

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Editors: Robin Graham, Michelle Mancher, Dianne Miller Wolman, Sheldon Greenfield, and Earl Steinberg. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
2. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, *et al.* *AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare*. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449.
3. Ministerio de Salud del Perú. *Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva*. Lima: MINSA; 2015.
4. Ministerio de Salud del Perú. *Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2, en el Primer Nivel de Atención*. Lima: MINSA; 2015.
5. Alonso-Coello P, Irfan A, Solà I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, *et al.* *The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies*. Qual Saf Health Care. 2010;19(6):e58. doi: 10.1136/qshc.2010.042077
6. The ADAPTE Collaboration. *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0*. Pitlochry: The ADAPTE Collaboration; 2009.

**Correspondencia:** Germán Málaga Rodríguez  
 Dirección: calle Las Cantutas 479, Casuarinas sur, Santiago de Surco. Lima 33, Perú.  
 Teléfono: (511) 992768300  
 Correo electrónico: german.malaga@upch.pe

## LEY DE COBERTURA UNIVERSAL DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

### LAW OF UNIVERSAL COVERAGE OF HIGH-COST DISEASES

Isabel Parra-Baltazar<sup>1,a</sup>, Claudia Pinto-Dongo<sup>1,a</sup>, Sara Quispe-Iporra<sup>1,a</sup>

**Sr. Editor.** Las enfermedades de alto costo, también llamadas “enfermedades catastróficas”, constituyen un conjunto limitado de patologías de baja prevalencia que tiene un alto impacto económico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades

catastróficas son aquellas enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo mayor al 40% del ingreso del hogar. Estas enfermedades requieren procedimientos complejos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Entre los países de América Latina con mayores ingresos, Uruguay es uno de los que más ha avanzado en este tema, es así que en 1980 creó el Fondo Nacional de Recursos ([http://www.fnr.gub.uy/que\\_es\\_fnr](http://www.fnr.gub.uy/que_es_fnr)) que brinda cobertura universal a las enfermedades de baja prevalencia <sup>(1)</sup>.

En Chile existe la Ley Ricarte Soto que establece una cobertura universal para los usuarios de los distintos sistemas previsionales de salud, indistintamente de su nivel socioeconómico. Se toma en cuenta el diagnóstico y tratamientos con efectividad probada de once enfermedades de alto costo, con un 100% del financiamiento. Actualmente, se encuentra en la primera etapa de aplicación, se estima que pueda beneficiar a más de 4000 usuarios y en el transcurso del tiempo añadir otras enfermedades <sup>(2)</sup>.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) cuenta desde el 2002 con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), el cual financia una serie de enfermedades de alto costo (siete tipos de cánceres más frecuentes, el tratamiento integral de la insuficiencia renal crónica y enfermedades raras y huérfanas) en personas en pobreza <sup>(3)</sup>. El seguro social (EsSalud) cuenta con una amplia cobertura para sus asegurados (en su mayoría trabajadores formales), pero no cubre medicamentos fuera de su petitorio farmacológico. Por otro lado, las entidades prestadoras de salud (EPS) no brindan una cobertura para enfermedades catastróficas ni para ciertas enfermedades genéticas, debido a que su cobertura es limitada. Por ejemplo, dentro de sus planes de aseguramiento no cubren a los modificadores de respuesta biológica para diagnósticos no oncológicos, tampoco cubren tratamientos biológicos, ni la sustitución hormonal en casos de trastornos del crecimiento <sup>(4,5)</sup>.

Es por ello, que ante esta desigualdad manifiesta en el Perú, es importante dar énfasis en la implementación de propuestas que permitan la creación de sistemas de protección financiera que garanticen el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alto costo, sin importar la situación económica del poblador, debido a que la salud es un derecho universal.

Es importante tomar en consideración la Ley Ricarte Soto implementada en Chile, el cual permite la cobertura de tratamientos de enfermedades catastróficas a nivel nacional, independientemente del seguro con el que cuente el ciudadano. De esta manera, se convierte en una herramienta financiera “solidaria” que finalmente disminuiría las inequidades y desigualdades.

<sup>1</sup> Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Estudiante de Medicina

Recibido: 02/02/2016 Aprobado: 09/03/2016

**Citar como:** Parra-Baltazar I, Pinto-Dongo C, Quispe-Iporra S. Ley de cobertura universal de enfermedades de alto costo [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):379-80. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2191

**Fuentes de financiamiento:** autofinanciado.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tobar F, Hamilton G, Olaviaga S, Solano R. *Documento de Trabajo N° 100. Un seguro nacional de enfermedades catastróficas: fundamentos para su implementación*. Buenos Aires: CIPPEC; 2012.
2. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Ley Ricarte Soto [Internet]. Santiago; MINSAL; 2016 [citado el 28 de enero de 2016]. Disponible en: <http://leyricartesoto.fonasa.cl/>
3. Ministerio de Salud del Perú. *Informe anual 2013. Fondo Intangible Solidario de Salud*. Lima: MINSA; 2013.
4. Rímac Seguros. Condiciones, Exclusiones y Limitaciones V01. 2016 [Internet]. Lima: Rímac Seguros; c2016 [citado el 28 de enero 2016]. Disponible en: [http://www.rimac.com.pe/uploads/Exclusiones\\_EPS\\_2016.pdf](http://www.rimac.com.pe/uploads/Exclusiones_EPS_2016.pdf)
5. Pacífico Seguros EPS. Exclusiones y Limitaciones [Internet]. Lima; Pacífico Seguros; c2016. [citado el 28 de enero 2016]. Disponible en: <https://www.pacifico365.com/exclusiones>

