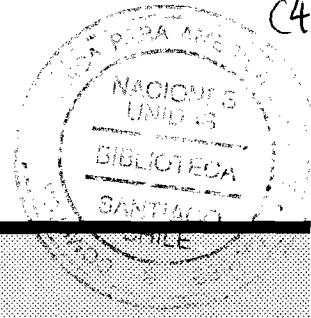


17163.06
(43081)



NU. CEPAL. CELADE
PROGRAMA GLOBAL DE FORMACION EN
POBLACION Y DESARROLLO
CELADE/CEPAL/UNFPA

**LA POLITICA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN UN CONTEXTO DE
HETEROGENEIDAD SOCIODEMOGRAFICA:
Los diferenciales de mortalidad infantil y la fecundidad en el Perú (1950-1992)**

↓
AUTORA: LUPE BERROCAL
DOCENTES GUIAS: SUSANA SCHKOLNIK
JUAN CHACKIEL
MIGUEL VILLA

Santiago, noviembre de 1992

CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

A:

JORGE, y a mis hijos:

MILUSKA, JORGE Y LUPE MIRELLA,

en testimonio de mi cariño.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo, ha sido posible gracias a las orientaciones académicas de los docentes del Programa Global y el CELADE. Mención especial me cabe expresar al Sr. Miguel Villa, quien muchas veces desatendiendo sus recargadas labores, dedicó su tiempo en clarificar y orientar las inquietudes de la autora de este modesto aporte al conocimiento de una parte, de la controvertida realidad de mi país.

INDICE

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. Dinámica demográfica y socioeconómica del Perú: Los comportamientos diferenciales de la mortalidad infantil y la fecundidad	5
1.1 La Transición Demográfica en el Perú	7
1.1.1 El proceso de modernización y la transición demográfica	11
1.1.2 La hipótesis de difusión y su relación con la transición demográfica	14
1.2 Heterogeneidad sociodemográfica en el Perú	18
1.2.1 La Mortalidad	21
1.2.2 La Fecundidad	35
1.2.3 La Distribución Espacial de la Población	39
CAPITULO II. La relación de la Fecundidad y la Mortalidad Infantil, como objeto de conceptualización teórica y de intervención deliberada	42
2.1 Antecedentes teórico-conceptuales	44
2.2 Constatación empírica de los supuestos de la investigación	48
2.3 Reflexiones sobre el "costo-beneficio" de la puesta en práctica de políticas y programas de planificación familiar	51
CAPITULO III. Planificación Familiar: desafíos y posibilidades	61
3.1 Breve referencia al surgimiento y la evolución de las políticas de planificación familiar en el Perú	61
3.2 Programas de planificación familiar en el contexto de las políticas económicas de ajuste	66
CAPITULO IV. Conclusiones y Recomendaciones.	69

ANEXO

**LA POLITICA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN UN CONTEXTO DE
HETEROGENEIDAD SOCIODEMOGRAFICA:**

**Los diferenciales de la mortalidad infantil y la fecundidad en el
Perú (1950-1992)**

INTRODUCCION

La heterogeneidad estructural que en lo económico y social evidencia la realidad peruana, expresión de su situación de subdesarrollo dependiente, se refleja también en términos de una mortalidad y fecundidad diferenciales entre áreas y estratos socioeconómicos de la población. En este contexto, las políticas de población explícitas implementadas en el país, que datan desde 1976, no han logrado revertir las desfavorables condiciones en las que vive una gran proporción de la población peruana con altos niveles y tendencias de fecundidad y mortalidad, especialmente la de temprana edad. Según cifras de la reciente Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ejecutada entre setiembre de 1991 y marzo de 1992, las Tasas de Mortalidad Infantil (TMI) del área rural y de la región natural de la Sierra, ascenderían a 90 y 80 por mil nacidos, vivos respectivamente, mientras que la correspondiente a hijos de madres sin ningún nivel educativo en todo el país a 102 muertes infantiles por cada mil. Estas, entre otras características, ubican al Perú como uno de los países con más altos niveles de TMI y la Fecundidad, medida a través de la Tasa Global de Fecundidad (TGF), en América Latina.

Hace ya mucho tiempo, pero con mayor énfasis en décadas recientes, lograr la disminución de la mortalidad infantil constituye un problema de investigación científica y un objetivo de muchas acciones, programas y políticas de Gobiernos, de Instituciones Privadas y de Organismos Internacionales. Como consecuencia de estas acciones es innegable los diferentes avances logrados en materia de disminución de los niveles de la MI, en algunos países más que en otros. Es el caso de Cuba, Chile y Costa Rica en el contexto latinoamericano, que a pesar de constituir realidades socio-culturales diferentes han alcanzado significativos avances en cuanto a la disminución de la variable en cuestión.

En el Perú la situación del proceso salud-enfermedad-muerte es alarmante y lo es más aún en la coyuntura actual en la que impera un ambiente de violencia y recesión económica, acrecentada por el imperio de una política económica y social de corte neo-liberal que se ha caracterizado por aplicar importantes recortes financieros a los sectores sociales de salud y educación fundamentalmente, situación que ameritaría una investigación específica referida a la incidencia de esta política en las tendencias de descenso de la mortalidad infantil en el país.

Es en este contexto que se sitúa la inquietud que anima la presente investigación; en ella se tratará de dar respuesta a las siguientes interrogantes: **¿Por qué no tuvieron el éxito alcanzado en otros países, las acciones emprendidas por los gobiernos peruanos en la**

reducción de la mortalidad infantil?. ¿Será posible bajar los niveles de mortalidad infantil mediante políticas eficaces que influyan en la disminución de la fecundidad?. La primera pregunta será objeto de convalidación en los dos primeros capítulos de este trabajo; la segunda se abordará, de manera exploratoria, en los capítulos II y III.

Al tratar de atender a estas dos preguntas, los objetivos del trabajo son: como objetivo general, analizar los niveles de mortalidad infantil y la fecundidad según diferentes condicionantes contextuales, socioeconómicos y biológicos, estableciendo las relaciones entre dichos factores y el comportamiento de las variables demográficas mencionadas.

Como objetivo específico el trabajo pretende explorar los efectos de los cambios de la fecundidad en la disminución del nivel de mortalidad infantil, en otras palabras, investigar en qué medida la elevada fecundidad puede identificarse como condicionante importante de la aún alta mortalidad infantil en el Perú.

Además, se hará énfasis en tratar de mostrar los beneficios de la aplicación eficaz y eficiente de programas de planificación familiar, no con fines puramente cuantitativos de disminución demográfica, sino como coadyuvante en la superación de las altas tasas de mortalidad infantil y materna y como condicionante de aspectos relacionados con un principio vinculado de equidad social:

la revaloración de los derechos de la mujer, eje fundamental de la célula básica de la sociedad: la familia.

En el desarrollo del trabajo se utilizará como fuentes de información básica, los resultados de las Encuestas de Fecundidad, las de Demografía y de Salud Familiar ENDES (DHS) y los Censos Nacionales de población y Vivienda.

CAPITULO I Dinámica demográfica y socioeconómica del Perú: Los comportamientos diferenciales de la mortalidad infantil y la fecundidad

En el contexto mundial, los aspectos demográficos se convirtieron en motivo de preocupación pública a partir de la década del cincuenta y los debates en torno a este tema, alcanzan su punto culminante en los años setenta, período en el que cobra relevancia explícita la preocupación por el crecimiento demográfico, llegando muchas veces a otorgarle a éste, las características de una "explosión demográfica". Tal entorno sirve de marco ala concepción relativa a "armonizar las tendencias demográficas con las del desarrollo económico y social de los países", que se refleja en el Plan de Acción Mundial en Población, aprobado en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest en 1974 (NN.UU, 1974).

En este respecto, es aún frecuente advertir las divergencias que existen en los estudios demográficos asociados al desarrollo económico y social. Por un lado, se encuentran aquellos que, iluminados por una visión "neomalthusiana", consideran al crecimiento de la población como el causante de la pobreza, en el entendido de que la población crece más rápido que los medios de subsistencia; bajo este prisma el problema demográfico queda circunscrito a dos variables catalizadoras de la prosperidad o la miseria: fecundidad y mortalidad. De otro lado, se ubican quienes afirman que los altos niveles de fecundidad y mortalidad, no son

sino expresiones externas del subdesarrollo. Esta posición conceptúa al crecimiento demográfico como una consecuencia o efecto del crecimiento económico; es decir, los bajos niveles de ingreso de la población y las escasas expectativas de vida se interrelacionan en una deficiente oferta de servicios de educación, salud, vivienda, nutrición, etc., definiendo condiciones materiales de vida que tendrían su manifestación demográfica más directa en una alta tasa de crecimiento de la población.

Sin perjuicio de los sesgos inherentes a las perspectivas mencionadas, sus cultores reconocen, en cuanto a que, en el Perú, la heterogeneidad en los niveles de vida de la población como las desiguales condiciones económicas, sociales y culturales perceptibles a través del territorio nacional, habrían coadyuvado al establecimiento de una variedad de pautas y comportamientos reproductivos y de tratamiento de la salud infantil, las cuales han derivado en un acelerado ritmo de multiplicación. La preocupación explícita sobre la dinámica de la población emerge en las esferas gubernamentales a partir de 1976, año en que se aprobó el documento Lineamientos de Política de Población en el Perú (publicado en setiembre de 1976). Pero ha sido el actual régimen de gobierno del Presidente Alberto Fujimori, el que ha otorgado un respaldo político decidido al tratamiento de lo que ha denominado como "problema demográfico", por lo que designó a 1991 como el "Año de la Austeridad y la Planificación Familiar", expresión de preocupación inequívoca de inquietud por el crecimiento de la

población nacional. Ahora bien, si la tasa media de incremento demográfico del país es denunciada por su "alta intensidad", las evidencias numéricas estarían mostrando que la situación es aún más aguda entre algunas áreas geográficas y grupos sociales específicos.

1.1 La Transición Demográfica en el Perú

En el análisis de la evolución demográfica de los países usualmente se recurre al esquema de la llamada "Transición Demográfica". De manera general este enfoque alude a las diferentes tendencias observadas por las variables que motivan una disminución (mortalidad) y un incremento (fecundidad) de la población y, consecuentemente, se refiere a la evolución secular de su tasa de crecimiento. Estos cambios operados a escala de los componentes naturales del cambio de población, han sido categorizados analíticamente en diferentes etapas de un proceso que se habría desencadenado como respuesta a las transformaciones sociales y económicas que produjo la modernización industrial (Chackiel y Martínez, 1992 p.1).

Una clasificación recientemente elaborada, en la que se cruzan las etapas de la Transición Demográfica (TD) con el nivel de modernización, ubica al Perú dentro de una instancia de "plena transición", conjuntamente con Brasil, Colombia, Costa Rica, Guyana, Ecuador, México, Panamá, República Dominicana, Suriname,

Trinidad y Tobago y Venezuela (Celade 1992, Cepal 1989). Algunos de estos países tienen un nivel de modernización avanzado, mientras que otros como el Perú, sólo presentarían una modernización parcial, lo que se refleja en un producto per cápita que en 1990 es inferior al promedio de la región latinoamericana.

En el siguiente cuadro puede observarse la ubicación que tienen los países latinoamericanos según las consideraciones de TD y modernización.

AMERICA LATINA: SITUACION DE LOS PAISES SEGUN NIVEL DE MODERNIZACION
Y ETAPA DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA: 1985-1990

ETAPA DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA	NIVEL DE MODERNIZACION		
	AVANZADA	PARCIAL Y ACELERADA	INCIPIENTE
AVANZADA	Argentina, Cuba, Chile, Uruguay		
PLENA TRANSICION	Costa Rica, Panamá, Venezuela	Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú Rep. Dominicana	
MODERADA		Paraguay	El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua
INCIPIENTE			Bolivia, Haití

FUENTE: Chackiel J. y Martínez J: 1992.

Operacionalmente, se reconocen cuatro etapas en la TD de los países. Así, la primera, correspondería a aquel período en el que tanto la mortalidad como la fecundidad exhiben valores altos que tienden a cancelarse por lo que la tasa de crecimiento de la

población resulta aún baja. La segunda etapa se ubicaría en los albores del auge de la industrialización y en ella, como resultado de los conocimientos técnicos en materia de salud (vacunaciones, programas agresivos de atención primaria de salud, etc.), se habría logrado reducir los niveles altos de mortalidad; sin embargo, como la fecundidad aún presentaría altos índices, la tasa de crecimiento demográfico tendería a aumentar. A su vez, como durante la tercera etapa la fecundidad también iniciaría su descenso, comenzaría a presentarse una tensión favorable a la disminución del ritmo de incremento de la población. Finalmente, la cuarta fase se caracterizaría por el bajo, nulo y, a veces, negativo crecimiento demográfico, como consecuencia de la reducción de los niveles de sus componentes naturales, dentro del contexto de una población en vías de envejecimiento. (op. cit. p.3).

Descritas hasta aquí las diversas fases del proceso transicional, cabe preguntarse qué implicaciones tiene la ubicación, dentro de la misma, de la población de América Latina, en general, y del Perú, en particular. El ámbito latinoamericano en promedio, se encontraría transitando, desde mediados de los años sesenta, la tercera etapa; es decir, la región aparecería caracterizada por una disminución de la fecundidad, después de haber logrado descensos considerables en cuanto a mortalidad, lo que ha inducido a una disminución de la tasa de crecimiento (Ibid.). Evidentemente, esta posición no es homogénea para todos los países que integran la América Latina; en rigor son disímiles las realidades específicas,

tanto en lo referente a su temporalidad, como a su distribución espacial. Desde luego, han tenido incidencia importante en esta diversidad, las experiencias históricas y económico-sociales de cada uno de los países.

El Perú, dentro del contexto regional, habría iniciado la etapa "moderada" de su período transicional a comienzos de la segunda mitad de este siglo. Por aquel entonces se gestó una ampliación de los servicios de salud, (en sus formas curativas y preventivas), conjuntamente con una ampliación de la cobertura educativa y de otros servicios, lo que habría influido en forma decisiva sobre la dinámica demográfica y, más directamente, sobre la mortalidad. Esta descendió rápida y sustancialmente con lo que se elevó la esperanza de vida de la población. Este indicador que en 1876 se situaba en 30 años, aumento a 45 años en 1955, lo que evidencia una ganancia de 15 años. La natalidad, dada una mayor sobrevivencia de las mujeres en edad fértil, habría ascendido ligeramente. Después de 1970 los cambios se habrían hecho más lentos, con un estancamiento en el descenso de la mortalidad y, una moderada declinación de la fecundidad. Por efecto de lo anterior, las tasas de crecimiento se habrían mantenido aún altas, alcanzando a 2.9% anual en el período intercensal 1961 y 1972 y a 2.6% entre 1972 y 1981. Hacia 1990, y a la luz de las estadísticas, el país en su conjunto muestra tendencias levemente decrecientes en su fecundidad y mortalidad y un incremento natural relativamente moderado (2.1% en 1985-1990, según cifras proyectadas vigentes), lo que ameritaría

su ubicación en el límite inicial de la tercera etapa de la transición demográfica, con importantes rezagos característicos de la instancia previa (op. cit.).

Los valores medios de la fecundidad y la mortalidad observados en el Perú no son más que meras abstracciones debido a que el país carece de homogeneidad social y espacial, persistiendo marcadas diferencias entre los diversos grupos socio-económicos que coexisten en la sociedad, así como entre regiones naturales, político-administrativas, áreas urbano-rural, etc.. ¿A qué se debe esta heterogeneidad?. Es ésta una interrogante que fluye inmediatamente. La respuesta tendría que aludir a diversos aspectos, tales como el complejo de procesos de modernización-industrialización-urbanización. Resulta también útil acudir a otros factores coadyuvantes, como las que, de una manera exploratoria, pueden interpretarse a través del denominado enfoque de difusión (Bravo, J. 1990).

1.1.1 El proceso de Modernización y la transición Demográfica

Las transformaciones económicas y sociales experimentadas por los países de la América Latina en la segunda mitad del presente siglo, han tenido una indudable incidencia, en una u otra forma, sobre los cambios demográficos ocurridos, sin perjuicio de lo cual cabe reconocer que unas y otras han presentado grandes contradicciones y desigualdades. En este contexto, las raíces de las variaciones de los componentes naturales del crecimiento de la población se

encontrarían en la modernización de las estructuras productivas y sociales.

El análisis del proceso de modernización que se ha desarrollado en el Perú, como en otros rincones del mundo contemporáneo, tiene que ver con el advenimiento de la industrialización y con el proceso de urbanización, que involucran cambios trascendentales en la localización de las actividades económicas y la organización de las relaciones sociales, así como en la dinámica y distribución de la población en el espacio geográfico. Las consideraciones de índole demográfico y espacial significaron una progresiva concentración de la población en áreas urbanas, mientras que las de índole económica y social codyuvaron a una gradual transformación de la sociedad desde una base económica inicial eminentemente agraria hacia otra sustentada en actividades industriales y de servicios, lo que produjo una modificación del perfil de las actividades económicas de la población ¹ (Ver cuadros No.1 y 2 del anexo).

De acuerdo al cuadro No.3 del anexo, es notable la proporción relativamente alta de población urbana y la evolución creciente del porcentaje urbano de la población total del conjunto de América Latina, como también para del caso peruano. En este contexto, los cambios experimentados por las estructuras agrarias en décadas

¹ "Según investigaciones realizadas por las Naciones Unidas, en 1850 apenas el 4.3% de la población mundial residía en ciudades de 20 000 o más habitantes; un siglo después en 1950 los habitantes de áreas urbanas representaban la quinta parte de la población mundial y en 1970, 1 de cada 4 habitantes en el mundo residía en ciudades catalogadas como urbanas. El ritmo de evolución que presenta este proceso de urbanización hace suponer que esta modalidad se convertirá en la forma predominante de los asentamientos humanos del orbe":(Jordán R.: 1987 p.)

recientes habrían elevado las presiones expulsoras de población rural (Ver cuadro No.4 en el anexo). "Todos estos elementos contribuyen a reiterar que en el tiempo transcurrido de la segunda mitad del siglo, América Latina dejó de ser primordialmente rural para tornarse esencialmente urbana" (Villa, M: 1988 p. 12).

