
PERÚ

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

El Perú se ubica en la parte central y occidental de América del Sur y tiene una extensión territorial de 1.285.216 km² divididos en tres grandes regiones naturales: la costa, la sierra y la selva. El Perú se define como un país pluricultural, intercultural, multilingüe y multiétnico. La Constitución de 1993 determinó la división de tipo departamental (24 departamentos subdivididos en 192 provincias y estas en 1.812 distritos, más una provincia constitucional).

La política del Estado está influenciada por dos elementos: la promoción de la liberalización de la economía y la presencia de demandas sociales básicas, muchas de ellas insatisfechas ya que, según el censo de 1993, 53,9% de los hogares tenían por lo menos una necesidad básica insatisfecha. De acuerdo con ello, el Gobierno ha decidido reformar las funciones del Estado y reorientar el gasto público para lograr una mayor eficiencia de sus recursos, que no pueden exceder la disponibilidad tributaria del país. Este proceso implica centrar las funciones públicas en aquellas que no pueden ser asumidas por entidades privadas por razones de seguridad, equidad social y regulación del mercado. Los objetivos de la reforma del Estado son fundamentalmente dos: liberar recursos financieros desregulando el mercado, privatizando empresas estatales y generando un marco institucional favorable a la libre empresa, y reestructurar las funciones generales y específicas del Estado buscando el mayor impacto del gasto y dotándolo de procedimientos más eficientes. El contexto en el que se enmarca la reforma del Estado es la plena austeridad fiscal y monetaria, así como el cumplimiento de las obligaciones financieras externas. Dentro del objetivo de reestructuración de las funciones generales y específicas, el alivio a la pobreza extrema es una meta de mediano plazo, base de la política social y dentro de la cual el sector salud define su población objetivo mediante estrategias descentralizadas.

El crecimiento de la economía peruana presenta marcadas oscilaciones. A mediados de la década del setenta se inició una prolongada crisis económica que tuvo su pico en los años 1983 y 1989, con disminuciones del producto interno bruto (PIB) del orden de 12,6% y 11,7%, respectivamente. Los períodos de expansión han sido breves, debidos fundamentalmente a la política de sustitución de importaciones estimulada desde el Estado y aplicada de manera conjunta con una estructura de precios relativos sumamente distorsionada. Esta política colapsó a partir de 1988, generándose un severo proceso recesivo acompañado de hiperinflación, desorden social y violencia. La hiperinflación solo pudo ser controlada a partir de agosto de 1990, en que el nuevo gobierno tomó medidas estabilizadoras. Ese año el país alcanzó su mayor nivel de inflación (7.650% de incremento acumulado en los precios). A partir del cuarto trimestre de dicho año la inflación ha mantenido una tendencia decreciente, hasta 12,5% en 1994 y 10,4% en 1996.

Desde 1987 hasta 1992 la producción nacional disminuyó 23,5% y la producción per cápita, 28,9%, agudizando los niveles de pobreza ya existentes. Desde 1993 hasta 1995, el producto nacional bruto (PNB) mostró una tendencia creciente que en 1995 permitió recuperar los niveles reales de producción con que contaba el país en 1987. Esta recuperación se insertó en un marco de estabilización y reestructuración de la economía, y acciones de pacificación y de reinserción en la comunidad económica internacional. La recuperación de la inversión privada se apoyó en el éxito en la lucha antiinflacionaria y el aumento de credibilidad gubernamental y se observó en casi todos los sectores, especialmente en los de construcción, comercio, agricultura y manufactura.

No obstante el crecimiento económico de los últimos años y la voluntad política expresada en programas especiales de lucha contra la pobreza, se han obtenido limitados logros en el campo social. De acuerdo con dos métodos de medición de la pobreza —línea de pobreza y necesidades básicas insatisfechas— alrededor de la mitad de las familias del Perú se en-

contraban en situación de pobreza. Según las Encuestas Nacionales de Niveles de Vida (ENNIV) de 1985, 1991, 1994 y 1996, la condición de pobreza disminuyó entre los años 1991 y 1994 de 53,6% a 49,6%, y este último valor (49%) se mantuvo en 1996. Se define como pobres a aquellos hogares cuyo gasto total no alcanza a cubrir el costo de una canasta mínima de consumo conformada por alimentos y otros bienes y servicios, definición que ha sido aplicada de manera consistente por las encuestas ENNIV desde 1985. En 1994, 20% de la población nacional se encontraba en pobreza extrema, y esta proporción era mayor en las zonas rurales de la costa, la sierra o la selva (66%, 68% y 70%, respectivamente). Son pobres extremos aquellas personas cuyo gasto total no alcanza a cubrir el costo de una canasta básica conformada solo por alimentos, la cual satisface los requerimientos nutricionales mínimos. El área metropolitana de Lima tiene los menores porcentajes de población pobre y en pobreza extrema: 38% y 5%, respectivamente. Según el censo de 1993, 53,9% de los hogares peruanos tenían al menos una necesidad básica insatisfecha. En las zonas rurales ello ocurría en 88,2% de los hogares y en las zonas urbanas, en 39,2%. En 16 de los 25 departamentos, más de 60% de los hogares tenían al menos una necesidad básica insatisfecha, todos, excepto uno, ubicados en el trapecio andino o en la selva. Con base en esta proporción, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) identificó cinco estratos. Las provincias de los estratos más pobres tuvieron mayor proporción de población joven (menor de 15 años) y menor crecimiento intercensal, debido al flujo migratorio de expulsión por razones de pobreza y violencia política.

En 1995 el Ministerio de Trabajo y Promoción Social redefinió la noción de subempleo, lo cual ha modificado su serie histórica. Son subempleados visibles aquellos cuya jornada semanal es inferior a 35 horas, desean trabajar más y están en disposición de hacerlo. Son subempleados invisibles aquellos cuya jornada es superior a las 35 horas semanales pero sus ingresos son inferiores al ingreso mínimo. Este ingreso se basa en una canasta mínima de consumo de una familia de cinco miembros, donde dos son perceptores de ingreso. Con datos referidos a fines de 1996, 7,1% de la población económicamente activa (personas mayores de 15 años que están trabajando o buscan activamente empleo) se encontraba desempleada, 42,4% subempleada y solo 49,0% con empleo adecuado. El subempleo por ingreso (subempleo invisible, 27%) era mayor que el subempleo por horas (subempleo visible, 16%), debido a una menor jornada laboral. El subempleo era más alto en el sexo femenino (51%) que en el masculino (37%), y predominaba entre quienes tenían solo educación primaria (50%), en relación con la superior universitaria (29%).

Las tasas de analfabetismo disminuyeron de 18,1% a 12,8% en el período intercensal 1981-1993, aunque subsisten amplias diferencias entre hombres y mujeres, en particular en las zonas rurales: en 1993, el analfabetismo fue de 7,1% entre

los hombres, mientras que entre las mujeres fue de 18,3%; en las zonas rurales estas tasas fueron muy elevadas, llegando hasta 17,0% y 42,9%, respectivamente.

Según el IX Censo de Población y IV de Vivienda de 1993, la población total del Perú ascendía a 22.639.443 habitantes. La tasa de crecimiento anual promedio de la población entre 1981 y 1993 fue de 2,0%, manteniéndose la tendencia decreciente observada en los últimos 30 años. Con base en esta tasa intercensal, se estima que la población total del Perú al 30 de junio de 1996 era de 23.946.800 habitantes. La población urbana en 1993 representó 70,1% de la población nacional (15.870.250 habitantes), lo que demuestra el creciente proceso de urbanización al compararla con las cifras de 1972 (59,5%) y 1981 (65,2%). Entre 1981 y 1993 el crecimiento anual promedio de la población urbana fue de 2,8%, mientras que el de la población rural fue de 0,9%. En ese mismo año, la población femenina ascendió a 50,3% de la población total; más de la tercera parte de la población (37,0%) era menor de 15 años. La proporción de la población de 65 años y más aumentó de 4,1% en 1981 a 4,6% en 1993.

La tasa bruta de natalidad descendió de 35 nacimientos por 1.000 habitantes en 1980 a 26 por 1.000 en 1996. La tasa global de fecundidad (TGF), que hasta la década de los sesenta fue superior a 6,5 hijos por mujer, disminuyó a 4,0 hijos por mujer en 1991. La TGF se diferenciaba a nivel departamental: así, mientras el Callao tenía la tasa más baja del país (2,2 hijos por mujer), Huancavelica y Apurímac tenían las más altas (6,5 y 5,9, respectivamente). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 1996 la TGF era de 3,5 hijos por mujer (2,8 en el área urbana, 5,6 en la rural y 2,5 en el área metropolitana de Lima); asimismo, existía una amplia diferencia según el nivel educativo de la mujer: una TGF de 6,9, 5,0, 3,0 y 2,1 para las mujeres sin instrucción, con instrucción primaria, con instrucción secundaria y con instrucción superior, respectivamente.

La esperanza de vida aumentó de 53,6 a 66,3 años entre 1970 y 1993. En 1993, las diferenciales entre departamentos iban de 54,4 en Huancavelica a 77,1 en el Callao, y se mantuvieron a lo largo del tiempo. En el censo de 1993, 22,3% de la población (4.921.020 habitantes) declaró haber nacido en un lugar diferente del de empadronamiento. Esta migración interna fue captada principalmente por Lima (48,1%) y Callao (7,8%). Otros centros urbanos receptores de población migrante fueron Arequipa (5,1%), La Libertad (4,0%), Lambayeque (3,7%), San Martín (3,6%) y Junín (3,5%). Los principales departamentos expulsores fueron Cajamarca (9,9%), Ancash (7,5%), Ayacucho (6,5%) y Puno (6,1%). Aunque no ha sido evaluado cuantitativamente, además de las tradicionales causas de la migración interna, una parte importante de ella se debió a los problemas derivados de la violencia. En los últimos tres años se han intensificado los movimientos migratorios internos por el retorno de las poblaciones anteriormente desplazadas a sus lugares de origen, como producto de

la pacificación y la apertura de nuevas áreas agrícolas y mineras en algunas zonas de la sierra y de la selva. La emigración internacional ha aumentado en las últimas décadas, registrándose una pérdida de población de 36.000 personas en el período 1975–1980 y de 370.000 en el período 1990–1995.

