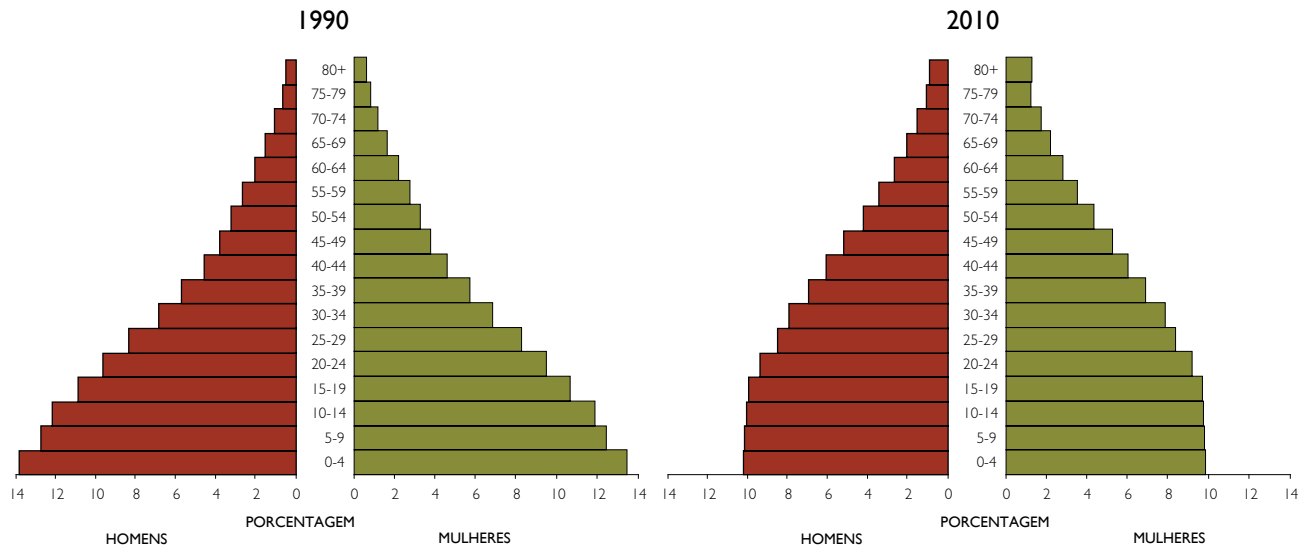


INTRODUÇÃO

O Peru, localizado na zona central e ocidental da América do Sul, tem uma superfície de 1.285.215 Km² e divide-se em 25 regiões (anteriormente conhecidas como departamentos), além de Lima Metropolitana, a cidade capital, 195 províncias e 1.834 municípios. Em 2010, tinha uma população de 29.461.933 habitantes, dos quais 30% eram menores de 15 anos e 8,6% maiores de 60 anos; 74,0% da população viviam em áreas

urbanas (Figura 1). No período 2005-2010, a taxa global de fertilidade foi de 2,6 filhos por mulher, a taxa bruta de natalidade de 21,4 por 1.000, a taxa bruta de mortalidade de 5,4, a de migração líquida de -4,4 e a de crescimento total da população, de 11,6 por 1.000. A expectativa de vida ao nascer era de 73,1 anos (70,5 para os homens e 75,8 para as mulheres) (1).

Entre 2006 e 2010, a economia do país cresceu 31%, com uma taxa anual superior a 7,7%, com a exceção de 2009, quando cresceu somente 0,9% devido

FIGURA I. Estrutura da população por idade e sexo^a, Peru, 1990 e 2010

A população aumentou 35,5% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população mostrava um predomínio dos grupos mais jovens, enquanto, em 2010, a proporção dessas faixas etárias se reduziu em decorrência da decrescente fertilidade e mortalidade nos anos intervenientes.

Fonte: Escritório do Censo dos Estados Unidos. Banco de dados internacionais, 2009 (Atualizado em dezembro de 2010).

^a O percentual de cada faixa etária é sua proporção em relação ao total de cada sexo.

à recessão mundial, que se seguiu a crise financeira de 2008. O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* aumentou 20% no mesmo período. Para 2010, o Fundo Monetário Internacional estimou um PIB *per capita* de US\$ 5.196 e um PIB ajustado de US\$ 9.281, de acordo com a paridade do poder aquisitivo (2). A inflação foi inferior a 4%, com a exceção do ano 2008, quando chegou a 6,7%. Desde 2003, o novo sol valorizou-se frente ao dólar, e a taxa de câmbio passou de 3,5 novos sois por dólar em 2003 para 2,8 em 2010. O Banco Central mantém uma política de livre mercado quanto ao valor do dólar. As reservas internacionais líquidas aumentaram 155%, passando de US\$ 17,275 bilhões para US\$ 44,105 bilhões (3). Entre 2001 e 2009, o investimento estrangeiro aumentou 43%. Os principais países de origem do investimento são a Espanha, os Estados Unidos e o Reino Unido; e os setores aos quais se dirige o capital são a mineração (21%), as telecomunicações (20%), as finanças (15%) e a indústria (15%).

Em junho de 2011, o Governo publicou o “Plano Bicentenário, o Peru a caminho de 2021”, que contém as políticas nacionais de desenvolvimento para os próximos 10 anos. Suas metas incluem dobrar a renda

per capita, reduzir a pobreza para menos de 10% da população, eliminar a mortalidade infantil e a desnutrição crônica e melhorar a qualidade do ensino e a cobertura de saúde e da seguridade social.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Apesar do bom desempenho da economia, com resultados macroeconômicos notáveis, persiste uma marcada concentração da renda. Em 2009, a renda do quintil mais rico era 12,5 vezes maior que a do quintil mais pobre; e o quintil mais rico concentrava 52,6% da renda nacional contra 4,2% do quintil mais pobre. Entre 2005 e 2010, a pobreza total reduziu-se de 48,7% para 31,3%, e a pobreza extrema, de 17,1% para 9,6%. Contudo, a diferença entre as áreas urbanas e as rurais ainda é bastante grande, tanto para a pobreza total (19,1% e 54,2%, respectivamente), como para a extrema (2,5% e 23,3%, respectivamente) (4).

Em 2009, 4,0% da população economicamente ativa do país estava desempregada e 44,4% subempregada. Na Região Metropolitana de Lima, o desemprego totalizava 6,3% (8,9% para as mulhe-

res e 4,3% para os homens); 44,0% dos assalariados trabalhavam mais de 48 horas na semana e 8,7% menos que esse volume de horas (5). De todos os trabalhadores, 61,9% estavam empregados no setor informal, motivo pelo qual não contavam com seguro médico nem outro tipo de benefício social, apesar do crescimento econômico dos últimos 10 anos. Tal cenário deve-se, em parte, ao modelo econômico que privilegia o desenvolvimento de setores direcionados à exportação de matéria-prima, que geram poucas vagas de trabalho, e à desregulamentação do mercado de trabalho.