Asociado a los temas de la ruralidad y la proporción urbana de la población del Perú, se encuentra la evolución del proceso de industrialización alentado por el Estado bajo la modalidad de sustitución de importaciones, tendencia que significó el deterioro de la agricultura tradicional, sector que ocupaba a la mayoría del campesinado y a los terratenientes. Tal deterioro es causa y efecto de la extrema pobreza de las familias rurales, de la concentración de las tierras y de la explotación del campesino. A estos hechos se sumó la monetarización de las relaciones de intercambio en un contexto en el que predominaba el trueque y donde el pago a la fuerza de trabajo se efectuaba en especie. Estos hechos condicionaron aún más a que un gran número de pobladores rurales iniciasen un sostenido proceso migratorio a las ciudades de la costa (especialmente Lima) en busca de fuentes de trabajo, proceso que se intensificó a partir de 1950.

Paralelamente al deterioro de la agricultura tradicional se acentúa en el área urbana la tendencia al crecimiento de las actividades industriales y de servicios asociados a la expansión de los medios de transporte y comunicación, dándose inicio a la formación de

núcleos de acumulación urbano-industrial. De esta manera se fueron gestando los contrastes de dos mundos distintos: por un lado las urbes costeñas y, por el otro, los sectores rurales pobres, que se mantenían relegados y marginados frente a las oportunidades más favorables que ofrecía la modernización bajo la influencia de la economía capitalista internacional. Las condiciones de "expulsión" y "atracción" se desplegaron simultáneamente, como también lo hicieron las diferencias en cuanto a los patrones de comportamiento reproductivo y la atención del proceso salud-enfermedad.

1.1.2 La Hipótesis de Difusión y su relación con la Transición Demográfica

Después de haber analizado el proceso de TD en el Perú, que alude, básicamente, a causas económicas y sociales fruto de la modernización alcanzada por las sociedades contemporáneas, los cambios ocurridos en las variables demográficas, la llamada hipótesis de innovación o difusión (Bravo J.: 1989 y 1990),² es desarrollada brevemente en este acápite. Parece relevante su conceptualización en cuanto no sólo relaciona los cambios de la fecundidad con factores estrictamente económicos, sino que privilegia factores de índole socio-cultural. En efecto, dado el carácter general que posee el enfoque de la TD, su uso no se prestaría para predecir la evolución de la fecundidad particular de

² El autor citado, menciona en su artículo, a varios investigadores que en diferentes períodos han abordado este enfoque: Gosta Carlsson en 1966, Knodel en 1979, Cleland y Wilson en 1987, Haines en 1989, entre otros.

un país, como el Perú, donde los retrasos de la transición de la fecundidad tendrían relación con la ausencia de un fuerte componente de innovación-difusión, tal como habría sucedido en otros países en los que la introducción de control de la fecundidad (una innovación) habría sido posteriormente extendido (difusión) a la mayoría de la población (Guzmán J.M.: 1991 p. 109).

El concepto de difusión "no excluye factores económicos amplios, pero sugiere con fuerza la influencia de nuevos conocimientos, ideas y aspiraciones que pueden extenderse independientemente de las circunstancias económicas individuales" (Bravo J.: 1991, p. 6). En este abordaje, se enfatiza la difusión horizontal o intrageneracional y oblicua referida a la transmisión de padres de un grupo a hijos de otro sobre la vertical o intergeneracional (transmisión de padres a hijos), cuyo éxito en la disminución de la fecundidad sería marginal.

En resumen, en el presente trabajo se rescata lo referente a que "los cambios en la fecundidad parecen operar a través de vías "culturales" o ideacionales, y más bien a nivel social que individual" (op.cit. p.1).

Para el caso peruano, cobra relevancia esta hipótesis no sólo por la interpretación del pasado sino por las implicancias futuras, por cuanto las características socio-culturales de su población son especiales dentro del contexto latinoamericano. La presencia de una

proporción importante de pobladores indígenas (31% según resultados censales para 1972 y 25% para 1981), (CELADE: 1992), ameritaría la puesta en práctica de políticas y programas de difusión más agresivos de métodos de anticoncepción modernos y cuyas consecuencias en el ámbito reproductivo y su influencia en el área de la mortalidad infantil y materna y además su connotación jurídico-ética, serán abordados más adelante.

Se sugiere, para el caso del Perú, que si bien fueron los factores económicos los aceleradores del proceso de transición, los condicionantes que no habrían permitido una disminución sostenida y homogénea de las variables demográficas especialmente la fecundidad, tendrían que ver con las características insuficientes en el desarrollo de algunos aspectos sociales, como la educación formal y no formal y la débil y a veces inexistente generalización del factor comunicacional en todos los ámbitos de la sociedad.

No obstante que se ha postulado la asociación entre factores, sociales, económicos, culturales, etc. y el proceso de TD, lo que habría que dejar sentado es, la inexistencia de una teoría en el estricto sentido, que explique la contribución de los diferentes factores a la transición de las variables demográficas. Al respecto "existe cierto acuerdo en que los factores que afectan el comportamiento reproductivo son múltiples y complejos: el nivel educativo, los costos y beneficios económicos derivados de los hijos, la disponibilidad de recursos para su crianza, factores

culturales que condicionan el inicio, término y continuidad de las relaciones sexuales, la mortalidad, el estatus y grado de autonomía de la mujer, disponibilidad y costo de anticonceptivos, cambios estructurales en la producción y en las relaciones económicas, grado de comunicación entre regiones y países, etc." (Guzmán J.M., op.cit.).

Seguidamente se describirán las características heterogéneas del comportamiento de las variables demográficas en la sociedad peruana, a fin de ubicar la posición de la mortalidad infantil y la fecundidad en dicho contexto.

1.2 Heterogeneidad sociodemográfica

Los importantes cambios producidos en la dinámica demográfica del Perú, en los últimos cuarenta años, han sido abordados de alguna manera en el acápite anterior. En una primera aproximación se puede afirmar que tanto la transformación de las estructuras agrarias como el proceso de industrialización que por las décadas del 50 y 60 atravesó el país están relacionados con los cambios de las principales variables demográficas (fecundidad, mortalidad y migración), aunque, como se ha manifestado, no todos los cambios pueden atribuirse a estos factores. En efecto, analizando la evolución de las variables de crecimiento natural, se puede observar que entre 1950-1990, el panorama sociodemográfico del Perú, se transformó completamente (Ver anexo: Gráfico No. 1). En él, se puede constatar el punto de inflexión producida en la década del 60. A partir del quinquenio 1965-70 el crecimiento natural de la población, que hasta ese momento exhibía tasas altas, experimenta un descenso sostenido en los quinquenios posteriores como producto de los cambios en las tasas de mortalidad y fecundidad. Paralelamente se observa un cambio importante en el comportamiento de la mortalidad infantil.

Esta evolución de las tendencias demográficas en el Perú en las tres décadas pasadas ha sido análoga a la de varios países de la región latinoamericana. La considerable y constante reducción de la mortalidad iniciada en la década de 1940 y la persistencia de una

fecundidad elevada, se tradujeron en tasas de crecimiento de la población rápidas y de ritmo acelerado, que de 1.8% anual en el período de 1900-1940 pasó al 2.2% en 1940-1961 y al 2.9% y 2.6% en 1961-1972 y 1972-1981, respectivamente.

A nivel interno, la configuración del territorio peruano presenta en su accidentada geografía veinticinco departamentos (que a partir de 1988 conforman 13 regiones administrativas), los que si bien desde el punto de vista político-administrativo constituyen unidades homogéneas, existen entre ellos diferencias ecológicas y contrastes en los niveles de vida y en otras características económicas, sociales y demográficas.

En este contexto, Lima, (que conforma la actual XIII Región) capital del Perú, continúa siendo no sólo el departamento más poblado del país (29.1% del total nacional en 1991), sino que su posición respecto a los demás departamentos que le siguen en tamaño de población, ha sido de un distanciamiento cuantitativa y cualitativamente mayor. El segundo departamento más poblado es Piura, que concentra al 6.4% de los habitantes peruanos. En el otro extremo, está Madre de Dios que es el departamento menos poblado, su población es bastante exigua, siendo su participación relativa respecto a la población nacional de sólo 0.2%. Otros departamentos poco poblados son Moquegua, Tacna y Tumbes, todos ellos excepto Madre de Dios, tienen una característica común: son pequeños en territorio.

Examinando el ritmo de crecimiento de la población peruana, las tasas más bajas corresponden a los registrados en la sierra sur: Huancavelica y Apurímac que crecen a menos del 1.0% al año pues son básicamente expulsores de población. Estos mismos departamentos, resgistran las más altas tasas brutas de natalidad, fecundidad y de mortalidad infantil (Ver anexo: Cuadro No.5).

Otra característica de la evolución demográfica en el Perú es el proceso sostenido de concentración urbana que vive el país desde hace varias décadas, así se tiene que en el quinquenio 1985-1990, la población urbana creció a un ritmo promedio anual de 2.9% frente a 0.4% de la rural.

En lo referente a la estructura poblacional por grandes grupos de edad, en 1940, los menores de 15 años representaban el 42% y en 1972 alcanzaban el 44% del total nacional. Este panorama comienza a revertirse al iniciarse el descenso de la fecundidad, así, para 1981, los jóvenes menores de 15 años constituyen el 41% de la población. En 1991, se advierte la persistencia aún de una población joven, los menores de 15 años representan el 38% del total. La pirámide muestra que en 40 años el descenso de los niveles de mortalidad y fecundidad han influido en el relativo angostamiento de la base de la pirámide, sin que ésta deje de corresponder al de una población expansiva (Anexo: Gráfico No. 2).

De este modo las características de desigualdad estructural

económica y social descritas, tuvieron y tienen su manifestación en términos espaciales, es decir desigualdades inter e intra regionales y disparidades entre áreas urbanas y rurales. Mientras persista el estilo de desarrollo que propicie la concentración, dichas condiciones tenderán a agudizarse y se expresarán en condiciones de existencia que actúan más directamente sobre los riesgos de muerte y las modalidades de comportamiento reproductivo (CONADE-UNFPA: 1950, p. 63).

1.2.1 La Mortalidad

Las consideraciones respecto a las tendencias observadas en el tiempo por la mortalidad fueron mencionadas al analizar el proceso de transición demográfica, relacionando con los logros en materia de adelantos epidemiológicos después de la II Guerra Mundial.

Los efectos del descenso de la mortalidad se aprecian en las ganancias de la esperanza de vida. En el Perú en un período de 40 años, entre 1950 y 1990, se ha logrado una ganancia de 17 años. Sin embargo, a pesar de la mejora observada la esperanza de vida al nacer del país (61 años), en el quinquenio 1985-1990, fue sólo superior a la de dos países latinoamericanos: Bolivia 59 y Haití 55 (Chackiel J, y Martínez J.: 1992).

Siendo la Mortalidad Infantil (MI), uno de los componentes más importantes de la mortalidad general su estudio cobra especial relevancia en contextos socioeconómicos de menor desarrollo

relativo como el Perú. El primer hallazgo tiene que ver con la consideración de que el descenso observado por esta variable a lo largo de los años es indiscutible. Sin embargo, como ya se ha señalado tanto la mortalidad en general como la que ocurre en el primer año de la vida, registran valores aún altos en el Perú si se la relacionan con el promedio latinoamericano y lo es más aún en relación a los niveles observados en países desarrollados.

El promedio global descrito por los indicadores analizados, presentan niveles contrastantes en las diferentes reparticiones político-administrativas que comprende la nación peruana, tal como se puede observar en el cuadro que se inserta en la siguiente página. En efecto, para el quinquenio 1985-90, los departamentos que aparecen con los indicadores más altos figuran: Apurímac (MI=128.7, $e^2=50.9$), Cusco (MI= 135.2, $e^2=49.4$), Ayacucho (MI=123.9, $e^2=52.1$), Huancavelica (MI=141.0, $e^2=48.0$) y Puno (MI=122.4, $e^2= 52.5$), todos ellos se encuentran ubicados en la región serrana del Perú y actualmente conforman, los dos primeros, la región Inka, los dos siguientes la región Libertadores Wari y el último, la región José Carlos Mariátegui.

Lima y los departamentos de la costa, presentan las cifras más favorables tanto para la mortalidad en el primer año de la vida como para la Esperanza de Vida al Nacer, lo que sería resultado de su mayor grado de urbanización y consecuentemente el mayor acceso de su población a los servicios sociales.

PERU: INDICADORES DE MORTALIDAD, 1970-1990

Departamentos	Esperanza de vida al nacer (En años)			Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)			Tasa Bruta de Mortalidad (por mil)		
	1970	1980	1985-90	1970	1980	1985-90	1970	1980	1985-90
País	53.6	57.9	61.4	117.7	101.3	88.2	14.1	11.3	9.2
Amazonas	51.8	54.8	58.8	129.2	113.1	97.8	14.6	13.0	10.0
Ancash	51.3	56.2	60.1	127.2	107.6	93.3	15.2	12.0	10.3
Apurímac	42.5	45.1	50.9	165.0	153.4	128.7	22.6	20.2	16.1
Arequipa	56.0	60.5	63.8	108.5	91.7	79.1	11.8	9.5	7.9
Ayacucho	43.4	46.3	52.1	160.8	148.2	123.9	21.4	18.6	14.9
Cajamarca	49.4	52.9	57.8	135.1	120.5	101.6	16.1	13.7	11.3
Callao	63.3	65.5	68.7	80.8	72.2	59.6	8.0	6.5	5.4
Cusco	40.4	42.7	49.4	175.4	164.0	135.2	23.1	20.3	15.8
Huancavelica	40.2	41.8	48.0	176.6	168.2	141.0	24.0	22.0	17.3
Huánuco	49.1	53.4	58.3	136.1	118.6	100.0	16.3	13.1	10.3
Ica	59.8	64.2	67.0	94.3	77.4	66.4	9.9	7.7	6.7
Junín	50.3	53.4	58.8	131.2	118.6	98.0	15.4	12.7	10.3
La Libertad	56.5	62.0	65.8	106.7	85.8	71.4	11.8	8.5	7.3
Lambayeque	56.2	60.5	63.8	107.6	91.7	79.1	11.7	9.2	7.9
Lima	61.8	64.6	67.9	86.7	76.0	62.9	8.8	7.0	6.0
Loreto	53.9	56.7	60.4	116.8	105.8	91.9	12.1	10.8	9.0
Madre de Dios	51.0	55.8	59.6	128.2	109.3	94.8	12.1	10.4	8.5
Moquegua	55.1	60.5	63.8	112.1	91.7	79.1	12.6	9.0	7.6
Pasco	47.5	52.5	57.4	143.1	122.4	103.2	7.0	13.1	10.8
Piura	49.5	52.9	57.4	134.1	120.5	103.3	15.6	13.3	11.1
Puno	44.6	46.3	52.5	155.5	148.2	122.4	20.2	18.3	14.4
San Martín	54.6	58.1	61.7	114.0	100.4	87.2	12.5	9.9	8.5
Tacna	57.2	60.5	63.8	104.0	91.7	79.1	10.8	8.2	7.0
Tumbes	57.4	60.6	64.0	103.1	90.7	78.2	10.8	8.8	7.4
Ucayali	53.9	56.7	60.5	116.8	105.8	91.8	11.5	10.6	8.8
Lima Metrop.	63.6	65.1	69.0	79.8	73.9	58.5	7.9	6.4	5.6
Resto de Lima	54.3	55.8	60.0	114.9	109.3	93.3	14.9	11.3	10.1
Prov. de Lima	63.6	65.0	69.1	79.9	74.1	58.4	7.9	6.4	5.5

FUENTE: Varillas Alberto y Mostajo Patricia, "La Situación Poblacional Peruana", Lima 1990

Con la finalidad de analizar mejor las causas que condicionan el comportamiento de la MI, se le suele estudiar a través de sus dos componentes: la mortalidad neonatal y la postneonatal. La primera es aquella que ocurre en el primer mes de vida y generalmente se la relaciona con causas endógenas que el recién nacido traería consigo desde su gestación, influiría también en este proceso la atención materno-infantil durante el embarazo y parto. La mortalidad postneonatal es aquella que se produce entre el primer mes hasta el primer año y en cuya ocurrencia participarían básicamente condicionantes socioeconómicos que se encuentran en el entorno familiar del niño: saneamiento ambiental, alimentación del niño, etc.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (DHS) de 1986 uno de cada nueve niños moría antes de cumplir los cinco años de edad. Según la misma fuente, cerca de la mitad de las muertes entre los niños menores de un año ocurrían durante las primeras cuatro semanas de vida y normalmente estarían relacionadas con problemas en el embarazo o en el parto. Estas condiciones seguirían presentes en el contexto rural peruano, por cuanto la mortalidad neonatal rural se ha mantenido en 45 muertes por cada mil nacidos vivos en los dos períodos de medición, 1986 y 1991-92.