Mortalidad

En 1992 el subregistro a nivel nacional fue de 50,8%. Los departamentos con niveles más altos de subregistro fueron Ayacucho (99,4%), Amazonas (80,5%), Loreto (79,7%) y Huancavelica (76,9%); los departamentos con menor subregistro fueron Ica (14,3%), Tacna (19,6%) y Lima (22,6%). Asimismo, el subregistro es de 27,1%, 36,0%, 53,0%, 74,9% y 75,1% para los estratos de pobreza I a V, respectivamente. Del total de muertes registradas, la proporción con certificación médica fue de 70,6%, con un rango amplio a nivel departamental (de 97,9% en el Callao a 24,4% en Apurímac) y según estrato de pobreza (de 90,6% en el estrato I a 33,0% en el V). La proporción de muertes con síntomas y estados morbosos mal definidos fue de 30,6%; sin embargo, en el estrato I esta proporción fue de 9,9% y en el V alcanzó 69,8%.

El análisis de la mortalidad proporcional por los seis grandes grupos de causas mostró que a nivel nacional las enfermedades transmisibles fueron la primera causa de muerte, seguidas por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores, correspondiéndoles 27,5%, 19,4% y 15,2% de todas las muertes, respectivamente. En el estrato I las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon el primer lugar (22,1%), seguidas muy de cerca por las enfermedades transmisibles (21,5%) y los tumores (19,3%); en cambio, en el estrato V las enfermedades transmisibles fueron responsables de 44,0% de todas las muertes, las enfermedades del aparato circulatorio de 10,2% y los tumores de solo 4,6%. Además, el riesgo de morir por una enfermedad transmisible fue 6,3 veces mayor en el estrato V que en el estrato I (tasas de mortalidad de 6,9 y 1,1 por 1.000 habitantes, respectivamente). La tasa de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal también mostró una diferencia marcada entre estratos (43,2 por 1.000 nacidos vivos en el estrato V y 12,6 en el estrato I).

En relación con la estructura de la mortalidad según grupos de edad, del total de muertes del estrato I, 13,1% y 2,9% correspondieron a niños menores de 1 año y de 1 a 4 años, mientras que en el estrato V estos porcentajes fueron de 29,3% y 11,1%, respectivamente. El riesgo de morir fue cinco veces más alto para los niños menores de 1 año en el estrato V que en el estrato I (151,1 y 31,0 por 1.000 niños menores de 1 año) y siete veces más alto para los niños de 1 a 4 años (13,9 en el estrato V y 1,8 en el I, por 1.000 niños de 1 a 4 años).

Las 10 principales causas de muerte fueron las infecciones respiratorias agudas (16,3%), las enfermedades infecciosas intestinales (7,7%), las enfermedades de la circulación pul-

monar y otras formas de enfermedades del corazón (5,4%), la tuberculosis (5,0%), las enfermedades cerebrovasculares (4,0%), las enfermedades del aparato urinario (3,5%), otras enfermedades del aparato digestivo (3,2%), las deficiencias de la nutrición y anemias (3,2%), la enfermedad isquémica del corazón (3,2%) y la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o el recién nacido (3,1%). Este análisis, desagregado por estratos, muestra gran heterogeneidad; si bien las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de muerte en cada uno de los estratos, su importancia relativa creció con el mayor nivel de pobreza: 9,3% en el estrato I y 25,2% en el estrato V, lo que significa un riesgo de morir 8,6 veces mayor en el estrato V que en el I; este riesgo relativo es 7,8 veces mayor para las enfermedades infecciosas intestinales; 2,6 veces para la tuberculosis; 6,0 veces para la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o el recién nacido, 4,3 veces para las deficiencias de la nutrición y anemias y 18,5 veces mayor para la apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal sin mención de hernia.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Según el censo de 1993, la mortalidad infantil fue de 59,0 por 1.000 nacidos vivos, y varió desde 22,9 por 1.000 en el Callao hasta 113,9 por 1.000 en Huancavelica. Para el período 1995–2000, este indicador se estimó en 45,0 por 1.000 nacidos vivos y la ENDES 1996 reveló una tasa de 42,8 por 1.000. La mortalidad neonatal, según esta misma fuente, fue de 25,0 por 1.000 nacidos vivos. En 1992 la principal causa de mortalidad en los menores de 1 año fueron las enfermedades transmisibles en conjunto (39,8%), seguidas por las afecciones originadas en el período perinatal (33,9%). Dentro de las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas (26,6%) y las enfermedades infecciosas intestinales (11,1%) ocuparon los primeros lugares. Estas proporciones variaron significativamente entre los diferentes estratos de pobreza: las enfermedades transmisibles y las afecciones originadas en el período perinatal representaron 29,7% y 39,3%, respectivamente, de las muertes en menores de 1 año en el estrato I y 49,6% y 29,1% en el estrato V. En niños de 1 a 4 años, las enfermedades transmisibles fueron las principales causas de muerte (66,7% a nivel nacional; 55,2% en el estrato I y 74,7% en el V), seguidas de las causas externas (7,3%). Entre las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias causaron 28,5% del total de muertes y las infecciosas intestinales, 25,1%.

Según el primer censo nacional de talla en escolares del primer grado de primaria (1993) 48,0% de los niños de 6 a 9 años sufría de desnutrición crónica, y esta situación era más

crítica en los varones (54%) y en el área rural (67%). El departamento que presentó la tasa de desnutrición más alta fue Huancavelica (72%), y las tasas más bajas correspondieron a Tacna (18%) y el Callao (20%). Según los datos de mortalidad de 1992, las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades transmisibles (46,8%) y las causas externas (20,2%).

La salud del adolescente

Según el censo de 1993, los adolescentes representaban 23,0% de la población total. Las principales causas de muerte en el grupo de 10 a 14 años fueron las enfermedades transmisibles (40,2%) y las causas externas (21,7%); estas proporciones se invierten en el grupo de 15 a 19 años, donde fueron 25% y 39,0%, respectivamente. El 13,6% de los niños de 10 a 14 años de edad no asistían a la escuela, proporción que se incrementaba a 26,7% en el grupo de 15 a 17 años; este problema afectaba fundamentalmente a las mujeres del área rural (23,7%). En el grupo de 10 a 14 años de edad, 5,1% trabajaba, así como 17,9% en el grupo de 15 a 17 años. Por otro lado, en las zonas urbanas, 69,0% de los adolescentes de 12 a 14 años ya había probado en alguna ocasión alcohol y 17,0% tabaco; en el grupo de 15 a 18 años este porcentaje aumentó a 84,0% y 50%, respectivamente. En relación con el uso de otras drogas, 7 de cada 1.000 niños de 12 a 14 años admitieron haber consumido marihuana en alguna ocasión.

La fecundidad en las adolescentes ha disminuido en las últimas décadas, aunque no en la misma proporción que en los otros grupos de edad; mientras que en las mujeres de 45 a 49 años la fecundidad se redujo 67,0% entre 1961 y 1993, en las de 15 a 19 años solo disminuyó 43,0%. En 1993, 1,2% de las mujeres de 12 a 14 años y 6,0% de las de 15 a 17 años ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez; para las adolescentes del área rural esta última cifra se elevaba a 10,6%. Aunque 29,0% de las adolescentes con pareja entre 15 y 19 años declaraban emplear algún método anticonceptivo, solo 11,0% usaban métodos modernos. El embarazo en adolescentes es en su gran mayoría no deseado y casi siempre termina en aborto. En 1993, el 15,0% de las muertes maternas corresponden a adolescentes, y se estima que 20,0% de las muertes maternas por aborto ocurrían en este grupo.

La salud de la mujer

En 1996 usaron algún método anticonceptivo 64,0% de las mujeres en unión. En el área urbana este porcentaje alcanzó 70,0% y en el área rural, 51,0%. El 75,0% de las mujeres con educación superior utilizan algún método anticonceptivo, mientras que solo lo hacen 38,0% de las mujeres sin educación. El método más usado sigue siendo el del ritmo (18%),

seguido por el dispositivo intrauterino (12,0%) y la esterilización femenina (10,0%). El 63,9% y 66,2% de las mujeres recibieron atención prenatal por un profesional en 1992 y 1996, respectivamente; en el área rural, 44,5% de las mujeres recibieron este tipo de atención mientras que en el área metropolitana de Lima lo hicieron 87,4%. Recibieron atención del parto por un profesional 52,5% y 55,1% de las mujeres en 1992 y 1996, respectivamente; este indicador es menor para el área rural (19,1%) y la selva (34,4%), en contraste con Lima (93,0%).

La tasa de mortalidad materna es de 265,0 por 100.000 nacidos vivos. Se estima que anualmente mueren alrededor de 1.670 mujeres como consecuencia de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En el área urbana la tasa es de 200,0 por 100.000 nacidos vivos, y en el área rural de 448,0 por 100.000. La tasa de mortalidad materna es 10 veces mayor en las mujeres analfabetas que en las que tienen educación superior (448,0 y 49,0 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente). Las principales causas obstétricas directas de mortalidad materna son hemorragia (23,0%), aborto (22,0%), infección (18,0%) y toxemia (17,0%); la principal causa indirecta es la tuberculosis pulmonar.

