
PRIORIDADES EPIDEMIOLOGICAS EN EL PERÚ 1999

*Temístocles Sánchez López*¹

RESUMEN

Se presenta la descripción de la situación de salud en el Perú para el año de 1999 precisando datos geográficos, demográficos, y los principales indicadores. Se señala la estratificación vigente con cinco Estratos sobre la base de medición de las necesidades básicas insatisfechas (NBI), definiendo al Estrato I como el de mayor pobreza y menor expectativa de vida al nacer en donde predominan las enfermedades transmisibles y los problemas vinculados al acceso a servicios de calidad así como deficiencias nutricionales, en tanto que el Estrato V, con menores NBI, se constituirá por elevada esperanza de vida al nacer y predominio de enfermedades crónicas y no transmisibles. Se señalan indicadores para cada uno de los Estratos y se describe la problemática de la mortalidad materna y de las poblaciones dispersas, destacándose como prioridades epidemiológicas la desnutrición y las enfermedades transmitidas por vectores: malaria, dengue, leishmaniasis, fiebre amarilla, enfermedad de Carrión, enfermedad de Chagas y Tifus epidémico. Se describe el estado actual de las enfermedades transmisibles de evolución crónica: tuberculosis, lepra, infecciones respiratorias agudas, SIDA, hepatitis B y cólera así como las enfermedades inmuno prevenibles, zoonosis, enfermedades no transmisibles, violencia, accidentes y desastres naturales. Se formulan propuestas para mejorar el estado de salud de la población destacando el rol del epidemiólogo y la importancia de la descentralización de los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología en Perú. Situación de salud en el Perú. Enfermedades transmitidas por vectores. Estado de salud de la población peruana.

A pesar de los avances de los últimos 40 años para mejorar el alcance y la utilización de los servicios de salud en todo el mundo, el gasto público en salud se ha estancado e incluso ha bajado en muchos países haciendo aún mayor la diferencia entre la capacidad de los sistemas y las necesidades de salud. Existen múltiples razones para priorizar en Salud, entre las que podemos señalar: razones técnico-sanitarias, razones de equidad y justicia social y razones técnico-económicas.

¹ Doctor en Medicina. Consultor en prevención y control de enfermedades. Secretario general del consejo directivo de la Academia Peruana de Salud. E-mail tesan@amauta.rcp.net.pe

El proceso de priorización debe tener en cuenta la expresión heterogénea de los riesgos, daños y respuestas en salud, las dimensiones éticas, políticas, epidemiológicas, demográficas, económicas y culturales del país, la participación social y de la comunidad, las intervenciones de alta externalidad en grupos vulnerables y con riesgos específicos, entre otros.

En el Perú la determinación de prioridades en salud está normada por la Oficina General de Epidemiología en el documento *Metodología para el Análisis de la Situación de Salud y la determinación de los principales problemas de salud*, de febrero de 1999. Se convino en no utilizar el indicador años de vida saludable (AVISA) por dificultad técnica y el tiempo que se requiere; también porque en estudios efectuados en otros países como Chile se encontró que existía una relación estrecha entre los AVISA y la razón de años de vida potenciales perdidos (AVPP). Por esta razón se ha propuesto la utilización del indicador AVPP combinado con la razón estandarizada de mortalidad (REM) para la determinación de los principales problemas de salud que causan mortalidad.

Para la determinación de los principales problemas de salud que causan morbilidad se utilizan las tablas obtenidas por la técnica de Pareto, con lo cual se obtienen las enfermedades que causan el 80% de la demanda de consulta externa y de hospitalización.

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

CONTEXTO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO

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 Política 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 población estimada de la República del Perú, al 30 de Junio de 1997, fue de 24.371.043 habitantes, de los cuales el 34,9% corresponde a menores de 15 años y el 4,5% a personas de 65 años y más (tendencias descendente y ascendente, respectivamente). Para el período 1995-2000, la esperanza de vida al nacer se estima en 68,3 años (70,9 para las mujeres y 65,9 para los hombres) y por otra parte, las tasas de natalidad, fecundidad y crecimiento poblacional, disminuyeron a 24,9 nacimientos por mil; 3,0 hijos por mujer en edad fértil y 1,7%, respectivamente. En los últimos años ha continuado la migración del campo a la ciudad, por lo que en 1996 el 71,5% de la población se localizaba en zona urbana y el 28,5% en el área rural. Tan solo en Lima metropolitana residían 6,9 millones de personas, lo cual

correspondía al 29% de la población total del Perú y al 44% del total de la población urbana del país.

