

CAPITULO 16

EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y EL ANALISIS DE SITUACION DEL PAIS

Dr. Alvaro Whittembury V.

1. OBJETIVO

Exponer los conceptos de Perfil Epidemiológico y Análisis de Situación de Salud. Describir el Análisis de Situación del Perú e identificar los principales problemas de salud del país.

2. EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

El estado de salud, habitualmente se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad. Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral del perfil de la morbilidad incluye no sólo a las enfermedades, sino también a otros problemas de salud como aquellos que afectan la salud mental, los accidentes de tránsito, la violencia, la drogadicción, entre otros.

En el caso del Perú, el perfil de la morbilidad expresa además la condición de pobreza y los bajos niveles de desarrollo del país. Por lo tanto los problemas de salud que lo aquejan son propios de un país poco desarrollado y están relacionados con su evolución demográfica, las condiciones de vida de la población y el desarrollo de los servicios de salud.

A pesar del tiempo transcurrido y de las debilidades que puede tener, la descripción de la mortalidad sigue siendo una de las características más aceptables para comprender el estado de salud de una población. La muerte prematura es considerada una pérdida de "vida buena". Desde este punto de vista la mortalidad es un buen indicador de la calidad de vida. Basados en ello es que se han generado los indicadores de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y años de vida ajustados a discapacidad (AVAD). El primero es un indicador de los riesgos específicos a los que está sometida la población, el cual mide la media de años de vida que se pierde por una causa específica o genérica de muerte, tomando como referencia una esperanza de vida de 70 años. Para el cálculo de los AVAD se combina la medición de la muerte prematura con el tiempo vivido con una discapacidad. Sin embargo, esta última medida es muy compleja y requiere de un buen conocimiento de la morbilidad, información que en nuestro país es incompleta y poco fiable.

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

El análisis de la situación de salud (ASIS), es un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, con el fin de identificar necesidades y prioridades en salud, los cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias.

La disponibilidad de datos válidos y confiables es condición indispensable para el análisis y evaluación objetiva de la realidad sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud.

La búsqueda de medidas objetivas que permitan la caracterización de la situación de salud ha ido variando conforme el concepto de salud lo ha hecho. Así desde los trabajos de William Farr en el siglo XIX era práctica común en la salud pública y especialmente en la epidemiología, la medición de la mortalidad y supervivencia, para a partir de ellos realizar la descripción y el análisis de la situación de salud. Posteriormente, el concepto de salud fue evolucionando y con ello se comenzó a reconocer la necesidad de considerar otras dimensiones del estado de salud. En consecuencia se ha hecho necesario medir además otros aspectos como la morbilidad, discapacidad y determinantes no biológicos de la salud como el acceso a los servicios, la calidad de atención, las condiciones de vida, factores ambientales, entre otros, que permitan un análisis objetivo de la situación de salud.

La nueva concepción de salud obliga a pensar que ésta es el resultado de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. Por ello el análisis de la situación de salud debe considerar tres componentes principales:

1. El análisis de los factores condicionantes.
2. El análisis del proceso salud-enfermedad.
3. El análisis de la respuesta social.

Fuentes de información.

Esta información se puede obtener de diferentes fuentes. Las principales fuentes en nuestro país son:

- Censos de población – INEI.
- Encuestas poblacionales – INEI: ENDES, ENAHO.
- Censos locales, realizados por la propia comunidad, instituciones gubernamentales o no gubernamentales.
- Información de otros sectores como educación, agricultura, transportes, comunicaciones, vivienda, SENAHMI etc.
- Estudios especiales, socioeconómicos, antropológicos y sociológicos.

EL ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES

Principalmente se basa en la descripción y análisis de la situación demográfica y socioeconómica de la población. Su fundamento se basa en lo que se conoce como “estilo de vida”, que viene a ser el comportamiento individual sostenido que está vinculado con los patrones sociales y culturales de residencia que explican un proceso de salud-enfermedad determinado. Comprende tres aspectos interrelacionados: el

material, el social y el ideológico. Asimismo, la interrelación de la población con el medioambiente es especialmente evidente en el caso de las enfermedades transmisibles.

La necesidad de información para este componente es:

- a. Entorno geográfico: superficie territorial, ubicación, referencia, urbanidad/ruralidad, topografía, clima.
- b. Población: población total, grupos de edad, grupos especiales (gestantes, adolescentes), sexo, crecimiento poblacional, fecundidad, natalidad, mortalidad, migración.
- c. Educación: alfabetismo, escolaridad, instrucción superior.
- d. Socioeconómico: pobreza, acceso a servicios básicos, trabajo, etnia, celebraciones sociales y religiosas.

EL ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

El método más utilizado para la caracterización de los problemas de salud en la población es el de la estimación de los indicadores de morbilidad y mortalidad. El análisis del proceso salud-enfermedad se basa en la descripción y evaluación de estos dos indicadores principalmente.

Para la descripción de la morbilidad se utiliza la clasificación internacional de enfermedades, que es un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos. Actualmente se encuentra vigente la décima revisión (CIE-10). La descripción se realiza a partir de grupos de enfermedades:

- Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Tumores.
- Enfermedades del aparato circulatorio.
- Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
- Traumatismos y envenenamiento.
- Demás enfermedades.

Las fuentes de información más importantes para la medición de los indicadores de morbilidad son: el sistema HIS, información del SIS, notificación de la DGE, egresos hospitalarios, estadísticas de los programas de salud (estrategias sanitarias).

Para la descripción de la mortalidad se utilizan las listas de agrupación de causas de mortalidad, que tienen como finalidad determinar el perfil epidemiológico del país o de determinados grupos poblacionales de manera resumida. Para el desarrollo de la lista de mortalidad se recomienda el uso de la lista corta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la CIE-10:

- Enfermedades transmisibles.
- Tumores.
- Enfermedades del aparato circulatorio.
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
- Causas externas de traumatismo y envenenamiento.
- Las demás enfermedades.

Las fuentes de información más importantes son: certificados de defunción, notificación de la DGE, egresos hospitalarios, estadísticas de los programas de salud.

EL ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

Esta parte hace énfasis en la descripción y análisis de la demanda y de la oferta de servicios de salud. La demanda se construye sobre la base de los resultados del análisis de los factores condicionantes y del proceso salud-enfermedad. A partir de ellos se estima la carga de demanda por atención individual y la carga de demanda por atención colectiva. La oferta se describe y analiza en relación a la optimización de la oferta de servicios, es decir, cuánta producción de servicios se puede alcanzar con mayores niveles de eficiencia de los recursos disponibles. Finalmente, con estos insumos que incluyen información sobre la oferta necesaria para atender la demanda priorizada, y de otro lado la oferta optimizada se puede realizar un balance y la búsqueda de brechas que ayuden a mejorar la gestión sanitaria.

Para caracterizar adecuadamente la oferta de servicios se debe abordar los siguientes temas:

- La descripción de la oferta: percepción de los usuarios, la conducción estratégica, la estructura de soporte, los recursos humanos, la organización de la complejidad, la producción.
- La evaluación de la oferta, que se orienta a elaborar juicios sobre el esfuerzo y los resultados logrados en el periodo de gestión.
- La optimización de la oferta, que se orienta al cálculo del rendimiento ideal de los recursos que constituyen la oferta. La lógica del criterio de optimización se dirige a:
 - Determinarla diferencia entre el rendimiento actual y el rendimiento óptimo (brecha de eficiencia).
 - Determinar la diferencia entre la necesidad y rendimiento de los recursos proyectados desde la demanda y las necesidades de salud (resolutividad) en el sentido del balance de oferta y demanda.

FINALIDAD DEL ASIS

El ASIS tiene tres finalidades, medición, explicación y brindar insumos para la gestión.

Medición.

Mide la salud a través de indicadores indirectos (enfermedad o ausencia de salud) y directos, y la respuesta social. A través de éstos busca describir la realidad socio-sanitaria. Principalmente se centra en un análisis descriptivo.

Explicación.

Explica la situación de salud utilizando fuentes secundarias y primarias. El ASIS debe ser capaz de encontrar relaciones significativas entre los indicadores medidos, de modo que se pueda recomendar la investigación sobre probables factores causales. Se debe considerar que no todos los factores tienen igual importancia sobre la salud resultante y que no todos los factores tienen el mismo costo efectividad. Se vale de un análisis de causalidad (incluye el estudio de factores socio-demográficos y de la oferta de servicios).

Insumo para la gestión de resultados.

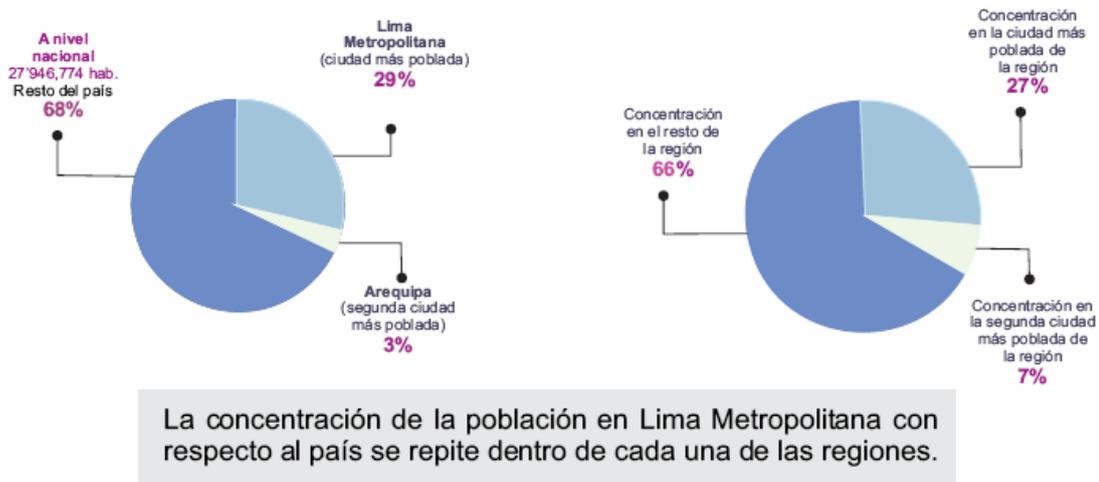
Brinda insumos para la gestión, a través del balance de la oferta/demanda, la priorización poblacional y el análisis costo efectividad.

4. EL ANALISIS DE STIUACION DE SALUD DEL PERÚ

ANÁLISIS DE LOS CONDICIONANTES DE VIDA

La población estimada para el Perú en el año 2006 fue de 28 397 677 habitantes. La Provincia de Lima con 49 distritos (2.7% del total del país) alberga el 29% del total de la población del país. Los departamentos más poblados son Lima, Piura, La Libertad, Cajamarca, Puno y Junín.

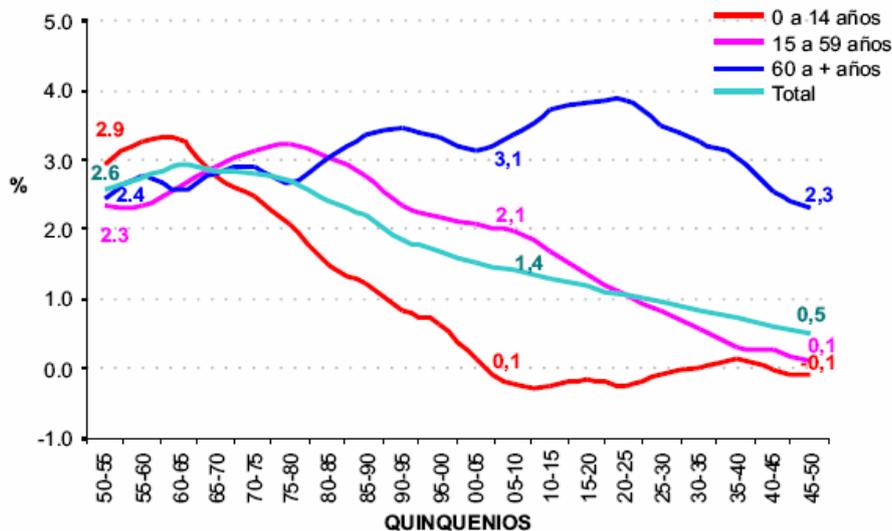
Gráfico 1. Distribución poblacional en Lima Metropolitana y el resto del país.



