los diferentes departamentos que comprenden las regiones de la Costa, Sierra y Selva se encuentran transitando por las diferentes etapas de la transición demográfica expresada en importantes diferencias en los procesos de envejecimiento demográfico de la población, envejecimiento de los individuos expresado en un aumento en la esperanza de vida al nacer y en las diferentes edades y transición epidemiológica, los cuales afectan de forma diferencial los procesos de salud-enfermedad y los riesgos de enfermar y morir.

Así, entre la región Costa, de mayor desarrollo socioeconómico relativo, y la región Sierra y Selva, de menor desarrollo socioeconómico relativo, existen importantes diferencias en los patrones de comportamiento demográfico y epidemiológico en cuanto a índices de envejecimiento demográfico,

niveles de esperanza de vida al nacer según edad y sexo, patrones de causas de muerte y prevalencias de enfermedades crónico degenerativas. Las diferencias en los patrones de comportamiento demográfico y epidemiológico mencionadas, aunado a las características socioeconómicas tienen, entre otras consecuencias, importantes diferencias en las esperanzas de vida, en los porcentajes o tasas de prevalencias de morbilidad crónica y en las esperanzas de vida libre de enfermedades crónicas.

Por un lado, en la región Costa la esperanza de vida al nacer para el sexo masculino y femenino es de 73.0 y 77.1 años, superior en aproximadamente dos años a la esperanza de vida al nacer a nivel nacional (71.1 y 75.0 años según sexo). De acuerdo a los patrones de mortalidad con el aumento de la edad se observa una disminución de la sobrevida (de 73.0 y 77.1 para 9.3 y 9.7 años para hombres y mujeres, en las edades iniciales y finales de la tala de vida) y en las brechas por edad que varían entre 4.0 y 0.4 años entre las edades consideradas precedentemente.

De otro lado, las regiones de la Sierra y Selva muestran menores esperanzas de vida al nacer tanto para el sexo masculino como femenino (69.0 y 73.0 años en la región Sierra y 67.7 y 72.4 años en la región Selva). Debido a los patrones de mortalidad existentes en cada una de las regiones con el aumento de la edad se observa importantes disminuciones en la sobrevida de la población tanto para hombres cuanto para mujeres; por ejemplo, para el grupo 80 y más años, tanto de sexo masculino como femenino, correspondería 6.5 años en la región Sierra y 3.5 años en la región Selva. Entretanto, es necesario recalcar que en este grupo de edad la sobrevida en la Sierra es prácticamente el doble que la correspondiente a la Selva. Finalmente, independientemente del comportamiento de la mortalidad según la edad, en ambas regiones se mantienen las diferencias en la sobrevida de aproximadamente cuatro años a favor de las mujeres. Cuadro 2.

La esperanza de vida libre de morbilidad crónica está afectada tanto por la esperanza de vida cuanto por los niveles de prevalencia de morbilidad crónica. Debido a diferencias en el proceso de transición epidemiológica la carga de morbilidad, expresada en términos de tasas de prevalencia es, para todas las edades y sexo, significativamente mayor en la región de la Costa. Así, conforme aumenta la edad la tasa de prevalencia se torna consistentemente mayor para el sexo femenino principalmente a partir de las edades 15-20 años en la región de la Costa y 25-30 años en las regiones Sierra y Selva.

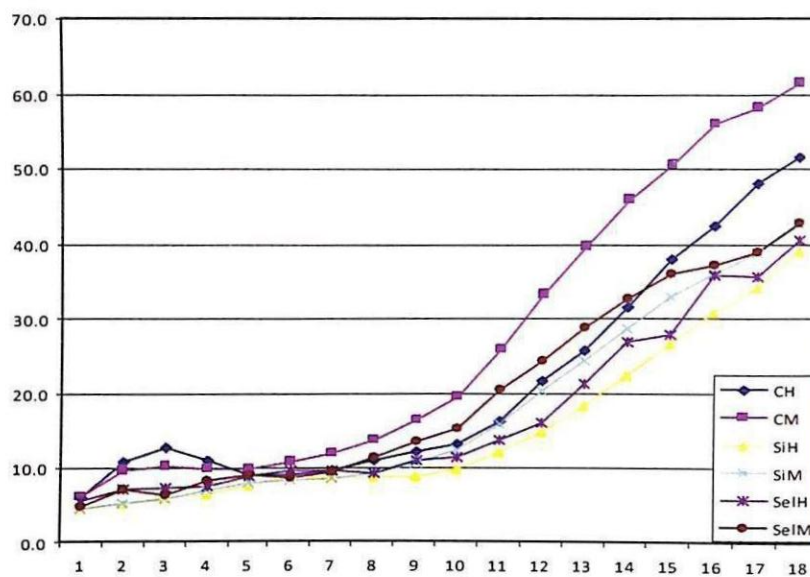
Cuadro 2: Regiones 2009: Esperanza de vida y Esperanza de Vida Libre de Morbilidad Crónica según Grupos de Edad y Sexo