SITUACIÓN DE SALUD, BRECHAS Y CONDICIONES DE VIDA

Hay indicadores de salud que han experimentado evolución favorable, pese a las condiciones adversas socioculturales del país, cifras que muestran reducción importante, no obstante si se comparan con las de otros países latinoamericanos son elevadas. La esperanza de vida al nacer se ha incrementado en 25 años, desde 43,9 años en el quinquenio 1950-1955 a 68,3 para el quinquenio 1995-2000, ello en relación con la disminución de la mortalidad general de 21,6 por mil habitantes a 6,4 para los mismos períodos. Asimismo la Tasa de Mortalidad Infantil ha disminuido de 158 por 1000 nacidos vivos en 1981 a 43 en 1996 (Gráficos 1 y 2).

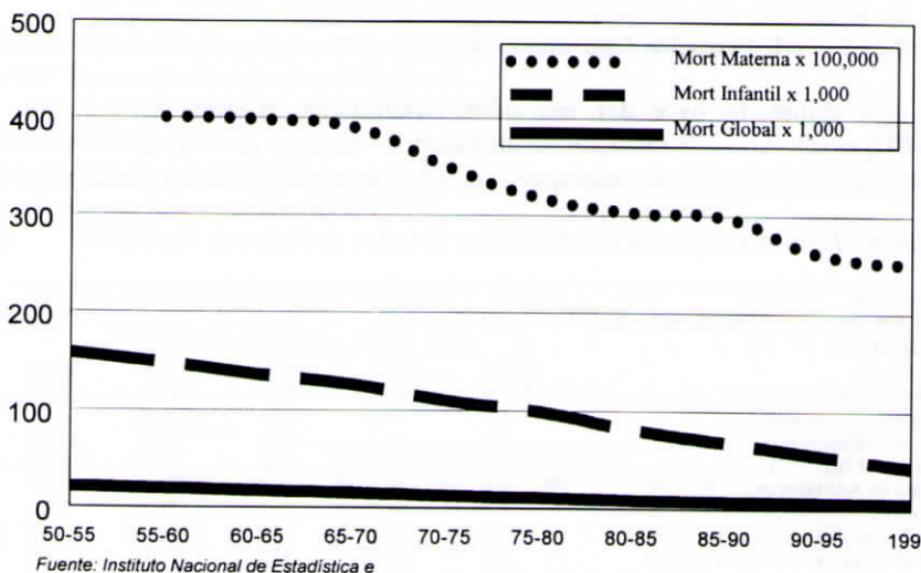


Gráfico 1 - Evolución de la mortalidad en el Perú: 1950-1996

En materia de morbilidad, las enfermedades transmisibles siguen siendo una prioridad nacional.

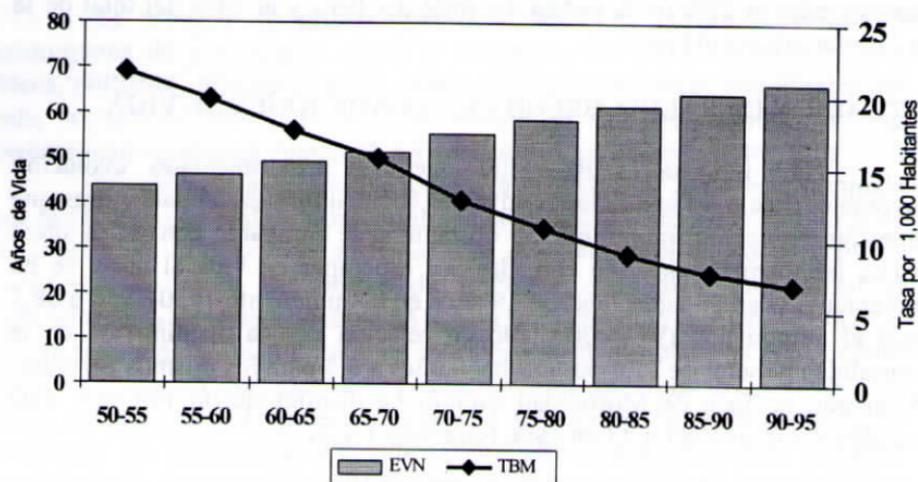


Gráfico 2 - Perú: Evolución de la esperanza de vida al nacer y la mortalidad

Sobre la base del indicador Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), dividió a los distritos – existentes en ese momento – en cinco estratos de pobreza (Cuadro 1).