La salud del adulto

En 1992 las principales causas de muerte en la población de 15 a 59 años de edad fueron las enfermedades infecciosas (21,9%), seguidas por las causas externas (20,8%) y los tumores (17,6%), con una distribución diferenciada por estratos: tumores (23,8%), enfermedades infecciosas (21,3%) y causas externas (11,8%) para el estrato I; enfermedades infecciosas (32,3%), causas externas (18,2%) y tumores (6,5%) para el estrato V. También hubo una significativa diferencia entre las causas de muerte de hombres y mujeres: entre los hombres fueron tuberculosis (10,0%), homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, lesiones por intervención legal y lesiones resultantes de operaciones de guerra (8,4%), otros accidentes, incluso los efectos tardíos (6,6%), infecciones respiratorias agudas (6,4%) y accidentes de tráfico de vehículos de motor (5,4%); entre las mujeres, tuberculosis (9,6%), tumor maligno del cuello del útero (7,0%), infecciones respiratorias agudas (6,1%), enfermedad cerebrovascular (4,5%) y tumor maligno de mama (4,0%).

La salud del adulto mayor

En cuanto a la población de 60 años y más, las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon el primer lugar como causa de muerte (30,2%), seguidas por las enfermedades infecciosas (20,9%) y los tumores (19,1%). En el estrato I las enfermedades del aparato circulatorio representaron 31,7%

de todas las causas de muerte, seguidas por los tumores (21,8%) y las enfermedades infecciosas (17,3%); en el estrato V las enfermedades transmisibles continuaron siendo la primera causa de muerte (34,7%) seguidas de lejos por las enfermedades del aparato circulatorio (18,9%) y los tumores (5,9%); no existen diferencias significativas por sexo.

La salud de los trabajadores

El Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) cuenta con un Programa de Salud Ocupacional que cubre solo a 28,0% de la población económicamente activa del país (7.814.809 personas). Solo 7,8% de los trabajadores asalariados están sindicalizados. Desde 1997 el Ministerio de Salud cuenta también con un Programa de Salud Ocupacional. Según el IPSS, de 1995 a 1996 la tasa de accidentes de trabajo aumentó de 12,0 a 20,0 por 1.000 trabajadores y la tasa de accidentes mortales, de 0,7 a 1,9 por 10.000 trabajadores; estas cifras indican un mejor registro, pero en el caso de los accidentes mortales este incremento es real, ya que se ha comprobado a partir de información proporcionada por sindicatos y otros ministerios. Los accidentes se deben principalmente a ambientes laborales inadecuados, combinado con el aumento de la carga laboral. Solamente en el sector minero, en 1995 se registraron 102 accidentes mortales (68 en 1992, 57 en 1993, 87 en 1994). Los datos sobre enfermedades ocupacionales son escasos, aunque algunas investigaciones han sugerido afecciones serias (daños auditivos, asbestosis, neumoconiosis). Otro problema importante es la falta de acceso del sector informal (53,9%) a los servicios de salud ocupacional, agravado por el alto riesgo de enfermarse y accidentarse debido a condiciones de trabajo inadecuadas y peligrosas y a los bajos salarios. Con base en el censo nacional de 1991, el INEI estimó en 175.022 el total de niños trabajadores de 6 a 14 años en 1993; la estimación del Ministerio de la Presidencia para 1995 fue de 1.100.000 niños trabajadores menores de 18 años. Trabajan principalmente en la minería, la agricultura y los lavaderos de oro.

La salud de los indígenas

La población indígena del Perú puede considerarse según el criterio lingüístico o el criterio de comunidades indígenas nativas de la selva y ceja de selva. Según la lengua materna (quechua, aymará u otro idioma nativo), en 1993 fueron censadas 4.035.300 personas, 52% mujeres y 48% hombres, de las cuales 75,0% residía en la sierra, 9,0% en la selva y 17% en la costa, incluida el área metropolitana de Lima. De la población mayor de 6 años, 22,0% no tenía ningún nivel de instrucción, y la situación era más crítica en el área rural y más acentuada en las mujeres. De este grupo poblacional, 42,0% vivía

en condiciones de pobreza extrema, cifra que duplica el valor promedio nacional. En una proporción significativa eran campesinos o trabajadores no calificados, con rasgos culturales propios que con frecuencia se convierten en desventajas para tener acceso a las oportunidades de empleo. Los residentes en la sierra rural y en la selva tenían acceso limitado a los servicios de educación y de salud, situación atribuible en parte a las características del área geográfica donde viven y a las barreras que les imponen los aspectos lingüístico y cultural. Con respecto a los servicios de saneamiento básico, 54% de los quechuahablantes y 70% de los hispanohablantes disponían de servicios de agua dentro de los hogares; la cobertura de desagüe fue de 15% y 40%, respectivamente. Entre los quechuahablantes, solo 32% de los que informaron haber estado enfermos o accidentados en las cuatro semanas previas a la entrevista realizaron consulta médica, contra 46% de los hispanohablantes. El gasto promedio de una persona hispanohablante fue 65% mayor que el gasto promedio de una persona que hablaba algún idioma nativo. Estos datos sugieren que la inversión en una educación bilingüe, que considere las características culturales nativas, constituye una estrategia esencial para luchar contra la pobreza que afecta a este grupo humano.

Según el criterio de comunidades indígenas nativas de la selva, en 1993 existían en el Perú 13 familias lingüísticas con 65 grupos étnicos. La población total era de 299.218 habitantes (48% femenina y 52% masculina) y los departamentos más poblados eran Loreto con 83.746 habitantes, Junín con 57.530, Amazonas con 49.717 y Ucayali con 40.463. De la población total censada, 49,7% tenía menos de 14 años, 48,8% de 15 a 64 años y 1,5% tenía 65 años y más. Según nivel de instrucción, 32% carecía de ella, 49% tenía nivel primario, 16% secundario y 2,5% superior; los programas de estudios eran propios de las áreas urbanas y no consideraban los idiomas nativos ni las características socioculturales. El 74% vivía en condiciones de pobreza y más de la mitad en pobreza extrema, cifras muy superiores al promedio nacional (49,6% y 20,2%, respectivamente). En el grupo campashaninka la fecundidad fue de 8,1 hijos por mujer y la mortalidad infantil de 99 por 1.000 nacidos vivos, y entre los machiguenga del Cuzco y Madre de Dios, la fecundidad fue de 8,4 hijos por mujer y la mortalidad infantil, de 100 por 1.000 nacidos vivos. En la selva peruana, la mayoría de la población practica una economía de autoconsumo basada en la agricultura, la caza, la pesca y la recolección, y hace mayor uso de plantas medicinales. Dichas comunidades han estado expuestas a la violencia político-social y a la derivada de las actividades del narcotráfico, a la migración forzada, al abandono de su hábitat y a condiciones de vida precarias. El Gobierno ha identificado áreas de intervención en los campos de salud, educación y agricultura, como parte de la estrategia de lucha contra la pobreza y apoyo a las comunidades de áreas fronterizas.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. El número de casos de malaria aumentó de 30.814 en 1989 a 211.561 en 1996, con una tasa de incidencia de 885,0 por 100.000 habitantes. El índice parasitario anual (IPA) aumentó de 2,4 por 1.000 en 1992 a 8,8 por 1.000 en 1996. La proporción de casos por *Plasmodium falciparum* se incrementó en forma alarmante de 1,6% en 1992 a 28,3% en 1996. La malaria está asociada geográfica y ecológicamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas de la costa norte y a la selva montañosa nororiental, selva centro suroriental y selva baja o llano amazónico. La estacionalidad es evidente en la costa norte y vertiente noroccidental del país (mayor incidencia en el primer semestre del año), pero la transmisión es permanente en la cuenca amazónica. En 1996 la población en áreas de alto riesgo fue de 2.382.035 personas (9,9% del total del país), mostrando una reducción respecto a la expuesta al riesgo en 1994 (15,9%). Ese mismo año, 77,9% de los casos notificados se concentraron en cinco regiones y subregiones de salud (Loreto, Jaén, Luciano Castillo, Junín y San Martín), y 88,4% de los casos por *P. falciparum* en las tres primeras; Loreto y Jaén notificaron 55,2% del total de los casos. La incidencia tendió a estabilizarse en 1996, cuando se observó un importante descenso en algunas áreas de alto riesgo situadas en la costa norte, pero persistió un comportamiento epidémico e inestable en la selva baja, específicamente en la región de Loreto (donde incluso afectó a la ciudad de Iquitos) y en la subregión de Jaén. La estratificación según IPA entre 1994 y 1996 reveló un incremento de 20,7 a 119,1 por 1.000 en Loreto y de 27,7 a 39,8 por 1.000 en Jaén. La proporción de casos por *P. falciparum* en 1996 fue de 32,2% en Loreto y 48,2% en Jaén. En dicho año se registraron 46 defunciones por malaria, 40 de las cuales ocurrieron en Loreto (87,0%). La resistencia de *P. falciparum* a la cloroquina fue de 20% a 26%, y a la sulfadoxina/pirimetamina, de 9,1%. La intensa migración interna, la incorporación de nuevas áreas de irrigación y de cultivo de arroz y algodón, la expansión del vector *Aedes darlingi* y las dificultades de gestión del programa de control en áreas de difícil accesibilidad contribuyeron a esta situación epidemiológica. Desde 1994 se impulsó la detección, el diagnóstico y el tratamiento, el control vectorial integral y selectivo, la prevención y el control de epidemias y la sistematización del análisis de la información operacional y epidemiológica. Entre 1994 y 1996 la cobertura de atención del programa aumentó de 41,4% a 75,0% en los servicios generales de salud, y la capacidad para la localización de casos febriles, examen y diagnóstico se incrementó 472%. La eficiencia de la administración del tratamiento se elevó en el mismo período de 63,2% a 83,1% para malaria por *Plasmodium vivax* y de 56,7% a 82,6% para malaria por *P. falciparum* resistente a la cloroquina.