| Edad | Costa | | | | Sierra | | | | Selva | | | |
|-------|-------|------|-------|------|--------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | EV | | EVLNC | | EV | | EVLNC | | EV | | EVLNC | |
| | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M |
| 0 | 73 | 77.1 | 58.3 | 56.2 | 69.0 | 73.0 | 59.6 | 60.9 | 67.7 | 72.4 | 57.8 | 59.2 |
| 1-5 | 73.7 | 77.6 | 58.7 | 56.3 | 69.6 | 73.4 | 60.1 | 61.1 | 68.2 | 72.4 | 58.2 | 59.0 |
| 5-10 | 70.7 | 74.4 | 55.9 | 53.3 | 66.5 | 70.2 | 57.0 | 57.9 | 65.1 | 69.0 | 55.2 | 55.8 |
| 10-15 | 66 | 69.7 | 51.7 | 49.0 | 61.8 | 65.4 | 52.6 | 53.4 | 60.3 | 64.1 | 50.8 | 51.2 |
| 15-20 | 61.1 | 64.8 | 47.4 | 44.6 | 56.9 | 60.6 | 48.1 | 48.9 | 55.5 | 59.2 | 46.3 | 46.7 |
| 20-25 | 56.4 | 60 | 43.1 | 40.2 | 52.2 | 55.8 | 43.7 | 44.4 | 50.8 | 54.4 | 42.0 | 42.3 |
| 25-30 | 51.8 | 55.2 | 38.8 | 35.9 | 47.6 | 51.0 | 39.5 | 40.1 | 46.2 | 49.6 | 37.8 | 37.9 |
| 30-35 | 47.2 | 50.5 | 34.6 | 31.6 | 43.1 | 46.3 | 35.3 | 35.7 | 41.6 | 44.8 | 33.6 | 33.6 |
| 35-40 | 42.6 | 45.7 | 30.5 | 27.5 | 38.6 | 41.7 | 31.2 | 31.5 | 37.0 | 40.1 | 29.4 | 29.3 |
| 40-45 | 38.1 | 41.1 | 26.5 | 23.5 | 34.2 | 37.1 | 27.1 | 27.3 | 32.5 | 35.4 | 25.3 | 25.2 |
| 45-50 | 33.7 | 36.5 | 22.5 | 19.7 | 29.9 | 32.6 | 23.1 | 23.3 | 28.0 | 30.8 | 21.3 | 21.3 |
| 50-55 | 29.4 | 32.0 | 18.8 | 16.3 | 25.8 | 28.3 | 19.4 | 19.6 | 23.7 | 26.3 | 17.5 | 17.6 |
| 55-60 | 25.3 | 27.6 | 15.4 | 13.2 | 21.8 | 24.1 | 15.9 | 16.1 | 19.5 | 22.0 | 13.9 | 14.3 |
| 60-65 | 21.4 | 23.4 | 12.4 | 10.6 | 18.1 | 20.0 | 12.8 | 13.0 | 15.6 | 17.8 | 10.7 | 11.3 |
| 65-70 | 17.8 | 19.4 | 9.7 | 8.3 | 14.7 | 16.2 | 10.0 | 10.2 | 12.0 | 13.9 | 8.0 | 8.6 |
| 70-75 | 14.5 | 15.8 | 7.6 | 6.5 | 11.5 | 12.7 | 7.6 | 7.7 | 8.7 | 10.4 | 5.5 | 6.3 |
| 75-80 | 11.7 | 12.6 | 5.8 | 5.0 | 8.8 | 9.5 | 5.5 | 5.6 | 5.9 | 7.2 | 3.7 | 4.3 |
| 80+ | 9.3 | 9.7 | 4.5 | 3.7 | 6.3 | 6.5 | 3.8 | 3.7 | 3.3 | 4.1 | 2.0 | 2.4 |

Fuente: Elaboración propia.