FUENTE: INEI

En los últimos 30 años la tasa anual de crecimiento ha disminuido de manera sostenida. Para el período 2000-2005 ésta fue de 1.5% con variaciones que oscilan entre 2.84 en Madre de Dios y 1.01 en Lambayeque.

Gráfico 2. Porcentaje de crecimiento poblacional por grupos de edad y años. Perú, 1950-2050.

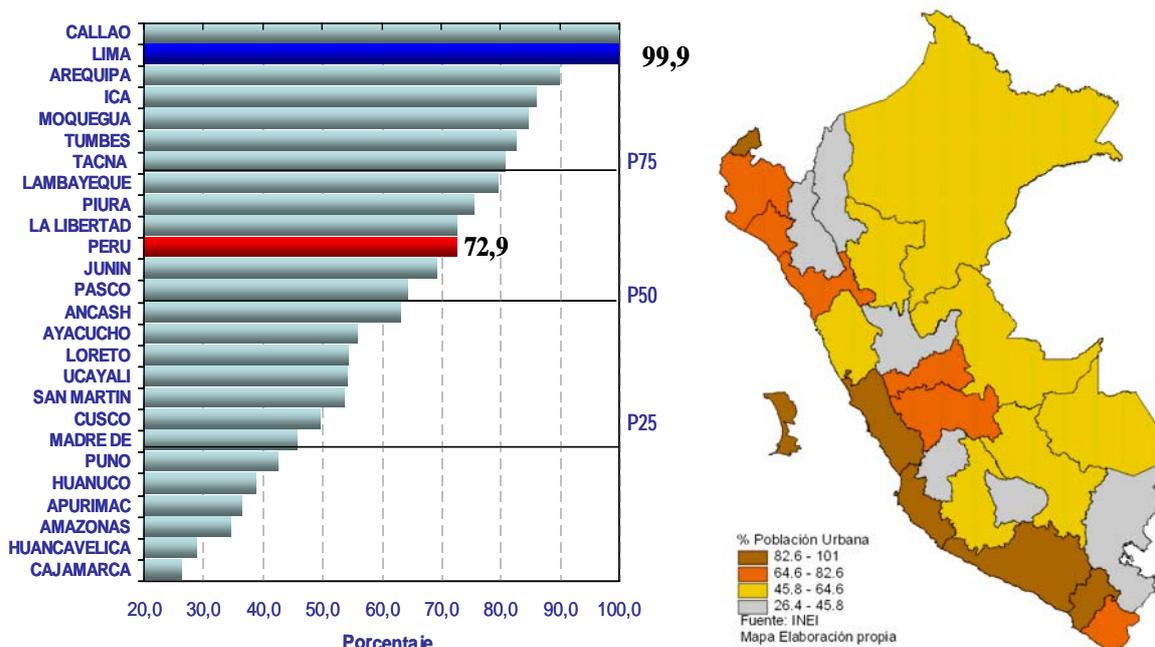


FUENTE: INEI / ELABORACIÓN: DGE

Población urbana y rural.

La población del Perú se encuentra relativamente urbanizada. En 1940 el 35.4% de habitantes vivía en las ciudades. En el 2005 el porcentaje se incrementó al 72.9%. Las regiones con mayor proporción de población urbana (>75%) fueron Callao, Lima, Tacna, Tumbes, Arequipa, Ica, Moquegua y Lambayeque. Las regiones con menor proporción fueron Amazonas, Apurímac, Huancavelica y Cajamarca (<40%).

Gráfico 3. Proporción de población urbana. Perú, 2006.



Composición poblacional.

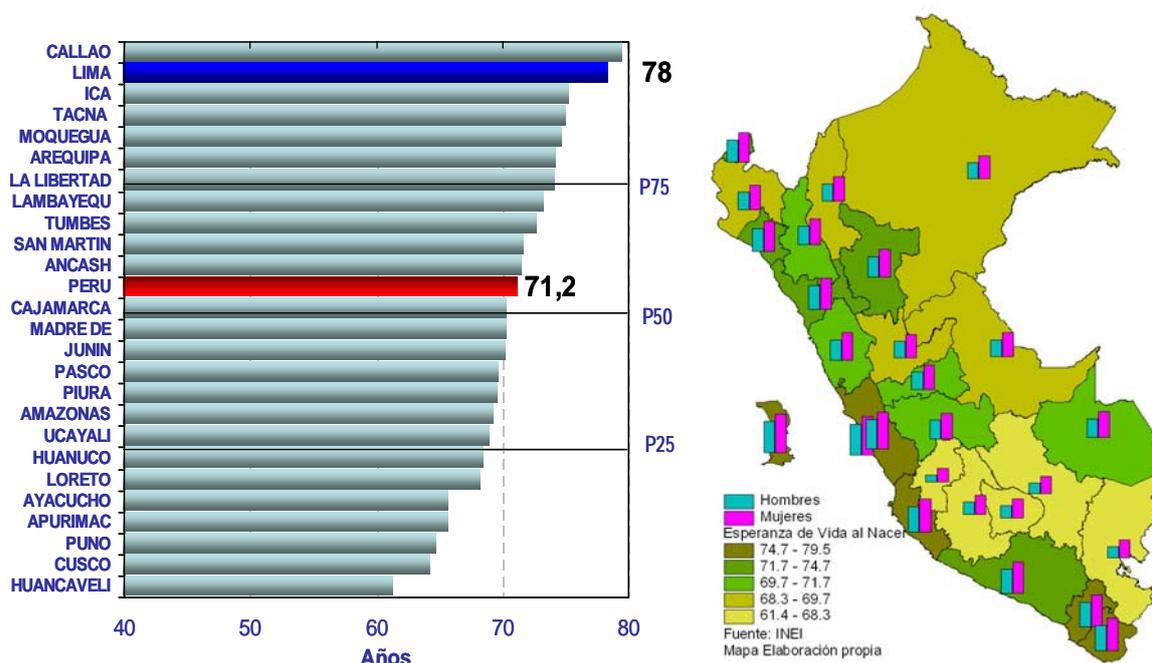
Para el año 2005 la población estuvo constituida por un 50.3% de varones y un 49.7% de mujeres. Asimismo, el grupo de menores de 15 años ha disminuido de 42% en 1972 a 31% en el 2005.

Envejecimiento y esperanza de vida al nacer.

La aceleración del envejecimiento en los últimos 50 años ha experimentado un incremento de 2 puntos porcentuales, de 5.7% a 7.7%. Se estima que en los próximos 20 años la proporción de población adulta mayor se incrementará en 5 puntos porcentuales, con lo que en el año 2025 llegará a 12%.

La esperanza de vida al nacer para el periodo 2005-2010 es de 71.2 años. En promedio este indicador es mayor para las mujeres que para los varones en 5 años. Todas las regiones han aumentado su esperanza de vida al nacer en los últimos 30 años.

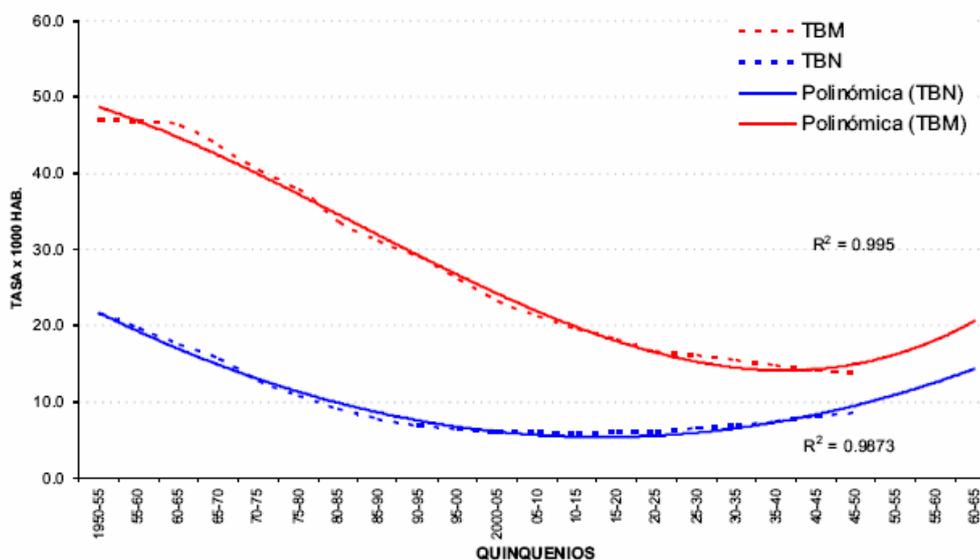
Gráfico 4. Esperanza de vida al nacer. Perú 2005-2010.



Nacimientos y fecundidad.

Durante el año 2005 el INEI ha estimado que han nacido 619 781 niños. El 50% de los nacimientos se produjeron en las ciudades de Lima, Piura, Cajamarca, La Libertad, Puno y Loreto. Durante los últimos 50 años la tasa de natalidad ha descendido y se espera que en los próximos años esta tendencia continúe. En 1950 la tasa global de fecundidad era de 6 y en el 2005 de 2.8.

Gráfico 5. Evolución de la tasa bruta de mortalidad (TBM) y de la tasa bruta de natalidad (TBN) por quinquenios. Perú, 1950-2050.



FUENTE: INEI/ ELABORACIÓN: DGE

Transición demográfica.

La transición demográfica en el país tiene diferentes grados. Hay regiones que han completado su transición demográfica, sin embargo, muchas otras todavía no lo han hecho.

Tabla 1. Clasificación de la transición demográfica. Perú 2005.

I	II		III	IV	V
Incipiente	Rezagada	En avance	Plena Transición	Avanzada	Completa
Fecundidad elevada	Fecundidad Elevada		Fecundidad moderada	Fecundidad Baja	Fecundidad de reemplazo
Mortalidad elevada	Mortalidad Moderada		Mortalidad moderada	Mortalidad Baja	Mortalidad Baja
Huancavelica	Apurímac Puno Ayacucho Loreto Huánuco Cusco	Amazonas Ancash Cajamarca Ucayali Junín Madre de Dios	Pasco San Martín Piura	Arequipa Ica La Libertad Lambayeque Tacna Tumbes	Lima Callao Moquegua
TGF = 6.1 E° = 59.1	TGF = 3.8 - 4.3 E° = 62.3 - 66.9	TGF = 3.2 - 3.8 E° = 67.3 - 70.1	TGF = 2.7 - 3.3 E° = 68.1 - 70.3	TGF = 2.0 - 2.9 E° = 71.4 - 74.2	TGF = 2.1 E° >= 73.6

TGF: Tasa global de fecundidad
E°: Esperanza de vida al nacer

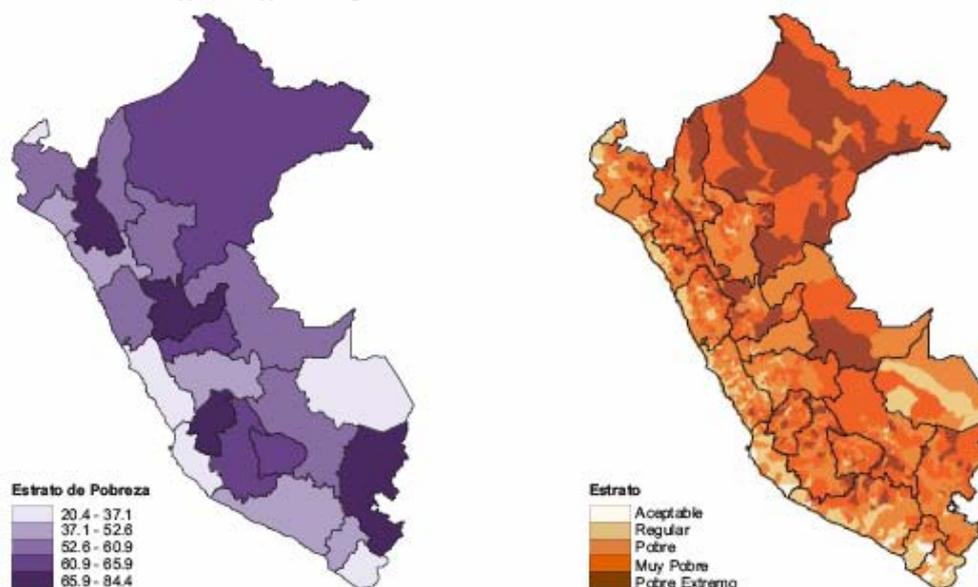
Situación de la pobreza.