En 1990 se produjo la primera epidemia de dengue clásico en el país, con 9.623 casos notificados. Las actividades de control permitieron disminuir la incidencia a 714 casos en 1991 pero, desde entonces, la tendencia ha sido creciente: 1.905 casos en 1992 y 2.837 en 1996. Los serotipos involucrados en el período 1990–1995 fueron el dengue 1 y, en menor medida, el dengue 4; se agregó el dengue 2 en 1995, aislado primero en Los Órganos (región Grau, norte del país), y en 1996 en otras áreas de la región nororiental y en la cuenca amazónica. Las áreas geográficas más afectadas son la costa norte (Tumbes y Luciano Castillo) y la selva nororiental y central (Loreto, Ucayali, Huánuco, Junín y San Martín), y en 1996 se registraron brotes en localidades nuevas que no eran consideradas endémicas (Jaén, Bagua y Juanjui); también en 1996 se estimó que la población en riesgo era de 2.750.000 personas.

La leishmaniasis afecta 24 subregiones de salud, en particular los departamentos de la sierra y de la selva. Entre 1960 y 1980 su tendencia fue relativamente estacionaria, con tasas de incidencia que varían de 6,5 a 8,4 por 100.000 habitantes. Desde 1985 hasta 1994 se observó una fase ascendente, con tasas de 12,7 a 40,0 por 100.000 habitantes. En 1995 se notificaron 7.343 casos (31,9 por 100.000 habitantes) y 7.756 (32,4 por 100.000 habitantes) en 1996, lo que indica un nuevo período de estabilización. En 1996, 86,7% de los casos correspondieron a la forma cutánea y 13,3% a la mucocutánea. Las subregiones más afectadas fueron Madre de Dios (1.071 casos) y Chachapoyas (659 casos). La forma cutánea andina afecta prioritariamente a los menores de 15 años, asociada a la rápida incorporación de este grupo de edad a las actividades de desbroce y preparación de áreas de cultivo en ambas vertientes de los Andes y a la transmisión peridomiciliaria. La forma mucocutánea es más frecuente en los mayores de 15 años, y está relacionada con la migración temporal o colonización de la selva alta y baja para actividades agrícolas y extractivas (oro, madera, petróleo) y trazado de vías de comunicación y cacería.

En 1995 la fiebre amarilla selvática alcanzó proporciones epidémicas con 503 casos notificados y una letalidad de 38,8%. Afectó predominantemente a agricultores de 15 a 44 años, de origen andino, en los departamentos de la selva central (Pasco, Junín y Huánuco). El gran incremento de la migración interna a partir de 1994 y la apertura de zonas de explotación agrícola e industrial en áreas enzoóticas han sido factores decisivos en la presentación de los brotes. La intensificación de las actividades de vacunación permitió reducir la incidencia a 86 casos y 34 defunciones en 1996. En abril de 1995 se incorporó la vacunación antiamarilica a las actividades regulares del Programa Ampliado de Inmunización.

En 1996 se estimó un total de 24.170 casos de enfermedad de Chagas en áreas endémicas (1.209 con formas agudas u oligosintomáticas y 22.961 con formas crónicas), principal-

mente entre personas de 20 a 54 años de edad. El área chagásica más importante se localiza al sur del país (departamentos de Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna, Ayacucho y Apurímac), donde se ha detectado infestación intradomiciliaria por *Triatoma infestans* en 21 provincias y 90 distritos. En esta área geográfica, que representa 9% del territorio nacional y contiene 160.000 viviendas, habitan 473.918 personas (2% del país) expuestas a riesgo. Las encuestas de seroprevalencia en estas áreas han revelado tasas de infección de 0,7% a 12,0% en la población y de 3,0% a 12,0% en bancos de sangre. En 1996 el país elaboró normas nacionales y formuló planes regionales de control.

Desde 1945 hasta 1969 la tasa de incidencia de bartonelosis descendió de 9,6 a 0,25 por 100.000 habitantes, se mantuvo estable hasta 1974 y desde entonces ha aumentado progresivamente, hasta llegar a 3,34 por 100.000 habitantes en 1995. La bartonelosis afecta a los departamentos de Ancash, La Libertad, Cajamarca y Amazonas, con una población expuesta a riesgo de 1.687.236 personas, fundamentalmente en nichos ecológicos localizados entre los 1.000 y 3.200 metros sobre el nivel del mar. La incidencia es mayor en los menores de 15 años.

Enfermedades inmunoprevenibles. Desde 1990 las coberturas de vacunación en los menores de 1 año han superado 80%. En 1996 se alcanzó una cobertura de 96,9% con la vacuna antisarampionosa, 99,6% con BCG y 100% con la vacuna antipoliomielítica y DPT. La última epidemia de sarampión en el Perú ocurrió en 1992, cuando se registraron 22.605 casos con 263 defunciones (una letalidad de 1,8%). En 1995 se inició el programa de eliminación del sarampión con la vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas y con actividades de vacunación casa por casa que permitieron vacunar a 96,8% de los niños de 9 meses a 4 años de edad. Se confirmaron 224 casos de sarampión en 1995 y 2 casos en 1996. Las acciones para eliminar el tétanos neonatal como problema de salud pública se iniciaron en 1991 mediante la identificación de distritos de riesgo, en los que se procedió a vacunar a las mujeres en edad fértil con toxoide tetánico (TT) y a capacitar a las parteras tradicionales y a los promotores de salud, tanto en la atención del parto como en la vacunación. Se notificaron 128 casos en 1994, 9 en 1995 y 46 en 1996, la mayoría provenientes de distritos de riesgo en la selva y en áreas urbanas marginales de la costa. Todos los casos eran hijos de madres que no habían recibido al menos dos dosis de TT y solo en 5% de ellos el parto había recibido atención institucional. Según la ENDES 1996, 70,1% de las madres que en los cinco años anteriores a la encuesta habían tenido hijos, habían recibido al menos una dosis de TT. El último caso confirmado de poliomieltitis de las Américas se presentó en el Perú en 1991, y hasta comienzos de 1997 el país continuaba manteniendo una adecuada vigilancia de

todos los casos sospechosos y cumpliendo con los indicadores internacionales de vigilancia. La difteria se encuentra bajo control; se notificaron 10 o menos casos anuales de la enfermedad desde 1992 hasta 1996, a excepción de 1993 cuando se notificaron 31 casos, la mayoría de ellos (24) correspondientes a un brote ocurrido en una zona rural del departamento del Cuzco. El Perú se ubica entre los países de endemicidad intermedia para el virus de la hepatitis B. Diversos estudios seroepidemiológicos han revelado que en la selva la endemicidad es media-alta, con prevalencias del antígeno de superficie (AgHBs) que varían de 2,5% en Iquitos a 20,0% en la población nativa; en la costa, el rango es de 1,0% a 3,5%; en la sierra entre 2,0 y 15,0%. Se destacan las áreas hiperendémicas de Huanta y Abancay, donde la prevalencia de AgHBs llega a 54,4% y la del virus de la hepatitis delta a 14% en escolares aparentemente sanos. En estas áreas, la transmisión horizontal en los niños es muy importante. En 1996 se inició la vacunación contra la hepatitis B en los menores de 1 año de edad residentes en las provincias de endemicidad alta y media (25% del total del país).

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

En 1996, la prevalencia puntual de diarrea —quince días previos a la encuesta— en los niños menores de 5 años fue de 17,9%, muy inferior a la de la encuesta de 1986 (31,9%). La prevalencia fue mayor en los niños de 6 a 23 meses de edad (29,0%), en el área rural (20,3%) y en la selva (25,6%). La gravedad de la enfermedad diarreica, expresada por la proporción de casos con deshidratación y deshidratación grave, disminuyó de 34% y 4% en 1994 a 25,5% y 1,5% en 1996, respectivamente. Según la Encuesta Nacional de Hogares del cuarto trimestre de 1995, 92% de los niños menores de 5 años con diarrea recibieron la terapia de rehidratación oral. Por otro lado, la proporción de casos de diarrea que recibieron tratamiento adecuado en los servicios de salud del Ministerio de Salud aumentó de 7% en 1993 a 25,4% en 1996.

La aparición del cólera a inicios de 1991 puso en evidencia las serias deficiencias en la provisión de agua potable y saneamiento básico. Desde entonces la enfermedad ha mostrado una tendencia decreciente (322.562 casos sospechosos en 1991, 71.448 casos en 1993 y 4.369 casos en 1996) y se ha presentado preferentemente en mayores de 15 años de edad. El departamento con la tasa más alta de cólera en 1996 fue Ucayali, con 239 casos por 100.000 habitantes. La letalidad promedio se mantuvo desde el inicio en 0,09%; sin embargo, se han notificado cifras más altas en brotes en áreas con acceso limitado a los servicios de salud. La vigilancia nacional de cepas de *Vibrio cholerae* indica la ausencia de la serovariedad O139. En el Perú el cólera es endémico y se presentan casos aislados de la enfermedad entre diciembre y marzo en la costa y entre junio y octubre en la selva.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis fue en aumento de 1985 a 1992, año en que se inició la tendencia descendente, mantenida hasta 1996. La notificación de casos ha mejorado sustancialmente a partir de 1991. En 1996 se diagnosticaron y trataron 47.498 casos en todo el país; la tasa de prevalencia descendió de 256,1 por 100.000 habitantes en 1992 a 227,9 en 1995 y 198,4 en 1996. La tasa de incidencia descendió de 243,2 por 100.000 habitantes en 1992 a 162,1 en 1996. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años y la proporción de casos bacilíferos detectados en menores de 15 años fue de 4,8%. La tasa de incidencia de meningocelitis tuberculosa infantil disminuyó de 2,01 por 100.000 habitantes en 1993 a 1,57 en 1995. La mortalidad experimentó un leve descenso de 5,2 a 4,9 por 100.000 habitantes entre 1992 y 1995, reducción que se manifiesta en todos los grupos de edad y es más evidente en los más jóvenes. En 1997 se inició la primera encuesta de riesgo anual de infección. Según el estudio de vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos en el Perú 1995–1996, la resistencia a una droga fue de 15,4% y la resistencia a múltiples drogas, de 2,4%. En 1990 solo 25% de los servicios de salud llevaban a cabo actividades de diagnóstico y tratamiento; en 1996, 96,0% garantizaban el acceso gratuito a esa atención. El número de baciloscopias se quintuplicó entre 1990 y 1996 (211.000 y 1.160.000, respectivamente). En la década de 1980 solamente 50% de las personas diagnosticadas culminaban su tratamiento, mientras que en 1996 el promedio nacional de curados fue de 90,9%; la evaluación de la eficiencia a través del estudio de cohortes mostró un aumento de 74,1% en 1991 a 90,9% en 1996. El porcentaje de abandono disminuyó de 13,8% en 1991 a 4,2% en 1996.