A continuación, se describen los diferenciales de la MI, tomando en consideración que no existe una teoría general sobre las condiciones que determinan la mortalidad ni se ha podido determinar

los mecanismos que actúan sobre ella. Al respecto, Mosley y Chen en 1984, Schultz en 1985, Breilh y Granda en 1983 y Beghin y otros en 1983, han elaborado diferentes marcos conceptuales, respecto a los factores determinantes del proceso salud-enfermedad y muerte de los niños (NN.UU: 1990). Para el presente trabajo se utiliza como modelo de análisis, la clasificación que adopta Chackiel Juan en abril de 1982, para un estudio de Panamá, República Dominicana, Colombia, Costa Rica y el Perú, con datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad de 1977. Los condicionantes tomados en cuenta serán los siguientes: para **variables contextuales**, se muestra información según área de residencia de la madre: urbana-rural, regiones naturales y regiones político-administrativas. Dentro de este mismo aspecto, se aborda brevemente la incidencia de la MI en la población indígena, cuya proporción, como ya se dijo anteriormente, dentro de la población del país es aún importante en el Perú. En lo que respecta a las **variables socioeconómicas**, se incluye cifras según nivel de educación de la madre. Finalmente, para las **variables biológicas**, se considera la MI según paridez, edad de la madre e intervalo intergenésico.

Antes de iniciar la descripción propiamente dicha, es pertinente señalar que en el análisis se utiliza el término **sobremortalidad**, para explicar la importancia relativa de la MI en áreas o sectores más vulnerables respecto a otro tomado como referencia. Este dato o base referencial no necesariamente constituye el "ideal" o "modelo" al que se aspiraría alcanzar.

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN VARIABLES CONTEXTUALES

La Mortalidad Infantil según Area de Residencia de la Madre

La población urbana y la población rural constituyen en los países menos desarrollados como el Perú, dos universos distintos en los que se observan comportamientos también diferentes en cuanto a reproducción y mortalidad.

Los bajos niveles de vida prevalecientes en las áreas rural y urbano-marginal, han sido consecuencia del estilo de desarrollo que ha caracterizado al país. En este contexto, estas zonas han permanecido históricamente al margen de importantes cambios sociales y económicos. Las grandes ciudades, en especial la capital nacional, concentran el desarrollo industrial, los servicios públicos, las actividades financieras y comerciales y las decisiones políticas. Bajo esta premisa, los recursos en materia de salud, educación, energía, etc. han tendido a concentrarse en las zonas urbanas y en general en la capital (Lima) y principales ciudades.

La situación de desventaja en la que se encuentra la población del área rural, se evidencia con las cifras que se muestran en el cuadro A1, demostrándose la asociación negativa entre la MI y el grado de urbanización, ante la sobremortalidad que se observa en el área rural respecto a la urbana (90 vs 47) para la última medición de 1991-92.

Cuadro A1

PERU: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGUN AREA URBANA Y RURAL

AREA	1967-68	ENAF 77-78	ENDES 86	ENDES 91-92
TOTAL	135	97	76	64
URBANA	108	80	54	47
RURAL	170	147	101	90
COEFICIENTE RURAL/URBANA	1.6	1.8	1.9	1.9

NOTA: La información para 1967-68, se obtuvo de Behm y Ledesma: "La mortalidad en los primeros años de vida en países de América Latina, PERU: 1967-1968" INE, PERU: Resultados de las Encuestas de Fecundidad ENAF de 1977-78, y Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES de 1986 y 1991-92.

Los coeficientes calculados en los diferentes períodos de medición, demuestran que la MI rural, sigue siendo alta en la actualidad, a pesar de haber disminuido los valores de 147 y 101 por mil registrados en las anteriores encuestas de 1977 y 1986, respectivamente. El ratio obtenido indica que las tasas del ámbito rural son casi 2 veces que las observadas en el área urbana.

En lo que concierne a los niveles de la MI según regiones naturales (Cuadro A2), la Región de la Sierra (donde reside aproximadamente el 37% de la población del país), es la que presenta los mayores niveles de mortalidad para los dos períodos presentados (110 y 80 en 1986 y 1991-92, respectivamente). Esta realidad numérica estaría demostrando que la Sierra peruana es la región más deprimida del país.

Cuadro A2

PERU: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGUN REGION NATURAL

REGION	ENDES 86	ENDES 91-92
AREA METROPOLITANA DE LIMA	34	30
RESTO DE COSTA	56	56
SIERRA	110	80
SELVA	85	75

FUENTE: INE, PERU: Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES de 1986 y 1991-92.

Mortalidad Infantil según Regiones Administrativas

En el marco del proceso de descentralización y desconcentración puesta en marcha por el régimen de gobierno anterior, a partir de 1988 el Perú ha variado su división político-administrativa. Actualmente se han reconocido y están en vigencia político-jurídica, 13 regiones administrativas siendo inherentes a ellas, realidades demográficas y socioeconómicas disímiles lo que se traduce también en el comportamiento diferencial de la MI.

Por la vigencia de esta modalidad de división administrativa, sólo se muestran resultados para el último período de medición del indicador en 1991-92 (Cuadro No. 6 del anexo). Las regiones que se presentan como las de mayor vulnerabilidad en cuanto a mayores muertes infantiles son la región Inka, cuya tasa asciende al 104 por mil nacidos vivos. Esta región está integrada por los ex departamentos de Cusco, Apurímac y Madre de Dios ubicados la mayor

parte de ellos en la región natural de Sierra y una menor proporción de Selva, además gran parte de su territorio y su población pertenecen a áreas rurales, con un componente importante de población indígena.

La otra región a la que hacemos referencia es la región Mariátegui con 101 muertes por cada mil niños nacidos vivos. Esta es otra región con características de menor desarrollo relativo y está integrada por los ex departamentos de Puno (con gran proporción de población indígena), Moquegua y Tacna, estos últimos ubicados en la región costera del país.

En contraposición a esta realidad preocupante, la región Lima (en la que se ubica la capital nacional) y la región Arequipa (segunda región en importancia industrial), con tasas de MI de 30 y 36 muertes respectivamente, presentan las más bajas tasas (30 y 36 por mil, respectivamente).

Incidencia de la Mortalidad Infantil en la Población Indígena

Como ya se mencionara anteriormente el Perú se caracteriza por tener dentro de su población una proporción importante de indígenas. Según cifras del Censo de 1972 existían en el Perú, aproximadamente un 30.5% de habitantes indígenas ubicados tanto en área urbana como rural, la proporción para 1981 representaba al 24.8% del total nacional (CELADE: 1992).

En el marco de las condiciones estructurales del país, la presencia indígena se ubica principalmente como parte de los sectores rurales y agrícolas, cuyas características económicas y sociales se relacionan con mayores niveles de pobreza y en general con una calidad de vida inferior, incluyéndose en esta dimensión las barreras culturales (op.cit).

Como consecuencia de esta realidad socio-cultural y los de índole netamente económico, el comportamiento de la mortalidad de la niñez es significativamente alta. Se ha extraído un cuadro de una investigación realizada por el CELADE (Behm Hugo y Ledesma Alfredo: 1977), con cifras censales de 1972, en la que se cruza información de mortalidad en la niñez (2q0) por regiones y porcentaje de hablantes de lenguas autóctonas, característica utilizada como indicador operativo para identificar en los censos y encuestas a la población indígena (Cuadro No.7 del anexo). Estas cifras evidencian que la sobremortalidad es importante en las regiones Sur (217 0/00) y Centro (192 0/00), lo que resulta valores 2 veces la mortalidad de la región Metropolitana. En aquellas el porcentaje de población que habla lengua aborígen asciende a 73.3% y 55.8% respectivamente, en la región Metropolitana, aparece un 18.4% (más que en las zonas Norte y Oriente que tienen un 11% de presencia indígena) de habitantes que hablan lengua autóctona, lo que estaría explicado por la importante presencia de población aborígen producto de la migración rural-urbana. Sin embargo la tasa de mortalidad en la niñez que presenta es menor que la observada en las demás regiones

(93 por mil nacidos vivos).

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN VARIABLE SOCIOECONOMICA

Mortalidad Infantil según Nivel de Educación Materna

La educación materna aparece en la mayoría de investigaciones como la variable más significativamente relacionada con la sobrevida infantil.

El nivel educativo de la madre es el reflejo de las condiciones socioeconómicas del hogar de sus padres, lo que ilustra un efecto generacional en la determinación de clase social de la sobrevida del hijo (Naciones Unidas: 1990).

El cuadro A3 (y el gráfico 3 del anexo), muestran que entre las tasas de MI y el grado de educación de la madre existe una relación inversa. Esto podría explicarse por el hecho de que el grado de educación de la madre influye seguramente sobre las creencias, valores y actitudes respecto a la salud de los miembros de su hogar. La educación se inscribe así, en un proceso global de cambio social. En efecto, a mayor grado de educación menor es el nivel de la MI. En el Perú, las muertes de los menores de un año, hijos de madres sin educación (157.1 0/00), es 3.8 veces que la de aquellas que tienen nivel superior (41.1 0/00) en el período 77-78, en tanto que en 1986 (124 vs 22) y 1991-92 (102 vs 21) las diferencias son de 5.6 y 4.9 veces, respectivamente, lo que evidencia que la brecha

de la MI entre las madres instruidas y las no instruidas se habría deteriorado aún más.

Cuadro A3

PERU: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGUN NIVEL DE EDUCACION DE LA MADRE

NIVEL DE EDUCACION	ENAF 77-78	ENDES 86	ENDES 91-92
SIN EDUCACION	157.1	124.0	102.0
PRIMARIA	132.1	85.0	83.0
SECUNDARIA	75.9	42.0	39.0
SUPERIOR	41.1	22.0	21.0

FUENTE: INE, PERU: Resultados de las Encuestas de Fecundidad ENAF de 1977-78, y Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES de 1986 y 1991-92.

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN VARIABLES BIOLOGICAS

En diversas investigaciones a nivel de América Latina, se repite con frecuencia que la TMI aumenta con el orden de nacimiento, que es mayor cuando la madre se encuentra en los extremos de su edad fértil o cuando el intervalo respecto del nacimiento anterior es muy corto, concluyéndose que si el descenso de la fecundidad logra desplazar la estructura de los nacimientos hacia órdenes de nacimientos menores, a edades maternas más centrales y con intervalos intergenésicos más largos, todo esto repercutirá favorablemente en la mortalidad de los niños reduciéndola a niveles más bajos (Erica Taucher: 1989).

Ciertamente lo enunciado, constituye una parte del supuesto que

guía este trabajo, por lo que para comprender mejor el comportamiento de la MI en el Perú, a continuación se le describe, según las variables biológicas consideradas.

Mortalidad Infantil según Paridez

De acuerdo al cuadro A4 (y el gráfico 4 del anexo), para todos los intervalos de medición los riesgos de mortalidad aumentan rápidamente con el número de orden de los nacimientos, llegando hasta 96 mil muertes por cada mil nacidos vivos para niños de orden 7 y más en 1991-92, en tanto que para el primogénito, la MI ascendería a 46 por mil nacidos vivos.

Cuadro A4

**PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGUN VARIABLES BIOLÓGICAS
POR FUENTE Y AÑO DE ESTIMACION**

CONDICIONANTES	ENAF 77-78	ENDES 86	ENDES 91-92
ORDEN DE NACIMIENTO			
1	95.6	52.0	46.0
2-3	98.4	50.0	58.0
4-6	115.4	91.0	72.0
7 Y más	134.3	130.0	96.0
EDAD DE LA MADRE			
Menos de 20	125.6	90.0	79.0
20-29	104.9	58.0	58.0
30-39	108.4	96.0	63.0
40-49	112.6	101.0	100.0
INTERVALO INTERGENESICO			
Menos de 2 años	171.7	121.0	108.0
2-3 años	96.7	63.0	54.0
4 y más	57.8	38.0	32.0

FUENTE: INE, PERU: Resultados de las Encuestas de Fecundidad ENAF de 1977-78, y Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES de 1986 y 1991-92.

Mortalidad Infantil según Edad de la Madre

El comportamiento diferencial de la mortalidad de los niños según la edad de la madre a su nacimiento también ha sido materia de análisis de muchos estudios. Así, la más baja MI correspondía a mujeres que tenían sus hijos en el intervalo de 25-29 años, en tanto que en los extremos del período reproductivo se presentaban las tasas más elevadas. Estas características se corroboran con la información que se presenta en el cuadro A4 (y el gráfico 5 del anexo), en el que se encuentra el tradicional comportamiento: alto riesgo de mortalidad para niños de madres jóvenes (79 0/00). Los menores riesgos aparecen para los hijos cuyas madres tienen entre 20 y 29 años (58 0/00), aumentando la MI en las madres que tienen una edad mayor de 40 (100 0/00). Cifras que corresponden al período 1991-92.

Mortalidad Infantil según Intervalo Intergenésico

El efecto favorable del espaciamiento intergenésico sobre la MI, ha sido evidenciado en diversas investigaciones, al considerársele como un efecto biológico directo. En el cuadro A4 (y gráfico 6 del anexo), donde se consignan los condicionantes biológicos, según datos de la Encuesta ENDES (DHS) 1991-92, más del 10% de los niños nacidos dentro de un intervalo intergenésico de menos de 2 años entre un nacimiento y otro, mueren durante el primer año en comparación con menos de 1 de cada 30 cuando tal intervalo es de 4 años o más (INE Perú: 1992).

Los resultados de las mediciones muestrales, indican que la MI en espaciamientos menores de dos años asciende a 108 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos, frente 32 0/00 en nacimientos con 4 años o más de intervalo intergenésico en el último período de referencia.

La explicación de estas diferencias radicaría en que el espaciamiento de los niños está relacionado con la mayor o menor atención que la madre puede brindar a los hijos, incluyéndose en este aspecto la lactancia materna. Es así que los nacimientos espaciados contribuyen a una mejor nutrición de los niños, porque el hijo mayor no tendría que ser destetado anticipadamente si el nacimiento del siguiente hermano se pospone un tiempo prudente. De otro lado, es sabido que los embarazos sucesivos agotan físicamente a la madre y repercuten obviamente sobre las condiciones en que se desarrolla y nace el niño, propiciando por ejemplo un bajo peso al nacer. En consecuencia, teniendo en cuenta estas consideraciones, sería recomendable, no sólo por la salud de la madre sino también por la sobrevivencia de los hijos, espaciar los nacimientos por un período mínimo de dos años.

El otro componente de la dinámica de la población lo constituye la fecundidad cuyo comportamiento en el Perú, será descrito a continuación teniendo en cuenta diversas características.

1.2.2 La Fecundidad

Dentro del proceso de cambios demográficos, el descenso de la

fecundidad cobra especial importancia en tanto se la relaciona con la tendencia del crecimiento de la población. A inicios de la década del 50 y hasta la primera mitad del 60, la mayoría de los países de América Latina ostentaban tasas globales de fecundidad (TGF) mayores a 6 hijos por mujer. A mediados de la década del 60, varios países mostraban ya tendencias de disminución de dicha variable, generalizándose en la década del 70. Aún la crisis económica que caracterizó a la llamada "década perdida" de los 80, no habría influenciado en dicha tendencia, sobre todo en países cuyo descenso era sostenido y eran aquellos en los que la fase inicial de transición demográfica se había producido en décadas anteriores (Cuba, Chile, Costa Rica).

En el marco de heterogeneidad demográfica que caracteriza al Perú, la fecundidad es otra de las variables que adopta comportamientos singulares en áreas espaciales y grupos socioeconómicos. Su descenso sistemático en el contexto histórico es reconocido, pero su nivel es todavía elevado en vastas zonas del país, en donde las condiciones de vida son más deprimidas (Ver Cuadro en página siguiente). En efecto, en el quinquenio 85-90, los departamentos, que en el caso de la MI, exhibían las tasas más altas, también presentan TGF mayores: Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica y Puno con 6.0, 5.7, 5.9, 6.3, y 5.4, hijos por mujer, respectivamente. Además los ubicados en la selva y ceja de selva: Amazonas, Cajamarca, Huánuco, Loreto, Madre de Dios, Pasco y Ucayali, muestran tasas elevadas.

TASAS DE FECUNDIDAD, POR DEPARTAMENTO: 1970-1990

Departamentos	Tasa global de fecundidad (Hijos por mujer)			Tasa Bruta de Reproducción			Tasa Bruta de Natalidad (por mil)		
	1970	1980	1985-90	1970	1980	1985-90	1970	1980	1985-90
País	6.3	5.2	4.5	3.1	2.5	2.2	42.1	37.3	34.3
Amazonas	7.7	7.0	6.1	3.8	3.4	3.0	40.1	42.8	39.1
Ancash	7.3	5.9	5.1	3.6	2.9	2.5	44.5	38.1	35.4
Apurímac	8.2	7.0	6.0	4.0	3.4	2.9	40.7	40.3	37.7
Arequipa	6.2	4.7	4.0	3.0	2.3	2.0	37.9	34.4	32.0
Ayacucho	8.3	6.6	5.7	4.0	3.2	2.8	45.0	40.1	37.5
Cajamarca	8.3	7.0	6.0	4.1	3.4	2.9	48.7	42.7	38.8
Callao	4.7	3.5	3.1	2.3	1.7	1.5	30.7	29.6	27.2
Cusco	7.3	6.7	5.9	3.6	3.3	2.9	44.4	44.0	39.3
Huancavelica	8.2	7.4	6.3	4.0	3.6	3.1	47.4	45.4	41.0
Huánuco	7.7	6.9	6.0	3.8	3.4	2.9	48.4	44.4	40.6
Ica	6.4	4.8	4.2	3.1	2.3	2.0	42.1	35.1	32.7
Junín	6.9	5.7	5.0	3.4	2.8	2.4	44.4	39.0	36.1
La Libertad	6.7	5.1	4.4	3.3	2.5	2.2	41.1	36.8	34.0
Lambayeque	7.3	5.1	4.4	3.6	2.5	2.2	44.4	38.1	36.1
Lima	4.8	3.7	3.3	2.3	1.8	1.6	36.3	31.3	28.6
Loreto	8.2	6.4	5.6	4.0	3.1	2.7	45.3	43.5	40.2
Madre de Dios	9.0	6.2	5.3	4.4	3.0	2.6	41.0	38.9	34.8
Moquegua	6.6	4.4	3.8	3.2	2.1	1.9	41.9	31.3	29.0
Pasco	8.2	7.0	6.1	4.0	3.5	3.0	55.1	45.5	41.0
Piura	7.9	6.0	5.2	3.9	2.9	2.6	45.9	40.7	38.1
Puno	6.8	6.2	5.4	3.3	3.0	2.6	41.3	40.0	36.3
San Martín	8.5	6.3	5.5	4.2	3.1	2.7	50.8	41.2	40.8
Tacna	5.9	4.1	3.6	2.9	2.0	1.7	40.9	31.4	29.0
Tumbes	6.9	5.6	4.8	3.4	2.7	2.4	43.6	37.8	34.1
Ucayali	8.3	6.3	5.5	4.0	3.1	2.7	46.2	44.8	40.9
Lima Metrop.	4.6	3.5	3.2	2.2	1.7	1.5	34.5	30.6	28.1
Resto de Lima	4.6	3.5	3.2	2.2	1.7	1.5	34.9	30.7	28.2
Prov. de Lima	7.0	5.2	4.5	3.4	2.5	2.2	45.6	35.5	32.4

FUENTE: Varillas Alberto y Mostajo Patricia, "La Situación Poblacional Peruana", Lima 1990

Seguidamente en base a información de las encuestas especializadas, se muestra la situación de la fecundidad en el país según diferentes características, tomando a la TGF, como indicador sintético del comportamiento del nivel de la variable.