Cuadro 1. Indicadores seleccionados por Estratos de Pobreza, Perú 1993

Indicador	Estrato I	Estrato II	Estrato III	Estrato IV	Estrato V
% de Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas	24,9	47,8	69,9	85,2	95,8
Población	36,797	8,591	4,620	4,503	2,829
Densidad Poblacional	556,8	56,5	21,4	16,1	12,1
Tasa de Crecimiento	1,4	1,8	1,4	1,1	0,3
% de Población rural	2,2	24,3	55,2	72,8	79,8
% de Población < 15 años	32,6	37,4	41,2	43,0	43,2
Tasa de Analfabetismo	5,5	10,0	17,3	22,6	29,3
Analfabetismo femenino	8,2	14,7	26,1	33,3	43,7
% Hogares en viviendas sin desagüe	13,2	31,9	55,7	76,5	95,1
% Hogares en viviendas sin agua	8,3	21,5	43,0	60,1	70,8
% Hogares en viviendas sin alumb eléct	14,6	34,9	70,9	90,2	98,4
Desnutrición crónica en niños 1 Pr.	24,6	40,0	57,1	62,9	66,9
Mortalidad Infantil	31,3	46,0	62,9	75,1	84,9

Fuente : OGE MINSALUD - 1998

El Estrato I agrupa a los distritos que tienen mayor pobreza y son predominantemente rurales, tienen como principal causa de muerte las enfermedades transmisibles; el Estrato V con mayor urbanización y menor proporción de NBI tiene como mayor causa de muerte las enfermedades no transmisibles y de evolución crónica.

MORTALIDAD SEGÚN ESTRATOS DE POBREZA

El perfil de mortalidad de los estratos de pobreza es diferenciado, siendo más alta la tasa de mortalidad en los estratos más pobres, así como más baja su Esperanza de Vida al Nacer (Cuadro 2).

Cuadro 2. Tasas de mortalidad y esperanza de vida al nacer según estratos de pobreza, Perú 1996

Estrato	Muertes esperadas	Tasa de Mortalidad	Esperanza de Vida
I	36.224	4.4	71.2
II	37.643	5.8	64.7
III	25.153	6.8	63.3
IV	19.273	8.2	59.9
V	37.250	11.7	54.6

Fuente: OGE MINSALUD - 1998

En los estratos más pobres del país, se evidencia una diferencia de casi 20 años entre las edades promedio de muerte de los Estratos I y V (58,2 y 39,8 años respectivamente) (Cuadro 3).

Estas muertes tan prematuras hacen que el número de años de vida perdidos en los estratos más pobres sean muy altos (1.138.157 en el Estrato V en comparación a 587.702 en el Estrato I), con tasas de AVPP de 357,5 y 71,4 años perdidos por 1.000 habitantes respectivamente para los Estratos V y I.

Cuadro 3. Edades medias de fallecimiento, percentiles y AVPP según Estratos de Pobreza, Perú 1996

Estrato	Edad Media de fallecimiento	Percentiles			AVPP	
		P25	P50	P75	Nº	Tasa
I	58.2	41	67	80	587.702	71.4
II	49.8	23	57	76	866.540	133.5
III	45.3	05	52	75	652.612	176.4
IV	43.4	02	47	72	561.432	238.9
V	39.8	01	43	71	1.138.157	357.5

Fuente: OGE MINSALUD - 1998

AVPP: Años de vida potenciales perdidos

En los estratos menos pobres son las enfermedades crónicas degenerativas las que predominan, mientras que en los estratos más pobres son las enfermedades transmisibles, problemas relacionados a acceso y calidad de los servicios de salud y deficiencias nutricionales.

MORTALIDAD MATERNA

Si bien la mortalidad materna, en el país, ha tenido una tendencia decreciente desde 1960 a 1993 (de 400 a 261 muertes maternas por 100.000 nacimientos), entre ese último año y 1996 no se ha observado ninguna

variación (265, según Endes, 1996). La probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural en comparación con las mujeres del área urbana (53 y 22 muertes por 100.000 mujeres).

De acuerdo al análisis de los datos de mortalidad el riesgo de muerte para una mujer del Estrato V, por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, es 24 veces menor que para una mujer del Estrato I.