La tasa de prevalencia de lepra en áreas endémicas de la selva en 1995 fue de 0,9 por 10.000 habitantes, y la de incidencia, de 0,35 por 10.000 habitantes, más altas que en 1993 (0,6 y 0,1, respectivamente), debido principalmente a una mejoría en la detección de casos nuevos. Los departamentos más afectados fueron Ucayali y Loreto. De los 240 casos registrados en 1995, 195 fueron multibacilares (81,3%) y 45 paucibacilares (18,8%). El 14,4% de los 90 casos nuevos corresponde a menores de 15 años, lo que indica transmisión reciente de la enfermedad. El 13,3% tiene incapacidad de grado II, lo que sugiere un diagnóstico tardío; este porcentaje es inferior al de 1993 (20,4%).

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de mortalidad en la niñez; se estima que cada año producen cerca de 12.000 defunciones de menores de 5 años, de las cuales una alta proporción se debe a neumonía. Las infecciones respiratorias agudas representan la primera causa de demanda de atención en los servicios de salud, con más de 40% del total de atenciones y 30% de las hospitalizaciones en ese grupo de edad. La incidencia más alta de neumonía se registra en la sierra

(Pasco y Apurímac) y en la selva (Jaén, Madre de Dios y Amazonas). Entre octubre y noviembre de 1995 una encuesta sobre calidad de atención en los servicios de salud determinó que 39,2% de los casos de infecciones respiratorias agudas recibieron tratamiento correcto en consultorios externos de hospitales, centros y puestos de salud.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Desde su detección en el Perú en 1983, la infección por VIH/sida experimenta un crecimiento acelerado. El número acumulado de casos de sida hasta agosto de 1997 fue de 6.443; el número estimado de casos es de 10.000 para el sida y 70.000 para la infección por VIH. La presencia de VIH/sida se constata en todo el país, aunque es más intensa en las grandes ciudades, en particular Lima y Callao. Predomina la forma de transmisión sexual, que representa 95,4% del total acumulado de casos; la transmisión sanguínea representa 2,4% y su tendencia es descendente; la transmisión perinatal representa 2,2% y su tendencia es ascendente. Cambios relevantes en el patrón de transmisión son el incremento de la transmisión heterosexual y la afectación creciente de mujeres y jóvenes; la razón hombre/mujer fue de 20:1 en 1985 y 3:1 en 1997. En el mismo período, la edad mediana al diagnóstico de sida pasó de 38 a 29 años, sugiriendo que la infección por VIH ocurre a edades cada vez más tempranas. Desde 1994 el Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida ha puesto en práctica nuevas estrategias de control dirigidas al mercadeo de preservativos, la modificación de comportamientos de riesgo y el manejo sindrómico de otras enfermedades. Asimismo, el Ministerio de Salud instituyó un programa de administración gratuita de AZT a gestantes infectadas y a sus recién nacidos, e impulsó actividades para la eliminación de la sífilis congénita y el tamizaje obligatorio en bancos de sangre. En 1997 se promulgó la Ley 26626 y su Reglamento que establece el marco normativo para el desempeño de estas actividades, así como la explícita defensa de los derechos de las personas con VIH/sida.

Rabia y otras zoonosis. En el cuatrienio 1993–1996 se notificaron 112 defunciones por rabia, de las cuales en 65 (58%) la fuente de infección fueron los perros y 47 (42%) los murciélagos hematófagos. En las zonas urbanas marginales de las grandes ciudades se comunica el mayor número de casos de rabia humana por mordeduras de perros; los hombres y el grupo en edad escolar son los más afectados. La rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos es un serio problema en la selva amazónica por la intrusión del hombre en el hábitat de los murciélagos. En el período 1993–1996 se registraron 1.582 casos de rabia canina.

Entre 1990 y 1992 se notificaron 460 casos de carbunco (ántrax); el mayor número de casos (223) se registró en 1992, en 1993 y 1994 no se notificaron casos, en 1995 se comunica-

ron 25 y en 1996, 12 casos. Los departamentos que periódicamente presentan casos de carbunco son Lima e Ica, así como la Provincia Constitucional del Callao.

La brucelosis se limita a ciertas regiones del país y se relaciona con el consumo de queso fresco producido artesanalmente con leche de cabra infectada. En 1993–1995 se notificaron 3.606 casos y en 1996, solo en Lima, 274 casos.

El área endémica de peste está circunscrita a cuatro departamentos del norte del país: Piura, Cajamarca, Lambayeque y La Libertad, donde periódicamente se presentan brotes en los valles interandinos. En octubre de 1992 se inició un brote de peste bubónica que se extendió a 122 localidades de 31 distritos de los cuatro departamentos. De 1994 a 1996 se notificaron 1.288 casos y 54 defunciones, la mayoría en el departamento de Cajamarca. La presentación de los casos se relaciona con la proliferación de roedores silvestres por saneamiento ambiental deficiente, y con la pobreza de las viviendas.

La hidatidosis humana se presenta en la región andina (Pasco, Huancavelica, Junín y Puno), donde predomina la crianza de ganado ovino en estrecha convivencia con canes infestados con el parásito adulto. De 1993 a 1995 se diagnosticaron 4.829 casos de hidatidosis, particularmente en sus formas pulmonar y hepática.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1996, 7,9% de los niños menores de 5 años presentaban déficit de peso para la edad y 1,1% déficit de peso para la talla, cifras discretamente inferiores respecto a 1992 (10,8% y 1,4%, respectivamente). La insuficiencia de talla para la edad afectó a 25,9% de los niños menores de 5 años, pero en los niños próximos a cumplir los 5 años llegó a 30,5%. La alta prevalencia de desnutrición crónica puede atribuirse a una ingesta inadecuada, a la mala utilización de los alimentos y a episodios infecciosos frecuentes y prolongados que desencadenan el círculo vicioso de desnutrición-infección. En las áreas rurales se encuentra el nivel más alto de desnutrición crónica (40,6%); por el contrario, en el área metropolitana de Lima la cifra alcanza a 10,1%. La prevalencia es de 17,1% en la costa, de 37,9% en la sierra y de 33,3% en la selva. Asimismo, 50,5% de los hijos de madres sin educación y 5,3% de los de madres con educación superior tienen desnutrición crónica. No existen datos actualizados sobre deficiencia de vitamina A y hierro; un estudio realizado en Piura en 1991 encontró que 32,8% de los niños menores de 6 años presentó niveles séricos de vitamina A inferiores a 20 $\mu\text{g/dl}$. En 1987 se estableció que la deficiencia de yodo era endémica en la mayor parte de las provincias de la sierra y de la selva

del país; en 1990, 70% de la sal consumida en el país estaba yodada. En 1995, la Encuesta Nacional de Hogares del cuarto trimestre reveló que 93,9% de la población consumía sal yodada.

En el Perú existe una alta prevalencia de la práctica de la lactancia materna. Sin embargo, el período de lactancia materna exclusiva es muy limitado. La suplementación con otros líquidos y alimentos —generalmente preparados en malas condiciones higiénicas— ocurre a edades tempranas. En 1996, 38,9% de los niños menores de 3 meses de edad ya recibían alimentos suplementarios, y entre los 4 y 6 meses de edad solo 32,3% continuaba con lactancia exclusiva, porcentaje que disminuyó a 5,6% en los niños de 7 a 9 meses de edad.

Estudios realizados en tres zonas de la costa establecieron la prevalencia de diabetes entre 7% y 8%, y la de hipercolesterolemia, entre 14% y 42%.

Enfermedades cardiovasculares. La mortalidad proporcional por enfermedades del aparato circulatorio varió entre 1980 y 1992 de 11,8% a 19,4% del total de defunciones por causas definidas; las tasas estimadas de mortalidad por estas enfermedades para el período 1990–1992 fueron de 186 y 209 por 100.000 habitantes, en hombres y mujeres, respectivamente. La prevalencia de la hipertensión arterial en adultos se estimó en 17% en la costa y en alrededor de 5% en la sierra y en la selva, aunque estudios efectuados en tres zonas de la costa mostraron prevalencias de 15% a 34%.

Tumores malignos. No se dispone de datos sobre incidencia y prevalencia de nivel nacional, aunque se cuenta con información proveniente de dos sistemas regionales de registro, uno del área metropolitana de Lima y otro de la ciudad de Trujillo. En Lima, la tasa de incidencia fue de 88,3 por 100.000 habitantes en 1968 y 112,3 en 1990–1991. La tasa de mortalidad por cáncer en 1990–1992 se estimó en 113 y 138 por 100.000 habitantes, en varones y mujeres, respectivamente. Según los registros de cáncer de Trujillo (1988–1989) y Lima (1990–1991), las neoplasias malignas más frecuentes en los hombres son las de estómago, próstata y pulmón; en las mujeres, las de útero, mama y estómago. En los varones, entre 1968 y 1991 la frecuencia de cáncer de estómago disminuyó 37% y la del de próstata aumentó 48%; en las mujeres, el cáncer de cuello uterino disminuyó 32% y el de mama aumentó 43% en el mismo período.