Las cifras proporcionadas por la Encuesta ENDES (DHS) 1991-92, muestran que la TGF habría disminuído en 15% respecto a la medición efectuada mediante la ENDES 1986. La fecundidad del área urbana habría descendido en 10% en tanto que la rural sólo lo habría hecho en 2% (Cuadro No.8 en el anexo), panorama que estaría evidenciando la situación estructural de pobreza en la que se halla sumida la población de las áreas rurales, donde las mujeres poseen características socio-culturales que se traducen en singulares concepciones valorativas respecto a la familia.

Según el cuadro No.9 del anexo, en todos los períodos de medición considerados, la fecundidad se presenta más alta en la selva y en la sierra. Teniendo en cuenta que la región de la costa es la que ostenta los mejores niveles de vida en cuanto a educación, salud, comunicación, condiciones que permitirían la adopción de patrones reproductivos caracterizados por familias nucleares. Situación contraria sucede en la otras áreas naturales: la selva y sierra que alejadas del nivel de modernización sus mujeres tenderían a tener familias numerosas ante la carencia de servicios de salud y mecanismos de control de su natalidad.

Finalmente, la asociación inversa que existe entre el nivel educativo de la mujer y su tasa de fecundidad, ha sido corroborada en los estudios que sobre la materia se han efectuado. En efecto, el Perú no escapa a esta generalidad, las mujeres sin educación tendrían al final de su vida reproductiva, casi cuatro veces más hijos que aquellas con educación superior (7.1 vs 1.9 de TGF), situación que se torna inalterable para los dos períodos de medición que se muestran en el cuadro No.10 del anexo. Más aún, la TGF de 6.6 de las mujeres en edad fértil analfabetas observada en 1986, se habría incrementado a 7.1 para el último período de referencia, lo que ameritaría un seguimiento especial a fin de determinar los condicionantes que habrían influenciado en esas cifras.

Finalmente, según regiones administrativas (Cuadro No.11 en el anexo), las mujeres de Loreto, Libertadores, Inka y Ucayali tendrían alrededor de 5 hijos en comparación con sólo 2 hijos de las limeñas (INE, Perú: 1992).

La movilidad espacial por parte de la población es otra de las variables que influyen en la dinámica demográfica. Dada las características especiales de este movimiento en el Perú, se analiza brevemente sus connotaciones más importantes.

1.2.3 La Distribución Espacial de la Población

La disparidades espaciales de los asentamientos humanos en el Perú,

se manifiestan a través de diversas consideraciones. Una primera aproximación tiene que ver con la heterogénea ocupación del territorio, que se puede medir mediante la distribución relativa de los habitantes peruanos.

Al desagregar la población total proyectada para 1990 por áreas, se advierte que la población urbana asciende a 15'152,265 personas y la rural a 6'398,057, lo que en términos relativos significa que el 70.3% de la población del país reside en zonas urbanas y el 29.7 restante en zonas rurales, lo que evidencia el proceso sostenido de concentración urbana que vive el país desde hace varias décadas. En el quinquenio 1985-1990, la población urbana llegó a crecer a un ritmo promedio anual de 2.9% en tanto que la rural lo hizo a 0.4%.

El intenso desplazamiento permanente y espontáneo de personas desde los distintos puntos del país hacia áreas de mayor desarrollo económico relativo, es uno de los problemas que confronta el Perú, desplazamientos que constituyen el complejo fenómeno de las migraciones internas. La variable migración, refuerza y complementa los cambios en el dinamismo de la población que los otros componentes del crecimiento demográfico, fecundidad y mortalidad, producen. Según resultados del Censo de 1981, las provincias con mayor dinámica migratoria son en primer lugar aquellas en las que se encuentran grandes ciudades, las que se constituyen en polos de atracción por su mayor grado de desarrollo, lo cual conlleva implicancias laborales y educativas, siendo éstas generalmente las

motivaciones del migrante a nivel individual. Nuevas inversiones y/o programas de colonización, como por ejemplo lo ocurrido en Rioja, Moyobamba y otras zonas consideradas en proyectos de desarrollo de Selva, influenciaron en que estas áreas se conviertan en receptoras de corrientes de inmigración.

En el caso de la emigración, factores desencadenantes para su ocurrencia, al margen de las motivaciones individuales, son en la coyuntura actual las causas socio-políticas. Sumado a esta causa suelen estar presentes las inclemencias de la naturaleza como las sequías y los terremotos que obligan a las familias a buscar nuevos lugares de residencia.

Obviamente, el área del país de más alta concentración poblacional es la conformada por las provincias de Lima y Callao, área de gran atracción inmigratoria, determinada por su posición en lo administrativo, político y por la concentración de las principales actividades económicas y sociales.

Las variables de interés para el presente trabajo son la fecundidad y la TMI, los diferenciales de su comportamiento se han dado en el contexto histórico y en el espacio geográfico. Los determinantes que condicionaron ese comportamiento no se circunscriben a uno en particular, sino es una compleja gama de condicionantes que lo han influenciado. En el capítulo siguiente se tratará de demostrar la recíproca relación de las variables de interés antes mencionadas.

CAPITULO II La relación de la Fecundidad y la Mortalidad Infantil como objeto de conceptualización teórica y de intervención deliberada

En este capítulo, en primer lugar, se señalan los supuestos que guían el presente trabajo. Luego se analiza el sustento teórico que avala las relaciones entre la MI y la fecundidad, para luego constatar empíricamente en terreno peruano, la validez de los supuestos propuestos. Al final del capítulo se plantea algunas ideas respecto a los efectos favorables y a los problemas a tener en cuenta en la aplicación de medidas que resuelvan o disminuyan los hallazgos empíricos. Se incluye un ejercicio sencillo que permitirá ilustrar los efectos favorables que una disminución de los nacimientos (se utiliza la estructura de Chile, país con un menor nivel de fecundidad), tendría en el descenso de la mortalidad infantil.

En base a los objetivos propuestos y planteados en la parte introductoria del presente trabajo, los supuestos que se intentará demostrar en este capítulo y en el siguiente se refieren, como supuesto general, a la consideración explícita de la existencia de relaciones bidireccionales entre la fecundidad y mortalidad infantil.

Como supuestos específicos se consideran: 1.- Que mediante la implementación de acciones deliberadas que afecten la fecundidad,

sería posible disminuir las altas tasas de mortalidad infantil presentes en la realidad peruana.

2.- Que el descenso de la fecundidad a través de la aplicación de programas de planificación familiar, tendrían que estar acompañadas de mecanismos de comunicación , educación formal y no formal, además deberán estar focalizadas en áreas y grupos sociales detectados como los de mayor riesgo.

3.- Finalmente, se tendrá presente la consideración de que los beneficios que traería consigo una eficaz y eficiente aplicación de políticas y programas de planificación familiar tienen diversas connotaciones. En primer lugar, en el ámbito de la salud materna e infantil. En segundo lugar tendría una connotación reivindicativa, al considerar el ámbito de la revaloración de los derechos de la mujer. Por último no se podrá dejar de considerar los efectos positivos en el entorno macro, referida a la oferta de servicios de salud, educación, empleo, etc. que el Estado debe prestar a la población, y en el nivel micro e individual los beneficios directos e indirectos para la familia, la pareja, y los hijos, y en el sentido del deseo natural y justo de la mujer y la pareja por decidir el tamaño de su familia.

2.1 Antecedentes teórico-conceptuales

La elevada mortalidad infantil sigue siendo uno de los grandes problemas de los países en vías de desarrollo como el Perú. Se ha demostrado con datos empíricos que la TMI en áreas de menor desarrollo relativo como lo es el espacio rural peruano, muestra tasas cercanas al centenar (90 0/00), y en grupos socioeconómicos más débiles sobrepasa aquella cifra, alcanzando a 102 muertes por cada mil niños nacidos vivos para aquellos cuyas madres no poseen instrucción educativa alguna. La pobreza, la desnutrición, la falta de atención médica y las malas condiciones de la vivienda que afectan a gran parte de la población peruana, serían algunos de los factores responsables de la situación descrita. En base a estas connotaciones, es habitual que la MI sea utilizada como indicador socioeconómico.

Otro factor asociado a la alta MI es la elevada fecundidad (supuesto del presente trabajo). En efecto, una primera aproximación tiene que ver con la relación recíproca que suele encontrarse entre los niveles de fecundidad y los de mortalidad infantil. Esta vinculación estaría basada en que ambos fenómenos tienen factores condicionantes comunes y que en su transición intervendrían factores como la progresiva urbanización, el mejoramiento del saneamiento ambiental, el aumento del nivel de instrucción de las mujeres y su grado de participación en la fuerza de trabajo, entre otros.

Las relaciones recíprocas entre estas dos variables, serían independientes de aquellos factores comunes o interrelacionados. Un sentido de esta interrelación alude a que se ha encontrado que el descenso de la fecundidad sólo se inicia una vez que los niveles de letalidad infantil son suficientemente bajos como para asegurar a las parejas el número de hijos sobrevivientes deseado. De otro lado, en poblaciones que no practican la anticoncepción, una alta mortalidad infantil provocaría un acortamiento de los intervalos intergenésicos por la interrupción de la lactancia y del período de esterilidad natural asociado a ella, lo que implicaría la posibilidad de un mayor número de nacimientos durante el período fértil de la mujer. Otra posibilidad en esta misma dirección, es el que provocaría una MI alta en la fecundidad, y tiene que ver con el deseo de reemplazar al hijo fallecido (Taucher E.: 1989).

El efecto reemplazo ha sido estudiado en el área rural de Perú, México, Costa Rica y Colombia, en el marco de la Encuesta PECFAL-RURAL en 1970. Según este estudio, Perú y México resultaron países con las mayores tasas de MI y TGF. Situación inversa se encontró en Costa Rica y Colombia (Rutstein S. y Médica V.: 1983)

Estos mismos autores, afirman que "... sería incorrecto atribuir, de modo inmediato, los mayores niveles de fecundidad para los dos primeros países, a los efectos de la MI, dada la existencia de una relación de doble sentido entre ambos fenómenos, la incidencia de diversos factores intervinientes y el hecho que algunas variables

de desarrollo socio-económico tienden a promover el descenso de la mortalidad y la fecundidad al mismo tiempo" (Ibid).

Finalmente, anotan: "... puede concluirse que cuando la fecundidad aumenta como reacción a los efectos de la MI, lo que sucede en el Perú y en Costa Rica, es que el incremento es inferior a lo que se requeriría para compensar las pérdidas que resultan de los hijos fallecidos" (Ibid).

El otro sentido (inverso) de la relación tiene que ver con los diferenciales de MI respecto básicamente a tres variables relacionadas con la fecundidad, conocidas también como variables biológicas o maternas: el orden de nacimiento, la edad de la madre y la longitud del intervalo intergenésico.

En muchas investigaciones se alude con frecuencia que la MI aumenta con el orden de nacimiento, que es mayor también cuando la madre se encuentra en los extremos de su edad fértil o cuando los intervalos entre un nacimiento y otro son muy cortos. Los nacimientos en esas condiciones adversas para la supervivencia infantil ocurrirían con mayor frecuencia relativa cuando los niveles de fecundidad son elevados. Se concluiría entonces que si la disminución de la fecundidad logra desplazar la estructura de los nacimientos hacia órdenes de nacimiento menores, a edades maternas más adecuadas e intervalos más espaciados, los resultados repercutirían favorablemente en la MI, reduciéndola a niveles más bajos. La

relación directa con políticas y acciones referidas a la regulación de la fecundidad estarían presentes en este sentido (Taucher: op.cit.).

Para el caso chileno, por ejemplo, investigaciones realizadas sobre el descenso de la fecundidad y su incidencia en la MI, han concluído, sin menospreciar los efectos de determinadas políticas sociales como la educación de las madres, el mejoramiento de la infraestructura de salud, etc., que el descenso de la fecundidad ha afectado por lo menos tres factores que inciden directamente en el descenso de la MI: el número de hijos que tienen las madres o paridad, la edad a la cual la madre procrea sus hijos y el intervalo de tiempo que media entre cada nacimiento (FMS: 1976).

Puffer y Serrano,³ sobre el mismo tema y para el mismo país, anota la menor probabilidad de muerte de los niños en el primer año de su vida, cuando los tres factores biológicos se dan del siguiente modo:

- La edad de la madre es mayor de 20 y menor de 35 años.
- El orden de nacimiento no es más de 4.
- El intervalo entre cada embarazo, es mayor a 2 años.

Finaliza el informe afirmando que, los relativamente bajos niveles alcanzados por los indicadores demográficos, no corresponderían a

3

Autores aludidos por el Informe FMS: 1976.

incrementos en el nivel de vida de la población sino que odecerían al efecto de una mayor concentración de los nacimientos en los grupos óptimos de edad materna y paridez (ibid).

Es en este contexto y en base a las consideraciones de orden biológico, que la disminución de los niveles de la mortalidad infantil, constituye frecuentemente, uno de los objetivos de los programas de Planificación Familiar (PF) tanto en América Latina como también en el Perú. Lo que sería útil analizar es de qué forma se están impartiendo los servicios de PF, qué cobertura tienen, los costos económicos de los diferentes métodos, si existe demanda insatisfecha de métodos de PF y por qué razones, si las demandantes potenciales y las que son usuarias cuentan con servicios de orientación educativa, respecto a los posibles efectos colaterales de los métodos y en fin una gama de acciones paralelas que requeriría la puesta en marcha de estos programas, con la finalidad de que tengan el éxito esperado.

2.2. Constatación empírica de los supuestos de la investigación

Una forma empírica de relacionar la asociación entre la alta fecundidad y la mortalidad infantil, sería identificando con resultados experimentales tal asociación. En efecto, en sucesivas investigaciones de campo realizadas en el Perú, a través de la Encuesta de Fecundidad (ENAF) en 1977, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (DHS) de 1986 y 1991-92, se han encontrado hallazgos

que confirman la mencionada relación, tal como se puede advertir en el cuadro siguiente:

PERU: TGF Y MI, según área urbana y rural, en diferentes períodos.

AREA	ENAF		ENDES		ENDES	
	1977-78		1986		1991-92	
	TGF	MI	TGF	MI	TGF	MI
TOTAL	5.3	97	4.1	76	3.5	64
URBANA	4.5	80	3.1	54	2.8	47
RURAL	7.4	147	6.3	101	6.2	90

NOTA: TGF= Hijos por mujer y MI= Tasa por mil nacidos vivos

La información precedente referida a las variables de interés para el trabajo, utilizando como condicionante al aspecto contextual: urbano y rural, evidencia los mayores valores tanto para la fecundidad como para las muertes de los menores de un año en el espacio rural. Se corrobora de este modo la asociación directa que a mayores valores de TGF le corresponde mayores valores también para la MI.

Igualmente, para la variable socioeconómica: educación materna, la asociación se cumple, es decir, a menor nivel educativo de la madre le correspondería una mayor mortalidad de menores de un año y una TGF alta. Las muertes irían en descenso cuanto más aumenta el nivel

educativo, razón por la que las mujeres con nivel superior mostrarían los más bajos niveles de MI, tal como se puede observar en el cuadro que sigue:

PERU: TGF y MI, según educación materna, en diferentes períodos

Nivel de Instrucción	ENAF		ENDES		ENDES	
	1977-78		1986		1991-92	
	TGF	MI	TGF	MI	TGF	MI
Sin educación	7.3	157	6.6	124	7.1	102
Primaria	5.9	132	5.0	85	5.1	83
Secundaria	3.0	76	3.1	42	3.1	39
Superior	...	41	1.9	22	1.9	21

(...) Sin información

Las cifras claramente muestran para este otro caso de clasificación de un condicionante socioeconómico como lo es el nivel educativo, la correlación directa entre altas tasas de MI y TGF para madres analfabetas, disminuyendo los valores, en cuanto aumenta el nivel educativo.

Ante estas evidencias, en el siguiente acápite se señalan algunas ideas respecto a las posibles acciones en materia de disminución de la fecundidad, con el propósito de lograr de manera directa bajar la MI en el Perú.

2.3 Reflexiones sobre el "costo-beneficio" de la puesta en práctica de políticas y programas de planificación familiar

Antes de abordar el tema propiamente de los beneficios así como de los efectos adversos que traería consigo la consideración explícita de políticas y/o programas de planificación familiar, conviene diferenciar lo que se entiende propiamente por política y programa de planificación familiar.