Según información del INEI, la pobreza disminuyó 2.7 puntos porcentuales entre los años 2001 y 2004, de 54.3% a 51.6%. Esta reducción se constató tanto para el ámbito urbano (50% a 43.3%) y el ámbito rural (77.1% a 72.5%).

De la comparación de los indicadores de inequidad (generalización del coeficiente de Gini) realizados por el Banco Mundial en el año 2000, se sugiere que el Perú es uno de los países con mayor inequidad en los indicadores de salud. Este análisis se realizó utilizando información de 44 países en función de las tasas de mortalidad infantil,

desnutrición crónica y fecundidad. Los resultados mostraban que el Perú tenía un nivel de inequidad mayor al que le correspondía por el tamaño de su economía (PBI per cápita), lo que perjudicaba sobretodo a los más pobres del país.

Gráfico6. Pobreza según regiones y distritos. Perú 2004.



FUENTE: INEI / ELABORACIÓN: DGE

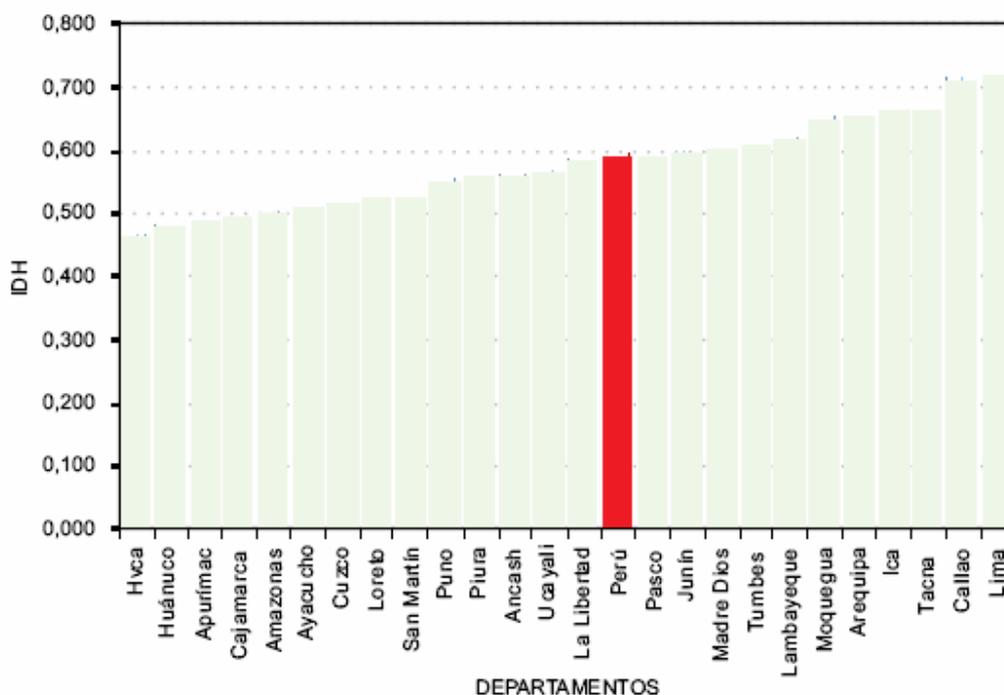


Índice de desarrollo humano.

El desarrollo humano es el proceso a través del cual se amplían las oportunidades a las personas, aumentado su derechos y capacidades. El índice de desarrollo humano (IDH), es un indicador estadístico compuesto que mide el adelanto medio del país con relación a la capacidad humana básica. Está representado por la longevidad, el nivel educacional y el nivel de vida.

Para el año 2003 el Perú tuvo un índice de 0.59, que es mediano según la clasificación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Ningún país de la región llegó a tener un IDH alto (>0.8).

Gráfico 7. Índice de desarrollo humano por regiones. Perú 2003.



FUENTE: INEI / ELABORACIÓN: DGE

Situación de los servicios básicos.

Electricidad.

El servicio se ha incrementado de manera importante en los últimos años, de 67% en 1996 a 73% en el 2004. El incremento fue mayor en el área rural, de 17.8% en 1996 a 32.8% en el 2004.

Agua potable.

El acceso al agua potable también se incrementó del 70% en 1996 a 74% en el 2004. En el área rural el incremento fue de 33% en 1996 a 40% en 2004.

Servicio higiénico o sanitario.

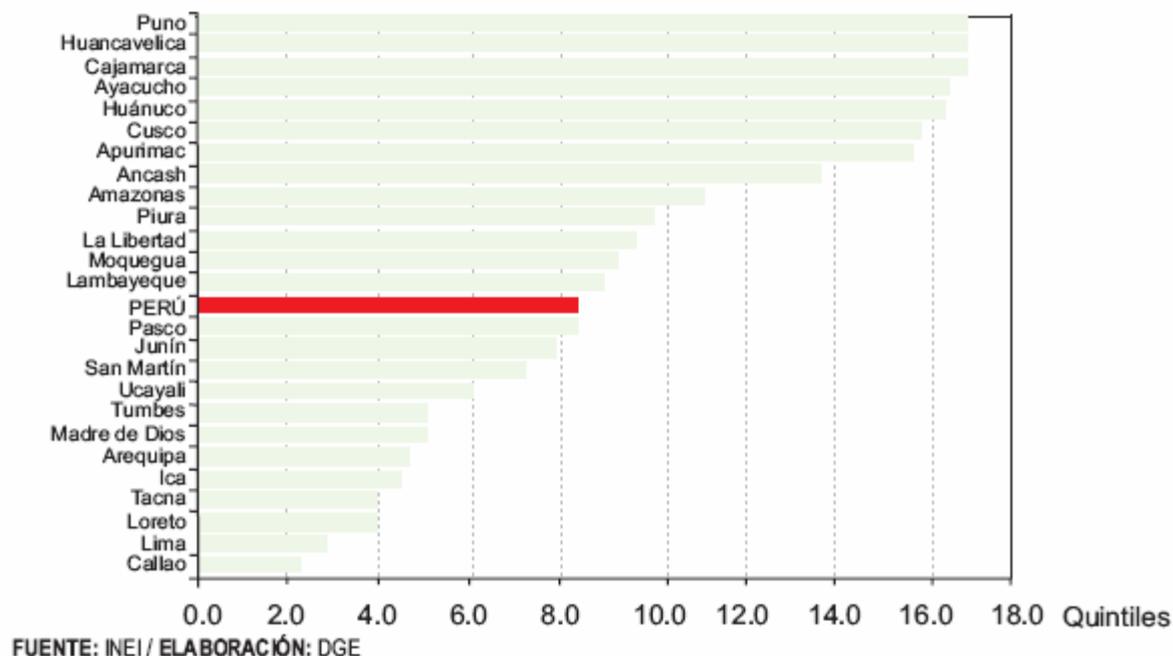
También se ha mostrado un incremento importante. De 69% en 1996 a 82% en 2004 (58% conectado a red pública y 24% de letrinas y pozos ciegos). En el área rural el incremento fue de 37.4% a 57.4%.

Situación de la educación.

El Perú ha logrado avances importantes en cuanto a la cobertura de la educación. Desde este punto de vista, el Perú ya ha alcanzado un sistema masivo casi del estándar de un país desarrollado. Sin embargo, la calidad de la educación y el número de horas efectivamente dictadas, especialmente en zonas rurales continúan siendo los problemas más graves.

La mediana de año de estudio se ha incrementado de 6.1 en 1996 a 7.4 en el 2004. A pesar de ello todavía hay diferencias de estas cifras entre hombres y mujeres (8.0 vs 6.8).

Gráfico 8. Proporción de población analfabeta menor de 15 años. Perú 2004.



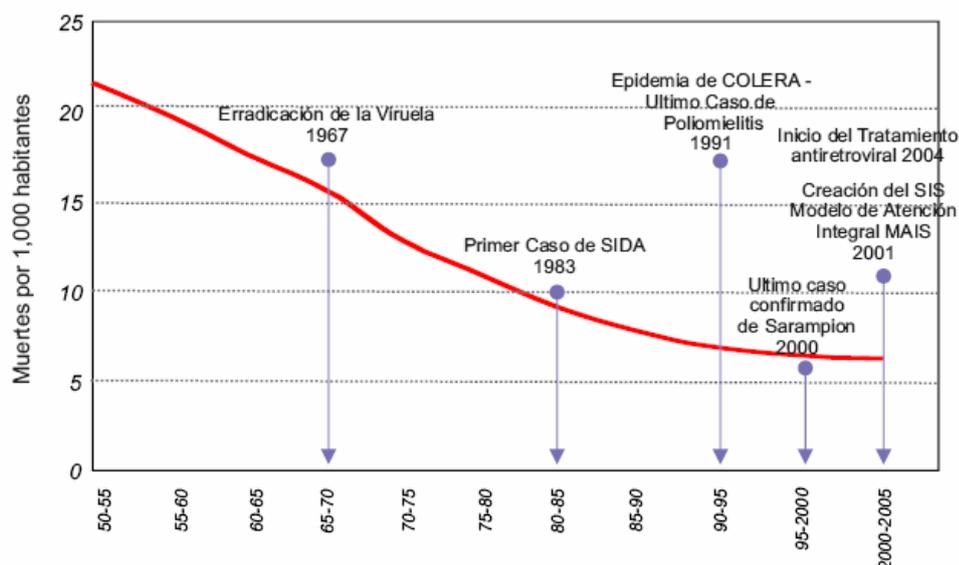
ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

Análisis de la mortalidad.

Mortalidad general.