Después de los 65-70 años de edad persisten importantes diferencias porcentuales en las tasas de prevalencia de morbilidad crónica entre las regiones en estudio de más de 10.0 puntos porcentuales para el caso de la región Costa y para menos de 6 puntos porcentuales en las regiones Sierra y Selva. Gráfico 2.

En el Cuadro 3 se presentan las diferencias relativas entre la esperanza de vida (EV) y la esperanza de vida ajustada por la morbilidad crónica (EVLNC)⁵ para el país y las tres regiones en estudio según grupos de edad y sexo. Las diferencias relativas miden el impacto de la morbilidad crónica sobre la esperanza de vida; esto es, el

**Gráfico 2:** Regiones 2009: Prevalencias de morbilidad crónica según Grupos de Edad y Sexo

⁵ Las diferencias relativas entre la esperanza de vida y la esperanza de vida libre de morbilidad crónica se estima de la siguiente manera: $(EV - EVLNC) / EV$.

Cuadro 3: Perú y Regiones 2009: Diferencias Relativas (%) entre la EV y EVLMC según Grupos de Edad y Sexo

| Edad | Perú | | Costa | | Sierra | | Selva | |
|-------|------|------|-------|------|--------|------|-------|------|
| | H | M | H | M | H | M | H | M |
| 0 | 17.2 | 22.5 | 20.2 | 27.2 | 13.5 | 16.6 | 14.6 | 18.3 |
| 1-5 | 17.3 | 55.7 | 20.4 | 27.4 | 13.7 | 16.8 | 14.7 | 18.5 |
| 5-10 | 17.9 | 23.5 | 20.9 | 28.4 | 14.2 | 17.5 | 15.2 | 19.1 |
| 10-15 | 18.5 | 24.7 | 21.5 | 29.7 | 14.8 | 18.4 | 15.9 | 20.1 |
| 15-20 | 19.4 | 26.0 | 22.4 | 31.2 | 15.6 | 19.3 | 16.6 | 21.1 |
| 20-25 | 20.3 | 27.5 | 23.6 | 33.0 | 16.3 | 20.3 | 17.4 | 22.2 |
| 25-30 | 21.5 | 29.1 | 25.0 | 35.0 | 17.1 | 21.5 | 18.2 | 23.6 |
| 30-35 | 22.8 | 31.1 | 26.6 | 37.3 | 18.1 | 22.9 | 19.2 | 25.1 |
| 35-40 | 24.4 | 33.2 | 28.4 | 39.9 | 19.3 | 24.5 | 20.6 | 26.9 |
| 40-45 | 26.3 | 35.7 | 30.6 | 42.8 | 20.8 | 26.4 | 22.1 | 28.7 |
| 45-50 | 28.5 | 38.5 | 33.2 | 46.0 | 22.7 | 28.6 | 24.0 | 30.9 |
| 50-55 | 31.1 | 41.2 | 36.1 | 49.1 | 24.7 | 30.8 | 26.2 | 32.9 |
| 55-60 | 33.7 | 43.8 | 39.0 | 52.0 | 27.0 | 33.0 | 28.8 | 34.6 |
| 60-65 | 36.6 | 46.2 | 42.1 | 54.7 | 29.5 | 35.2 | 31.3 | 36.6 |
| 65-70 | 39.4 | 48.4 | 45.2 | 57.0 | 32.0 | 37.3 | 33.2 | 38.0 |
| 70-75 | 45.1 | 50.4 | 47.8 | 59.1 | 34.4 | 39.1 | 36.6 | 39.1 |
| 75-80 | 44.5 | 51.9 | 50.3 | 60.3 | 36.8 | 40.8 | 37.3 | 40.5 |
| 80+ | 46.3 | 53.6 | 51.7 | 61.6 | 39.2 | 42.6 | 40.6 | 42.8 |

porcentaje de años de vida que una persona de determinada edad perdería como efecto de la morbilidad crónica. De forma general el Cuadro 3 muestra con la edad una tendencia hacia un aumento sostenido de la carga por morbilidad entre las regiones. Así por ejemplo, en la región Costa los hombres y las mujeres perdieron un 20.2% y 27.2% de su esperanza de vida al nacer como consecuencia de la morbilidad crónica. Entretanto, en las regiones de la Sierra y Selva, y específicamente la Sierra, el impacto de la morbilidad crónica fue significativamente menor tanto para hombres como para mujeres (13.5 y 16.6% y 14.6% y 18.3% de su esperanza de vida al nacer, respectivamente). Entretanto al final del periodo de vida (80 y más años) los hombres y las mujeres residentes en la Costa perderían el 51.7 y 61.6% de su esperanza de vida, porcentaje significativamente mayor cuando relacionado con los porcentajes de pérdida de esperanza de vida de las regiones Sierra y Selva (39.2 y 42.6% y 40.6 y 42.8%, respectivamente).