LA SALUD EN LAS POBLACIONES DISPERSAS

La polaridad que también muestra el desarrollo, condiciona los procesos de concentración de servicios y de la población. Existe una relación inversamente proporcional entre el nivel de concentración de la población y su estado de salud. Ello condiciona que aún se mantengan altas las tasas de mortalidad materna e infantil en las provincias donde se ubican estas poblaciones. Se considera como población dispersa a 3.166.035 habitantes, ubicados en 8.566 centros poblados, es decir poblaciones con un promedio de 360 personas. La tasa de mortalidad materna para estas poblaciones es aproximadamente de 190 x 10.000 nacidos vivos, en algunas áreas de selva llega a ser de 600 x 10.000 nacidos vivos y la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 160 x 1.000 nacidos vivos. Esta situación se agudiza más aún en las zonas rurales (64% de la población en extrema pobreza).

PRIORIDADES EPIDEMIOLÓGICAS POR TIPO DE ENFERMEDAD O DAÑO

DESNUTRICIÓN

Según Endes (1996), el 7,9% de los niños menores de 5 años presentaban déficit de peso-edad y 1,1% déficit peso-talla. En las áreas rurales, se encuentran los más altos niveles de desnutrición crónica (40,6%); por el contrario en Lima Metropolitana sólo el 10,1% presentan este problema.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Malaria

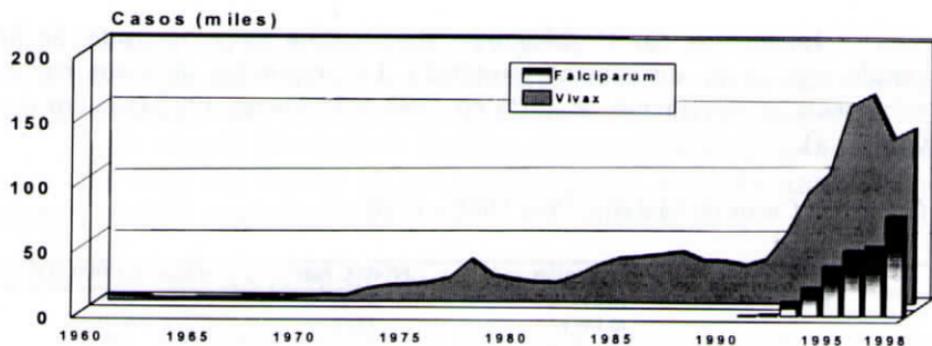
La elevada incidencia y prevalencia, su veloz dispersión y el impacto social y económico que causa la discapacidad temporal, convierten a la malaria en un importante problema de salud pública. La notificación de casos aumentó de 30.814 en 1989 a 247.073 en 1998, representando una incidencia parasitaria anual de 9,96 por 1.000 habitantes. En algunas áreas endémicas una de cada tres consultas a los servicios de salud se debió a esta causa, mostrando la gran presión que ejerce sobre los servicios de salud.

En malaria por *P. falciparum*, la situación es preocupante. Se ha venido registrando un aumento sostenido. La proporción de casos por *P. falciparum* se incrementó de 1,6% en 1992 a 35,0% en 1998 (Cuadro 4 y Gráfico 3).

Cuadro 4. Casos de Malaria: Perú 1960 - 1998

Años	Población	Nº de Casos	I.P.A. x 1,000 Hab
1960	10.015.383	3.906	0.39
	10.186.667	3.056	0.30
	10.552.381	2.216	0.21
	10.918.750	1.747	0.16
	11.376.471	1.934	0.17
1965	11.731.250	1.877	0.16
	12.052.941	2.049	0.17
	12.052.174	2.772	0.23
	12.562.500	2.010	0.16
	13.200.000	3.168	0.24
1970	13.618.182	4.494	0.33
	13.760.000	4.128	0.30
	14231.538	9.270	0.65
	14.674.390	12.033	0.82
	14.688.235	12.485	0.85
1975	15.092.632	14.338	0.95
	15.514.286	180462	1.19
	15.965.517	32.410	2.03
	16.432.258	20.378	1.24
	16.791.176	17.127	1.02
1980	17.220.690	14.982	0.87
	17.633.333	14.812	0.84
	18.126.549	20.483	1.13
	18.547.403	28563	1.54
	18.946.067	33.724	1.78
1985	19.458.889	35.026	1.80
	19.280.430	36.866	1.86
	20.277.720	39.136	1.93
	20.742.949	32.359	1.56
	21.127.632	32.114	1.52
1990	21.553.731	28.882	1.34
	22.029.412	33.705	1.53
	22.417.143	54.922	2.45
	22.128.466	99.168	4.30
	22.533.870	122.039	5.42
1998	23.029.603	190.521	8.27
	23.903885	211.561	8.85
	24.371.043	180.338	7.40
	24.800.768	247.073	9.96