A taxa de analfabetismo reduziu-se de 12,8% em 1993 para 7,1% em 2007, sendo mais alta nas áreas rurais (19,7%) do que nas urbanas (3,7%), e maior nas mulheres (10,6%) do que nos homens (3,6%). A média de anos de escolaridade é menor nas áreas rurais do que nas urbanas (6,4 e 10,9 anos, respectivamente). Entre 2005 e 2009, o percentual de mulheres maiores de 15 anos com educação superior universitária aumentou de 8,7% para 12,1%, e entre os homens cresceu de 11,1% para 14,3%.

Em 2010, a pobreza afetou 51,8% das pessoas que tinham como língua materna Quéchua, Aymara ou uma língua amazônica, em comparação com 25,8% daqueles que tinham como língua materna o espanhol. Similarmente, a pobreza extrema afetava, respectivamente, 21,7% e 6,6% das pessoas nesses dois grupos de línguas (4). A população indígena vive principalmente nas áreas rurais do país, onde as condições de vida e de saúde são muito precárias (Tabela 1). Nas áreas rurais, por exemplo, a taxa de pobreza é quase três vezes maior que em áreas urbanas. A pobreza extrema é quase 10 vezes mais alta, a mortalidade infantil está quase o dobro e a desnutrição crônica quase o triplo do que nas zonas urbanas.

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

ACESSO A ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

Em 2010, 76,4% das famílias recebiam água pela rede abastecimento pública. A cobertura deste serviço era maior para os domicílios não pobres (69,0%) do que para os pobres (40,0%). O abastecimento de água de 18% de todos os domicílios e 36,6% dos pobres deri-

vava de rios, açudes, mananciais ou fontes similares. Quanto ao serviço de esgoto, somente 57,5% das famílias tinham ligação à rede pública de esgoto, 27,6% contava com latrinas ou fossa séptica e 14,9% não contava com nenhum sistema de eliminação de excrementos, percentual que aumentou para 30,3% nas áreas rurais.

Em 2003, somente 11,7% da população indígena da Amazônia contava com algum tipo de sistema de abastecimento de água, geralmente poços e fontes públicas; a desinfecção da água não acontecia em quase nenhuma das comunidades da Amazônia, e naquelas em que se praticava fazia-se intermitentemente. Apenas 9,7% tinha algum sistema de eliminação de excrementos, principalmente latrinas.

RESÍDUOS SÓLIDOS

Em 2009, 74,0% da população tinha serviços de coleta de resíduos sólidos. Das 8.532 toneladas diárias de lixo coletada, 66,0% recebiam alguma forma de disposição final (14,7% era reciclado e o resto era levado a aterros sanitários) e as demais eram lançadas no ambiente (principalmente, rios e praias). Na Região Metropolitana de Lima, 57,6% dos resíduos sólidos é levado para aterro sanitário, o que ocasiona uma grave poluição do ambiente e põe em risco a estabilidade dos ecossistemas e a saúde das pessoas.

POLUIÇÃO DA ÁGUA

Em 2009, somente 35,0% das águas residuais era tratada antes de sua disposição final, principalmente na cidade de Lima. Outra fonte importante de poluição da água é a atividade industrial, em particular, a mineração. A vigilância da qualidade da água, em 2010, verificou que a maioria das bacias hidrográficas estava poluída com chumbo, arsênio e cádmio. Em alguns lugares, a bioconcentração de metais excedia várias vezes as normas sobre a qualidade dos alimentos, como é o caso do mercúrio no peixe vendido no mercado público do Puerto Maldonado.

POLUIÇÃO DO AR

A qualidade do ar é baixa nas áreas metropolitanas de Lima, El Callao e Arequipa, e nos centros urbanos

TABELA 1. Condições de vida e saúde, por população urbana e rural, Peru, 2010

Indicador	População		
	Nacional	Urbana	Rural
Pobreza (%)	31,3	19,1	54,2
Pobreza extrema (%)	9,6	2,5	23,3
Serviço de esgoto por rede pública (%)	64,8	83,2	44,7
Serviço de água por rede pública (%)	76,8	89,2	40,4
Atendimento institucional do parto (%)	81,0	93,7	58,4
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	17,0	14,0	22,0
Mortalidade da infância (por 1.000 nascidos vivos)	23,0	17,0	33,0
Baixo peso ao nascer (%)	8,0	7,0	10,4
Desnutrição crônica (% ^b)	23,2	14,1	38,8
Anemia em crianças menores de 5 anos (%)	37,7	33,0	45,7
Fonte: Referências (4, 6).			

industriais de Chimbote, Ilo e Cerro de Pasco. Tal cenário deve-se ao desenvolvimento industrial, que não é acompanhado do adequado controle da poluição, e ao aumento e péssimo estado do parque automotor. Em 2009, as medições realizadas em Lima indicaram uma concentração de partículas com menos de 2,5 µm de diâmetro com uma média mensal de 70 µg/m³, muito superior ao padrão de 15 µg/m³. Por outro lado, as poluições por dióxido de enxofre (média mensal de 24 µg/m³, padrão: 80 µg/m³) e dióxido de nitrogênio (média mensal de 37 µg/m³, padrão: 200 µg/m³) estiveram abaixo dos valores da norma nacional.

PRAGUCIDAS

O uso dos praguicidas clorados aldrin, endrin, dieldrin, clordano, mirex, heptacloro e toxafeno é proibido no país. Em 2003, realizou-se um inventário das fontes de emissão de dioxinas e furanos e, na cidade de Lima foram encontrados níveis de dioxina de 21 ng/g (os valores normais em OMS-TEQ são de 0,0072 a 14 ng/g) (A toxicidade global das dioxinas é expressa em valores de equivalência tóxica, que são calculados mediante a somatória do fator de equivalência tóxica de cada congênera com sua concentração na amostra).

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

As mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos de idade) constituem a quarta parte da população total do país. Delas, 48,1% têm menos de 30 anos. A taxa global de fertilidade caiu de 2,9 filhos por mulher em 2000 para 2,5 em 2010 (3,5 nas áreas rurais e 2,2 nas urbanas). As maiores taxas de fecundidade corresponderam às mulheres sem instrução (3,6) e do quintil inferior de renda (4,0). O intervalo intergenésico aumentou de 36,9 meses para 48,4 meses, no mesmo período. Contudo, a gravidez em adolescentes não sofreu uma mudança importante. Em 2010, 13,5% de todas as adolescentes já havia ficado grávida alguma vez (33,7% das adolescentes com educação primária e 26,2% das quais viviam nas zonas de mata).