Accidentes y violencia. Los homicidios (12 por 100.000 habitantes) y los accidentes de tráfico, junto con diversas formas de violencia contra el niño, el adolescente y la mujer, constituyen un serio problema de salud pública en el Perú. En los adultos, los accidentes son la causa más frecuente de hospitalización y consulta en los servicios de emergencia de los

hospitales. Entre 1980 y 1995, la Policía Nacional registró cerca de 990.000 accidentes de tráfico, con 320.000 víctimas y una letalidad de 12,3%.

Salud oral. En 1996, 95% de los niños de 3 a 14 años presentaron caries dental, 85% enfermedad periodontal y 75% maloclusión. En los niños de 6 a 14 años, el promedio de dientes afectados en forma permanente por caries dental fue 6, con una pérdida prematura de los primeros molares permanentes de 45% a 50%. En ese año, el Ministerio de Salud puso en marcha un programa que promueve la aplicación tópica de flúor como parte de la atención integral de salud al niño.

Salud ocular. Se estima que 10% de la población total del país presenta defectos refractivos; en la población escolar de algunas zonas del país esta proporción se eleva hasta 15%. La prevalencia de ceguera en los adultos mayores de 60 años se estima en 3,4%. Por otra parte, unas 300.000 personas sufren severa disminución de la agudeza visual debido a cataratas no operadas y 6 de cada 10.000 niños son ciegos por causas prevenibles o curables como catarata y glaucoma congénitos o retinopatía del prematuro.

Desastres naturales. Por su ubicación en el Círculo de Fuego del Pacífico, el Perú está expuesto a los efectos de sismos y volcanes; se considera que 80% de la población está en riesgo de sufrir daños causados por sismos; Lima, Callao, la frontera sur —especialmente Tacna, Ilo, Cuzco y la región amazónica— son los lugares más vulnerables. La orografía del país se asocia con frecuentes deslizamientos de laderas; la ocupación de terrenos peligrosos, la tala indiscriminada de bosques y la explotación minera sin planificación adecuada incrementan el riesgo, y el Instituto Nacional de Defensa Civil considera que 35% de la población está expuesta a esta amenaza.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Aunque el país todavía enfrenta serios problemas sociales, se ha logrado la estabilidad política y económica necesarias para proponer políticas sociales de mediano plazo, en el marco de la reforma del Estado. El objetivo general de la política social de mediano plazo para el año 2000 es la focalización del gasto público y la meta operativa es la reducción de los niveles de pobreza extrema en 50%. En este contexto, el Programa de Gasto Social Básico desarrolla programas específicos en educación, salud, alimentación y justicia. En salud, el Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) funciona desde 1994 y tiene como objetivo elevar la capacidad resolutoria de los estableci-

mientos del primer nivel de atención, comenzando con los que se ubican en las zonas de mayor pobreza; en 1996, la ejecución presupuestaria del PSBPT representó 21% del total de la ejecución del Ministerio de Salud. En 1995 el Ministerio definió los lineamientos políticos del sector salud para el período 1995–2000, a saber: acceso universal a los servicios de salud pública y a la atención individual, dando prioridad a los más pobres en su acceso a un conjunto básico de paquetes de prestaciones de salud; modernización del sector en aspectos tecnológicos, gerencia, sistemas de información y desarrollo institucional; reestructuración de las funciones de financiamiento, prestación y fiscalización para desarrollar competitividad a fin de mejorar la accesibilidad y calidad; prevención y control de los problemas urgentes de salud, y promoción de condiciones y modos de vida saludables a través de acciones sectoriales y multisectoriales.

En junio de 1997 se promulgó la Ley General de Salud, que asigna al Estado la responsabilidad irrenunciable de proveer servicios de salud pública y de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones a la población en términos de seguridad, oportunidad y calidad. Define a la provisión de servicios de salud como de interés público, cualquiera sea la institución que los provea. Además, el Estado debe vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición, salud mental y salud ambiental, así como los de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social. El financiamiento del Estado se orientará preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud público o privado. Finalmente, expresa la voluntad del Estado por promover el aseguramiento universal y progresivo de la población.

La reforma del sector salud

Desde 1995 se desarrolla un proceso de reestructuración global del aparato del Estado, tendiente a promover la eficiencia en la función pública. Teniendo como marco los lineamientos de políticas de salud anteriormente mencionados, así como la reestructuración de las funciones públicas dadas por la reforma del Estado, el Ministerio de Salud ha explicitado las siguientes políticas para la reforma del sector público de salud: mejorar la equidad en la atención de salud optimizando la asignación, programación y empleo de recursos a través de la reestructuración de la función financiera; desarrollar el sistema de identificación de usuarios y el paquete básico como instrumentos de focalización del gasto en salud; desarrollar la capacidad de gobierno de acuerdo con el nuevo entorno en el sector público a nivel central y local, así como la

función de regulación del mercado de servicios de salud; mejorar la administración, gestión y calidad de los servicios públicos de salud mediante la organización en redes de los establecimientos públicos de salud del primero y segundo nivel; implantar un programa de modernización de la gestión de los hospitales públicos nacionales y regionales, así como de los institutos especializados.

Mientras que el Ministerio de Salud se concentrará en la formulación de políticas, planeamiento estratégico, regulación y control sanitario, se crearán organismos con funciones especializadas para la administración financiera de los recursos y para las redes de establecimientos públicos de servicios de atención básica de salud, que contarán con sus propias unidades de gerencia descentralizada. El proceso de reforma ha recibido un fuerte apoyo por parte de las agencias de cooperación internacional, en particular de los proyectos Fortalecimiento de Servicios de Salud (BID), Perú 2000 (USAID) y Salud y Nutrición Básica (Banco Mundial). En 1997 se promulgó la Ley de Modernización de la Seguridad Social, que flexibiliza el monopolio público en la provisión de la atención médica de los asegurados del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) con el objetivo de mejorar la calidad y cobertura de los servicios, y permite la libertad de afiliación de los asegurados a proveedores privados, denominados empresas prestadoras de servicios de salud. El proceso busca desarrollar el mercado de servicios de salud para aumentar la cobertura de la población de menores ingresos, mejorar la calidad de los servicios y estimular la eficiencia en la asignación de los recursos.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sector salud está conformado por instituciones que pertenecen al sector público (Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, Beneficencia), otras correspondientes a seguros y prestadores privados y, finalmente, por instituciones que no tienen fines de lucro. Según el II Censo de Infraestructura Física y Recursos del Sector Salud, en 1995 el país contaba con 7.304 establecimientos de salud, de los cuales 5.931 (81%) pertenecían al Ministerio de Salud; de estos, 134 eran hospitales, 1.028 centros de salud y 4.762 puestos de salud. Considerando que en 1992 existían 4.630 establecimientos, en solo cuatro años hubo un incremento global de 63,4% que fue de 61,1% para los establecimientos del primer nivel de atención. Cabe señalar que dicha tendencia se debió al amplio programa de inversiones que se realiza en el país, principalmente mediante el Programa de Salud Básica para Todos y del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

En 1995 existía una cama por 767 habitantes, cifra que revela un aumento respecto a 1992, en que había una cama por 835 habitantes. Sin embargo, hay zonas del país con una cama por 1.680 habitantes, y otras con una por 220 habitantes. En Lima existe una cama por 666 habitantes, y en el resto del país una por 1.250 habitantes.

Entre 1992 y 1996 la disponibilidad de médicos aumentó de 7,6 a 9,8 por 10.000 habitantes, el personal de enfermería de 5,2 a 6,2 por 10.000 y los odontólogos de 0,7 a 1,1 por 10.000 habitantes. Si bien estos promedios nacionales reflejan una disponibilidad aceptable de recursos humanos a nivel sectorial, uno de los principales problemas es el de distribución inequitativa, ya que los departamentos con mayor nivel de pobreza son los que presentan la menor disponibilidad de personal de salud. Así por ejemplo, en Huancavelica, Apurímac y Cajamarca la tasa de médicos por 10.000 habitantes es de 2,8, 2,8 y 3,1, respectivamente, en tanto que en Callao, Lima y Arequipa, la tasa es de 22,9, 17,3 y 14,5, respectivamente. Para compensar esta distribución inadecuada el Gobierno, mediante el Programa de Salud Básica para Todos, contrata personal para atender a la población de las zonas de mayor pobreza del país. Por su importancia en la organización y gestión de los servicios de salud, cabe resaltar la creación de los denominados comités locales de administración de salud, los cuales están integrados por personas de la comunidad y el personal de los centros y puestos de salud. El Estado transfiere recursos financieros a estos comités para la contratación de personal y otros gastos de operación de los establecimientos que tienen a su cargo; además, estos comités desempeñan un papel relevante en la programación local, en la gestión y gerencia de los recursos, en la evaluación de los servicios y en la valoración del desempeño del personal, por lo cual se han convertido en una pieza clave en el proceso de descentralización.

De la población cubierta por el Ministerio de Salud, 31,9% utilizó los servicios en 1993 y cada usuario recibió 2,3 consultas; en el IPSS estos valores fueron de 35,9% y 4,3 en 1994. Un problema que afecta al Ministerio de Salud es el llamado de "subsídios cruzados", ya que sus escasos recursos se emplean en la atención de personas que tienen acceso a otros sistemas de salud. Así por ejemplo, en 1994 el Ministerio atendió a 20% de los asegurados por la Sanidad de las Fuerzas Armadas, a 13% de los asegurados por el IPSS y a 9,8% de las personas que cuentan con seguro privado. Por otra parte, el grado de organización que tienen algunos sistemas todavía es insuficiente; por ejemplo, en el Ministerio aún no se han implantado programas regulares de conservación y mantenimiento preventivo, y en el IPSS estos se encuentran centralizados. La información sobre producción de servicios y la de tipo epidemiológico es incompleta, no siempre es oportuna ni totalmente compatible entre proveedores, y su difusión es limitada.