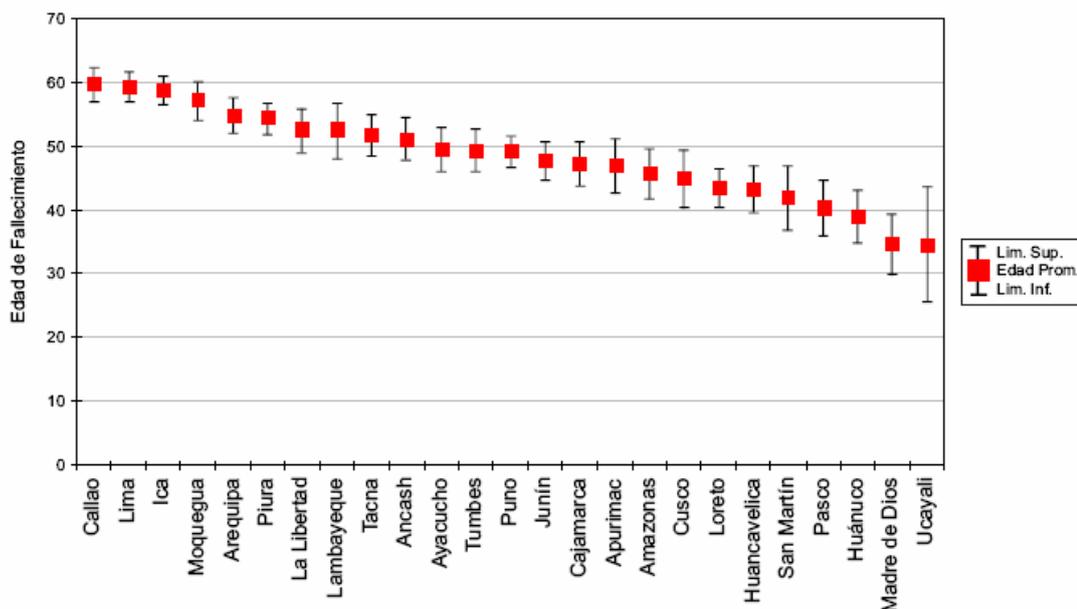
- Tasa bruta de mortalidad. Presenta una tendencia decreciente desde 1950 y con un descenso más marcado en los últimos 40 años. La tasa estimada para el período 2000-2005 fue de 6 por cada 1000 habitantes, 6.6 para el caso de los varones y 5.8 para el caso de las mujeres.

Gráfico 9. Evolución de la tasa de mortalidad e hitos en salud pública. Perú 1950-2005.



- Edad de fallecimiento. Es una variable que resume las inequidades en salud y nos brinda una idea sobre las brechas. En promedio un peruano fallece a los 52 años.

Gráfico 10. Edad promedio de fallecimiento según regiones. Perú 1999-2002.



FUENTE: SISTEMA DEFUNCIONES OGEI-Minsa / ELABORACIÓN: DGE

- Años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Constituyen un indicador que evalúa la mortalidad prematura midiendo los años de vida que se pierden a consecuencia de la muerte. La razón de los años de vida potencialmente perdidos (RAVPP) indica los años de vida perdidos por cada mil habitantes. Durante el período 1999-2002, la razón fue de 138 por cada mil habitantes (156.9 para varones y 118.7 para mujeres).

Tabla 3. Tasa de RAVPP según lista agrupada 6/67 OPS-OMS. Perú 1999-2002.

Lista agrupada / lista 6/67	1999	2000	2001	2002	Periodo 1999-2002
Enfermedades transmisibles	40.5	31.9	29.9	28.3	32.6
Tumores	11.0	11.3	10.6	12.0	11.2
Enfermedades del aparato circulatorio	8.8	9.1	9.0	9.4	9.1
Afecciones originadas en el periodo perinatal	27.9	23.7	23.3	23.4	24.5
Causas externas	24.5	25.7	23.5	22.2	24.0
Las demás Enfermedades	39.8	37.7	34.1	34.8	36.6
Total Perú	152.6	139.4	130.3	130.0	137.9

FUENTE: SISTEMA DEFUNCIONES OGEI-Minsa / ELABORACIÓN: DGE

Tabla 4. RAVPP según diagnósticos principales. Perú 2002.

	Enfermedades	RAVPP
1	Infecciones respiratorias agudas	16.9
2	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	10.7
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7.1
4	Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal	6.9
5	Eventos de intención no determinada	5.3
6	Septicemia, excepto neonatal	5.1
7	Los demás accidentes	4.6
8	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	4.6
9	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	4.3
10	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4.1
11	Accidentes que obstruyen la respiración	3.9
12	Sepsis bacteriana del recién nacido	3.8
13	Enfermedades infecciosas intestinales	3.5
14	Accidentes de transporte terrestre	3.4
15	Resto de enfermedades	3.1
16	Resto de enfermedades del sistema digestivo	3.0
17	Enfermedades del sistema urinario	2.9
18	Tuberculosis	2.9
19	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	2.6

FUENTE: SISTEMA DEFUNCIONES OGEI-Minsa / ELABORACIÓN: DGE

Mortalidad por grandes grupos de causas.

La principal causa de defunción en el Perú, fueron las enfermedades transmisibles y luego las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las causas externas. Si bien las enfermedades transmisibles y las afecciones del periodo perinatal tienen una tendencia a la disminución, las demás tienen una tendencia ascendente.

Tabla 5. Tasa bruta de mortalidad por grandes grupos de causas. Perú 1997-2002.

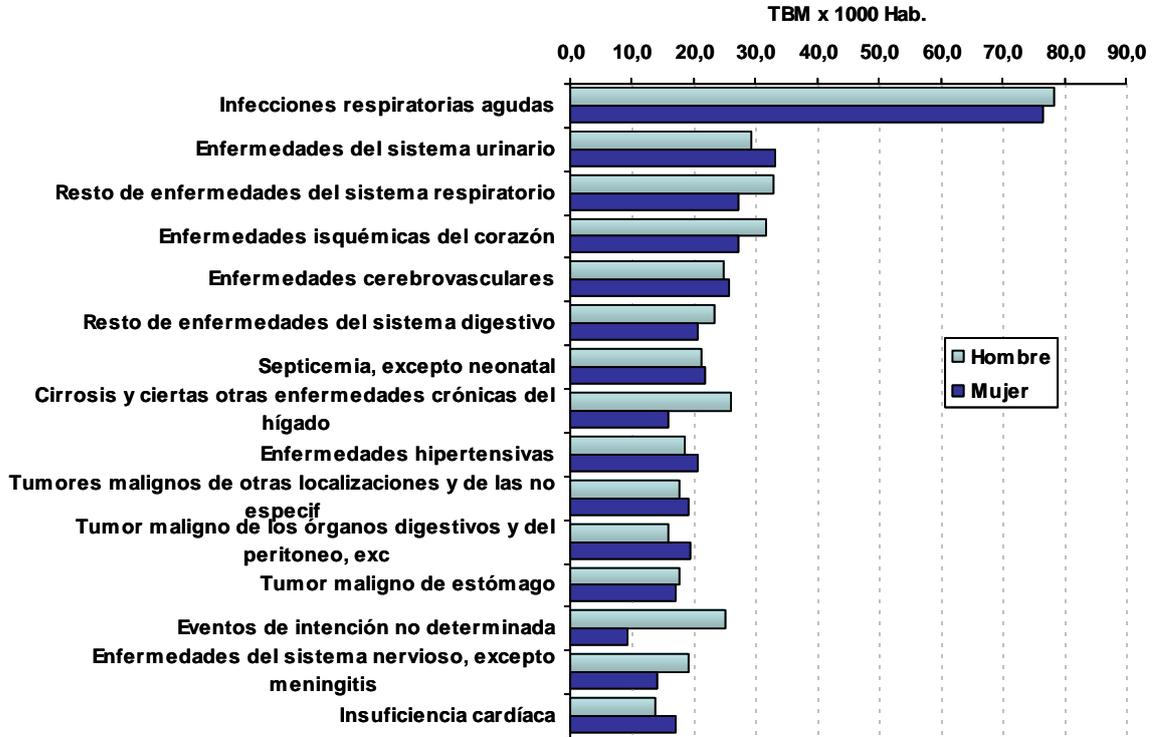
Grandes Grupos de Causas	Tasa x 100 mil habitantes						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1999-2002
Enfermedades Transmisibles	144.6	155.4	143.5	130.3	138.4	127.9	134.9
Tumores	84.8	78.4	96.4	100.5	95.6	103.3	99.0
Enfermedades del Aparato Circulatorio	104.8	106.2	101.2	112.5	110.0	109.2	108.3
Afecciones originadas en el periodo perinatal	46.3	39.1	39.9	33.8	33.3	33.5	35.1
Causas Externas	57.5	59.6	66.5	70.9	63.5	59.6	65.1
Las demás Enfermedades	182.4	179.6	186.0	184.1	180.3	183.3	183.4

FUENTE: SISTEMA DEFUNCIONES OGEI-Minsa / ELABORACIÓN: DGE

Mortalidad por causas específicas.

Las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como causa de muerte, con una tasa de 83.5 para el periodo 1999-2002. Para el año 2004 fue de 77% aprox.

Gráfico 11. Quince primeras causas de muerte. Perú 2004.



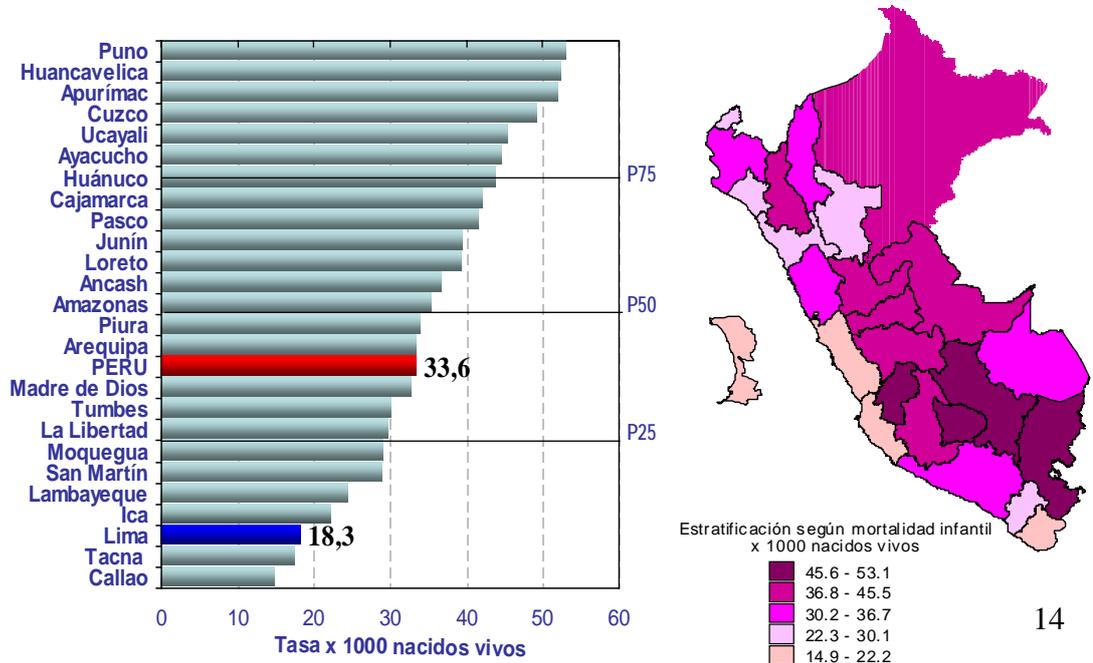
Fuente: Elaboración propia OEASIST / OGE / MINSA

Mortalidad de grupos poblacionales especiales.

Tasa de mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad infantil para el Perú en el año 2000 fue de 33 por cada 1000 nacidos vivos, es decir que 33 niños morían antes de cumplir el año de edad.