Fuente: Programa de Control de Malaria y OEM - Ministerio de Salud. I.P.A.: Incidencia Parasitaria Anual



Fuente: PCMYOEM-MINSA

Gráfico 3 - Malaria en el Perú: tendencia histórica

Al analizar la distribución de la Malaria por *P. falciparum*, se aprecia que en 1998 la situación es más grave no sólo porque aumentó el número de casos anuales, sino porque hubieron nuevas áreas afectadas (Madre de Dios y Ancash) y el agravamiento en las tasas de incidencia en las ya existentes (Loreto, Jaén-Bagua, Tumbes, Sullana, Piura y Lambayeque).

Dengue

La emergencia del Dengue en los años 90 (9.623 casos notificados) debido al deterioro de las condiciones de saneamiento, expone a una población estimada de 2.750.000 personas al riesgo de Dengue que puede adoptar la forma hemorrágica. La seroprevalencia de Dengue en áreas donde se produjeron brotes varía entre 40,0% a 80,0%, los serotipos involucrados en el período 1990-1995 fueron el DEN 1 con mayor frecuencia y el DEN 4; a ellos se agregó el DEN 2 en 1995. A pesar de no haberse notificado aún casos de Dengue Hemorrágico existen las condiciones favorables para su presencia. El dengue clásico afecta a nueve de las 32 subregiones de salud habiéndose reportado en 1997, 1.349 casos y en 1998, 988 (Cuadro 5).

Cuadro 5. Casos de dengue en el Perú: 1985-1998

Años	Población	Casos	T.I.
1985	19 458 889	142	0.73
1986	19 820 430	149	0.75
1987	20 277 720	170	0.84
1988	20 742 949	229	1.10
1989	21 127 632	132	0.62
1990	21 553 731	292	1.35
1991	22 029 412	390	1.77
1992	22 417 143	1507	6.72
1993	22 144 651	984	4.44
1994	22 533 870	569	2.53
1995	23 029 603	215	0.93
1996	23 903 845	1014	4.24
1997	24 371 043	2691	11.04
1998	24 800 768	2681	10.81

Leishmaniasis

Afecta 24 subregiones de salud, en particular los departamentos de la sierra y de la selva. 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, en este año el 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).

Fiebre Amarilla

Continúa presentándose en forma de brotes y endémicamente en 12 cuencas hidrográficas de la sierra central y selva; en 1995 se presentó un brote principalmente en Cusco y Huánuco registrándose 510 casos y 38% de letalidad para 1996, 1997 y 1998, se notificaron 91, 44, y 42 casos respectivamente. En 1998 se agrega Ayacucho como área de riesgo para esta enfermedad (Cuadro 6).

Cuadro 6. Casos notificados de Fiebre Amarilla: 1972-1998

Años	Total de Casos
1972	7
1973	33
1974	2
1975	1
1976	1
1977	82
1978	82
1979	97
1980	30
1981	98
1982	19
1983	27
1984	28
1985	59
1986	116
1987	179
1988	195
1989	120
1990	19
1991	8
1992	64
1993	89
1994	61
1995	510
1996	91
1997	44
1998	42

Fuente: Programa de Control de Malaria y OEM - Ministerio de Salud

Bartonelosis

La Enfermedad de Carrión ha venido mostrando un incremento progresivo desde 1985 a 1997, ubicándose en 4 departamentos del área norte del país con una población expuesta estimada en 1.687.236 personas. En los 3 últimos años se han notificado 1.014, 2.691 y 2.681 para los años 1996, 1997 y 1998 respectivamente. La Enfermedad de Carrión afecta a los departamentos de Ancash, La Libertad, Cajamarca y Amazonas (Cuadro 7).

Cuadro 7. Bartonelosis: casos notificados en el Perú 1953-1998

Años	Población	Total de Casos	T.I.
1953	8 232 156	18	0.22
1954	8 446 978	9	0.11
1955	8 671 519	10	0.12
1958	9 396 682	3	0.03
1959	9 657 840	4	0.04
1989	21 127 632	0	0
1990	21 553 731	9 623	44.65
1991	22 029 412	714	3.24
1992	22 417 143	1 777	7.93
1993	22 144 651	901	4.07
1994	22 533 870	1 476	6.55
1995	23 029 603	2 791	11.88
1996	23 903 885	2 837	11.87
1997	24 371 043	1 349	5.54
1998	24 800 768	988	3.98

Enfermedad de Chagas

El área chagásica más importante del país se encuentra en la Región suroccidental, en 6 Departamentos (Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna, Ayacucho y Apurímac) siendo el vector el *T. infestans*. Se han notificado 9 casos en 1996, cero en 1997 y 78 en 1998. 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% al 12,0% en bancos de sangre.