Utilización y demanda de los servicios de salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares de 1995, 29% de los entrevistados declaró haber presentado algún síntoma de enfermedad o accidente dentro de los 15 días previos a la encuesta. De ellos, 94% padeció síntomas de enfermedad mientras que 6% expresó haber sufrido algún accidente. La proporción de síntomas de enfermedad o accidente es mayor en las mujeres (55%), en los niños y en los adultos mayores (26%). Se observó una relación entre menor ingreso y mayor padecimiento de síntomas (16% en el quintil de mayor ingreso y 28% en el quintil de menor ingreso), y una relación inversa entre el nivel educativo y el padecimiento de enfermedad o accidente (69% en los de educación primaria y 10% en los de educación superior). El 58% de la población que manifestó haber tenido algún síntoma de enfermedad o accidente no realizó ninguna consulta (51% de la población urbana y 69% de la rural), y 65% de ella expresó como principal motivo la falta de recursos económicos. La decisión de consultar estuvo asociada con el nivel educativo (54% en los de educación superior y 40% en los de educación primaria) y con el nivel de ingreso (56% en el quintil de mayor ingreso y 29% en el de menor ingreso). Los niveles de ingreso de las personas afectadas influyeron en el tipo de personal e institución consultada: los de mayor ingreso prefirieron la consulta privada y los de menor ingreso recurrieron mayormente a establecimientos del Ministerio de Salud, farmacias y curanderos. No obstante, la consulta en farmacias era práctica habitual en todos los niveles de ingreso. De acuerdo con las ENNIV de 1991 y 1994, aumentó la participación del sector público (Ministerio e IPSS) y de las farmacias como proveedores de servicios de salud, a costa de una menor participación de las clínicas y consultorios privados. La recesión económica que se prolongó hasta 1992, los niveles de pobreza, subempleo y desempleo permiten explicar la disminución del sector privado (clínicas y hospitales) en la captación de usuarios, ya que es posible suponer que parte del grupo de ingresos medios reorientó su demanda del proveedor privado al público.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. En el Perú, muchos de los problemas de salud individual, familiar y comunal están relacionados con prácticas, hábitos y comportamientos no saludables y con las condiciones de pobreza en que vive un alto porcentaje de la población. Durante mucho tiempo, la promoción y protección de la salud no ha tenido prioridad entre las políticas del sector. Desde 1995, dentro del marco de los

lineamientos de políticas de salud, el Ministerio de Salud destaca la promoción de condiciones y modos de vida saludables, orientados a mejorar la calidad de vida de la población. En 1996 el Ministerio de Salud propulsó la Iniciativa de Comunidades Saludables para el Desarrollo Humano Sostenido, en la que la participación comunal y la comunicación social son sus principales estrategias. El manejo del embarazo en las adolescentes, la violencia contra los niños, la gestión ambiental y la prevención de enfermedades transmisibles fueron parte importante de las actividades realizadas.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. El sistema nacional de vigilancia epidemiológica está constituido por 2.690 establecimientos de salud (208 hospitales, 924 centros de salud, 1.504 puestos de salud y 54 de otro tipo), 33 Direcciones de Epidemiología y una Oficina General de Epidemiología, en los tres niveles del Ministerio de Salud: local, subregional y central. Este sistema vigila y notifica en forma semanal 15 enfermedades de importancia para la salud pública: cólera, peste, fiebre amarilla, malaria por *P. falciparum*, dengue, rabia humana, meningitis meningocócica, sarampión, parálisis flácida aguda, tétanos neonatal, tétanos del adulto, difteria, tos ferina, sida y tífus exantemático. Asimismo, se cuenta con una red de laboratorios de salud pública conformada por un laboratorio de referencia nacional (Lima) y 11 de referencia regional (Piura, Chiclayo, Cajamarca, Iquitos, Tarapoto, Huancayo, Ayacucho, Cuzco, Arequipa, Tacna y Puno). Los laboratorios regionales se encargan básicamente de realizar serología con ELISA y cultivos bacterianos para el diagnóstico de enfermedades transmisibles. El laboratorio nacional realiza además aislamiento viral y, en su laboratorio de biología molecular, pruebas de reacción en cadena de la polimerasa.

En 1995, el tamizaje serológico fue parcial para las distintas enfermedades de riesgo transfusional. La cobertura fue de 60% para VIH, AgHBs y sífilis, y de 4% para la enfermedad de Chagas. La prevalencia de infección en bancos de sangre fue de 0,28% para VIH, 0,70% para AgHBs, 1,21% para sífilis y 0,03% para la enfermedad de Chagas. En 1994 se promulgó la Ley 26454 —y su Reglamento en 1995— que declaró de orden público la obtención, donación, transfusión y suministro de sangre humana; en 1996 se estableció el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre en el Ministerio de Salud.

Protección y control de los alimentos. El país no cuenta con un programa integrado de protección de alimentos. Cada sector (agricultura, salud, comercio e industria, y gobiernos locales) tiene normas sobre protección de alimentos que muchas veces se superponen y otras dejan vacíos. En los últimos años ha proliferado la venta callejera de alimentos; existen aproximadamente 60.000 vendedores callejeros de alimentos en Lima. Muchos de los puestos de venta callejera no cuentan

con acceso a servicios sanitarios en las cercanías y no tienen acceso a agua potable. Las enfermedades transmitidas por alimentos representaban, en promedio, 35% del total de las enfermedades transmisibles notificadas hasta 1990. En 1991, el porcentaje de enfermedades transmitidas por alimentos aumentó a 56,15% por la presencia del cólera. En 1996 y 1997 se notificaron casos de botulismo por el consumo de alimentos en conserva deficientemente manipulados durante el proceso de envasado.

Salud ambiental. El modelo del sistema de manejo ambiental es sectorizado. La Ley del Consejo Nacional del Ambiente, Ley 26410, define como organismo rector de la política nacional al Consejo Nacional del Ambiente, organismo descentralizado que depende del Presidente del Consejo de Ministros y que tiene por finalidad planificar, coordinar, controlar y velar por el ambiente y el Patrimonio Natural de la Nación. La Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), del Ministerio de Salud, es el órgano técnico de nivel nacional encargado de dictar normas, evaluar y concertar con los gobiernos locales y con los otros sectores los aspectos de protección del medio ambiente, saneamiento básico, higiene alimentaria, control de zoonosis y salud ocupacional. El Instituto Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud tiene como función formular normas y políticas de protección ambiental. En lo que se refiere específicamente a los servicios de agua potable y alcantarillado, la Superintendencia Nacional de Agua y Saneamiento, del Ministerio de la Presidencia, tiene como función garantizar a los usuarios la prestación de los servicios de agua potable, alcantarillado sanitario y pluvial y disposición de excretas, y está facultada para promover el desarrollo, y fiscalizar y evaluar el desempeño de las entidades prestadoras de servicio de saneamiento en el país. Por otro lado, el Proyecto Especial Programa Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (PRONAP) centraliza la mayor parte de las inversiones para agua y saneamiento. En cuanto al área rural, no existe en el Ministerio de la Presidencia un organismo que defina la política ni los montos de inversión para saneamiento. En el área rural actúan principalmente el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social, el Programa de Apoyo al Repoblamiento y el PRONAP. Respecto a los servicios de limpieza pública, estos son manejados por los propios municipios que contratan u otorgan la concesión de los mismos a empresas privadas.

Riesgos derivados del medio ambiente. La pérdida de calidad del agua es crítica en algunas regiones del país y se debe fundamentalmente a la contaminación por efluentes provenientes de las actividades productivas de la industria, sobre todo la industria minero-metalúrgica, y por los desechos domésticos y agroquímicos. Solo en Lima y Callao se

descargan cerca de 15 m³/s de aguas residuales no tratadas al mar. Con todo, se encuentran en elaboración estudios y proyectos para la descontaminación del litoral en Lima y se reconoce la necesidad de implantar un sistema de vigilancia de la calidad del agua a nivel nacional que enfoque el problema de manera integral y en el que participen en forma activa todos los sectores productivos del país. Actualmente se trabaja en dos cuencas del país (Santa y Rímac) con este enfoque integrado. También se cuenta con el Programa de Protección de Zonas Costeras y Playas, que tiene a su cargo la vigilancia sanitaria en 70 playas de todo el país.

La calidad del aire es deficiente en algunas zonas del país, como el área metropolitana de Lima y zonas industriales de Chimbote, Ilo y Cerro de Pasco. Las causas principales de este deterioro son el desarrollo industrial no acompañado de la prevención o el control adecuados de la contaminación, y el incremento y mal estado del parque automotor. Mediciones realizadas durante todo el año 1996 en el centro de Lima indican que la concentración promedio anual de partículas totales en suspensión es de 270,48 µg/m³ (límite permisible: 150 µg/m³), y la concentración promedio anual de dióxido de nitrógeno es de 142,9 µg/m³ (límite permisible: 100 µg/m³). Las concentraciones de plomo y de dióxido de azufre se encuentran dentro de los límites permisibles, con 0,415 µg/m³ y 0,0424 ppm (límites permisibles: 0,5 µg/m³ y 0,06 ppm, respectivamente). En Ilo, mediciones efectuadas por DIGESA indican que la concentración de óxidos de azufre excede los valores establecidos por la OMS.

La calidad ambiental del suelo presenta problemas en diversas zonas del país. En la costa se produjo un aumento de la superficie de tierra salinizada por el uso deficiente del agua y el deterioro de los bosques secos por la tala indiscriminada y el sobrepastoreo con ganado caprino. En la sierra el deterioro de las tierras agrícolas se debe a prácticas de cultivo inapropiadas y la consecuente destrucción de la capa de protección en las laderas. En la selva la deforestación va en aumento debido a la creciente explotación agrícola.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares de 1995, 82,4% de los hogares en situación de pobreza extrema ocupan viviendas con piso de tierra, 56,7% tienen paredes de adobe o tapia, 31,9% tienen techo de calamina y 10% tienen techo de paja. En los hogares no pobres, 67,1% tienen piso de cemento, parquet, madera o loseta, 51,3% tienen paredes de ladrillo o bloque de cemento y 37% tienen techo de concreto.