Em 2010, 74,4% de todas as mulheres de 15 a 49 anos de idade, em união estável com companheiro usavam algum método contraceptivo, o que representa um aumento de 5,5 pontos percentuais em relação a 2000. Os métodos modernos mais usados são os anticoncepcionais injetáveis (17,5%), preserva-

tivos (11,2%), esterilização feminina (9,4%) e a pílula (8,3%) (6). O maior fornecedor de contraceptivos continua sendo o setor público.

A mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos reduziu-se de 185 para 93 entre 2000 e 2010. Embora tal redução represente um progresso importante, ainda está longe da meta fixada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que é 66. A melhora quanto à mortalidade materna é atribuída ao aumento do parto institucional (de 58% para 82%, entre 2000 e 2009), à adequação cultural da atenção materna durante a gravidez e no parto e ao estabelecimento de casas de parto. Oito regiões concentram mais de 50% das mortes maternas: Cajamarca, Puno, La Libertad, Loreto, Piura, Junín, Huánuco e Cusco. As mulheres pobres, rurais e indígenas têm maiores riscos de mortalidade materna. As principais causas da mortalidade materna são hemorragia pós-parto (45%), hipertensão arterial (30%), aborto (9%), infecções (6%), causas não especificadas (9%) e anormalidades da dinâmica do trabalho de parto (1%) (7).

Crianças (menores de cinco anos de idade)

Em 2010, os menores de cinco anos de idade constituíam 12,0% da população (3.546.840). Nesse grupo, a desnutrição crônica diminuiu de 31,3% para 23,2% entre 2000 e 2010 (Padrão de Crescimento Infantil da OMS) (6), mas havia ainda um amplo fosso entre as áreas urbanas e rurais (14,1% e 38,8%, respectivamente). Em 2010, a anemia afetava 50,3% das crianças de seis a 36 meses de idade.

A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos diminuiu de 33 em 2000 para 17 em 2010 (embora com uma ampla diferença entre as áreas urbanas e rurais: 14 e 22 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente). A taxa de mortalidade na infância por 1.000 nascidos vivos reduziu-se de 47 para 23, no mesmo período, mas, como no caso da mortalidade infantil, ainda persiste uma grande diferença urbano-rural (17 e 33 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente, em 2010). Esse progresso deve-se, em parte, à aplicação de políticas focadas na redução da pobreza, como a Estratégia Nacional “CRESCER” e o Programa Nacional de Apoio Direto aos mais Pobres, “JUNTOS”, bem como a melhoria no acesso da população aos serviços de saúde.

Em 2010, 99,1% dos menores de cinco anos foram amamentados alguma vez (92,0% no primeiro dia de vida), embora 32,0% tenham recebido outro tipo de alimento antes de serem amamentados. Dos menores de seis meses de idade, 64,7% receberam aleitamento materno exclusivo com duração média de 4,2 meses.

Crianças e Adolescentes (10 a 19 anos de idade)

Em 2010, a população de 10 a 19 anos de idade totalizava 3,5 milhões (12,0% da população total). Entre os adolescentes, 20,1% não frequentava nenhuma instituição educativa ou a havia abandonado seus estudos. No período 2000–2010, a taxa de fertilidade específica das mulheres de 15 a 19 anos de idade aumentou de 66 a 68 nascimentos por 1.000 mulheres, com uma ampla diferença urbano-rural (54 e 110 por 1.000, respectivamente).

Em 2004, o sobrepeso afetava 11% dos adolescentes e a prevalência mais alta foi registrada em Tacna (18%) e Lima (17%) (8). Nesse mesmo ano, outro estudo realizado na cidade de Piura mostrou que 13,4% das meninas adolescentes apresentavam sobrepeso e 2,1% obesidade, e que nos meninos esses valores eram de 14,7% e 6,1%, respectivamente (9).

O consumo de álcool e outras substâncias inicia precocemente: em 2006, 36,0% dos adolescentes de 12 a 18 anos já havia consumido álcool, 21,0% tabaco, 1,2% maconha, 0,5% pasta básica de cocaína e 0,4% cocaína (10). Em 2005, 2,9% dos adolescentes das cidades serranas, 1,7% da selva e 3,6% da cidade de Lima já havia alguma vez na sua vida tentado o suicídio (11), sendo as principais razões relacionadas a problemas familiares. Os acidentes de trânsito foram a principal causa de morte entre os adolescentes (10,3%), seguidos pelas doenças cerebrovasculares (8,1%), pneumonia (5,8%), tumores malignos (5,6%) e tuberculose (3,4%).

Idosos (60 anos ou mais de idade)

A população adulta de 60 anos ou mais cresce em ritmo maior que a população total do país (numa média anual de 3,3%, no período entre censos 1993–2007). Em 2010, os maiores de 60 anos representavam 8,6% da população. Em 2007, as infecções respiratórias agudas foram a primeira causa de morte entre os maiores

de 60 anos de idade, seguidas pela doença isquêmica do coração e pelas doenças cerebrovasculares. Dentre os cânceres, o tumor maligno de estômago foi a primeira causa de morte (12).

Trabalhadores

O sistema de Previdência Social cobre 25% da população nacional e confere seguro obrigatório a 26% da população economicamente ativa (3.918.676 em junho de 2008), em particular aos trabalhadores assalariados.

Em 2010, o Ministério do Trabalho e Promoção do Emprego registrou 277 acidentes ocupacionais, que ocorreram principalmente, nos estados de Lima (28,9%), La Libertad (28,9%), Piura (14,8%) e Junín (9,0%). Destes, 30,9% ocorreram na indústria manufatureira, 17% na construção e 10,1% em atividades relacionadas ao transporte de mobiliário e limpeza de edifícios; apenas 4,7% registraram-se na mineração e nas pedreiras (Ministério do Trabalho e Promoção do Emprego, Anuário Estatístico 2010). Destes, 18,4% causaram traumatismos internos, 13,7% contusões, 11,9% amputações e 9,4% lesões abertas. Dezesete por cento ocorreram por aprisionamento, 12,3% por queda de altura, 9,4% por queda de objetos e 6,9% por quedas em terreno plano. Nos acidentes, 58,9% ocasionaram incapacidade temporária, 5,8% incapacidade permanente e 20,6% a morte do trabalhador.