Una política forma parte de las decisiones gubernamentales, y constituye el sustento político-jurídico de los programas. Para que el logro de los objetivos se haga realidad es imprescindible contar con este marco de decisión política al más alto nivel. Los programas de planificación familiar, constituyen entonces la aplicación práctica de la decisión política. Sin embargo, bien pueden existir y funcionar sin aquel sustento macro legal, pero para que los objetivos se logren con eficiencia y eficacia, la normatividad global es muy importante.

Hecha esta diferencia, se tratará de ubicar el fenómeno del control natal en el contexto histórico. Fueron las Agencias Privadas y los gobiernos de los países más desarrollados, los que en un primer momento (década del 60) tuvieron la iniciativa de propagandizar mecanismos para reducir el crecimiento demográfico, propiciando una política directa de control de la natalidad mediante la distribución de anticonceptivos" (CELADE: septiembre de 1990). El

objetivo de la acción era disminuir el ritmo de crecimiento demográfico, pues según la teoría económica vigente, la declinación del crecimiento de la población permitiría alcanzar niveles de desarrollo más altos. El crecimiento demográfico era visualizado como un obstáculo del desarrollo económico y la acción del control de la natalidad se consideró como el instrumento apropiado para disminuir el crecimiento de la población (Ibid).

Esta visión, se tornaba restringida, por lo que la acción de los gobiernos, como resultado de la conferencia de 1974, estableció el principio que una política de población puede tener éxito en la medida en que se constituye en parte integral del desarrollo económico y social y que **su contribución a la solución de los problemas del desarrollo de un país es sólo parcial, como lo es cualquier estrategia sectorial.** En tal sentido, en estos años ya se establecía que la política de población no significaba sólo el control de la natalidad sino que abarca otros aspectos como lo son las acciones sobre la mortalidad y la migración (Ibid, énfasis de la autora).

Actualmente, en la generalidad de los países, lo que se denomina política de población contiene como práctica el elemento del control natal bajo el nombre de planificación familiar y como declaración, la intención de incidir sobre los problemas de la distribución espacial de la población o la migración o la incorporación de la mujer al proceso de desarrollo, aspectos

últimos que no han podido mostrar resultados similares al de la planificación familiar en cuanto a objetivos logrados.

Después de ubicar la práctica del control natal en el contexto mundial, se intentará realizar una aproximación respecto a los efectos positivos (beneficios) y los negativos (costos) de la aplicación de programas de planificación familiar en el Perú. La reseña histórica y la situación actual de los programas de planificación familiar en el ámbito peruano, serán analizados en mayor profundidad en el siguiente capítulo.

En primer lugar y sin olvidar los supuestos que guían el trabajo, se ha mostrado las relaciones entre las altas tasas de la fecundidad y la MI, se sostiene que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres influenciaría en la sobrevivencia infantil, por su acción sobre el intervalo intergenésico y también sobre la paridez. En el entendido que el período entre nacimientos, según diferentes investigaciones, está inversamente relacionado con los niveles de MI. Este, constituiría un resultado favorable de la aplicación de programas de PF en el ámbito de la salud (con incidencia en la MI y en la mortalidad materna), siempre que se lleven a cabo bajo condiciones que garanticen cubrir una cobertura nacional, focalizándose en las áreas geográficas y grupos sociales detectados como los de mayor riesgo. La ejecución paralela de programas formales y no formales de educación, constituirían aspectos cuyos resultados se tornarían en muy beneficiosos para las

usuarias efectivas y potenciales. Además, no habría que olvidar, que los métodos de planificación son de uso más extensivo entre las mujeres más educadas y pertenecientes a estratos socioeconómicos más altos, por lo que la focalización sería muy importante.

En efecto, los grupos de riesgo detectados, están constituidos por **mujeres del área rural**, quienes, respectivamente, muestran TGF Y TMI de 6.2 hijos por mujer y 90 muertes infantiles por cada mil niños nacidos vivos en 1991-92.

Según la variable socio-económica nivel de educación, adoptada en el análisis, las **mujeres sin educación** son las que aportan con el mayor número de hijos (TGF= 7.1) y una mortalidad temprana sumamente alta de 102 muertes por cada mil niños.

Respecto a los condicionantes biológicos, las **mujeres con una paridez mayor a 4 hijos**, que aparecen con una TMI entre 72 a 96 por mil, se constituirían en sectores dignos de actuar. Asimismo, **mujeres con hijos nacidos con intervalos intergenésicos menores de 2 años, y aquellas madres adolescentes o con hijos a una edad mayor de 40 años**, que aparecen con una TMI de 108 0/00, 79 0/00 y 100 0/00 recibirían con prioridad las atenciones de los programas focalizados.

A la luz de las evidencias estadísticas, estos grupos constituyen los de mayor vulnerabilidad en el contexto peruano y por tanto son

las que prioritariamente deben recibir los programas focalizados de educación, información y de servicios de planificación familiar.

Los grupos de mujeres mencionados, constituyen los grupos objetivo con quienes habría que trabajar, bajo el supuesto de que los resultados en la baja de la MI se evidenciarán inevitablemente si es que los programas deliberados y dirigidos a disminuir la fecundidad funcionan eficientemente, acompañados de los servicios conexos de información y educación.

Conforme se señaló al inicio del capítulo el siguiente ejercicio muestra cómo una menor estructura de nacimientos según paridez, influiría en el logro de una menor MI. En primer lugar, se muestra la estructura de los nacimientos en el Perú, según la última Encuesta ENDES (DHS) 1991-92:

**PERU: Mortalidad Infantil y estructura de nacimientos
según Paridez: 1991-92**

Variable	PARIDEZ				Total
	1	2-3	4-6	7 y +	
TMI	46	58	72	96	64.0
% Nacim.	26.1	36.5	24.3	13.1	100.0

FUENTE: INEI, PERU: Encuesta ENDES 1991-92

Como se puede advertir, la mayor tasa de MI ocurre cuando las mujeres tienen una paridez alta. Así, 96 niños fallecen antes de cumplir el año de vida ante una paridez mayor a 7, correspondiéndole en el Perú, una estructura de nacimientos del orden de 13.1%. Lo que ocurriría con una estructura menor de nacimientos, se podrá apreciar en el cuadro siguiente:

**PERU: Mortalidad Infantil Tipificada según paridez
(con estructura de nacimientos de Chile)**

Variable	PARIDEZ				Total
	1	2-3	4-6	7 y +	
TMI	46	58	72	96	64.0
% Nacim.	41.2	46.6	11.0	1.2	100.0
TMI*	1895.2	2702.8	792.0	115 .2	55.05

FUENTE: INEI, PERU: 1989

ANUARIO DEMOGRAFICO DE CHILE 1989.

En efecto, los resultados del ejercicio muestran cómo la incidencia de una menor estructura de nacimientos (que en el caso, se usa la estructura de nacimientos de Chile, un país con una fecundidad baja), permitiría una disminución del orden del 14% en la mortalidad en el primer año de la vida. La estructura de los nacimientos para una paridez de 7 en el ejemplo es de 1.2%, cuya

influencia da el resultado anotado. Se demuestra así el beneficio directo de una baja fecundidad en la TMI, corroborándose el supuesto del trabajo.

Es importante señalar que la puesta en marcha de los programas de control de la fecundidad tendrán además un conjunto de efectos indirectos que se señalan a continuación.

En efecto, una connotación en el ámbito de la salud tiene que ver con la incidencia del uso de métodos de PF en la disminución de la mortalidad materna, a través de la disminución del aborto, método utilizado con frecuencia como medida de evitar un nacimiento y cuya magnitud es difícil cuantificarla en el país por las características especiales que la involucra. Sin embargo, es posible intuir que la proporción es alta y debido a la crisis económica que ha determinado la caída importante de los ingresos reales de la población, dichas intervenciones se habrían incrementado efectuándose en situaciones carentes de los más mínimos niveles de higiene y seguridad médica, y quienes la ejecutan son personas que no tienen la formación científica que este tipo de operación, requiere.

Dentro de este mismo ámbito, la mayor vinculación de las mujeres que usan métodos de PF implica que ellas se encuentren permanentemente controlando su salud y la de su familia, y al decidir iniciar un embarazo, este proceso y el parto tendrán

posibilidades de que su desenvolvimiento se lleve a buen término bajo el control médico especializado.

Otro aspecto que avalaría favorablemente el uso de métodos de PF, tiene que ver, como ya se señaló anteriormente, con los derechos naturales que le concierne a la mujer, en el deseo de decidir libremente respecto al tamaño de su familia. Gracias al espaciamiento de los hijos, así como a la regulación de su paridad, la mujer estaría en la posibilidad de incorporarse en el mercado laboral, realizándose en sus expectativas personales.

El aspecto macroeconómico, ha sido abordado por muchos investigadores, y su abordaje conlleva las implicancias en el gasto público que el gobierno debe destinar en la dotación de servicios diversos como la salud, la educación, la seguridad social, aspectos recreativos y más importante aún la creación de puestos de empleo que garanticen el bienestar de la población. Una población menor, más sana, física y mentalmente, demandaría menores gastos corrientes y de inversión.

Dentro de este mismo aspecto económico, en el ámbito micro o familiar, la adopción de métodos de PF, representaría un elemento de disminución de los niveles de carencias sociales y económicas al aminorar el costo de la crianza de los hijos y ante el análisis racional respecto al ingreso relativo, teniendo en cuenta los costos que implican la regulación de la fecundidad, por un lado y

la demanda de los hijos, por otro.

Un aspecto que ha concitado controversia entre los científicos sociales y algunos políticos, ha sido la consideración explícita de la puesta en marcha de programas de PF, con la finalidad expresa de disminuir el crecimiento poblacional. En este contexto, en el Perú, los programas dirigidos por instituciones sobre todo privadas y organismos no gubernamentales, han sido el blanco de críticas por parte de políticos radicales y de atentados por parte de grupos subversivos. La reciente Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, que contenía una sección completa sobre el conocimiento, el uso pasado y actual de métodos de PF, ha tenido que sortear una serie de inconvenientes sobre todo en áreas conocidas como de emergencia: con presencia de simpatizantes de subversivos, lo que fue superado mediante el entrenamiento de encuestadores procedentes del lugar.

En este respecto, la respuesta que contraresta estas críticas, tendría que tener relación con las campañas educativas que difundan los verdaderos beneficios que el uso de medidas de planificación y paternidad responsable traerían en el ámbito de la salud materna e infantil, en la revaloración y equidad de los derechos de la mujer como individuo y con influencia natural en su entorno familiar.

Finalmente, un aspecto que tiene que ver con los costos, son efectivamente los costos económicos que los métodos de

planificación modernos tienen, más aún por su procedencia importada. En la coyuntura económica actual, esta situación representa un obstáculo en la accesibilidad al uso de métodos de contracepción, justamente por aquellos grupos de mujeres que más lo necesitan. En este respecto, ameritaría una medida concreta de apoyo a la reversión de esta situación ya sea vía subsidios o cooperación financiera internacional focalizada.

Un balance del capítulo tiene que ver con la demostración que ha sido posible gracias a los datos de la ENDES (DHS) 1991-92, y más importante aún con la constatación de la prevalencia de beneficios sobre los costos de la aplicación de programas de planificación familiar. El ejercicio mostrado es muy ilustrativo al respecto. los programas de PF deberán estar a cargo del trabajo coordinado y concertado del sector público y privado y particularmente en el corto plazo, la presencia de la cooperación financiera externa será imprescindible.

CAPITULO III. Planificación Familiar en el Perú: Desafíos y posibilidades

En este capítulo, se aborda brevemente la génesis y evolución de los programas de PF en el Perú. Finalmente se reflexiona sobre las posibles implicancias de la crisis económica y el nuevo modelo económico que se aplica en el país, lo que será posible superarlos con imaginación y previsión anticipada.

3.1 Breve referencia al surgimiento y la evolución de las políticas de Planificación Familiar (PF) en el Perú

Se ha señalado que los inicios de la política de población se remontan hasta 1976, año en que se aprueba los Lineamientos de política de población. Respecto a políticas de control de la natalidad propiamente, es en Enero de 1979, con la creación de la Dirección General de Salud Materno Infantil y Población dentro del ámbito del Ministerio de Salud, que se dan los primeros pasos en la instauración de programas de PF a través de los programas de atención materno infantil.

Seguidamente, en diciembre de 1980, se aprueba el Manual de Normas de planificación Familiar, con la finalidad de "... orientar las acciones administrativas, técnicas de información y educación en planificación familiar". En este mismo documento y acorde con lo estipulado en los Lineamientos de Política, quedaba prohibido la

esterilización masculina y femenina y el aborto como medidas de control natal. A pesar de haberse aprobado, en julio de 1987, nuevas Normas de Planificación Familiar, siguen vigentes hasta la fecha las aprobadas en 1980.

Actualmente el desarrollo de las actividades de PF en el Perú, están a cargo del Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Además diversas instituciones privadas brindan estos servicios a lo largo y ancho del país.

El surgimiento de los primeros programas de PF a cargo de organizaciones privadas no gubernamentales, acontece en la década del 60. En 1963, el Church World Service (CWS) dirigido por un grupo protestante de acción social, fue el primero en proporcionar información acerca del tema a médicos de provincias y a importar anticonceptivos para su posterior distribución gratuita. En 1966, tres años después, se crea el Instituto Marcelino, contando con el apoyo de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). Otra institución, la Asociación Peruana de Planificación Familiar (APPF), inicia sus actividades en 1969. Cabe señalar que a finales de 1973, toda actividad relacionada con PF fue suprimida, clausurándose clínicas y oficinas dedicadas a tal propósito en Lima y provincias (Varillas A. y Mostajo P.: 1990). Todo esto sucedía, bajo el marco de las ideas contrarias al control natal del régimen militar de gobierno de Velasco Alvarado.

En la actualidad, son varias las instituciones privadas y no gubernamentales que ejecutan acciones de información, educación, difusión e investigación de actividades de PF, los cuales ofrecen también servicios a precios inferiores de los que rigen en el mercado, dirigidos a grupos sociales de menores recursos del país⁴. Sin embargo, los problemas político-sociales por los que atravieza el país, han influido en que la intensidad de esos trabajos haya disminuido.

Respecto al conocimiento y uso actual de los métodos de PF, la Encuesta DHS 1991-92, proporciona importantes resultados. En efecto, con relación al conocimiento de métodos de contracepción, los resultados evidencian que existe, en el Perú, un buen nivel de información sobre el tema. Así, la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU), es conocido por el 84% de la mujeres en edad fértil (MEFs) entrevistada. Asimismo, el 80% de mujeres en edad reproductiva conoce lo que es la esterilización femenina. Sólo las mujeres sin educación y aquellas residentes en las áreas rurales y en las regiones administrativas de Libertadores Wari e Inka, mostraron niveles menores de conocimiento. En general el conocimiento de métodos modernos ha aumentado de 87% en 1986 a 95% en 1991 (INEI: 1992).

⁴ Las instituciones privadas, actualmente en servicio son: Instituto Marcelino, Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES), Asociación de Profesionales para la Promoción de la Salud Materno-Infantil (APROSAMI), PROFAMILIA, Asociación para el Desarrollo e integración de la mujer (ADIM), Apoyo a Programas de Población (APROPO), Servicio Médico Materno-Infantil San Alfonso (SMMISA), Asociación de Trabajo Laico Familiar (ATLF), Centro Nor-Peruano de Capacitación y Promoción Familiar (CENPROF), Proyecto de Planificación Familiar en Pueblos Jóvenes del Cusco (PLANIFAM), Federación Nacional de Cooperativas Agrarias Azucareras del Perú (FENDECAAP).

En cuanto al uso actual de métodos de PF, el 44% de usuarias emplea métodos tradicionales (método del ritmo, retiro y otros métodos).⁵ Los métodos modernos (píldora, DIU, inyección, métodos vaginales, condón, esterilización femenina y masculina), son utilizados por el 56% de MEFs en 1991, habiéndose registrado un aumento respecto al estado de 1986 en que se encontró un 50% de uso. Entre los métodos modernos de mayor uso actual aparecen el DIU (13%), la esterilización (8%) y la píldora (6%) en 1991. El ritmo, constituye el método tradicional de mayor uso (21%) para el período de análisis (Ibid). (Ver Cuadro No.13 y Gráfico No. 7 en el anexo).

Como es de esperar, se aprecia que los mayores niveles de uso de métodos modernos se encuentran entre las mujeres mayores de 30 años, las de mayor educación y aquellas que residen en áreas urbanas del país. Así, las mujeres con educación superior y las residentes en Lima y Arequipa, registran niveles de uso superior a 70%, prevaleciendo el DIU, como método (Ibid).

Otra consideración a tener en cuenta, en el análisis de potencialidades de uso de métodos de PF, son las preferencias sobre fecundidad de las MEFs (deseo de más hijos), en cuanto a limitar o espaciar los nacimientos. Al respecto, el 64% de mujeres unidas entrevistadas en 1991-92, manifestaron su deseo de limitar el número de hijos, en 1986 ese porcentaje ascendió a 63.9%. Este

⁵ Al respecto, en el contexto latinoamericano, las mujeres peruanas, aparecen con el porcentaje más alto en el uso de métodos tradicionales, tal como se puede comprobar en el cuadro No. 12 en el Anexo.

deseo aumenta con la paridez y con la edad. Según áreas urbanas y rurales, esta consideración es relativamente uniforme, según nivel de educación, el 83% de las mujeres sin instrucción, no desean más hijos (Ibid).