Tifus Epidémico

Desde 1997, en el país se viene presentando un brote de tifus exantemático que está circunscrito a determinados centros poblados de la sierra sur del país. Durante 1998, se ha notificado casi todas las semanas la presencia de casos, lo que indicaría que el brote no estaría controlado aún. El foco del problema estuvo en Cusco.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE EVOLUCIÓN CRÓNICA

Tuberculosis

El panorama de la tuberculosis en el Perú es la de una enfermedad en proceso de control, pero con altas tasas de prevalencia – una de las más

altas de América Latina. Cifras del año 1997 muestran que el grupo de edad más afectado es el de 15-44 años, pero la grave situación de la enfermedad en el país está reflejada en la alta proporción de casos bacilíferos detectados en menores de 15 años (37,0%). La tasa de incidencia anual de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva es de 112 casos por 100.000 habitantes.

Lepra

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). 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.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de mortalidad en la niñez; se estima que cada año se 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 la 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).

Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y enfermedades de transmisión sexual

La epidemia de VIH/SIDA ha experimentado un incremento considerable, con una velocidad de propagación más acelerada en los últimos años. Se estima que el número real de casos se aproximaría a 10.000 y el de infectados a 70.000. Los cambios más relevantes del patrón de transmisión son la afectación creciente de mujeres y jóvenes y un consistente incremento de la transmisión heterosexual. Al inicio de la epidemia la razón mujer-hombre era 1:20 y actualmente es 1:3. La edad mediana disminuyó de 38 a 29 años.

Hepatitis B

En relación al virus de la Hepatitis B (VHB), diversos estudios seroepidemiológicos han revelado que en la selva la endemicidad varía entre

2,5% a 20,0% y en ciertos valles interandinos inclusive se ha encontrado una prevalencia de 14% del virus de la Hepatitis Delta.

Cólera

La incidencia de casos sospechosos de cólera venía disminuyendo sostenidamente desde la aparición de la epidemia en 1991. Sin embargo, durante 1998 se produjo un incremento importante en el número de casos que se asemeja al 3° año de la epidemia. Incluso la tasa de ataque más alta (semana 8) fue de valores semejantes a 1992, en plena fase epidémica. Así mismo, la letalidad ha sido la más alta de los últimos 3 años (0,9%).

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

La incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación en general han disminuido en el período 1994-97.

Al parecer la rubéola es una enfermedad estacional que presenta su pico de incidencia más alto durante el cuarto trimestre de cada año. Sin embargo, en 1998 se presentaron menor número de ellos que durante 1997.

En el marco del reto asumido por el país, de Erradicación del Sarampión de las Américas para el año 2000, se vienen buscando intensamente los casos sospechosos de sarampión para emprender rápidamente las acciones de control. En 1997 se confirmaron 6 casos mientras que en 1998 apenas tres. Al parecer en Arequipa hay que intensificar las acciones de control y erradicación pues en estos dos años se ha aislado el virus en casos sospechosos.

Desde 1996, se viene presentando un aumento sostenido del número de casos de tos ferina a nivel nacional. En 1998, los casos notificados se fueron incrementando durante todo el año en particular durante el segundo semestre. En 1998, además de tener mayor número de áreas comprometidas, se presentaron mayores tasas de incidencia.

No obstante los avances logrados en la reducción del tétanos neonatal, no se puede afirmar que el tétanos no sea un problema prevalente en el país. La persistencia en el número de casos en el resto de la población lo indicaría así. En los últimos 5 años, hay una persistencia en la notificación semanal promedio de 3 casos.

En el primer semestre de 1999 se notificó el último caso de poliomielitis, para este logro merece destacarse el esfuerzo conjunto de los servicios de salud del país y el apoyo de los organismos internacionales que hicieron factible contar con el antígeno en forma ininterrumpida y en cantidad suficiente. En cuanto a la notificación de parálisis flácida aguda, se observa un volumen constante de notificación durante los últimos 5 años (alrededor de 88 casos anuales). En cuanto a su distribución semanal, no se aprecia ningún patrón estacional.