MORTALIDADE

As doenças transmissíveis continuam sendo a principal causa de morte no Peru. Em 2007, a taxa de mortalidade padronizada por grandes grupos de causas por 100.000 habitantes foi de 126,4 para as doenças transmissíveis, 114,3 para os tumores, 101,1 para as doenças do sistema circulatório e 74,6 para as causas externas. No período 2004-2007, não se modificaram as principais causas de mortalidade. As infecções respiratórias agudas foram a principal causa de morte, seguidas por algumas doenças crônicas e tumores (Tabela 2); a septicemia e a tuberculose também foram importantes causas de mortalidade.

Os tumores malignos que causaram as maiores taxas de mortalidade foram os de estômago (21,0); traqueia, brônquios e pulmão (10,7); próstata (10,4);

cólon e junção retossigmóide (5,9); colo do útero (5,7); leucemia (5,4), e mama em mulheres (4,7) (13).

MORBIDADE

Doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por vetores

Estima-se que 13 milhões de pessoas vivem em áreas de risco de transmissão de malária (1,2 milhões em áreas de alto risco). Entre 2005 e 2010, o número de casos de malária despencou de 87.669 para 29.257 (14). O agente infeccioso foi *Plasmodium vivax* em 91,8% dos casos e *Plasmodium falciparum* nos restantes. Em 2010, apenas um óbito foi notificado. Dos casos notificados, 87% procedem da selva amazônica e o restante da costa norte.

A partir de 2006, houve um aumento contínuo dos casos de dengue, de 3.695 em 2006 para 13.031 em 2010. O último surto ocorreu em fevereiro de 2011 e se identificou o sorotipo dois asiático-americano. Até junho de 2011, notificaram-se 27.404 casos, 171 deles graves e 27 mortes. O vetor *Aedes aegypti* tem ampla distribuição e infesta as principais cidades da selva e litorâneas, entre elas, a cidade de Lima. No país circulam os quatro sorotipos do vírus da dengue. O Ministério da Saúde realiza atividades de prevenção e controle sob o marco da estratégia de gestão integrada contra a dengue.

Entre 2005 e 2010 fizeram-se importantes avanços no controle da doença de Chagas e certificou-se a eliminação da transmissão vetorial em dois dos três estados onde a doença é endêmica (Tacna e Moquegua). Continuam os trabalhos de controle vetorial em Arequipa, outro estado afetado, onde se espera atingir a meta de eliminação da transmissão vetorial em 2014. A prevalência de *Trypanosoma cruzi* em bancos de sangue das áreas endêmicas é de 0,8%.

Anualmente, notificam-se por volta de 8.000 casos de leishmaniose, que está amplamente distribuída na serra e na selva. No Peru, existem duas formas clínicas da doença, a cutânea e a mucocutânea, essa última, somente na selva amazônica. Em 2010, 7.689 casos foram notificados, 95% dos quais na forma cutânea. Dos casos informados, 60,8% originaram em Cusco, San Martín, Cajamarca, Junín, Piura e Amazonas.

TABELA 2. Dez principais causas de mortalidade, Peru, 2007 (taxas por 100.000 habitantes)

Causas	Taxa
Infecções respiratórias agudas	111,6
Doença isquêmica do coração	44,8
Doenças cerebrovasculares	31,4
Septicemia, exceto a neonatal	27,6
Cirrose e outras doenças crônicas do fígado	21,3
Tumor maligno de estômago	21,0
Diabetes mellitus	20,4
Insuficiência cardíaca	18,4
Doença hipertensiva	17,1
Tuberculose	11,0

Fonte: Referência (14).

O país têm zonas enzoóticas de febre amarela na selva amazônica, onde se apresentam surtos esporádicos em trabalhadores temporários, os quais entram na selva para realizar atividades sazonais de semeadura ou colheita. De 2006 a 2010, notificaram-se 68, 72, 52, 29 e 63 casos por ano, consecutivamente. Dos 63 casos notificados em 2010, confirmaram-se 18 e houve 14 mortes.

Doenças imunopreveníveis

Entre 2006 e 2010, realizaram-se mudanças substanciais no esquema de vacinação do país, que aumentou o número de imunobiológicos de 7 para 16, com um investimento que passou de US\$ 10 milhões para US\$ 100 milhões. Nesse período, introduziram-se as vacinas pneumocócicas, rotavírus, influenza e influenza pandêmica e, em 2011, começou a ser aplicada a vacina contra o papilomavírus humano.

Em 2006, realizou-se a campanha de vacinação contra o sarampo e a rubéola no âmbito do marco da eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome de rubéola congênita, com a meta de vacinar 20 milhões de pessoas de dois a 39 anos de idade, e conseguiu-se uma cobertura nacional superior a 95%. Em 2007, iniciou-se o Plano Acelerado Contra a Febre Amarela, com a meta de vacinar 11 milhões de pessoas de dois a 59 anos e conseguiu-se uma cobertura de 97%, nas

17 regiões onde a doença é endêmica e nas áreas de procedência da população que ingressa em áreas endêmicas para trabalhar. Em 2008, vacinou-se contra a hepatite B pessoas de dois a 19 anos, com a meta de vacinar 10 milhões de pessoas, e conseguiu-se uma cobertura de 71% com a terceira dose.

Entre 2006 e 2010, a cobertura de vacinação superou 90%. Contudo, ainda existem distritos sem níveis ideais de cobertura. A morbidade e a mortalidade causadas por doenças imunopreveníveis reduziram-se de forma importante. Em 2009, notificaram-se 7.509 casos de caxumba, um caso de tétano neonatal, um caso de meningite por *Haemophilus influenzae* tipo B e 14 casos de coqueluche. Não foram notificados casos de sarampo, rubéola, nem de síndrome de rubéola congênita.

Zoonose

Com exceção do estado de Puno (onde ocorreu um caso em 2006 e outro em 2010), não há transmissão urbana de raiva. De forma periódica, notificam-se pequenos surtos de raiva transmitida por morcegos vampiros nas zonas rurais da selva: entre 2006 e 2010, notificaram-se 3, 23, 0, 18 e 13 casos, sucessivamente. Os focos de peste ocorrem em áreas de extrema pobreza dos estados de Cajamarca e La Libertad; entre 2006 e 2010, notificaram-se 34, 11, 14, 5 e 24 casos anuais. Em 2009, verificou-se um surto na província de Ascope (Região de La Libertad) com 10 casos. Em julho de 2010, ocorreram quatro casos de peste pneumônica, dois na província de Ascope e dois entre o pessoal do Hospital Regional de Trujillo, que atendeu uma das pessoas afetadas. A persistência dos focos de peste relaciona-se ao armazenamento inapropriado dos produtos agrícolas e à falta de uma eliminação adequada dos resíduos sólidos.