La demanda de servicios de PF, es posible conocerla a través de la llamada necesidad insatisfecha tanto para espaciar como para limitar el número de hijos, esta proporción adicionada a la estimación de mujeres que usan métodos en la actualidad daría como resultado la demanda total. Para la última investigación especializada realizada, la necesidad insatisfecha de PF de las mujeres peruanas en unión conyugal, alcanza al 16%. En el área rural esta proporción se incrementa a 27%, en regiones político-administrativas, los mayores niveles de necesidad insatisfecha se encuentran en la región Inka y en Libertadores Wari, donde se encuentran los mayores niveles (35%).

El número ideal de hijos para las mujeres peruanas sigue siendo 2, según los resultados de la DHS 1991-92, el porcentaje para ese número se sitúa en 53.6% vs 40.1% observado en la DHS 1986.

Este es el panorama de los servicios de planificación en el Perú, tanto por el lado de la oferta (servicios del Ministerio de Salud, IPSS, sector privado) como por la demanda (usuarias potenciales y efectivas de métodos de PF.). Surge sin embargo, la inquietud de cómo evolucionará estas características habida cuenta la situación

económica singular que vive actualmente la población peruana, al respecto se intentará hacer algunas reflexiones en el siguiente acápite.

3.2 Programas de planificación familiar en el contexto de las políticas económicas de ajuste

La **equidad** en tanto es una responsabilidad compartida entre la política económica y la política social, debe constituir la finalidad de todo proceso económico, más aún debe serlo en los actuales procesos basados en el "modelo de ajuste". En efecto, la ideología dominante en lo económico, pasó desde una fé ciega en la acción del Estado Planificador a una fé ciega en las fuerzas del mercado que a la luz de los acontecimientos recientes (al menos en los inicios de aplicación del modelo) no asigna los recursos en términos del bienestar en general, lo que implica, entre otros fenómenos: recesión, desempleo, disminución de la capacidad adquisitiva de las familias, etc.

Este entorno, corresponde a las actuales circunstancias por las que atravieza el Perú, sobre su relación con la ejecución de programas de PF mirados por el lado de la oferta y de la demanda, se reflexionará en las siguientes líneas.

Las principales consideraciones a tenerse en cuenta en el análisis de la regulación de la fecundidad, son la motivación y los costos

económicos que implican para los ofertantes de servicios como para los demandantes.

En el marco de aplicación de las políticas de ajuste actualmente en vigencia en el Perú, se espera la implementación de las Instituciones Privadas de Salud. Experiencias en otros países demuestran que, los servicios que prestan son eficientes, sin embargo su cobertura es limitada. Por otro lado, la situación de las instituciones públicas de salud se agrava en carencias de insumos, recursos humanos e infraestructura. En este contexto, la población demandante y perteneciente a estratos socio-económicos más deprimidos serían en los que mayormente recaerían las consecuencias adversas. El Instituto Peruano de Seguridad Social, principal ofertante de servicios de PF, no se sabe aún qué fin tendrá dentro de este proceso.

En consecuencia, lo que queda por hacer es tomar las previsiones del caso a fin de que en materia de PF las usuarias potenciales y activas de menores condiciones económicas no se vean afectadas en la continuidad de uso de los métodos en cuestión. Esta situación tendría por salida, pensar en alguna forma de subsidio directo o indirecto, cuyo estudio debería haberse iniciado anticipadamente.

Normalmente, la salud en general, es desatendida en situaciones de crisis económica, lo sería más, la referida a cuidados de la fecundidad, debido a que en períodos recesivos y de crisis

económica el mayor porcentaje del ingreso familiar es dedicado a gastos de alimentación. En razón a estas consideraciones se plantea posibles soluciones en el siguiente acápite.

CAPITULO IV. Conclusiones y Recomendaciones

Como corolario a este trabajo, se esbozan algunas ideas resumen que se han podido rescatar a lo largo del desarrollo del mismo. Igualmente se hace un esfuerzo por señalar algunas recomendaciones que podrían servir de referencia en la toma de decisiones sobre la ejecución de programas de planificación familiar más eficaces. Sin embargo, quedan aún muchas inquietudes que ameritan un estudio de mayor profundidad y que necesariamente deberán estar acompañados de un sustento estadístico de mayor elaboración.

- Una primera constatación, que corrobora el supuesto del trabajo, se refiere a la relación que existe entre la TMI y la fecundidad medida a través de la TGF. Los valores son altos para áreas deprimidas ubicadas en el área rural, la Sierra, las Regiones Inka y José Carlos Mariátegui. Los grupos socio-económicos definidos como de mayor riesgo, corresponden a las mujeres sin ningún nivel de educación, a las de paridez muy alta, las que tienen los hijos con intervalos intergenésicos cortos y a edades tempranas o muy tardías.

- En ausencia de una estrategia de desarrollo que en el corto plazo permita sino revertir, disminuir las barreras estructurales presentes en la realidad peruana, se justificaría entonces la intervención deliberada sobre la fecundidad a fin de que la disminución de ésta repercuta en el descenso de las altas tasas de

MI, en tanto el espaciamiento de los nacimientos, la disminución de la paridez y el tener los hijos en edades adecuadas, permitiría a la mujer evitar embarazos de riesgo que pongan en peligro no sólo la vida del hijo sino la suya misma.

- Se ha constatado la presencia de elementos socio-culturales e ideológico-políticos característicos en la sociedad peruana, más aún en zonas donde los valores y concepciones tradicionales están todavía muy arraigados en el comportamiento de la mujer andina en particular, respecto a su fecundidad y la salud de los hijos.

- Es en estos contextos donde primordialmente habría que actuar a través de la educación, difusión e información, a fin de internalizar en las mujeres las diferencias e implicancias del comportamiento de la sexualidad y la reproducción de las mujeres de sectores populares (rurales y urbano-marginales).

- Un rasgo característico de la cultura popular peruana es el rezago temporal entre conocimiento y experiencia de la sexualidad. Considerando el contexto represivo en que se socializa a la adolescente, la desinformación en todos los aspectos de su vida reproductiva es evidente. Generalmente las experiencias relativas a su desarrollo biológico y su sexualidad ocurren antes que la joven se haya informado sobre el significado e implicancias que traería por ejemplo una actividad sexual temprana. En este ámbito estaría interviniendo en forma importante la transferencia

intergeneracional negativa y equivocada que la recibirían los hijos de sus padres fundamentalmente.

- Los resultados estadísticos mostrados, sobre el número ideal de hijos y el deseo de limitar su número y/o espaciarlos, evidencian que en el Perú, ya no existe vocación por las familias de gran tamaño. Igualmente, aún una gran proporción de mujeres en edad fértil, se encuentran con una demanda potencial por métodos de PF, sobre todo aquellas ubicadas en área rural y las que no poseen instrucción.

- Respecto al uso de métodos, el método tradicional del ritmo, aparece como el de mayor preferencia en el Perú, se sabe por investigaciones especializadas que su uso conlleva fallas en un porcentaje muy alto, influidas no solamente por la percepción errónea sobre los períodos de mayor y menor fertilidad, sino por la natural irregularidad fisiológica de la estructura reproductiva de la mujer. En tal sentido, la información respecto a las bondades del uso de métodos modernos es importante.

- Lo recomendable y urgente es normar acerca de la implementación de programas educativos que difundan la temática de la reproducción, la sexualidad y la anticoncepción en los contenidos educativos curriculares escolarizados y no escolarizados.

- Las campañas de difusión sobre educación sexual y de uso de

métodos anticonceptivos, deberán estar dirigidas para todas las mujeres en edad fértil sin excepción (sin discriminar sólo a las MEFs unidas), enfatizando tal acción en la población adolescente del país y en los grupos y áreas detectados como los de mayor riesgo. En estas campañas deben señalarse claramente las ventajas y los riesgos de cada uno de los métodos de anticoncepción. Personal especializado que esté a cargo de estos programas de difusión hará énfasis en los beneficios de estas medidas en el corto plazo, por cuanto el uso de métodos de PF participativa y de elección informada, constituye un derecho reproductivo básico e inalienable del género femenino.

- La participación de organizaciones populares, previamente capacitadas en la temática, para la difusión de los verdaderos beneficios de los programas de PF, se estima que sería muy importante, a fin de aprovechar la ascendencia que los dirigentes de base tienen sobre la población que representan.

- Es importante tener en cuenta y diferenciar los beneficios de la PF a corto plazo, éstos tienen relación con el mejoramiento del bienestar familiar vía las posibilidades de incremento del ingreso familiar, por la posibilidad de que la madre se convierta en aportante. Los beneficios indirectos en el mayor y mejor cuidado de los hijos también ya han sido señalados como los efectos indirectos de la menor fecundidad.

- La posible disminución de la tasa de crecimiento sería una posibilidad en el largo plazo, pero de ninguna manera constituiría el objetivo primordial e inmediato del uso de métodos de PF, lo que podría enfatizarse a fin de evitar las "viejas" críticas que al respecto aún se dan en el Perú.

- Respecto a los costos económicos de los métodos modernos de PF, la solución viable podría ser el establecimiento de subsidios con financiamiento del Presupuesto Nacional correspondiente al Sector Salud, lo que permitiría acudir a los servicios de PF en forma gratuita a las MEFs de condiciones socio-económicas modestas.

- Otra posibilidad es que en los servicios privados de atención (donde generalmente se sirve a mujeres de condición económica alta) se imponga algún impuesto que sea revertido a los servicios públicos al que acuden generalmente mujeres de condición económica menor, esto en un marco de solidaridad y equidad que en todo caso habría que difundirlo.

- Finalmente, los hallazgos negativos en cuanto a niveles altos de fecundidad y mortalidad temprana en algunas áreas y grupos, constituirían los efectos "perversos" de la modernización y la falta de equidad en el acceso a sus frutos, pero está en las manos de quienes de una u otra forma nos identificamos con la problemática de nuestros países, sino revertirlos, tender a su disminución.

A N E X O

CUADRO No. 1
 PERU: DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA
 POR SECTORES ECONOMICOS: 1940-1987

SECTORES	1940	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1987
Agricultura	63	50	48	45	41	40	37	35
Industria	15	13	14	15	16	13	10	10
Comercio	5	9	9	11	12	15	14	15
Construcción	2	4	4	3	4	4	4	4
Minería	2	2	2	2	2	1	2	2
Servicios	12	18	20	21	23	25	26	27
Otros*	1	4	3	3	2	2	7	7
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

* Incluye: Transportes, Servicios Financieros, Electricidad Gas y Agua.

FUENTE: Guadalupe, S. "Desarrollo Económico Social y Comportamiento Reproductivo en el Perú" Lima, 1988.

CUADRO No. 2
 AMERICA LATINA: POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA Y PORCENTAJE
 AGRICOLA, POR PAISES: 1950-1985

PAISES	PEA TOTAL (miles)					Porcentaje de la PEA total en agricultura				
	1950	1960	1970	1980	1985	1950	1960	1970	1980	1985
Argentina	7106	8110	9339	10304	10884	25.2	20.6	16.0	13.0	11.6
Bolivia	1012	1184	1413	1739	1987	61.3	56.3	52.1	46.5	43.9
Brasil	17874	23339	31544	44240	49642	59.8	52.1	44.9	31.2	27.6
Colombia	3966	4768	6228	7992	9195	57.2	50.1	39.3	36.7	34.2
Costa Rica	294	379	531	777	904	57.5	51.2	42.6	30.7	27.1
Cuba	2071	2388	2636	3567	3987	42.7	36.7	30.2	23.8	21.4
Chile	2159	2507	2956	3765	4276	34.2	30.0	23.2	16.4	14.4
Ecuador	1151	1445	1876	2439	2839	65.3	58.8	50.6	38.5	34.3
El Salvador	684	841	1183	1586	1832	65.3	61.5	56.0	43.2	40.2
Guatemala	996	1243	1587	1967	2261	68.4	66.6	61.3	56.9	54.0
Haití	1844	2056	2342	2558	2822	85.6	79.9	74.3	70.0	67.0
Honduras	467	718	790	1079	1303	72.3	70.4	65.0	60.5	57.7
México	8810	11056	14489	22248	26080	60.4	55.1	44.1	36.5	33.2
Nicaragua	367	468	619	825	993	67.9	61.7	51.5	46.5	42.5
Panamá	314	382	515	657	760	58.6	51.1	41.6	31.8	28.3
Paraguay	488	585	742	1048	1223	56.0	56.6	52.6	48.6	47.3
Perú	2584	3178	3865	5374	6204	57.7	52.3	47.1	40.1	37.3
Rep. Domini	787	933	1157	1571	1862	72.7	63.7	54.7	45.7	40.6
Uruguay	930	1029	1111	1134	1171	24.3	21.3	18.6	15.8	14.6
Venezuela	1672	2324	3075	4947	5871	42.8	33.3	26.0	16.0	13.3
TOTAL	55576	68933	87998	119817	136096	53.9	48.0	41.0	32.2	29.3

FUENTE: Villa M.: "Redistribución de la Población de América Latina: Una visión sumaria del período 1950-1985", Chile, 1988.

CUADRO No. 3
AMERICA LATINA: POBLACION URBANA Y PORCENTAJE URBANO, POR PAISES: 1950-1985

PAISES	Población urbana (miles)					Porcentaje urbano de la población total				
	1950	1960	1970	1980	1985	1950	1960	1970	1980	1985
Argentina	11302	15112	18797	23435	25690	65.9	73.3	78.4	83.0	84.7
Bolivia	709	1035	1652	2489	3068	25.6	30.2	38.2	44.7	48.2
Brasil	19326	32430	53534	81566	97005	36.2	44.7	55.9	67.3	71.6
Colombia	4279	7551	12327	17107	19955	36.9	48.6	59.3	66.3	69.5
Costa Rica	258	421	670	1026	1273	29.9	34.1	38.7	44.9	48.2
Cuba	2727	3803	5210	6616	7066	46.6	54.1	60.8	68.0	70.4
Chile	3594	5147	7138	8938	9964	59.1	67.6	75.1	80.2	82.2
Ecuador	934	1478	2393	3825	4820	28.2	33.5	39.5	47.1	51.4
El Salvador	685	947	1417	2012	2225	35.3	36.8	39.5	44.5	46.7
Guatemala	800	1214	1803	2525	3009	26.9	30.6	34.4	36.5	37.8
Haití	325	511	891	1250	1481	10.5	13.9	19.8	23.1	25.0
Honduras	230	412	736	1315	1740	16.4	21.3	28.0	35.9	39.7
México	12073	19694	31135	46052	53793	43.1	51.8	59.0	65.4	67.8
Nicaragua	368	596	965	1492	1873	33.5	39.9	47.0	53.8	57.2
Panamá	298	454	707	964	1092	35.5	41.1	47.5	49.3	50.1
Paraguay	463	628	870	1215	1477	34.3	35.4	37.0	38.6	40.0
Perú	2748	4648	7659	11108	13225	36.0	46.8	58.1	64.2	67.1
Rep. Domini	531	935	1735	2904	3577	22.6	28.9	39.2	51.0	55.8
Uruguay	1663	1997	2302	2437	2549	74.3	78.7	82.1	83.8	84.6
Venezuela	2506	4719	7617	11409	13462	50.0	62.9	71.8	75.9	77.7
TOTAL	65819	103732	159558	229685	268344	41.4	49.3	57.7	1123.5	1175.7

Nota: La población urbana, se refiere a la definida en los censos nacionales.

FUENTE: Villa M., "Redistribución espacial de la población de América Latina: Una visión sumaria del período 1950-1985", Chile, 1988.