En difteria, desde 1994 en que se presentó la última epidemia, se ha reportado un número reducido de casos.

ENFERMEDADES ZONÓTICAS

La peste, después de la epidemia registrada en 1994 (que empezó en 1992) en los departamentos de Cajamarca, Piura, Lambayeque y la Libertad, donde se reportaron 1.122 casos con 51 fallecidos, ha registrado una disminución hasta el año 1997, 46 casos con 3 fallecidos. En 1998 hay un mayor número de casos que en 1997.

La tendencia de rabia en nuestro país es decreciente en los últimos 5 años.

No existe mayor alteración en el patrón de presentación de la meningitis meningocócica en el país a lo largo de los últimos 5 años, aún cuando ha habido un discreto incremento durante 1998.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, VIOLENCIA, ACCIDENTES Y DESASTRES NATURALES

Las enfermedades no transmisibles en el Perú se han incrementado principalmente en los estratos menos pobres. Los procesos de urbanización, los cambios demográficos, el acceso a la tecnología, a los servicios y su repercusión en los estilos de vida han sido algunos de los determinantes para el progresivo aumento de estas enfermedades.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Perú ha experimentado un incremento significativo entre 1980 y 1990, del 11,8% al 19,4% del total de defunciones por causas definidas, habiéndose estimado las tasas de mortalidad por estas enfermedades (ajustadas por edad, entre 1990 y 1992) en 186 y 209 por 100.000 habitantes (en hombres y mujeres respectivamente). La prevalencia de la diabetes, en algunos estudios poblacionales de la costa norte del país, se sitúa entre 7 y 8% y la de hipercolesterolemia entre 14% y 42%. La tasa de mortalidad por cáncer, ajustada por edad, ha sido calculada (para el período de 1990-1992), en 113 y 138 por 100.000 habitantes, en varones y en mujeres, respectivamente. Las neoplasias malignas más frecuentes en hombres, son: estómago, próstata y pulmón; mientras que en mujeres, el cáncer de cuello uterino es el más frecuente, seguido por el de mama y el de estómago.

Los homicidios (con una tasa de 12 por 100.000 habitantes) y los accidentes de tránsito, conjuntamente con las diversas formas de violencia contra el niño, el adolescente y la mujer, forman parte de un serio problema de salud pública en el Perú. Los accidentes en los adultos, son la causa más frecuente de hospitalización y consulta en los servicios de emergencia de los hospitales. Para el período 1980-1995, los accidentes de tránsito registrados

por la Policía Nacional, llegaron a totalizar cerca de 990.000, los que ocasionaron 320.000 víctimas, con un 12,3% de fallecimientos.

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, y Cusco – 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.

PROPUESTAS PARA MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

- La herramienta epidemiológica no debe ser exclusiva de los epidemiólogos sino convertirla en método para ser usado por todos los funcionarios de salud y por la comunidad, previa información.
- Una prioridad fundamental en el Perú es la seguridad o confiabilidad del sistema de información. Es preferible trabajar con muestras cuando no haya las características anteriores. La confirmación de una serie de hipótesis de la realidad nacional a través de diseños adecuados de estudio con los que se responda a cuestiones específicas sobre la causalidad de la enfermedad, su historia natural, su pronóstico, su prevención y la valoración del tratamiento y de otras intervenciones destinadas a controlar la enfermedad. Por ejemplo el consumo de leche de vaca en niños en los países europeos es saludable en cuanto en el Perú el niño aborigen tiene por lo general genéticamente incapacidad para metabolizar la lactasa.
- Desarrollo de los recursos humanos de epidemiología dándoles capacitación, estabilidad laboral y adecuada remuneración.
- Investigación de la aplicación de indicadores positivos de salud. Actualmente hay cada vez mayor interés en la construcción de indicadores positivos de salud (y que no midan sólo enfermedad o muerte) siendo los de categorías más usadas los de promoción y protección de la salud, equilibrio de la salud, potencial de salud y condiciones de vida (saludable).
- Describir las causas frecuentes de muerte, enfermedad y discapacidad en su comunidad.
- La descentralización condicionará una mejora significativa de la gestión de los servicios de salud y de la operatividad de las unidades de epidemiología.