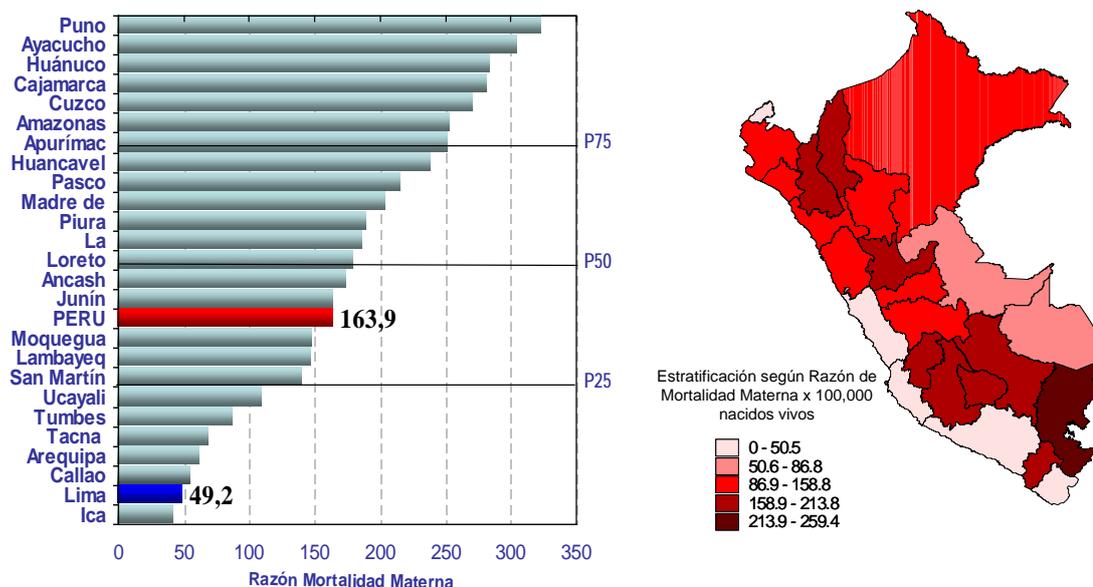
Gráfico 12. Tasa de mortalidad Infantil. Perú 2000.



Tasa de mortalidad materna.

En el Perú para el año 2002, por cada 100 000 nacidos vivos, murieron 164 mujeres como consecuencia del embarazo. En el Perú cada día, 2140 mujeres quedan embarazadas, 813 tienen embarazos no deseados, 856 sufren de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, 94 abortos son atendidos en servicios de salud, 2 mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Gráfico 13. Tasa de mortalidad materna. Perú 2002.



ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

La información sobre la morbilidad debe tomarse con mucho cuidado ya que está influenciada por una serie de factores. Por ejemplo, no se presenta como eventos únicos, sino que puede presentarse de manera repetida en un mismo sujeto. Además el registro puede estar limitado por la organización misma de los servicios de salud y por la manera como las estrategias y los programas condicionan el registro de los datos.

Análisis de la demanda de consulta externa.

Las enfermedades que demandaron más atención en los servicios de consulta externa en los establecimientos del MINSA fueron las infecciones de las vías respiratorias agudas (18.73%), las afecciones dentales y periodontales (8.05%), las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo. Las cifras de EsSalud indicaron que las infecciones respiratorias agudas demandaron la mayor atención, en segundo lugar las dorsopatías y luego las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo.

Tabla 6. Diez primeras causas de demanda de consulta externa. Perú 2004.

ID	Diez primeras causas de Morbilidad	Nº casos	% Acum
1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	4677447	23.42
2	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxila	2104606	33.96
3	Enfermedades infecciosas intestinales	1392803	40.93
4	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	1021471	46.05
5	Desnutrición	757607	49.84
6	Helminiasis	692716	53.31
7	Otras enfermedades del sistema urinario	543993	56.03
8	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	471671	58.39
9	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	448223	60.64
10	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	380913	62.55

Análisis de los egresos hospitalarios.

La primera causa de hospitalización fueron los partos normales, tanto en el MINSA (31.4%) como en EsSalud (9.58%). Las patologías que más se atendieron en hospitales estuvieron estrechamente ligadas con el sexo femenino. La primera causa de hospitalización en varones fue en EsSalud fueron las neumonías (4.18%), mientras que en el MINSA fueron enfermedades de otras partes del aparato digestivo (18.77%).

Tabla 7. Egresos hospitalarios en el MINSA. Perú 2004.

Nº	Lista de enfermedades CIE-10	Nº Casos	%	% Acum.
1	Parto (O80-O84)	156127	31.40	31.40
2	Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	52644	10.59	41.98
3	Embarazo terminado en aborto	30461	6.13	48.11
4	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	30392	6.11	54.22
5	Atención materna relacionada con el feto y complicaciones de	26614	5.35	59.57
6	Neumonías	17136	3.45	63.02
7	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y	16120	3.24	66.26
8	Otras enfermedades del aparato respiratorio	12709	2.56	68.81
9	Enfermedades infecciosas intestinales	12046	2.42	71.23
10	Enfermedades del aparato urinario	11020	2.22	73.45
11	Traumatismos de la cabeza y cuello	10039	2.02	75.47
12	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	8342	1.68	77.15
13	Traumatismos de los miembros inferiores	7957	1.60	78.75
14	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	6617	1.33	80.08
15	Traumatismos de los miembros superiores	6332	1.27	81.35
	Demás Enfermedades	92742	18.65	100.00
	Total	497298	100.00	100.00

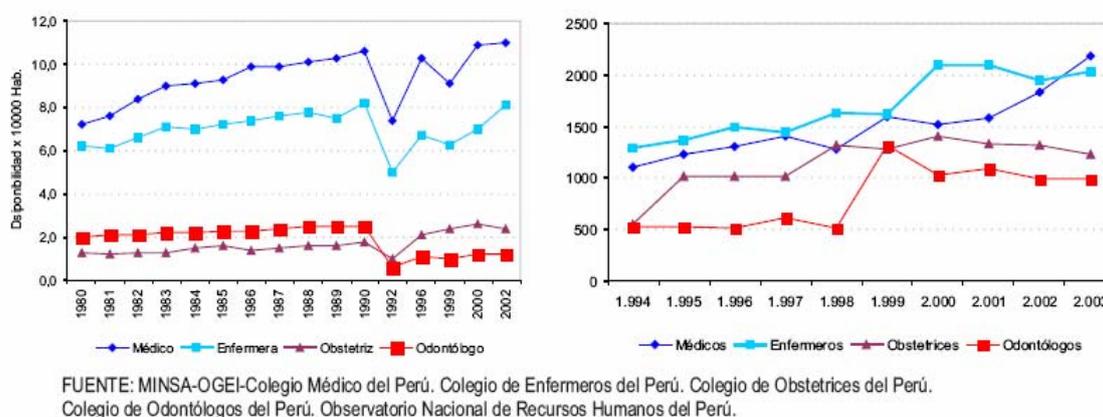
FUENTE: BASE DE DATOS EGRESOS HOSPITALARIOS OGEI-Minsa

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL

Recursos humanos.

En el año 2004 laboraban en el MINSA y EsSalud 18 561 médicos, 17 331 enfermeras, 5 880 obstetrices y 2063 odontólogos. Este recurso estaba principalmente concentrados sobretodo en las regiones de Lima, Arequipa, Callao y La Libertad; y en menor proporción en Madre de Dios, Tumbes y Huancavelica. La disponibilidad de profesionales de la salud en el 2004 fue de 6.6 médicos por cada 10 mil habitantes, 6.2 enfermeras, 2.1 obstetrices y 0.7 odontólogos, respectivamente. El número de profesionales de la salud colegiados entre 1994 y el 2003 mostró una tendencia ascendente.

Gráfico 24. Tendencia de los recursos humanos. Perú 1980-2002.



Infraestructura sanitaria.

En el año 2005 se registraron 8051 establecimientos de salud. El MINSA administró el 84.7% del total, EsSalud el 4%, las fuerzas armadas y la policía el 4.2% y los privados el 7%. A nivel nacional habían 2.6 establecimientos por cada 10 mil habitantes.

Tabla 8. Establecimiento del sector salud. Perú 2005.

Institución	Tipo de Establecimiento			Total
	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	
Subsector Público				
MINSA	146	1,203	5,472	6,822
ESSALUD	78	68	179	325
Fuerzas Armadas	16	44	0	60
Policiales	5	77	198	280
Subtotal	245	1,392	5,849	7,487
Subsector No Público				
Privado	208	356	0	564
Subtotal	208	356	0	564
Total del Sector	453	1,932	5,670	8,051

Provisión de servicios.

Servicios de salud individual.

Según la ENAHO 2003, el 42.9% declaró enfermedad, malestar o accidente en las últimas 4 semanas previas a la encuesta. De este grupo el 62.3% demandó atención de salud y fue atendido. El 37.7% pensó en atenderse, pero no tuvo acceso a los servicios por diferentes motivos.

Durante el año 2004 el MINSA y EsSalud atendieron aproximadamente a 10 millones de personas y realizaron casi 31 millones de consultas. El MINSA prestó servicios al 67% de los pacientes atendidos y realizó el 60% de las consultas.

A nivel nacional el MINSA y EsSalud produjeron 1 millón de egresos durante el año 2004. El 64% le correspondió al MINSA.

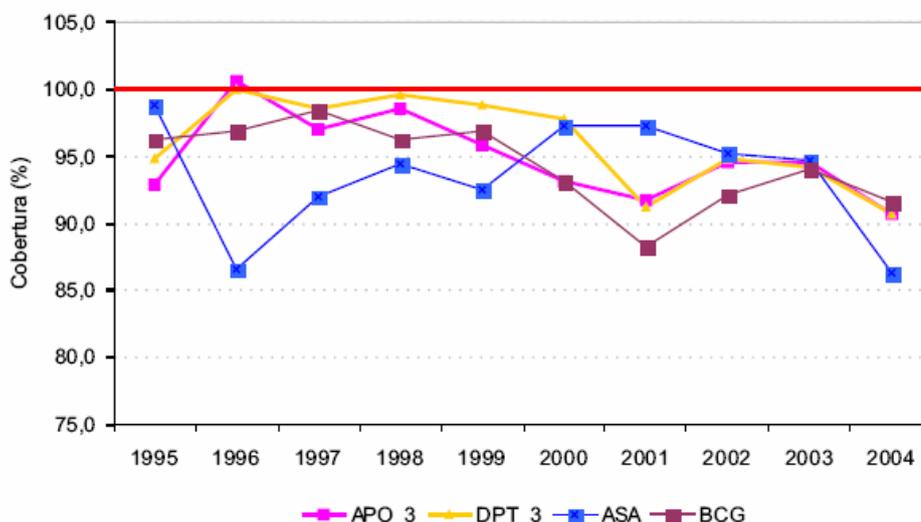
Servicios de salud poblacional.

Los programas de salud pública de mayor relevancia para el país son las inmunizaciones y los orientados a la salud materna.

Respecto de la vacunación, se consiguieron coberturas mayores del 85%. Sin embargo, la tendencia de las coberturas ha sido a la disminución en los últimos 10 años.

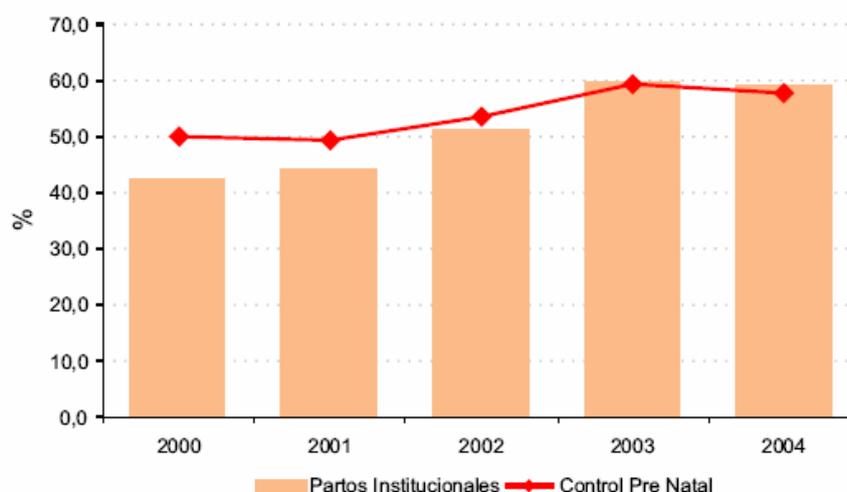
Por otro lado la atención prenatal y el parto institucional fueron dos intervenciones importantes que disminuyeron la morbilidad y mortalidad materna. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endes) del año 2004, el 87% de las mujeres entrevistadas tuvieron 4 ó más controles prenatales, pero se mostró una brecha de 14% entre el área urbana y rural (92.6% vs. 78.6%).