**Correspondencia:** Sara Grecia Esperanza Quispe Iporra

Dirección: Calle Treinta, 285 San Isidro. Lima, Perú

Teléfono: (+511) 985600713

Correo electrónico: [sqballkay@gmail.com](mailto:sqballkay@gmail.com)

## DETECCIÓN DE LA CIRCULACIÓN DEL VIRUS OROPUCHE EN LA REGIÓN MADRE DE DIOS, PERÚ, (DICIEMBRE 2015 - ENERO 2016)

### DETECTION OF OROPOUCHE VIRAL CIRCULATION IN MADRE DE DIOS REGION, PERU (DECEMBER 2015 TO JANUARY 2016)

María P. García<sup>1</sup>, Nancy S. Merino<sup>1</sup>, Dana Figueroa<sup>1</sup>, Adolfo Marcelo<sup>1</sup>, Edwin Tineo V.<sup>2</sup>, Carlos Manrique<sup>2</sup>, Fernando Donaires<sup>1</sup>, Manuel Céspedes<sup>1</sup>, Rufino Cabrera<sup>3</sup>, César Cabezas<sup>1</sup>

**Sr. Editor:** El virus de Oropuche (OROV) es un virus ARN perteneciente al género *Orthobunyavirus* de la familia *Bunyaviridae*, que causa una enfermedad

<sup>1</sup> Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú

<sup>2</sup> Dirección Regional de Salud (DIRESA) Madre de Dios, Perú

<sup>3</sup> Dirección General de Epidemiología (DGE) Ministerio de Salud, Perú  
Recibido: 17/02/2016 Aprobado: 09/03/2016

**Citar como:** García MP, Merino NS, Figueroa D, Marcelo A, Tineo E, Manrique C, Donaires F, Céspedes M, Cabrera R, Cabezas C. Detección de la circulación del virus Oropuche en la región Madre de Dios, Perú, (diciembre 2015 - enero 2016) [carta]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):380-1. doi:10.17843/rpmesp.2016.332.2098

febril asociada frecuentemente con cefalea, mareos, debilidad, mialgias, erupción cutánea y artralgias. El compromiso del sistema nervioso central y signos de sangrado son infrecuentes. El OROV causa epidemias de gran magnitud en las Américas <sup>(1)</sup>. Se ha descrito como posibles vectores del OROV al *Coquillettidia venezuelensis* en Trinidad, y a *Ochlerotatus serrato* y *Culex quinquefasciatus* en Brasil. *Culicoides paraensis* se ha asociado a presentaciones epidémicas de la fiebre de Oropuche (OROV) <sup>(1)</sup>. En el Perú se ha reportado la presencia del OROV en 1984, desde entonces se ha demostrado la circulación en Loreto, Cusco y Madre de Dios <sup>(2)</sup>, Cajamarca <sup>(3)</sup>, y San Martín <sup>(4)</sup>, en esta última región desde 1992 <sup>(5)</sup>; sin embargo, aún no se ha incriminado un vector específico.

En diciembre de 2015 se recibió una muestra de suero de un paciente varón de 67 años de edad que presentó fiebre, mialgias, cefalea, náuseas, vómitos y rigidez en la nuca, con diagnóstico probable de dengue y encefalitis viral; sin embargo, presentó anticuerpos específicos IgM contra el virus de Oropuche (OROV), motivo por el cual se realizó la evaluación serológica retrospectiva de las muestras enviadas para diagnóstico de dengue y leptospirosis remitidos por el Laboratorio Regional de Madre de Dios. El objetivo fue determinar la circulación del OROV en la región Madre de Dios.

Se realizó un estudio transversal retrospectivo de la presencia virológica y serológica de la infección por el OROV en las muestras obtenidas para el diagnóstico de dengue y leptospirosis en el periodo comprendido entre 14 diciembre de 2015 y el 8 de enero de 2016, procedentes de la región Madre de Dios. Las muestras de suero negativas a dengue (n=313) y leptospirosis (n=195) fueron procesadas para determinar anticuerpos IgM anti-Oropuche, RT-PCR Oropuche y aislamiento en cultivo celular C6-36 con identificación del virus mediante inmunofluorescencia directa. Así mismo, se realizó la evaluación preliminar de las variables de las fichas clínico-epidemiológicas correspondientes.

Se evaluaron 508 muestras de suero negativas a dengue y leptospirosis, la mediana de la edad fue 29 años, y el 52,8% (268/508) fueron varones. Las muestras procesadas, obtenidas de pacientes febriles agudos tuvieron menos de 5 días de tiempo de enfermedad. El 24% (122/508) fueron reactivos a ELISA IgM para el virus Oropuche. Hasta el 13 de enero de 2016, 32 muestras fueron positivas a OROV en cultivo celular. En 19 muestras se detectó OROV mediante RT - PCR.

Se confirma mediante aislamiento viral, RT-PCR y serología un brote de fiebre de Oropuche en muestras serológicas de pacientes con síndrome febril agudo