Existem outras duas zoonoses importantes: a fasciolose hepática e a hidatidose. As áreas do altiplano peruano (planalto) que são endêmicas da fasciolose hepática registram prevalências de até 30% em crianças. A hidatidose apresenta uma taxa de morbidade em pacientes internados de 530 por 100.000 habitantes e uma mortalidade de 1% a 12%; os estados de Lima, Junín, Pasco e Puno registram as taxas de prevalência mais altas da doença.

Doenças negligenciadas e outras doenças relacionadas à pobreza

Entre 2006 e 2010, notificaram-se 67 novos casos de hanseníase, todos procedentes da selva amazônica. Em 2010, Loreto notificou oito casos, Ucayali quatro, San Martín dois, Amazonas um e Huánuco, um. Considera-se que existem problemas na busca e detecção de casos, além de um sistema inadequado de acompanhamento e avaliação do tratamento dos pacientes.

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

A epidemia da infecção pelo HIV concentra-se em homens que fazem sexo com homens (entre 10% e 20%, segundo diversos estudos). A prevalência nacional de HIV em grávidas de 15 a 24 anos de idade é de 0,23%. A razão homem/mulher de casos notificados de Aids se mantém em 3:1. Anualmente, notificam-se mais de 1.000 casos de Aids (1.631 em 2008, 1.103 em 2009 e 1.041 em 2010), e mais de 3.000 casos de infecção pelo HIV (3.762 em 2008, 3.565 em 2009 e 3.042 em 2010). Entre 2004 e 2007, as altas hospitalares por causas diretamente relacionadas com HIV/Aids variaram entre 1.877 e 1.956. Desde 2004, conta-se com tratamento antirretroviral gratuito. Em 2010, aproximadamente 16.000 pessoas estavam em tratamento. Entre 2005 e 2009, o gasto com tratamento do HIV/Aids aumentou de US\$ 28 milhões para US\$ 62 milhões; a metade desses recursos procedeu de cooperação internacional (a maior parte, de projetos do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária). Em 2010, o gasto reduziu-se para US\$ 36 milhões; US\$ 15,4 milhões proviham do setor público e US\$ 7,8 milhões do pagamento direto dos pacientes (15).

Anualmente, detecta-se a infecção por HIV em quase 550 grávidas (535 em 2008, 550 em 2009 e 592 em 2010) e todas recebem terapia antirretroviral.

Notificaram-se 442 casos de sífilis congênita em 2008 e 376 em 2009.

Tuberculose

Durante o período 2006-2010, a taxa de morbidade por tuberculose caiu de 129,3 por 100.000 habitantes para 108,5. Em 2010 notificaram-se 31.984 casos novos e se detectou 97% dos casos esperados. Oiten-

ta por cento dos casos foram diagnosticados na faixa etária de 15 a 59 anos. De todos os casos, 59% de tuberculose sensível, 82% daqueles da forma multirresistente e 93% daqueles de tuberculose extensivamente multirresistente ocorreram em Lima e El Callao. Em 2009, o percentual de cura dos casos novos foi de 89%, com 6,2% de abandono do tratamento e 2,7% de mortes. Nesse mesmo ano, foram identificados 697 casos com coinfeção de TB/HIV (analisaram-se 36% dos casos de TB e 6% eram positivos para HIV). Além disso, 1.361 pessoas com infecção pelo HIV receberam tratamento preventivo com isoniazida.

Em 2009, 1.856 pacientes iniciaram o tratamento para a tuberculose multirresistente e a conversão bacteriológica no sexto mês de tratamento individualizado atingiu 90,3%. Em 2007, o percentual de cura foi de 67%, com 17% de abandono do tratamento.

Doenças crônicas não transmissíveis

Entre as principais causas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis estão a doença isquêmica do coração (44,8 por 100.000 habitantes), as doenças cerebrovasculares (31,4), as neoplasias malignas de estômago (21,0), o diabetes mellitus (20,4), a doença hipertensiva (17,1), as neoplasias malignas de traqueia, brônquios e pulmão (10,7), o tumores malignos de próstata (10,4), as neoplasias malignas do colo uterino e de locais não especificados (8,3), e as neoplasias malignas de mama em mulheres (4,7).

Somente 40% da população adulta pratica alguma atividade física leve (16), o sobrepeso afeta 35,3% dessa população (39,1% das mulheres e 31,1% dos homens), e a obesidade, 16,5% (20,3% das mulheres e 12,6% dos homens). A taxa de hipercolesterolemia é de 19,6%, hipertrigliceridemia, 15,3%, e para níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL) superiores a 130 mg/dl, 5,3%.

Doenças nutricionais

Em 2010, a anemia por deficiência de ferro continuou sendo o principal problema nutricional entre os menores de cinco anos de idade, afetando 37,7% das crianças dessa faixa etária. Contudo, se comparados esses valores aos notificados no ano 2000, observa-se uma queda de 12 pontos percentuais. Continuaram exis-

tindo grandes diferenças: os estados mais pobres exibiram percentuais superiores à média nacional, como é o caso de Puno (64,8%), Huancavelica (56,9%) e Ucayali (53,1%), enquanto em Lambayeque e Piura, a proporção foi de 21,3% e 27,1%, respectivamente. A faixa etária mais afetada foi de 9 a 12 meses de idade (prevalência de 72%). Entre 2000 e 2010, a anemia em mulheres em idade fértil reduziu-se de 31,6% para 21,5%.

A desnutrição crônica (déficit de tamanho para a idade) em menores de cinco anos reduziu-se de 31,0% em 2000 para 23,2% em 2010; a queda foi maior nas áreas rurais (de 47,3% para 38,8%) do que nas urbanas (de 18,2% para 14,1%), bem como nos estados mais pobres do país. Tais reduções resultaram de estratégias integrais focadas no combate à pobreza, que incluíam ações específicas nos campos da saúde e nutrição.

Acidentes e violência

Quase 80.000 acidentes de trânsito são registrados anualmente no país, dos quais 60% na cidade de Lima, que concentra um terço da população do país (17). Entre 2005 e 2007, a média anual de feridos foi de 45.149 nacionalmente e de 23.028 em Lima. Esses acidentes ocasionaram uma média anual de 3.431 mortes no país e 757 apenas em Lima. As principais causas dos acidentes fatais foram excesso de velocidade (25%), imprudência do pedestre (21%), embriaguez do pedestre (17%), imprudência do motorista (15%) e negligência do motorista (9%).