Gráfico 25. Tendencia de la cobertura de vacunación. Perú 1995-2004.



FUENTE: OGEI - Minsa

Gráfico 26. Cobertura de atención prenatal y parto institucional. MINSA, Perú 2004.



Análisis. FUENTE: OGEI - Minsa

En el Perú existen los siguientes tipos de aseguramiento en salud, el Seguro Integral de Salud (SIS), el seguro social EsSalud, la sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, y los seguros privados. En el 2003, el 40% de la población peruana contaba con algún tipo de seguro.

En el año 2001, más de 13 millones de peruanos se encontraban fuera del régimen de contribuyentes y en situación de pobreza, lo que representaba poco más del 50% de la población total. Es cuando se creó el SIS, tras la fusión del seguro escolar y el seguro materno-infantil cuyo número de afiliados era de 4 millones. Para el 2005 el número de afiliados alcanzó la cifra de 11 millones.

Tabla 9. Tendencias en la afiliación a seguros de salud. Perú 1985-2005.

Afiliación a Seguros	1985	1994	1997	2000	2003	Población 2005 (En Millones)	Pob 2005	%
Con seguro	17.6	25.4	22.7	32.3	40.4	Peruanos con Seguridad Social	6,527	24.96
- EsSALUD		21.0	18.9	18.4	14.0	Peruanos No Pobres sin Seguridad Social	5,992	22.91
- EsSALUD / EPS				1.3	1.7	Pob. SIS 2005/2006	11,026	42.16
- EsSALUD y Seguro Privado		0.9	0.5	0.4	0.7	Meta SIS 2005/2006 seguro contributivo	300	1.15
- Seguro Privado de Salud		1.6	1.7	1.6	1.0	Meta SIS 2005/2006	2,307	8.82
- Seguro de FF.AA. y Policiales		1.8	1.6	1.3	1.6	Total	26,152	100.00
- Seguro Integral de Salud					19.7			
- Seguro Escolar Gratuito				8.0	1.6			
Sin seguro	82.4	74.6	77.3	67.7	59.6			
Total (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
Total Población	16'760,442	22'791,142	24'326,552	25'625,031	26'727,809			

Elaborado en base a: OPS/OMS Minsa Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud, Perú 1985-2000. Tesis de grado en Economía. Silvia Saravia, Universidad del Pacífico 2004. Anuario SEPS 2004

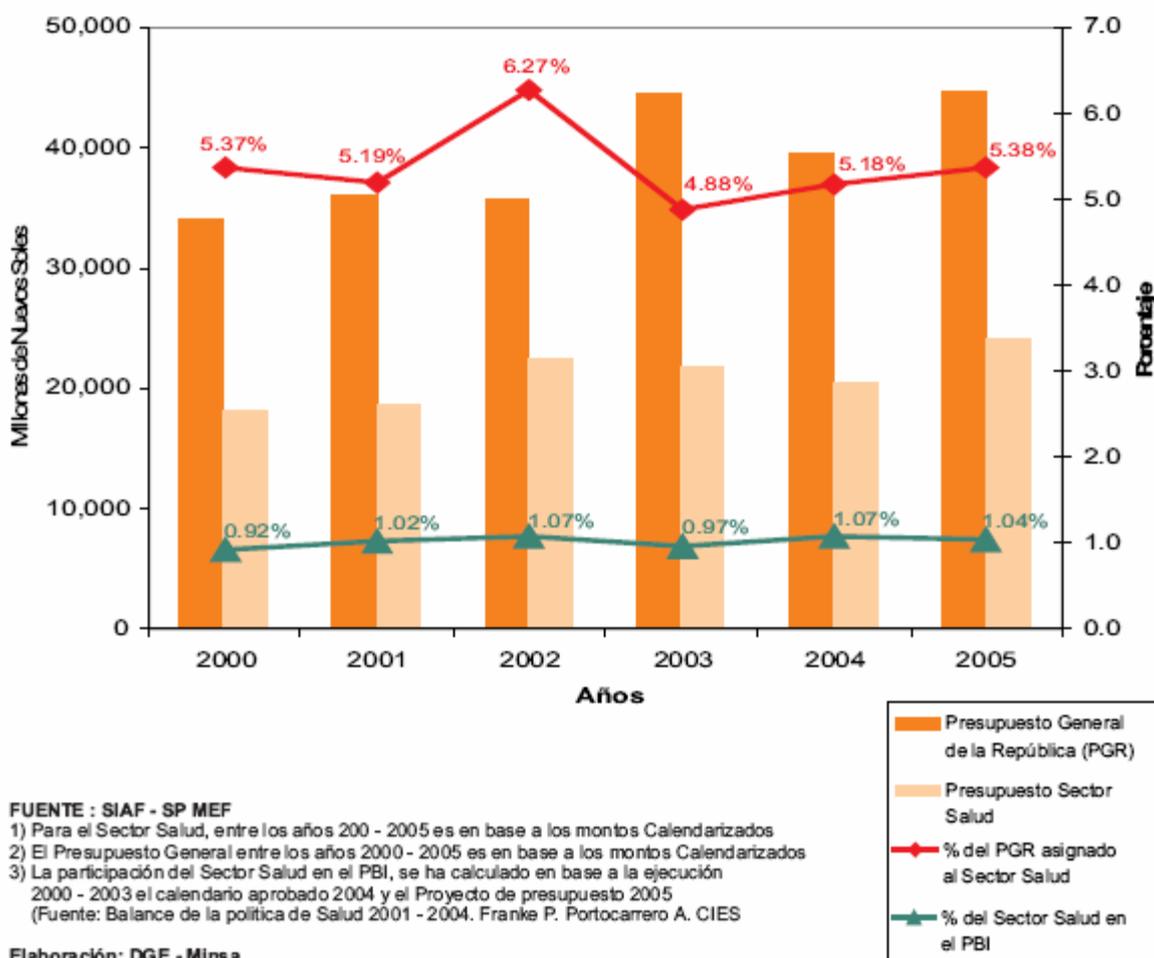
FUENTE: SIS-Boletines Estadísticos

Presupuesto del sector salud.

En los últimos años el presupuesto general de la República ha mostrado un incremento en la asignación de sus montos. En el año 2000 el presupuesto alcanzó la cifra de 34 mil millones de soles y en el año 2005 fue de 44 mil millones de soles. En forma similar en el sector salud la asignación presupuestal se incrementó de 1 800 millones a 2 407 millones para el mismo período. La participación del presupuesto del sector en el

producto bruto interno (PBI) para el 2005 fue del 1% y en presupuesto general de la república (PGR) fue del 5.38%.

Gráfico 27. Participación del sector salud en el presupuesto general de la República. Perú 2000-2005.



5. LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DEL PERU

El proceso para determinar los principales problemas y prioridades en salud presenta diferentes grados de dificultad. No existe un método que permita cuantificar necesidades y establecer los principales problemas de salud de una población.

Principales daños a priorizar.

Para ello se utilizarán como indicadores la razón de años de vida potencialmente perdidos, la razón estandarizada de mortalidad, la magnitud de la mortalidad y las tendencias de los daños.

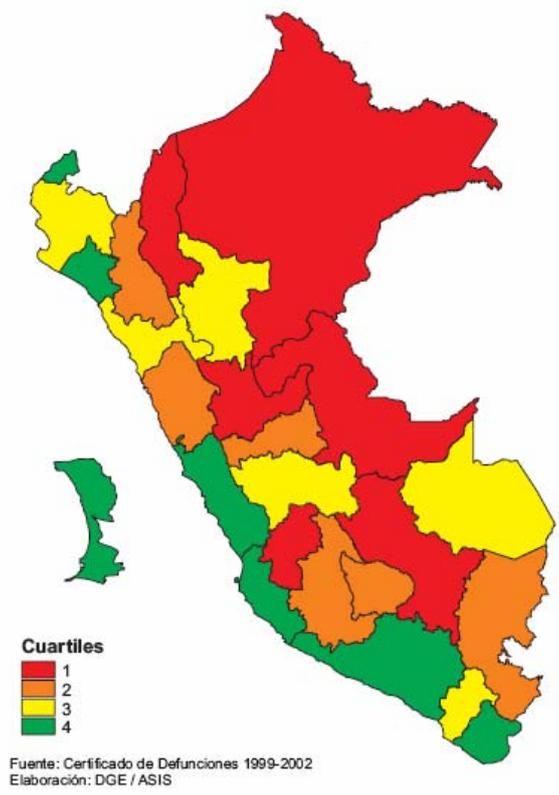
Principales regiones a priorizar.

Para determinar las regiones a priorizar se utilizará la metodología del índice de necesidades en salud. El cálculo de este indicador se basó en el método de indicadores sociales desarrollado en los Estados Unidos para la asignación de recursos. Para ello se

seleccionaron los criterios sociodemográfico, de morbilidad, mortalidad y de respuesta social. Para cada criterio se clasificó al país en cuatro estratos.

De acuerdo a la priorización integrada de los criterios mencionados, las regiones con mayores necesidades en salud y que deben ser priorizadas son Huancavelica, Huánuco, Cusco, Amazonas, Ucayali y Loreto.

Gráfico 28. Estratos de priorización por cuartiles según integración de criterios. Perú 2005.

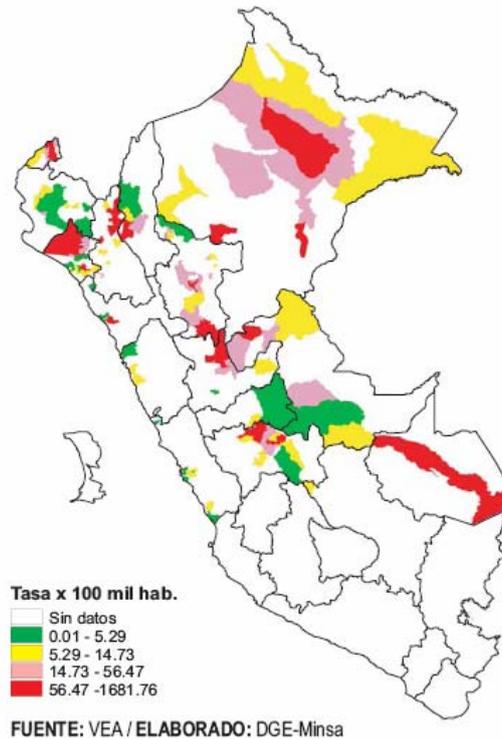


Análisis de las principales enfermedades de interés nacional.

Dengue.

El dengue es una enfermedad viral transmitida por un vector, el mosquito *Aedes aegypti*. Durante el año 2005 se registraron 6358 casos confirmados de dengue clásico. El 80% de los casos procedieron de Loreto (27.8%), Jaén (18.2%), Lambayeque (15.3%), Lima Norte (12%) y Bagua (6.6%). Los casos se distribuyeron de manera semejante entre ambos sexos (48.7% varones, 51.3% mujeres). El grupo de edad más afectado fue el de 20 y 64 años (58.3%).