- Incentivar la contribución de la epidemiología a la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el desarrollo de la política sanitaria. La contribución de la epidemiología a la buena práctica clínica. El papel que desempeña la epidemiología en la valoración de la eficacia y la eficiencia de la atención sanitaria.
- Se propone fortalecer el trabajo en equipo multiprofesional que es enriquecedor y que aporta beneficios tangibles.
- En términos generales la población está desinformada y se resigna pasivamente a aceptar la situación que vive; por ello es necesario emular a Manuel Núñez Butrón que implantó el "rijcharismo" que significa "despertar", educar a la población hacerla consciente del derecho a la salud y educarla en las medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad estimulando la participación efectiva en la identificación de los problemas y en la propuesta de soluciones; en la implementación de medidas operativas; nadie conoce mejor la realidad que la propia población cuya participación es esencial.
- El desarrollo de la tecnología en los sistemas de comunicación permiten al epidemiólogo hacer más efectiva su labor. Los sistemas de comunicación hacen posible implantar una vigilancia activa que posibilita anticipar riesgos con oportunidad para establecer medidas adecuadas.
- En el campo de la investigación clínica así como el de salud pública el papel del epidemiólogo es cada vez más destacado y reconocido.

COMENTARIOS FINALES

La epidemiología está ocupando en el país una destacada posición, los epidemiólogos constituyen un grupo muy activo. Están produciendo trabajos de investigación y publicaciones que han despertado el interés de las instituciones por captar especialistas y apoyar su trabajo. Universidades peruanas están propiciando estudios de post-grado en segunda especialización y maestría y consideran además en todos los cursos de especialización un importante componente epidemiológico, todo lo cual hace ver una perspectiva auspiciosa para el desarrollo de la epidemiología en el país. No obstante, debe destacarse que el entusiasmo que tienen muchos jóvenes valores se ve frenado por las grandes exigencias y responsabilidades del campo y las limitaciones reales para el trabajo y para las oportunidades de desarrollo personal que todo profesional aspira. Es de observación frecuente que los epidemiólogos deriven al campo de la administración de servicios de salud.

SUMMARY

Epidemiological priorities in Peru 1999

Health situation for Peru is presented in relation with main geographical and demographic indicators. Based on measures of non-satisfied basic needs, a five level stratification is builded up, from level I of main poverty, characterized by low life expectancy in newborns, transmissible diseases, nutritional deficiencies and low capacity of access to health services, up to level V, with less non-satisfied basic needs, high life expectancy in newborns and non transmissible, chronic diseases. Indicators for each level are described as well as maternal mortality problems and those related with disperse populations. Epidemiological priorities are malnutrition and vector transmitted diseases as malaria, dengue, leishmaniasis, yellow fever, Carrion disease, Chagas disease and epidemic typhus. Transmissible diseases of chronic evolution are described as tuberculosis and leprosy, AIDS and sexually transmitted diseases, Hepatitis B, cholera, immunopreventible diseases and zoonosis. Non-transmissible diseases as violence, natural disasters and accidents are also highlighted. The importance of decentralization of health services and the role of the epidemiologist are proposed in order to improve public health status in Peru.

KEYWORDS: Epidemiology. Peru. Public Health. Transmissible diseases. Vector borne diseases. Morbidity. Mortality. Malaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Agüero Jurado G. *Manual de Epidemiología de Medicina Ocupacional*-Lima 1995.
2. Bermejo Ortega R. *Aplicación de la Planificación Estratégica en Salud*-UPCH. Centro de Salud Pública-Lima 1993.
3. Gayoso Pantoja C. *Sugerencias para la Revisión de la Política de Salud en relación con los Servicios de Epidemiología y del Control de Enfermedades Transmisibles*, (III Congreso Nacional de Salud Pública) Lima-Huampaní 1968.
4. León Ugarte M. *Enjuiciamiento de la Política de Salud en relación con la Epidemiología y el Control de las enfermedades transmisibles* III congreso Nacional de Salud Pública Lima-Huampaní 1968.
5. Ministerio de Salud. *Lineamientos de Política de Salud 1995-2000*, Lima, Perú 1995
6. MINSA. *Boletín Epidemiológico*. Oficina General de Epidemiología, Lima, 1998.
7. Beagle Hole R, Bonita R & Kjellström T. *Epidemiología - Organización Panamericana de la Salud*, Washington, 1994.
8. OPS/OMS. *La Salud en las Américas*. Publicación Científica N° 569, Washington, 1968.
9. OPS/OMS. *El Desafío de la Epidemiología*. Publicación Científica N° 505, Washington, 1998.
10. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Lecciones de Epidemiología*, 1989.