CUADRO No. 4
 AMERICA LATINA: TASAS DE CRECIMIENTO DE LAS POBLACIONES
 URBANA Y RURAL, SEGUN PAISES: 1950-1985

PAISES	Población urbana				Población rural				DCUR*	
	1950-60	1960-70	1970-80	1980-85	1950-60	1960-70	1970-80	1980-85	1950-60	1980-85
Argentina	2.9	2.2	2.2	1.8	-0.6	-0.6	-0.7	-0.7	3.5	2.5
Bolivia	3.8	4.7	4.1	4.1	1.5	1.1	1.4	1.4	2.3	2.7
Brasil	5.2	5.0	4.2	3.5	1.6	0.5	-0.6	-0.6	3.6	4.1
Colombia	5.7	4.9	3.3	3.1	0.9	0.6	0.2	0.1	4.8	3.0
Costa Rica	4.9	4.6	4.3	4.3	3.0	2.6	1.7	1.7	1.9	2.6
Cuba	3.3	3.1	2.4	1.3	0.3	0.4	-0.8	-0.9	3.0	2.2
Chile	3.6	3.3	2.3	2.2	-0.1	-0.4	-0.7	-0.5	3.7	2.7
Ecuador	4.6	4.8	4.7	4.6	2.1	2.2	1.6	1.2	2.5	3.4
El Salvador	3.2	4.0	3.5	2.0	2.6	2.9	1.5	0.2	0.6	1.8
Guatemala	4.2	4.0	3.4	3.5	2.4	2.2	2.4	2.4	1.8	1.1
Haití	4.5	5.6	3.4	3.4	1.3	1.3	1.4	1.3	3.2	2.1
Honduras	5.9	5.8	5.8	5.6	2.7	2.2	2.2	2.4	3.2	3.2
México	4.9	4.6	3.9	3.1	1.4	1.7	1.2	1.0	3.5	2.1
Nicaragua	4.8	4.8	4.4	4.5	2.1	1.9	1.6	1.8	2.7	2.7
Panamá	4.2	4.4	3.1	2.5	1.9	1.8	2.4	1.8	2.3	0.7
Paraguay	3.0	3.3	3.3	4.0	2.6	2.6	2.7	2.7	0.4	1.3
Perú	5.3	5.0	3.7	3.5	0.8	0.5	1.1	0.9	4.5	2.6
Rep. Domini	5.7	6.2	5.2	4.2	2.3	1.6	0.3	0.3	3.4	3.9
Uruguay	1.8	1.4	0.6	0.9	-0.6	-0.7	-0.7	-0.3	2.4	1.2
Venezuela	6.3	4.8	4.0	3.3	1.1	0.7	1.9	1.3	5.2	2.0
TOTAL	4.5	4.3	3.6	3.1	1.3	0.9	0.4	0.4	3.2	2.7

* Diferencia de crecimiento urbano-rural

FUENTE: Villa M.: "Redistribución de la Población en América Latina: Una visión sumaria del período 1950-1985", Chile, 1988

CUADRO No. 5
PERU: PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRAFICOS, EN ALGUNOS DEPARTAMENTOS DEL PAIS

AREA GEOGRAFICA	TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL				DENS. km2	DISTRIB. RELATIVA (%)	TGF	TMI (Por mil)	ESP. DE VIDA
	1940-61	1961-72	1972-81	1991	1991	1991	1985-90	1985-90	1985-90
TOTAL	2.2	2.9	2.6	2.1	16.8	100.0	4.0	88.2	61.4
LIMA	4.4	5.0	3.5	2.5	180.4	29.1	2.8	57.5	69.1
CALLAO	4.6	3.8	3.6	2.5	19.7	2.6	2.7	54.1	70.0
APURIMAC	0.5	0.6	0.5	0.9	17.8	1.7	6.2	121.4	52.9
AYACUCHO	0.6	1.0	1.1	1.1	13.2	2.7	5.7	119.4	53.4
HUANCAVELICA	1.0	0.8	0.5	0.5	17.1	1.8	6.2	142.7	47.8
MADRE DE DIOS	5.4	3.3	5.0	3.4	0.6	0.2	4.7	95.7	59.6

FUENTE: CELADE, Boletín Demográfico No. 48
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, Compendio Estadístico del Perú, 1989

CUADRO No. 6

PERU: MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, SEGUN
REGION ADMINISTRATIVA, ENDES 1991-92

REGION ADMINISTRATIVA	Mortalidad Neonatal (MN)	Mortalidad Postneonatal (MPN)	Mortalidad Infantil (1q0)
LORETO	34	55	89
ANDRES A. CACERES	28	35	63
AREQUIPA	13	23	36
CHAVIN	23	35	58
GRAU	39	41	80
INKA	43	60	104
J. CARLOS MARIATEGUI	49	51	101
LIBERTADORES WARI	44	30	73
NOR-ORIENTAL	28	33	61
LA LIBERTAD	28	24	52
SAN MARTIN	39	46	85
UCAYALI	36	47	84
LIMA	17	14	30

FUENTE: INEI, Resultados definitivos Encuesta Demográfica y Salud Familiar 91-92

CUADRO No. 7

PERU: TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ Y PORCENTAJE
DE HABLANTES DE LENGUAS AUTOCTONAS, SEGUN REGION NATURAL: 1972

REGION	2Q0	Porcentaje que habla lenguas autóctonas
SUR	217	73.3
CENTRO	192	55.8
NORTE	171	11.1
ORIENTE	159	11.0
METROPOLITANA	93	18.4

FUENTE: Behm H. y Ledesma A.: "La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina, PERU 1967-1968.

CUADRO No. 8

PERU: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGUN AREA URBANA Y RURAL
 POR FUENTE Y AÑO DE LA ESTIMACION

AREA	ENAF 1977-78	ENDES 1986	ENDES 1991-92
TOTAL	5.3	4.1	3.5
URBANA	4.5	3.1	2.8
RURAL	7.4	6.3	6.2
COEFICIENTE RURAL/URBANA	1.6	2.0	2.2

FUENTE: Resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad ENAF 1977-78
 y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1986 y 1991-92

CUADRO No. 9

PERU: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGUN REGION NATURAL
 POR FUENTE Y AÑO DE ESTIMACION

REGION	ENAF 1977-78	ENDES 1986	ENDES 1991-92
AREA METROPOLITANA DE LIMA	3.4	2.5	2.1
RESTO DE COSTA	4.9	3.8	3.3
SIERRA	6.7	5.4	4.9
SELVA	7.3	6.0	5.1

FUENTE: Resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad ENAF 1977-78 y de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar ENDES 1986 y 1991-92.

CUADRO No. 10

PERU: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGUN NIVEL DE EDUCACION DE LA MADRE,
POR FUENTE Y AÑO DE LA ESTIMACION

NIVEL DE EDUCACION	ENAF 1977-78	ENAF 1986	ENDES 1991-92
SIN EDUCACION	7.3	6.6	7.1
PRIMARIA	5.9	5.0	5.1
SECUNDARIA	3.0	3.1	3.1
SUPERIOR	...	1.9	1.9

(...) Sin información.

FUENTE: Resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1977-78 y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1986 y 1991-92

CUADRO No. 11

PERU: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGUN
REGION ADMINISTRATIVA: 1991-92

REGION ADMINISTRATIVA	TGF
LORETO	5.5
ANDRES A. CACERES	4.6
AREQUIPA	3.0
CHAVIN	4.2
GRAU	3.9
INKA	5.2
J. CARLOS MARIATEGUI	4.4
LIBERTADORES WARI	5.2
NOR-ORIENTAL	4.1
LA LIBERTAD	3.9
SAN MARTIN	4.6
UCAYALI	5.0
LIMA	2.3

FUENTE: INEI, Resultados definitivos Encuesta Demográfica y Salud Familiar 91-92.

CUADRO No. 12 AMERICA LATINA: PORCENTAJE DE USUARIAS DE METODOS
 ANTICONCEPTIVOS
 (Mujeres unidas o casadas de 15 a 49 años)

PAISES	TOTAL NO USUARIAS	USUARIAS DE ALGUN METODO	METODO MODERNO	METODO TRADICIONAL
Bolivia	69.7	30.3	12.2	18.1
Brasil	33.8	66.2	56.5	9.7
Colombia	35.2	64.8	52.5	12.3
R. Dominicana	50.2	49.8	46.5	3.3
Ecuador	55.7	44.3	35.8	8.5
Guatemala	76.8	23.2	19.0	4.2
México	47.3	52.7	44.6	8.1
Paraguay	51.6	48.4	35.2	13.2
Perú	54.2	45.8	23.0	22.8
Trinidad y Tobago	47.3	52.7	44.4	8.3

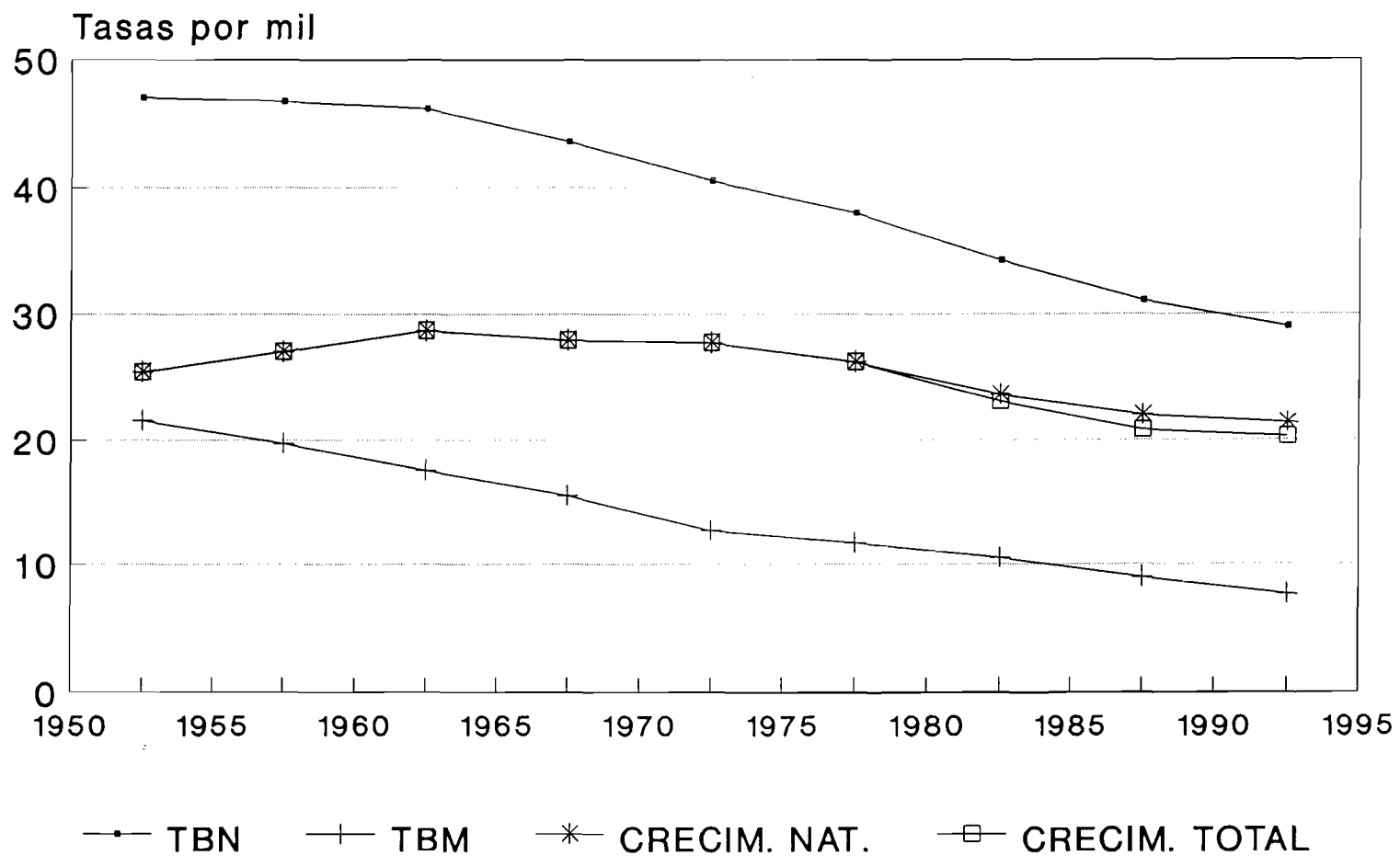
FUENTE: Comparative Studies 6, Knowledge and use of contraception
 DHS, IRD, 1991

CUADRO No. 13 PERU: Distribución porcentual de las mujeres unidas
por método usado, según varias encuestas

METODO	ENAF 1977-78	ENPA 1981	ENDES 1986	ENDES 1991-92
Píldora	4	5	7	6
DIU	1	4	7	13
Esterilización	3	4	6	8
Otros modernos	3	4	3	6
Ritmo	11	17	18	21
Otros tradicionales	10	7	5	6
Uso total	31	41	46	59

FUENTE: INEI, PERU: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-92.

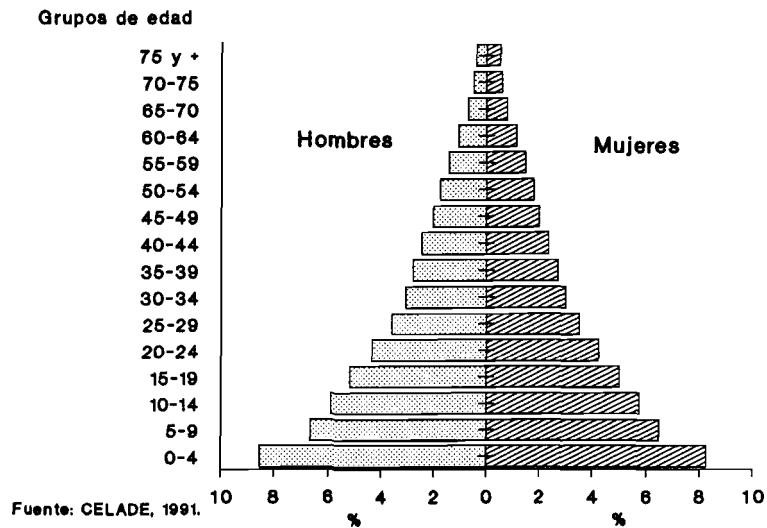
PERU: INDICADORES DEMOGRAFICOS 1950-1995 GRAFICO No. 1



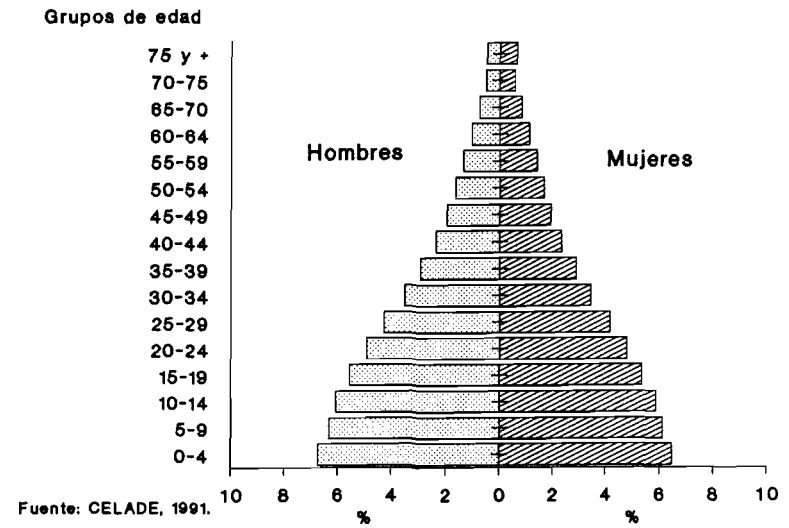
CELADE, BOLETIN DEMOGRAFICO

GRAFICO No. 2

PERU: ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1950.

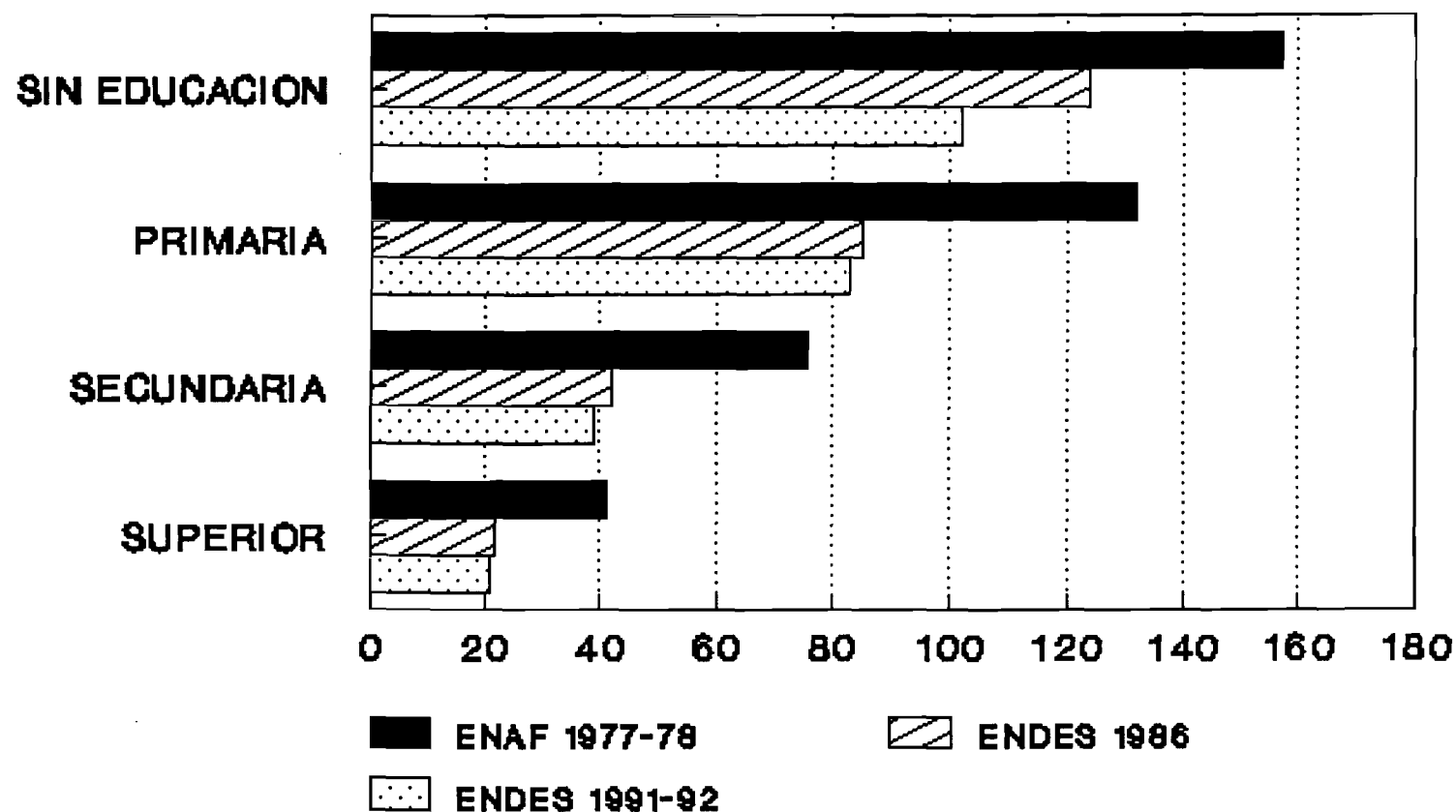


PERU: ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. 1990.