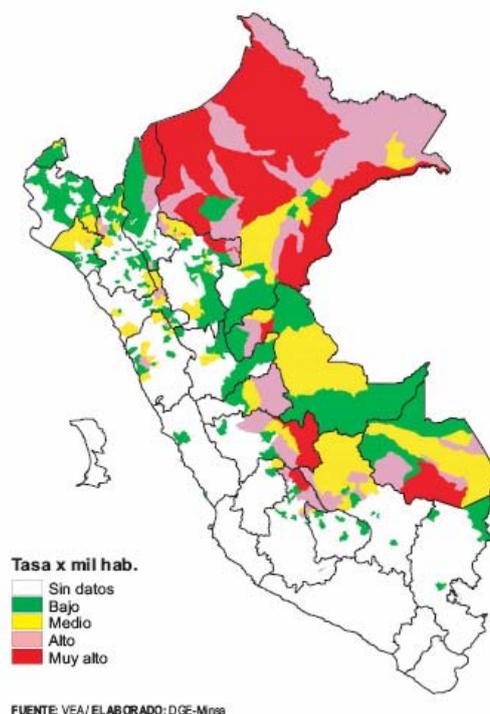
Gráfico 14. Estratificación de dengue clásico. Perú 2005.



Malaria.

La malaria es una enfermedad producida por un parásito del género plasmodium. Se transmite a través de un mosquito del género anopheles. La malaria se distribuye en el 75% del territorio nacional. Durante el 2005 se reportaron 87 564 casos de malaria. El 82.9% (72 611) correspondieron a malaria vivax y el 17.1% (14 953) correspondieron a malaria falciparum. La mayor incidencia se presenta en la selva. El 76.5% de los casos corresponde a la selva amazónica y el 17.1% a la selva central.

Gráfico 15. Estratificación de malaria según distritos. Perú 2005.

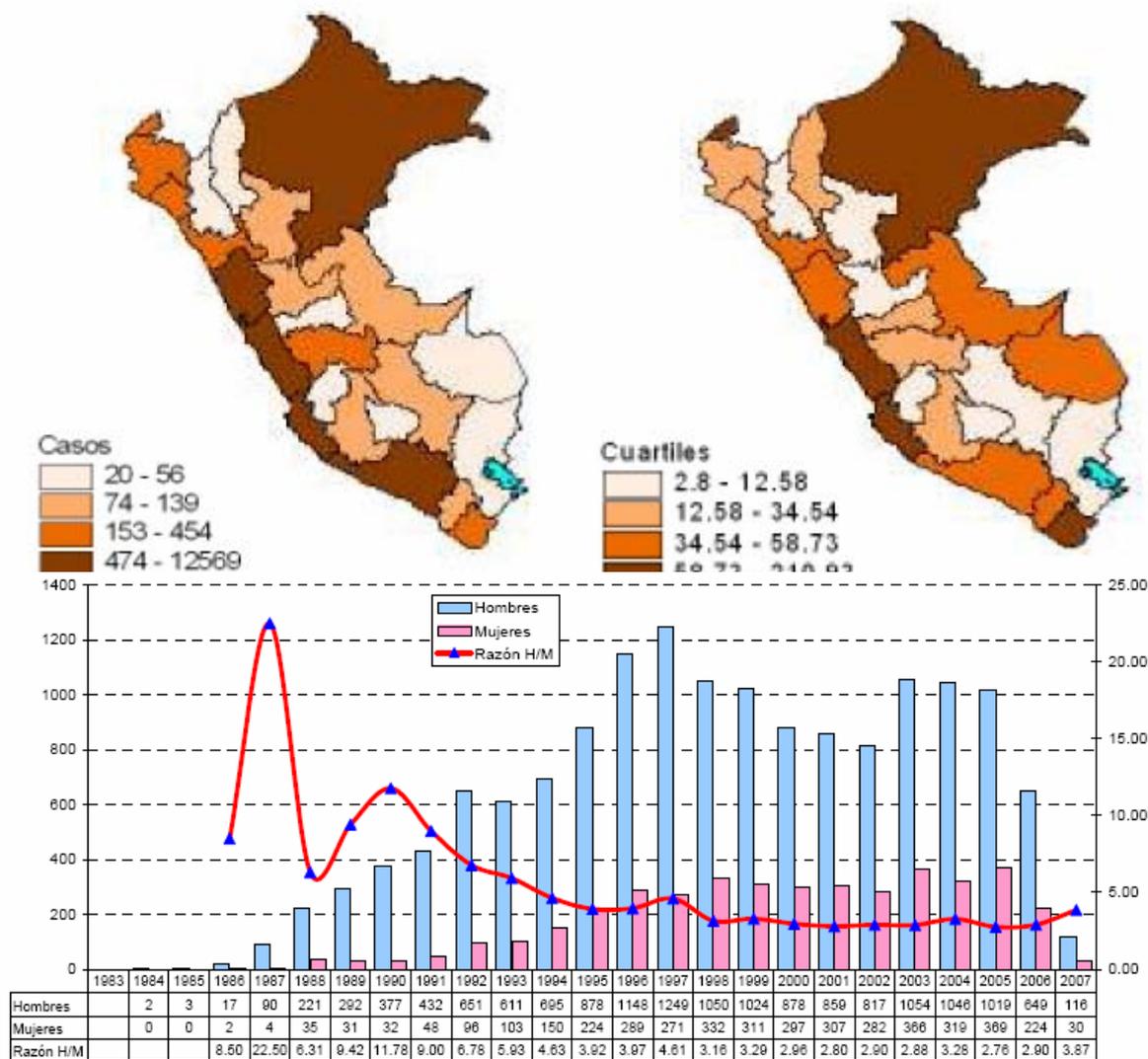


VIH/SIDA.

Hasta abril del 2007, La DGE registró 19 761 casos de SIDA y 28 624 casos de VIH. La vía de transmisión más frecuente es la vía sexual (96% del total). Vías menores de transmisión fueron la transmisión vertical (3% del total de casos) y la vía parenteral (1%). A lo largo de los años se ha observado una disminución de la razón varón/mujer de los casos de SIDA; para el año 2006 fue de 2.9/1, lo que indica que la epidemia se está heterosexualizando, es decir que estaríamos pasando de una situación de epidemia concentrada, donde la prevalencia de la enfermedad es elevada (>5%) en grupos de elevada prevalencia de ITS (GEPETS), a una epidemia generalizada, en la cual la prevalencia es elevada en la población general (>1%). Lima y Callao concentran el 72% de los casos de SIDA registrados.

Casos acumulados 1983 - 2006

Incidencia acumulada 1983 - 2006



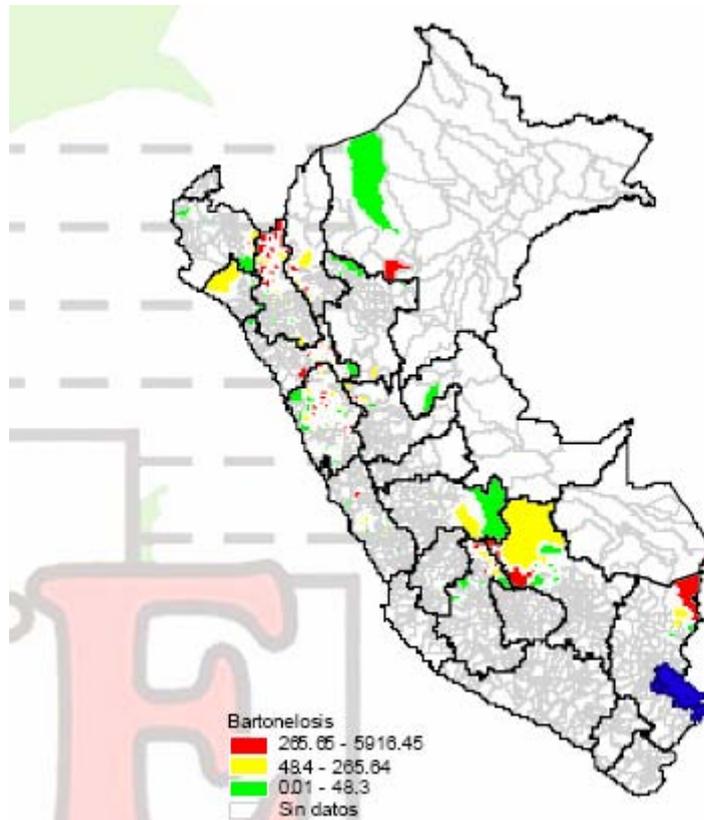
Fuente: GTETS/VIH/SIDA OGE - MINSA

Enfermedad de Carrión (Bartonelosis).

La Enfermedad de Carrión es producida por la bacteria *Bartonella bacilliformis* y es transmitida por mosquitos del género *Lutzomyia* spp. Desde 1997 al 2004, la incidencia de bartonelosis en el Perú se incrementó en 5.7 veces. Para ese período se reportaron

284 muertes por causa de esta enfermedad. Durante el 2005 se reportaron 10 664 casos, con una tasa de incidencia de 38.2 por 100 mil habitantes y 35 muertes por bartonelosis aguda. En el año 2006 se reportaron 5 769 casos de los cuales 18 fallecieron.

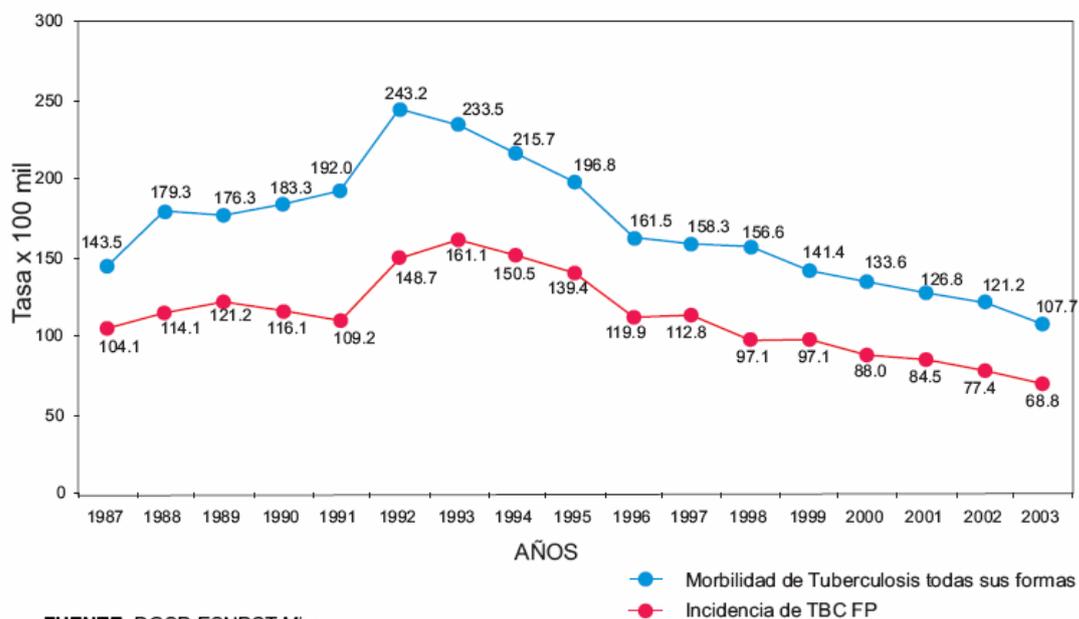
Gráfico 18. Incidencia de bartonelosis. Perú 2006.



Tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad producida por la bacteria Mycobacterium tuberculosis. La tuberculosis sensible al tratamiento tuvo durante el año 2004 una tasa de morbilidad de 124.4 por 100 mil habitantes y una tasa de incidencia de 107.7. La tendencia del número de casos es decreciente desde 1992 al igual que la captación de sintomáticos respiratorios desde el 2001.