En el Cuadro 3 se puede observar también un incremento significativo en las diferencias relativas entre las regiones según la edad y el sexo de la población. Así, independientemente de los patrones demográficos y epidemiológicos, en las tres regiones las diferencias relativas aumentan

hasta las edades 55-60 años para disminuir y tornar a diferencias relativas correspondientes a la edad inicial de la tabla de vida. Entretanto, las diferencias relativas según el sexo en la región de la costa son prácticamente el doble que las correspondientes a la región de la Sierra y Selva. De forma general el comportamiento y las diferencias relativas entre la EV y EVLMC entre las regiones según el sexo y la edad son expresión de los diferentes patrones de morbilidad y riesgos de enfermar y morir a que han estado y están expuestas las poblaciones residentes en las regiones de la Costa, Sierra y Selva, derivados de los procesos diferenciales de transición demográfica a que ha estado expuestos en las últimas décadas.

Conclusiones

De acuerdo con las estimaciones realizadas, la población peruana de sexo masculino y femenino nacida en el año 2009 puede aspirar a vivir 71.1 y 75.0, de los cuales 12.2 y 16.9 años lo harían en un estado de "morbilidad crónica". Debido a diferencias en los patrones demográficos entre las regiones, las aspiraciones de vida entre la población masculina y femenina de las regiones varían significativamente. Así de los 73.0 y 77.1; 60.0 y 73.0; y 67.7 y 72.5 años que aspiran a vivir

los hombres y mujeres de la región Costa, Sierra y Selva nacidos en el año 2009, 58.3 y 56.2 años en la Costa; 59.6 y 60.9 años en la Sierra; y 57.8 y 59.2 años en la Selva los vivirían con algún tipo de enfermedades crónicas. En otras palabras, la carga de enfermedad debido a la morbilidad crónica implica importantes porcentajes de pérdida de años de vida para los hombres y mujeres residentes en las regiones Costa, Sierra y Selva, respectivamente.

De acuerdo con la literatura existente para otros países, los resultados obtenidos muestran que a nivel nacional y en las tres regiones en estudio, la carga de morbilidad crónica con respecto a la sobrevivida a medida que aumenta la edad. Sin embargo, este hecho debe ser analizado cuidadosamente teniendo en cuenta que los datos de prevalencia provienen de un estudio transversal. Este tipo de estudios no considera la experiencia de mortalidad o características de la atención de salud a la que estuvieron o pudieron estar expuestos los individuos de acuerdo a su edad, lo cual puede producir subestimación o sobreestimación de las prevalencias de morbilidad crónica.

De la misma forma, los resultados obtenidos dependen de la confiabilidad de los datos de prevalencia de morbilidad crónica obtenidos de la ENAHO 2009 del INEI.

Entretanto, debido a la naturaleza perceptiva de las respuestas sobre el estado de salud puede generar cierto grado de subregistro o sobre registro en las estimaciones sobre prevalencia de enfermedades crónicas sobre todo en personas mayores de edad y con determinadas características socioeconómicas. Por otra parte, las estimaciones realizadas a nivel nacional y regional revelan que la inadecuada calidad de vida definida como la "presencia de morbilidad crónica" es importante en nuestro país especialmente después de los 60-65 años y en las mujeres, grupos que pueden esperar vivir casi la mitad de sus años de vida con alguna enfermedad o con enfermedades crónicas. Este hecho debe llamar la atención de los diseñadores de política en el campo de la salud pública especialmente si tenemos en cuenta que en las próximas décadas continuará el proceso de envejecimiento, aumentará la esperanza de vida e intensificará el proceso de transición epidemiológica de la población.