No existe un organismo encargado de la vigilancia de la gestión de sustancias químicas en el país, desde su generación hasta su disposición final, y estas funciones las cumplen diversos órganos de gobierno. Sin embargo, en 1996 se conformó un grupo de trabajo multisectorial para estructurar el sistema nacional de manejo de sustancias químicas. El Sistema Nacional de Defensa Civil está encargado de organizar los operati-

vos en caso de contingencias, y el país cuenta con un Centro de Información Toxicológica y un sistema de información telefónica de emergencias que brindan atención permanente.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La prestación de los servicios de abastecimiento de agua potable tiene muchas limitaciones que inducen a que la población se abastezca de diversas fuentes y a que almacene el agua en condiciones inadecuadas. En el área urbana, 66,1% de la población es servida por red pública dentro de la vivienda, 8% por red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio, 7,7% por pileta pública, 3,7% por pozo, 12,1% por camión cisterna y 2,4% por cursos de agua. El abastecimiento es intermitente en la mayor parte del país. Solo 8% del abastecimiento es continuo, 73% de la población es abastecida durante 16 a 20 horas al día, 18% durante 6 a 15 horas y 1% durante 0 a 5 horas. De 9.531 muestras de agua analizadas entre 1990 y 1996 en varias ciudades del país, 7.633 (80,1%) tenían cloro residual superior a 0,1ppm; de ellas, 3.069 (32,2%) tenían cloro residual superior a 0,4 ppm. En el área rural, 13,2% de la población es servida por pileta pública, 27,3% por pozo, 7,0% por camión cisterna y 52,5% por cursos de agua. En cuanto al desagüe, según la ENAHO-IV95, 47,4% de la población cuenta con alcantarillado y 21,95% con letrina. En el área urbana, cerca de 66% está servida por alcantarillado y cerca de 20% tiene letrina, mientras que en el área rural, cerca de 9% de la población es servida por alcantarillado y 24% tiene letrina.

Servicios de manejo de residuos sólidos. Si bien existen limitaciones para obtener información sobre estos servicios, se han calculado promedios a partir de algunos estudios. Así, se estima que 48% de las vías pavimentadas de las diferentes localidades del país cuentan con servicios de barrido, y que entre 60% y 65% de la población tiene cobertura de recolección de residuos. En cuanto a disposición final de residuos, con excepción del área metropolitana de Lima, que dispone de rellenos sanitarios, y de Piura y Trujillo que, aunque con problemas operativos, tienen también algún tipo de relleno, las ciudades utilizan vertederos sin ninguna condición sanitaria o arrojan los residuos a los cursos de agua. El país no dispone de sistemas adecuados de tratamiento de residuos hospitalarios, la incineración es muy limitada e ineficiente y no existen rellenos donde disponer dichos residuos peligrosos en forma segura.

Insumos para la salud

La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), del Ministerio de Salud, es el organismo de regulación y control de medicamentos en el Perú. En 1994, el valor

del mercado farmacéutico (precios de fábrica) se estimó en US\$ 60 millones para el sector público y US\$ 422 millones para el privado. La apertura del mercado y la liberalización de los precios que imperan desde fines de 1990 han posibilitado una amplia oferta de medicamentos. Según la DIGEMID, 43% de los 7.447 medicamentos genéricos y de marca registrados en agosto de 1995 correspondían a productos nacionales y 56,7% a productos extranjeros. La industria farmacéutica peruana importa algo más de 90% de las materias primas para los procesos de fabricación, y la única empresa quimiofarmacéutica existente produce dos antibióticos betalactámicos que son comercializados mayormente en el exterior. En 1992-1993, de 56 laboratorios inspeccionados (de 65 registrados), solo 25% cumplían las buenas prácticas de manufactura; de las 312 droguerías e importadoras visitadas, 33% presentaban condiciones deficientes de almacenamiento. Por último, la venta callejera de medicamentos constituye un problema creciente en el país: productos falsificados y adulterados llegan a veces a las redes formales de distribución.

El Perú ha sido un país pionero en aplicar programas de medicamentos esenciales. La Lista Básica de Medicamentos Esenciales fue revisada por última vez en 1992 y se aplica hoy en forma limitada. Desde 1994 existe el Programa de Administración Compartida de Farmacias, que provee un conjunto de 63 medicamentos esenciales de bajo costo a cerca de 1.000 centros y 4.500 puestos de salud del primer nivel de atención y que tiene como estrategias principales la autonomía administrativa subregional, la administración de fondos rotatorios y la participación comunitaria. A fines de 1995 el programa se había establecido en 100% de las subregiones, con una cobertura aproximada de 12 millones de personas y con ventas anuales que alcanzaban US\$ 12,6 millones (en el Ministerio de Salud la gratuidad es únicamente para pacientes atendidos en los programas de control y para personas indigentes). Por su parte, el IPSS, con un presupuesto anual de US\$ 50 millones para medicamentos (1996) y unos 6 millones de asegurados, cuenta con un sistema propio de abastecimiento de medicamentos basado en un listado diferenciado por niveles de atención. La práctica de sustitución genérica en el sector privado y público se observa en 35% y 70% de los casos, respectivamente, según una evaluación rápida de la situación farmacéutica nacional realizada entre octubre y diciembre de 1996. Asimismo, en los establecimientos del Ministerio de Salud el promedio de medicamentos prescritos en consultorios es de 1,9, el porcentaje promedio de medicamentos prescritos de acuerdo con su nombre genérico es de 45,6% y a partir de la Lista Básica de Medicamentos Esenciales, de 59,6%. Además, 28,2% de los pacientes atendidos en consultorios recibieron inyectables y 49,2% antibióticos. Finalmente, el porcentaje promedio de un conjunto de 40 medicamentos esenciales disponibles en almacenes, hospitales, centros y puestos de salud fue de 65,5%.

Investigación en salud

El sector no cuenta con una política definida de investigación, aunque se percibe una demanda de investigaciones epidemiológicas y de orden socioeconómico debido al proceso de reestructuración sectorial en marcha. Las principales instituciones que condujeron investigaciones en el período comprendido entre 1991 y 1996 fueron organizaciones no gubernamentales (58%), el sector público de salud (30%), las universidades (5%), el Instituto Nacional de Estadística e Informática (5%) y los organismos de cooperación externa (2%). La atomización de la investigación, y su escasa difusión, discusión y aplicación, constituyen desafíos para su aprovechamiento. El Ministerio de Salud ha creado una Comisión encargada de proponer la política de investigación en el marco de la reforma sectorial.

Gasto y financiamiento sectorial

En 1995 el gasto total en salud representó 3,6% del PIB, manteniéndose estable desde 1992, y el gasto per cápita fue de US\$ 89. El gasto del Ministerio de Salud, los municipios y el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social se mantiene en alrededor de 1% del PIB (el gasto per cápita fue de US\$ 38); el gasto del IPSS representó 1,3% del PIB (el gasto per cápita fue de US\$ 115). El gasto privado representa un monto similar al del IPSS (1,2% del PIB) pero con una tendencia decreciente (1,5% en 1992). La participación del sector salud en el gasto del sector público subió de 9,9% a 13,1% entre 1992 y 1995. El gasto del Ministerio de Salud se concentra ligeramente en las subregiones que presentan mejores indicadores de salud, lo que sugiere un patrón distributivo inadecuado. No obstante el mayor gasto público, se observa que la proporción del gasto privado es importante y que obedece mayormente a la adquisición de medicamentos en general, más que al pago de honorarios privados.

Los procedimientos de programación y presupuesto son sumamente complejos debido a la existencia de diversas fuentes de financiamiento y presupuesto para las subregiones de salud, debido a la pluralidad de instituciones que remiten

fondos (diversos programas e instituciones del Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, cooperación externa). En razón de esto, la cadena de financiamiento es compleja y no llega a consolidarse en presupuestos globales a nivel regional. No se cuenta con una política respecto a la generación de ingresos propios, y existen criterios diferentes según los establecimientos de salud. Esta situación genera inequidades y dificulta la focalización en poblaciones pobres y la aplicación de criterios de costo-efectividad en las tarifas. Algunos estudios demuestran falta de ajuste entre la oferta y la demanda de servicios, con una ocupación muy baja en muchos establecimientos, que sugiere la necesidad de una reestructuración de la oferta instalada existente.

Cooperación técnica y financiera externa

En 1992, tomando como base el informe sobre la cooperación para el desarrollo del PNUD, la asistencia externa al Perú ascendió a US\$ 875.871.000, que incluyó un préstamo concesionario de US\$ 376 millones proporcionados por el Gobierno del Japón para la reforma del sector comercial. El 20,5% provino de fuentes multilaterales, 77,9% de fuentes bilaterales y 1,6% de organizaciones no gubernamentales internacionales. Las principales fuentes de asistencia externa fueron el Japón (US\$ 474,6 millones), los Estados Unidos de América (US\$ 94,7 millones), el Banco Interamericano de Desarrollo (US\$ 94,3 millones), Italia (US\$ 42,8 millones), el Canadá (US\$ 19,5 millones) y la Unión Europea (US\$ 3,9 millones). Los cinco sectores beneficiados con mayores asignaciones fueron los de gestión económica (54,9%), comercio internacional de bienes y servicios (10,8%), desarrollo regional (7,2%), transporte (4,8%) y salud (3,9%). En el período 1992-1996 la cooperación bilateral aportó 60% de los recursos, la cooperación multilateral 35% y las organizaciones no gubernamentales 5%. En 1993, la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa del Ministerio de Salud formuló el Programa Nacional de Cooperación Técnica Internacional del Sector Salud, que destaca tres áreas prioritarias: desarrollo y fortalecimiento de programas y servicios, desarrollo de recursos humanos y cooperación andina en salud.