Gráfico 19. Incidencia de tuberculosis. Perú 1987-2003.

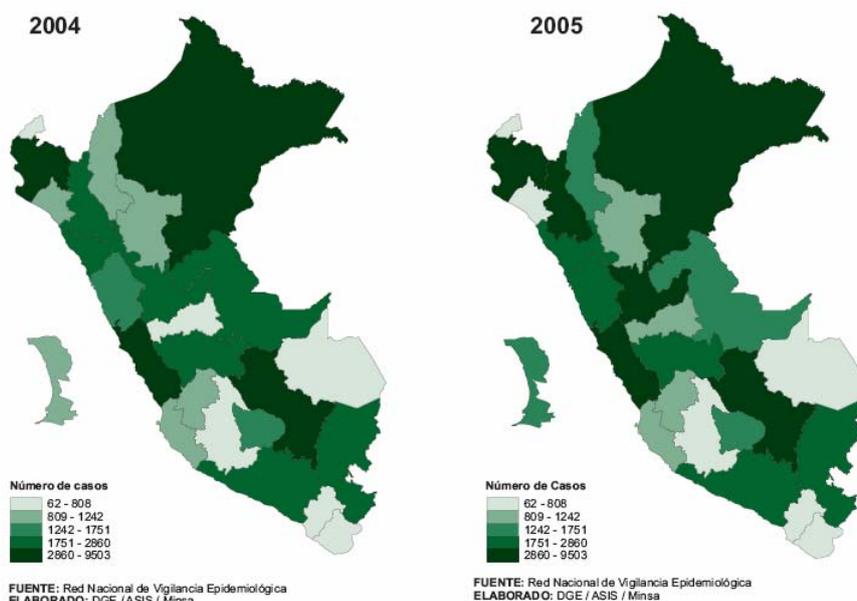


FUENTE: DGSP-ESNPCT Minsa.

Infecciones respiratorias agudas.

Durante el año 2005 se notificaron 46 569 casos de neumonías en la población menor de 5 años. De ellos 611 casos fallecieron, de las cuales el 55.3% (338) ocurrieron fuera de un establecimiento de salud, hecho que se dio con mayor frecuencia en el área rural del país. La mayor mortalidad se presentó en Puno, Cajamarca, Lima Sur, Huancavelica y Cusco.

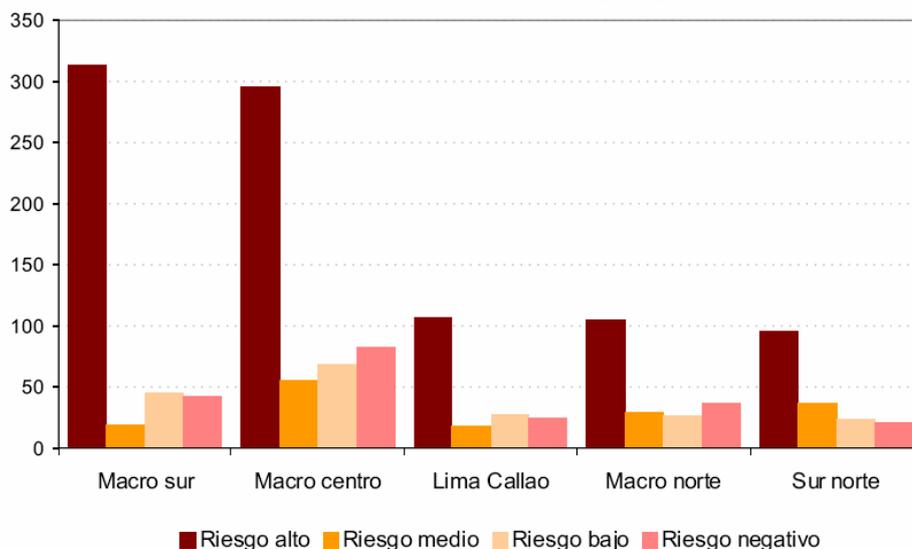
Gráfico 20. Incidencia de neumonías por región. Perú 2004-2005.



Sarampió

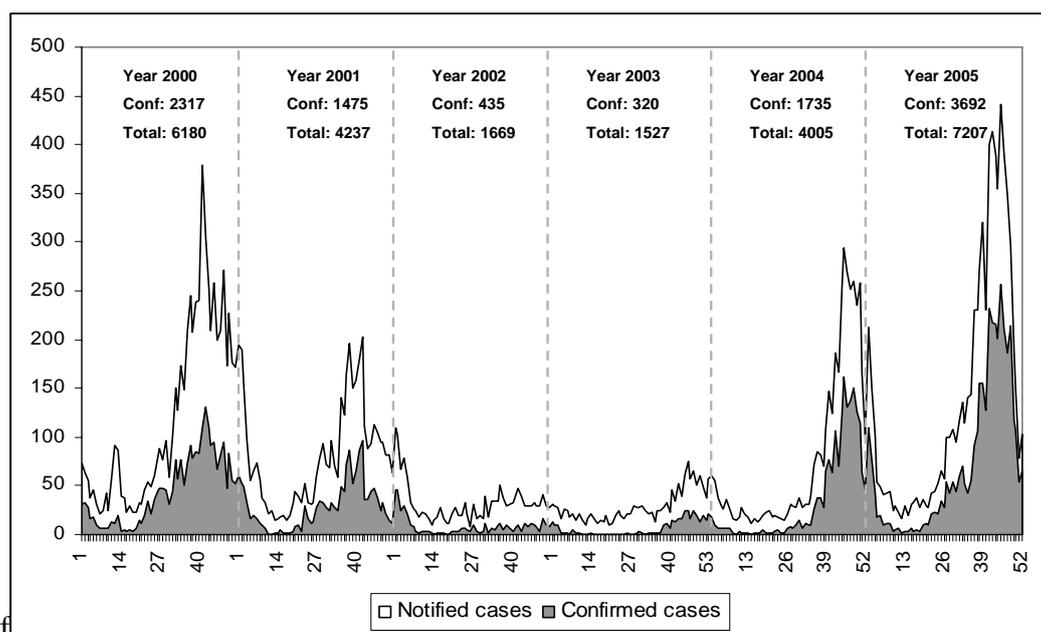
El último caso de sarampión en nuestro país se presentó en Callao, en el distrito de Ventanilla en el año 2000. Desde ese mismo año, la vigilancia de sarampión se realiza de manera conjunta con la vigilancia de rubéola. Durante los años 2004 a 2006 se han cumplido con 4 de los 5 indicadores internacionales de vigilancia luego de la erradicación del sarampión. El principal problema ha sido identificado en la demora de los laboratorios del Instituto Nacional de Salud para procesar las muestras. Durante los años 2004-2005 la mayor parte de los distritos del país se encontraban en alto riesgo para la reintroducción del sarampión por la baja cobertura de la vacunación regular. Con respecto a la vigilancia de rubéola se han producido picos epidémicos en el año 2000-2001 y 2004-2005. Durante el año 2006 se realizó la campaña nacional de vacunación contra la rubéola y el sarampión en personas de 2 a 39 años, con lo que se espera eliminar la rubéola y mejorar el índice de riesgo del país para el sarampión.

Gráfico 21. Vacuna ASA/SPR. Estratificación de riesgos por regiones. Perú 2001-2005.



FUENTE: Red Nacional de Epidemiología / ELABORADO: DGE-Minsa

Gráfico 22. Casos notificados y confirmados de rubéola. Perú 2000-2005.

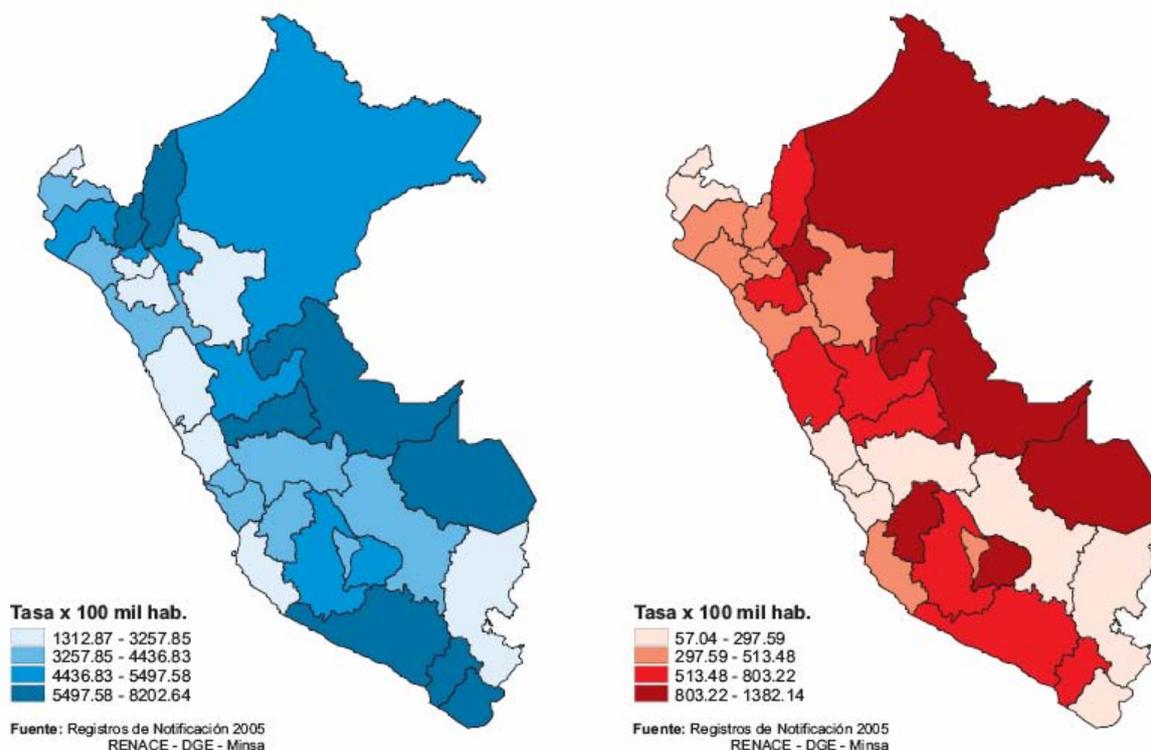


Enf

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es un síndrome que se caracteriza por el aumento de la frecuencia de las deposiciones. Se considera aguda si dura menos de 14 días y persistente si dura 14 ó más días. El 80% de los casos remiten espontáneamente.

Desde el año 2002 no se han vuelto a presentar casos de cólera en el Perú. El último brote se produjo en el año 1998. Su importancia radica tanto en el número de casos anuales que se producen, como por su efecto negativo en el estado nutricional de los menores de 5 años. Durante el 2006 se notificaron 1 222 327 episodios de EDA. La razón de EDA acuosa/disentérica fue de 10.7/1.

Gráfico 23. Distribución de episodios de EDA acuosa y disintéricas por regiones. Perú 2005.



BIBLIOGRAFÍA

1. Perú, Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Guías para el análisis de la situación de salud. Lima: Ministerio de Salud; 2002.
2. Alarcón VJ. Perú: El perfil epidemiológico en un contexto de demanda reprimida de servicios de salud. Partners for Health Reformplus. Bethesda, Maryland; 2003.
3. From information to knowledge: Assimilating public health data. Am J Public Health. 1993;83(9):1205-7.
4. Grupo de análisis del Programa Especial de Análisis de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud: elementos básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín epidemiológico. 2001;22(4):1-5.
5. Perú, Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Análisis de la situación de salud del Perú – 2005. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
6. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología [página web en Internet]. Lima: Ministerio de Salud; c2005-2007 [citada el 01 de junio 2007]. Sala de situación virtual. Disponible en: <http://www.oge.sld.pe/salasit.php>