Em 2010, 67,9% das mulheres que foram casadas alguma vez informaram que o cônjuge ou companheiro exercera alguma forma de controle sobre elas. A principal forma de controle foi a insistência em saber aonde a mulher vai (50,4%), seguida de manifestações de ciúmes (43,4%) e de impedimento de que ela visite ou seja visitada por suas amigas (22,1%). Além disso, 38,4% relataram ter sofrido violência física ou sexual, 31,1% mencionaram que o cônjuge a empurrou/sacudiu, 24,5% que foram esbofeteadas ou tiveram seu braço retorcido, 21,3% que apanharam com murro ou algo que pôde machucá-las e 7,8% que foi obrigada a ter relações sexuais. A violência física foi exercida com mais frequência em mulheres de menores recursos econômicos (6). Apenas uma pequena proporção desses episódios de violência é denunciada às autoridades

competentes; em 2007, a Polícia Nacional recebeu 87.292 denúncias por violência intrafamiliar, das quais 89,9% afetaram as mulheres (18).

Desastres naturais e antropogênicos

Segundo o Instituto Nacional de Defesa Civil (INDECI), entre os anos 2007 e 2010, registraram-se 17.712 emergências no país, que ocasionaram 1.152 mortes, 5.565 feridos e 746.499 flagelados. Os incêndios urbanos foram a emergência mais frequente (35%), seguidos pelas chuvas intensas, ventos fortes, geadas, inundações, colapso de construções e deslizamentos. Em agosto de 2007, ocorreu um terremoto de 7,9 graus de magnitude na escala Richter, com uma duração de 3 minutos e 30 segundos, seguido por um tsunami, que afetou a baía de Pisco. Esse sismo gerou importantes danos em Huancavelica, Ica e Lima, e foi catalogado pelo Instituto Geofísico do Peru, como o sismo mais intenso ocorrido nos últimos 100 anos. Segundo o INDECI, o terremoto causou 596 mortes, 1.292 feridos e 464.314 flagelados. O setor saúde foi severamente afetado, oito hospitais na Região de Ica foram danificados. A província de Pisco perdeu 95% dos leitos hospitalares instalados e a de Chincha 40% de sua capacidade operacional.

Transtornos mentais

No Peru não existem estudos nacionais sobre o estado da saúde mental da população. Os estudos realizados focaram em Lima (19) e na serra peruana, que compreende as cidades de Ayacucho, Cajamarca e Huaraz (20). De acordo com esses estudos, 37,3% da população tiveram alguma vez na sua vida um transtorno mental. Cerca de 19% da população de Lima e 17% da serra sofreram um episódio de depressão em algum momento de sua vida, e 25,3% e 21,1%, respectivamente, tiveram em algum momento de sua vida transtornos de ansiedade. Os transtornos psicóticos afetaram 1% da população de Lima. Segundo o Ministério de Saúde, os transtornos mentais e do comportamento, em particular, a depressão, constituem a primeira causa de doença no país (21), e são responsáveis pela perda de quase um milhão de anos de vida saudáveis. A depressão é o diagnóstico clínico mais frequente associado ao suicídio (39,4% dos casos) (22). O suicídio está no quarto lugar entre as causas de morte violenta

em Lima, e é mais frequente nos homens do que nas mulheres, com uma razão de 2:1.

Outros problemas de saúde

Saúde bucal

Em 2009, as doenças bucais eram a segunda causa de consulta ambulatorial nos estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde e representaram 8,5% de todas as consultas (23). A avaliação nacional de saúde bucal de 2001 entre escolares de seis a 15 anos de idade identificou uma prevalência de cáries dentárias de 90,7% e de fluoroses dentais de 35,7%. O índice CPOD médio foi de 5,7, ainda que tenha oscilado entre 8,3 em Ayacucho e 3,5 em Ancash. Nas crianças de 12 anos de idade, o índice CPOD foi de 3,9.

Apesar da grande demanda de serviços odontológicos, em 2007, o Ministério da Saúde contava somente com 1.833 odontólogos (24).

Fatores de risco e proteção

Em 2006, 84,6% da população de 12 a 64 anos de idade consumira álcool em algum momento e 63,0% no último ano. Quanto ao tabaco, o percentual foi de 58,8% e 34,7%. O consumo de drogas ilícitas foi menor: 3,6% e 0,7% para a maconha e 1,4% e 0,3% para a cocaína e pasta básica de cocaína (25). A idade média de início do consumo de álcool e de tabaco reduziu-se: na faixa etária de 12 a 18 anos foi de 14,4 anos para o álcool e 14,8 anos para o tabaco; na faixa etária de 19 a 25 anos foi de 17,0 para o álcool e 16,8 para o tabaco e na faixa etária de 26 a 35 anos foi 18,2 para o álcool e 19,7 anos para o tabaco, sendo que 8,1% dos que consumiram álcool no último ano apresentaram sinais de dependência, bem como 10,3% dos que consumiram tabaco; 40,3% dos que consumiram maconha e 51,5% dos que consumiram cocaína.

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

O PAPEL GESTOR DO SISTEMA DE SAÚDE

Em 2001, elaboraram-se as “Diretrizes Políticas Setoriais para o Período 2002-2012” para orientar a ação

do setor saúde e definir as bases do processo de modernização setorial. Em 2006, uma nova agenda de saúde foi elaborada e publicada como Plano Articulado de Saúde Nacional, que tem entre seus objetivos: desenvolver a capacidade do Estado para conduzir e liderar o setor saúde, alcançar o seguro de saúde universal, adotar estratégias custo-efetivas para as principais atividades, melhorar o financiamento, implantar um sistema de monitoramento e avaliação, aumentar a participação cidadã e articular as intervenções de todos os atores do sistema relacionados com a saúde. Em 2009, promulgou-se a Lei Marco de Seguro de Saúde Universal, estabelecendo um marco normativo para o seguro a fim e garantir o direito progressivo de toda pessoa a um conjunto de intervenções nas diversas situações de saúde e doença, independente de sua inserção no mercado de trabalho.

DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Em 2010, 62,6% da população tinham seguro de saúde: 37,0% no Seguro Integral de Saúde, 20,1% na Previdência Social e 5,5% com um seguro privado. O Seguro Integral de Saúde, que é subsidiado pelo Estado, oferece um conjunto de prestações básicas, paulatinamente terá que se aproximar do plano de benefícios da Previdência Social, que cobre também doenças de alta complexidade.