PERU: Mortalidad Infantil, según Nivel de Educación de la Madre

Gráfico No. 3

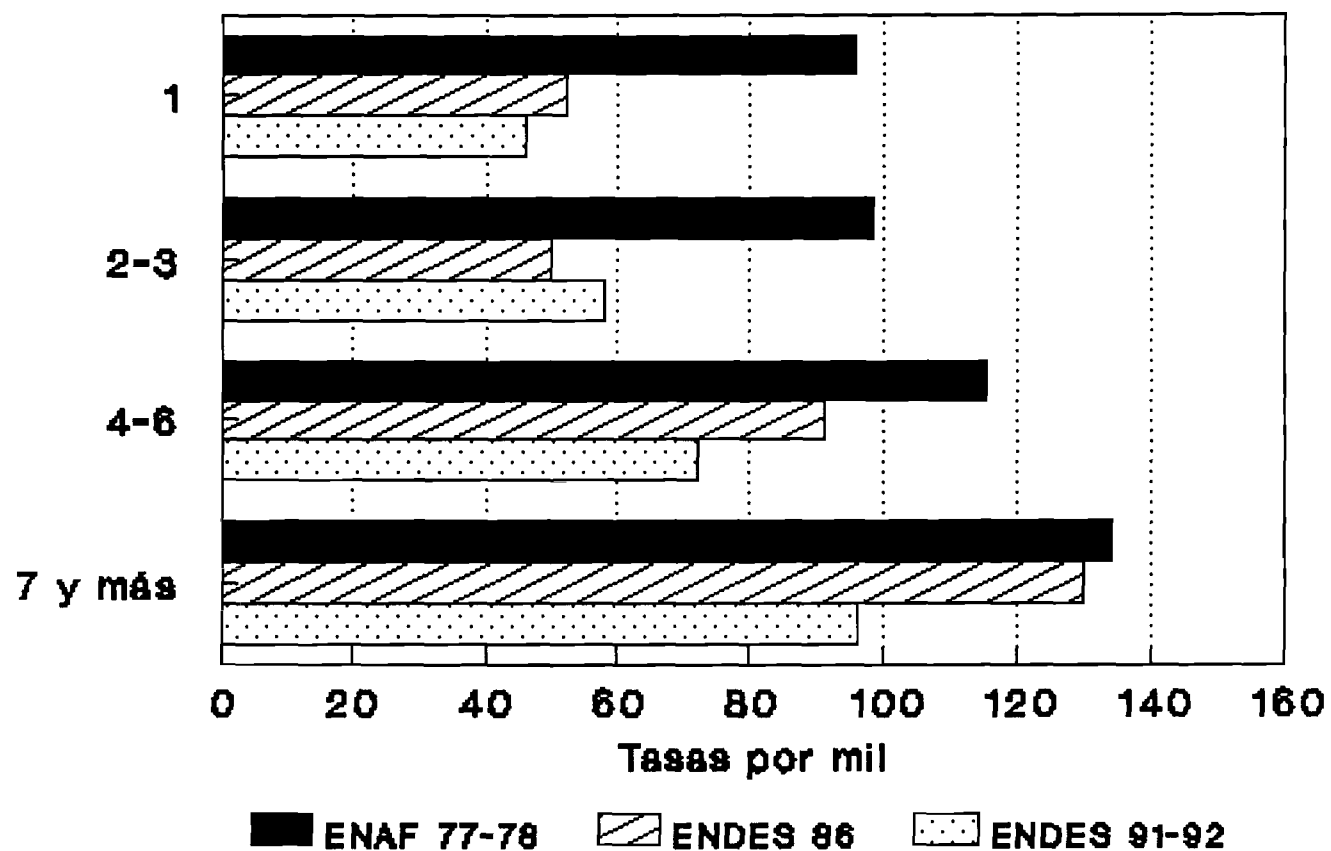


FUENTE: Cuadro A3

GRAFICO No. 4

PERU: Mortalidad Infantil según paridez

Orden de Nac.

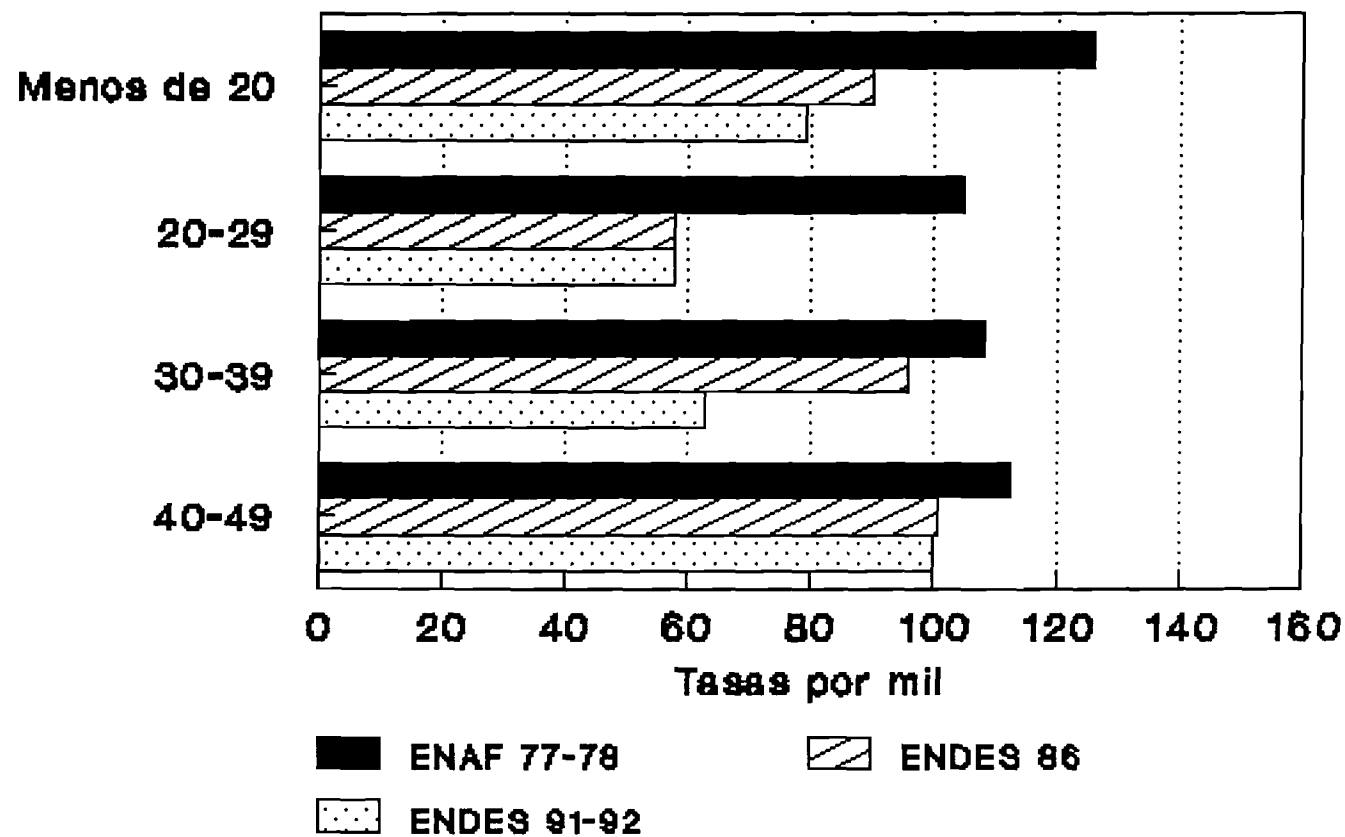


FUENTE: Cuadro A4

GRAFICO No.5

PERU: Mortalidad Infantil según edad madre

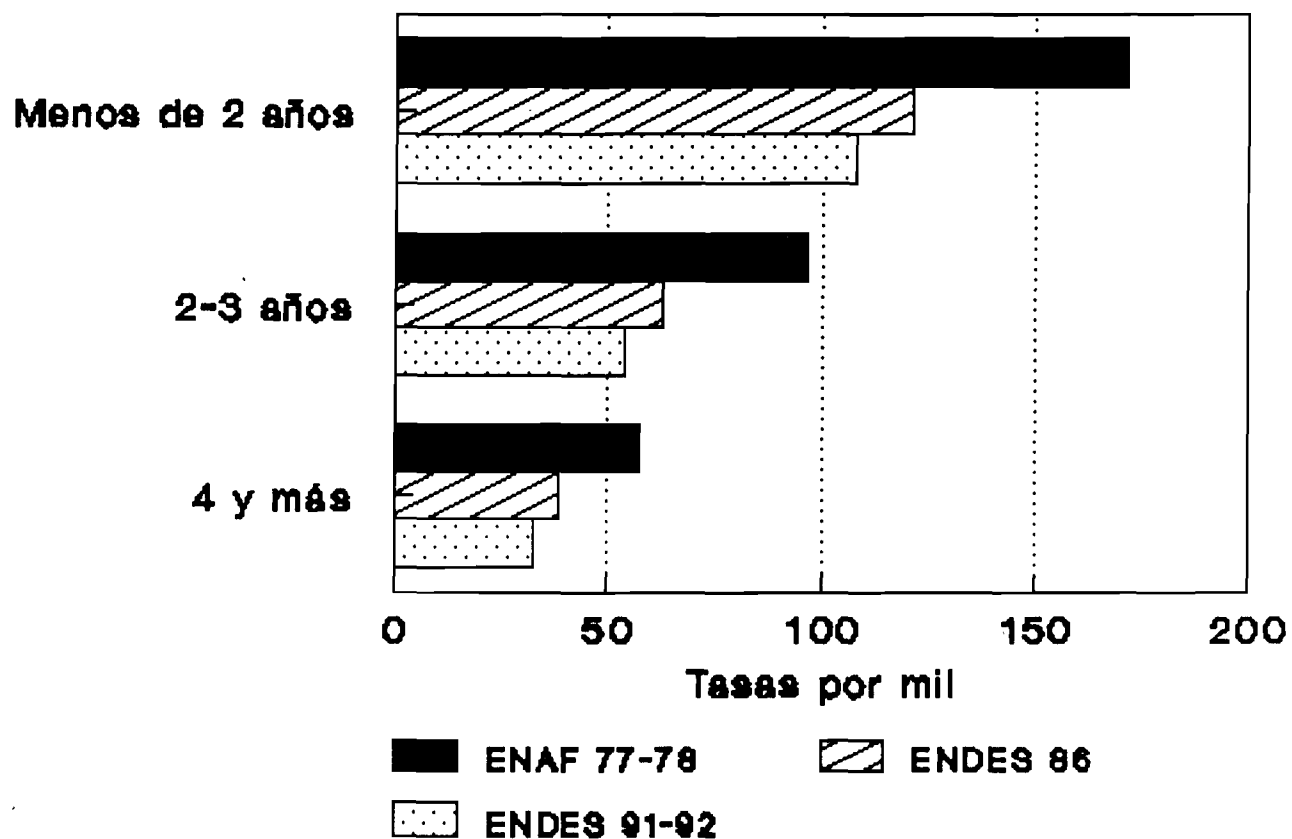
Edad de la madre



FUENTE: Cuadro No.A 4

GRAFICO No. 8
**PERU: Mortalidad Infantil
según intervalo intergenésico**

Intervalo Intergenésico



FUENTE: Cuadro No. A.4

PERU: DISTRIBUCION DE USUARIAS DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:91-92

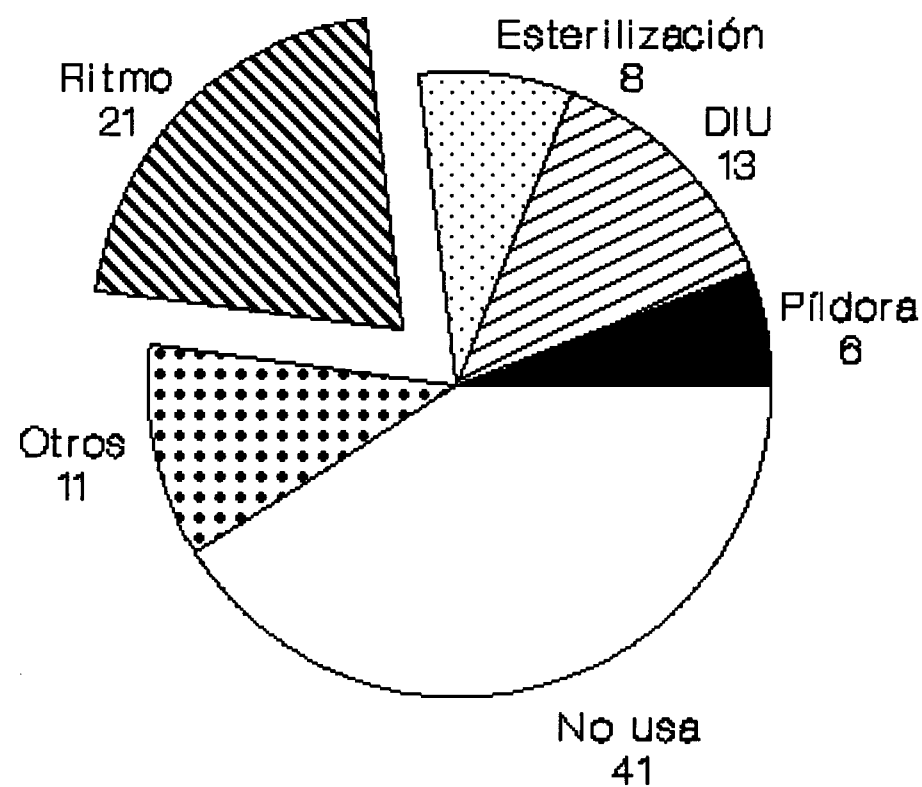


GRAFICO No. 7

FUENTE: Cuadro No. 13

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- * Behm, Hugo y Ledesma, Alfredo (1977)
Mortalidad en los Primeros años de Vida en países de América Latina. Perú, 1967-1968., San José, Costa Rica.
- * Bravo, Jorge y Vargas, Nelson (1989)
Tendencias y fluctuaciones de la morbilidad y la mortalidad por ciertas causas, y la actividad económica: Costa Rica, Chile y Guatemala, 1960-1986, Santiago, Chile.
- * Bravo, Jorge (1990)
La hipótesis de difusión de la reducción de la Fecundidad en Latinoamérica, Documento presentado en el Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina, Buenos Aires 3-6 de abril.
- * Claro, Amparo (1986)
Mujer, derechos reproductivos y políticas de población en Chile, Santiago Chile.
- * Chackiel, Juan (1981)
Análisis Comparativo de la Mortalidad Infantil en base a la Encuesta Mundial de Fecundidad: Colombia, Costa Rica, Perú y República Dominicana., Notas de Población No. 27 y 28, Santiago, Chile.
- * Chackiel, Juan y Martínez, Jorge (1992)
Transición Demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950, CELADE, Santiago de Chile.
- * Chackiel, Juan y Schkolnik, Susana (1990)
América Latina: Transición de la Fecundidad en el período 1950-1990, Documento presentado en el Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina, Buenos Aires 3-6 de abril.
- * CELADE-IDRC, (1983)
El contexto social de cambio de la Fecundidad en América Latina rural.
- * CELADE (1991)
Boletín Demográfico No.48.

- * CELADE (1992) América Latina, Información Censal sobre Pueblos Indígenas., Santiago, Chile.
- * CELADE (1990) Política de población desarrollo y Familia Santiago de Chile.
- * CLACSO-IDRC (1989) Salud, Enfermedad y Muerte de los Niños en América Latina., Buenos Aires.
- * Consejo Nacional de Población (1988) Hechos y cifras demográficas., Lima.
- * F.M.S. (1976) La mortalida infantil y sus últimos descensos, Santiago.
- * Ferrando, Delicia y Aramburú Carlos (1990) La Transición de la Fecundidad en el Perú, Documento presentado en el Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina, Buenos Aires 3-6 de abril.
- * García, V. y Primante, D. (1989) Mortalidad., apuntes de clase, CELADE, San José, Costa Rica.
- * Gonzáles De Olarte, Efraín (1988) Economías Regionales del Perú., Lima.
- * Gonzáles, Gerardo (1979) Heterogeneidad socio-espacial y fecundidad diferencial en Bolivia, en Notas de Población No. 27, Santiago
- * Guadalupe, Segundo (1988) Desarrollo Económico Social y Comportamiento Reproductivo en el Perú., Lima.
- * Guzmán, José Miguel (1991) Apuntes de clase, Santiago, Chile.
- * INE-CHILE (1989) Anuario de Demografía, Santiago.
- * Instituto Nacional de Estadística (1988) Perú Encuesta Demográfica y de Salud familiar 1986: Resultados definitivos. Lima.

- * Instituto Nacional de Estadística e Informática (1992)
Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992, Informe Definitivo, Lima.
- * IRD-DHS (1991)
Comparative Studies 6, Knowledge and use of contraception, USA.
- * Jordán Ricardo (1982)
Distribución espacial y desarrollo: Notas acerca de los asentamientos urbanos de América Latina, en Notas de Población, Año X, No.28, pp 19-42, Santiago, Chile.
- * Mardones Restat, Francisco y Jones, Gloria (1985)
Fecundidad en la adolescencia, Santiago, Chile.
- * Naciones Unidas (1974)
Decisiones tomadas en Bucarest, Nueva York, USA.
- * Naciones Unidas (1990)
Factores sociales de riesgo de muerte en la infancia, Santiago, Chile.
- * Naciones Unidas (1991)
Demographic yearbook, USA.
- * Taucher, Erica (1982)
La planificación de la familia y el bienestar del niño: Efecto del descenso de la Fecundidad sobre la Mortalidad Infantil, Santiago, Chile.
- * Taucher, Erica (1990)
Implicaciones del descenso de la fecundidad en la Mortalidad Infantil y la Salud Materna, documento presentado al Seminario "La transición de la fecundidad en América Latina, Buenos Aires 3-6 abril de 1990.
- * UNFPA, CONADE (1987),
Población y cambios sociales. Diagnóstico Sociodemográfico del Ecuador, 1950 - 1982, Corporación Editora Nacional, Quito.
- * Urzúa, Raul (1979)
El desarrollo y la población en América Latina, Siglo XXI, editores.
- * Varillas, M. Alberto y Mostajo, Patricia (1990)
La situación poblacional peruana, Balance y Perspectivas, Lima.

* Villa, Miguel (1988)

Redistribución espacial de la población de América Latina: Una visión sumaria del período 1950-1985., Santiago, Chile.