Recomendaciones

La revisión de la literatura sobre la esperanza de salud y resultados del estudio sugieren priorizar cuatro grandes líneas de acción de la política de sanitaria de nuestro país:

a) La utilización de los indicadores denominados "esperanzas en salud" requiere de información sobre prevalencia de las diferentes enfermedades y discapacidades que afectan a la población. Para tal, se requiere diseñar e incorporar en las encuestas tipo ENAHO preguntas que permitan mayor recabar información sobre el estado de salud y específicamente, evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de la población en sus diferentes dimensiones.

b) Paralelamente a la información clínica sobre el estado de salud de la población es necesario tener información sobre la percepción que sobre su salud física, psíquica y social tienen las personas. Para ello se hace necesario diseñar y aplicar Encuestas Nacionales de Salud y utilizar instrumentos genéricos de medida del estado de salud percibida como el cuestionario de salud SF-36.

c) Con la finalidad de hacer comparables los indicadores de esperanzas de salud a nivel de las diferentes regiones del mundo, entre países y al interior de los países; así como su variabilidad en el tiempo, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado como instrumentos común de salud la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001. Esta clasificación propone un nuevo marco conceptual mediante un lenguaje unificado y estandarizado, de utilidad práctica en salud pública.

d) Con la finalidad de tener un conocimiento integral u holístico sobre el estado de salud de la población (libre de todo tipo de enfermedades y dolencias) se requiere desarrollar encuestas e investigaciones específicas que permitan conocer además de los estados mórbidos y de mortalidad de la población, las conductas y estilos de vida (consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas) y factores de riesgo de morbilidad y mortalidad de la población.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Referencias

1. Chiang CL. The life table and its applications. Florida: Krieger Publishing Company, INC. 1984
2. Departamento de Sanidad. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. (2004). Encuesta de Salud de la C. A. del País Vasco 2002. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. [Acceso 20 de febrero de 2010]. Disponible en: www.euskadi.net.

3. Esnaola S, Martín U, Pérez Y, Ruiz R, Aldasoro E, Calvo M. Magnitud y desigualdades socioeconómicas de la esperanza de vida ajustada por calidad en la CAPV. [Online]. 2006 Disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r8513714/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/informe%20EVAC%2020061212.pdf.
4. Génova R, Pereira J. Estudio monográfico: Las expectativas de salud. En Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales y IMSERSO (Eds.), Las personas mayores en España. Informe 2002 Madrid: IMSERSO. 2002
5. Gispert R, Gutiérrez-Fisac JL. Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro. Revisiones en Salud Pública. 1997. 5: 7-32.
6. Gispert R, Puig X, Torné M, Puig Defabregas A. Esperanza de vida en bona salut. Catalunya 1986-1997. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. 2001. XXII (11): 143-9.
7. Jagger C, Cox B, Le Roy S, EHEMU team. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A practical guide (Rep. No. 2006_3). EHEMU. 2006
8. Jiménez MT, González P, Martín-Moreno J. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. Revista Española de Salud Pública. 2002. 76(4): 271-9. [Online].
9. Murray CJ, López A. The Global Burden of Disease. Volume I. Harvard School of Public Health. Harvard University Press. 1996.
10. Murray CJ, Salomon J, Mathers C. A critical examination of summary measures of population health. Bull World Health Organization. 2000. 78(8): 981-94.
11. Mathers C, Sadana R, Salomon J, Murray CJ, Lopez A. Estimates of DALE for 191 countries: methods and results. Global Programme on Evidence for Health Policy Working Paper No. 16. World Health Organization, June 2000.
12. OMS. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF. OMS y OPS. Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales; Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2001
13. Robine JM. Prolongación de la vida de los seres humanos: longevidad y calidad de vida. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad - Seminario técnico [Online]. 2000.
14. Robine JM, Cambois E, Romieu I. Health expectancy indicators Medicine. Sciences. 1999. 15(12): 1450-3.
15. Seuc AH, Domínguez E. Introducción al cálculo de la esperanza de vida ajustada por discapacidad. Rev Cubana Hig Epidemiol . 2002. 40(2): 95-102.
16. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA health reports. 1971. 86: 347-54.
17. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miranda G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria. 2005. 19(2): 135-50.
18. WHO. International Classification of Impairments, disabilities, and Handicaps a manual of classification relating consequences of disease. Ginebra: WHO. 1980.

Correspondencia: victor.rocena@upch.pe

Recibido: 15 de junio de 2011
Aceptado: 15 de julio de 2011