O sistema de saúde compreende os setores público e privado. O setor público constitui-se pelo Ministério da Saúde e pelas Agências Regionais de Saúde (que possuem a maior rede de estabelecimentos públicos do país e está direcionada para os pobres e indigentes), a Previdência Social (que é a segunda maior rede em cobertura no país, exclusivamente destinada à população assalariada e seus familiares), e as redes de saúde das forças armadas e das forças policiais. O setor privado presta atendimento principalmente para a população de maior renda. É difícil alcançar a eficiência do sistema devido à atual segmentação e fragmentação, ao financiamento insuficiente, à fraca gestão do Ministério da Saúde e à baixa participação de outros setores e dos cidadãos.

Em 2011, o Modelo de Atenção Integral baseado na Família e na Comunidade foi revisado e aprovado, que inclui um conjunto de ações promocionais, preventivas e de recuperação segundo o ciclo de vida.

Estuda-se a viabilidade financeira do mesmo, por meio do cálculo de uma unidade de pagamento *per capita*, que permita estabelecer o custo, determinar lacunas e identificar fontes de financiamento.

GASTOS E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Em 2005, o gasto total com saúde chegou a 11.671 milhões de novos sois (US\$ 3,548 milhões), soma que representou 4,5% do PIB (26); o gasto corrente *per capita* foi de 429 novos sois (US\$ 385 dólares ajustados segundo a paridade do poder aquisitivo). O gasto público totalizou 59,4% do gasto total e o gasto privado 40,6%. Do gasto privado, 75,4% foi pagamento direto das famílias aos prestadores e somente 20,8% correspondeu ao gasto com seguros privados. Cerca de 40,1% do gasto familiar destinou-se à compra de medicamentos, 43,3% ao pagamento de serviços de saúde privados e 11,6% ao de serviços públicos. Do financiamento da saúde, 30,7% provêm do Governo, 34,2% das famílias e 30,5% dos empregadores.

POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Em 2009, havia 7,9 médicos, 9,7 enfermeiros e 1,2 dentistas por 10.000 habitantes, embora concentrados nas grandes cidades. Lima tem três vezes mais médicos por habitante (15,4) do que Huancavelica (4,3). O Ministério da Saúde estabeleceu incentivos para promover o trabalho nas zonas afastadas e pobres, em particular, para especialistas. Além disso, reformulou-se o Serviço Rural e Urbano Marginal de Saúde, para que profissionais da saúde recém-formados pudessem trabalhar nos serviços de saúde da atenção primária das zonas mais pobres do país.

Em 2006, criou-se o Sistema Nacional de Avaliação, Acreditação e Certificação da Qualidade Educativa, que tem entre suas funções: avaliar a qualidade e acreditar as faculdades de medicina. A certificação dos profissionais da saúde é incipiente. Avançou-se na definição do instrumento para conferir a certificação e para determinar os perfis de competências profissionais e laborais, os conhecimentos essenciais e o desempenho esperado.

Em 2008, o Governo promulgou o Decreto-Lei nº 1.057, pelo qual se criou um novo sistema de con-

tratações denominado Regime Especial de Contratação de Serviços Administrativos. Essa lei representa uma melhora no sistema de contratação, já que estabelece um contrato padrão que especifica duração, horário e atividades, proteção social e contribuições para o sistema previdenciário. A insatisfação no trabalho é quase geral entre os trabalhadores da saúde e há múltiplas queixas sobre as condições de trabalho, o nível de obsolescência tecnológica e o mal estado de funcionamento dos equipamentos, e a falta de material descartável e outros insumos necessários para realizar as atividades diárias.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Medicamentos e tecnologia em saúde

A Política Nacional de Medicamentos, que foi aprovada em 2004, trata de três aspectos: o acesso universal, a regulação e qualidade dos medicamentos e seu uso racional. A assinatura do Tratado de Livre Comércio com os Estados Unidos, em 2006 implicou na mudança de diversas normas para atender às exigências estipuladas no referido tratado. A aprovação da Lei nº 29.459, que regula os produtos farmacêuticos, dispositivos médicos e produtos sanitários, constitui uma conquista importante, estabelecendo altas exigências de segurança, eficácia, qualidade e vigilância. A normativa considera também aspectos direcionados a melhorar o acesso da população aos medicamentos essenciais; à garantia dos acordos sobre direitos de propriedade intelectual relacionados ao comércio e à importância da avaliação de tecnologia, pesquisa, informação pública e muitos outros temas relativos ao tratamento e ao uso adequado de medicamentos e dispositivos médicos. Em 2010, foi aprovado o formulário nacional médico único de medicamentos essenciais, que rege a atividade em nível intersectorial (Ministério da Saúde, Previdência Social e Forças Armadas).

O Centro Nacional de Documentação e Informação de Medicamentos criou uma biblioteca virtual sobre medicamentos, que fornece informações objetivas oriundas de vários bancos de dados reconhecidos sobre produtos farmacêuticos e tecnologia em saúde. Além disso, foi lançado o Observatório de Preços de Medicamentos, que coleta informações dos setores

público e privado, e apoia a transparência dos custos, já que o país não tem controle de preços.

O desenvolvimento em matéria de dispositivos médicos é incipiente, já que não existem profissionais capacitados ou especializados nesse campo. Trabalhou-se pouco na avaliação de tecnologias em saúde, a exceção dos medicamentos. Em 2011, o Ministério de Saúde formou um comitê para a avaliação de tecnologias em saúde e doenças de alto custo, do qual participam as Direções Gerais do Ministério e o Instituto Nacional de Saúde.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

De 2000 a 2009, o número de artigos científicos nacionais citados no banco de dados Science Citation Index aumentou de 61 para 200. Os principais países que colaboraram com o Peru na publicação de artigos científicos foram os Estados Unidos (60,4%), o Reino Unido (12,9%) e Brasil (8,0%), e Lima concentrou 94,7% das publicações. A Universidade Peruana Cayetano Heredia (UPCH) e a Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) têm as faculdades de medicina de maior produção científica no país. A UPCH participou na produção de 45% dos artigos científicos nacionais. O Ministério da Saúde (incluindo suas unidades) participou com 37% do total. As publicações mais frequentes foram artigos de pesquisa (82,1%), cartas ao editor (7,4%), editoriais (5,1%) e revisões (4,8%).

Em 2010, contava-se com duas estratégias nacionais de gestão de informação técnico-científica em saúde: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO. A BVS Peru é liderada pelo Ministério da Saúde e pela Rede Peruana de Bibliotecas em Saúde; a UPCH cumpre funções de coordenação da Rede. Essa Rede desenvolveu o banco de dados “Literatura Peruana em Ciências da Saúde”, que garante acesso livre e gratuito aos textos completos dos documentos. SciELO Peru, coordenada pelo Conselho Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação Tecnológica, proporciona acesso a uma coleção selecionada de revistas científicas peruanas de diversas disciplinas. Em 2010, SciELO Peru

incorporou 14 revistas, que cumprem com os critérios de qualidade, e o sistema online recebeu uma média de 200.000 visitas mensais.

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Entre 2000 e 2009, o Peru recebeu aproximadamente US\$ 500 milhões anuais em cooperação técnica e financeira direcionada a promover o desenvolvimento do país. Dessa soma, quase 9,8% destinou-se a saúde e população. Esse apoio financeiro representa não mais do que 2% do gasto total com saúde e, portanto, é marginal em relação ao investimento que o país faz em programas de saúde, públicos ou privados. Os principais doadores bilaterais foram os Estados Unidos da América, a Espanha e a Bélgica. O Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária foi o principal canal multilateral de recursos. As principais ações que receberam a cooperação foram: o controle das doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, o HIV/Aids (20%), à atenção primária em saúde (19%), às políticas de saúde e gestão (16%) e controle de doenças transmissíveis (13%).

Como membro pleno da Comunidade Andina e da União das Nações Sul-Americanas (UNASUR), e associado do Mercosul, o Peru participa na aplicação dos planos de saúde desses órgãos, particularmente, em assuntos referentes ao acesso a medicamentos, fortalecimento dos serviços de saúde e recursos humanos. Lima é a sede da Secretaria Geral da Comunidade Andina e da Agência Andina de Saúde, motivo pelo qual a Representação da OPAS/OMS no país é responsável pela intermediação entre a Sede da OPAS/OMS e essas entidades de integração, no que se refere à cooperação sub-regional andina.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

No quinquênio 2006-2010, o crescimento econômico no Peru foi contínuo. Embora a pobreza tenha se reduzido de forma significativa, persistem muitas desigualdades na distribuição de renda. A situação da saúde tem melhorado e, à exceção da mortalidade materna, devem ser cumpridos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde, bem como aquele que remete à redução da pobreza. Con-

tudo, é necessário aumentar o acesso aos serviços básicos, como água potável e esgoto, em particular, nas áreas rurais. Apesar da melhora da situação da saúde, existem grandes desafios para a saúde pública, tais como: a redução da carga de doenças transmissíveis, eliminando a transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, da raiva humana transmitida por cães e da doença de Chagas; o controle de peste, febre amarela, dengue, malária e tuberculose, em particular, a multirresistente; a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis, como as neoplasias malignas de colo uterino e da mama em mulheres, e a promoção de estilos de vida saudáveis. A melhora da organização do setor saúde no âmbito do marco do processo de descentralização e do seguro universal, e o fortalecimento da função de direção do Ministério da Saúde e de gestão das Agências Regionais de Saúde, são ações que permitirão aumentar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade. Para conseguir esse feito, será necessária uma melhor articulação entre os serviços de saúde, um orçamento público maior, melhores mecanismos de encaminhamento de pacientes, e atividades ampliadas de promoção e prevenção, além de fortalecer o sistema de informação em saúde, de modo a permitir o monitoramento e a avaliação das ações de saúde, bem como a mensuração de seu impacto na saúde da população, em particular, nos grupos mais pobres e excluídos. Por último, deve ser intensificada a capacitação e o intercâmbio de informações entre os diversos setores prestadores de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Peru, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Compendio Estadístico 2010. Lima: INEI; 2010.
2. International Monetary Fund. Data and Statistics [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.imf.org/external/data.htm> Acessado em 31 de janeiro de 2012.
3. Banco Central de Reserva del Perú. Estadísticas económicas [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.bcrp.gob.pe/estadisticas.html> Acessado em 31 de janeiro de 2012.
4. Peru, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza al 2010. Lima: INEI; 2011.
5. Instituto Cuánto. Anuario Estadístico Perú en Números. Lima: Instituto Cuánto; 2010.
6. Peru, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Lima: INEI; 2010.
7. Peru, Ministerio de Salud Pública. Muerte materna por causas genéricas 2010. En: Situación de la mortalidad materna 2011. Lima: MINSa; 2010.
8. Peru, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales. Lima: 2004.
9. Pajuelo RJ, Zevillanos BY, Peña HA. La problemática nutricional en una población de adolescentes ingresantes a una universidad privada. Consensus 2004;8(9).
10. Peru, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2006.
11. Peru, Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio epidemiológico en salud mental. Anales de Salud Mental 2005; XXI (n^{os} 1-2).
12. Peru, Ministerio de Salud, Oficina General de Estadística e Informática. Base de datos de mortalidad. Lima: MINSa; 2007.
13. Peru, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación de salud del Perú. Lima: MINSa; 2010.
14. Peru, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico n^o 52; 2010.
15. Peru, Ministerio de Salud. Estudio del gasto en SIDA 2005-2010. Lima: MINSa; 2010.
16. Peru, Instituto Nacional de Salud; Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados a las Enfermedades Crónicas. Lima: INS; CENAM; 2005.
17. Peru, Defensoría del Pueblo. El transporte urbano en Lima Metropolitana. Un desafío en defensa de la vida. Informe Defensorial n^o 137. Lima: Defensoría del Pueblo; 2008.
18. Peru, Defensoría del Pueblo. Centros Emergencia Mujer. Supervisión de los servicios especializados en la atención de víctimas de

- violencia familiar y sexual. Informe Defensorial n° 144. Lima: Defensoría del Pueblo; 2009.
19. Peru, Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, 2002. Anales de Salud Mental 2002; XVIII (n°s 1-2).
 20. Peru, Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epistemológico en Salud Mental en la Sierra Peruana, 2003. Anales de Salud Mental 2003 (n°s 1-2).
 21. Peru, Ministerio de Salud. Estudio de carga de enfermedad en el Perú, 2004. Lima: MINSa; 2006.
 22. Peru, Ministerio de Salud. Documento Técnico Normativo: Plan Nacional de Salud Mental. Lima: MINSa; 2006.
 23. Peru, Ministerio de Salud. Principales causas de morbilidad registradas en consulta externa [Internet]; 2010. Disponible em: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/CEMacros.asp?00> Acessado em 31 de janeiro de 2012.
 24. Peru, Ministerio de Salud, Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Experiencias de planificación de los recursos humanos en salud, Perú 2007-2010. Serie Recursos Humanos en Salud 2011;10.
 25. Peru, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. III Encuestas Nacionales sobre Prevención y Consumo de Drogas. Lima: DEVIDA; 2006.
 26. Peru, Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2005. Lima: MINSa; 2008.