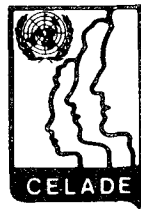


Seminario de Análisis y Capacitación
Encuesta Mundial de Fecundidad

Héctor Ramos

**MORTALIDAD INFANTIL
Y ATENCION MATERNO INFANTIL
EN EL PERU**

Auspiciado por la
Oficina Nacional de Estadística
República del Perú



Serie D, Nº 108

Santiago de Chile
CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

Marzo de 1981

Las opiniones y datos que figuran en este trabajo son responsabilidad del autor, sin que el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) sea necesariamente partícipe de ellos.

Dos objetivos fundamentales del Programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF) son ayudar a los países a obtener información sobre fecundidad y datos conexos que faciliten la planificación económica, social y de la salud, y aumentar la capacidad de los países para realizar investigaciones de esta índole basadas en encuestas de población. Sin embargo, cuando la información de la EMF se ha reunido y se encuentra en condiciones de ser analizada, muchos organismos gubernamentales latinoamericanos suelen tropezar con una serie de dificultades para llevar a cabo los estudios en profundidad que se necesitan para aprovechar a fondo la EMF.

Es posible que surjan problemas o dificultades para: (a) definir aquellas preguntas pertinentes que podría ayudar a responder el análisis de los datos de EMF; (b) proyectar los estudios; (c) obtener fondos para la investigación; (d) seleccionar y utilizar los métodos y técnicas adecuadas; (e) manipular y procesar los datos y (f) utilizar los resultados.

Con el propósito de ayudar a los organismos gubernamentales a superar estos problemas, el Centro Latinoamericano de Demografía de las Naciones Unidas (CELADE) obtuvo recursos del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP) para ayudar a varias instituciones a realizar esta clase de estudios basados en la información de la EMF. El proyecto reunió, como Investigadores Asociados, a 7 analistas de instituciones nacionales en un "Seminario de Análisis y Capacitación con datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad" (SAC/EMF), que se llevó a cabo en CELADE, entre abril y diciembre de 1980. El Seminario tuvo por objeto realizar estudios para satisfacer las necesidades específicas de las instituciones que patrocinaron a los Investigadores Asociados y, a la vez, proporcionar a estos analistas capacitación en metodología de investigación demográfica y social, incluyendo el uso eficiente de otras investigaciones en la materia y del procesamiento electrónico de datos.

Los informes de investigación del Seminario publicados en esta Serie son los siguientes (entre paréntesis se indica las agencias patrocinantes, si hay dos instituciones indicadas, el analista estuvo patrocinado por la primera y pertenece a la segunda):

"Colombia: Aspectos sociodemográficos relevantes en el estudio de la mortalidad infantil y su asociación con la fecundidad", Edgar Baldión (Departamento Nacional de Planeación y Corporación Centro Regional de Población, Colombia).

"Perú: Mortalidad infantil y atención materno infantil", Héctor Ramos (Oficina Nacional de Estadística, Perú).

"Determinantes de la mortalidad infantil en Panamá (1940-1974)", Federico Guerra (Oficina de Estudios de Población, Ministerio de Salud, Panamá).

"Participación laboral femenina en Paraguay", Juan Schoemaker (Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia de la República, Paraguay).

"Formación de la familia y su efecto sobre la participación laboral de la mujer, Perú", Flor Suárez (Dirección General del Empleo, Ministerio de Trabajo, Perú).

"Perú: Actitudes de la mujer frente a la fecundidad y uso de métodos anticonceptivos", Nelly Patricia Mostajo (Oficina Nacional de Estadística, Perú).

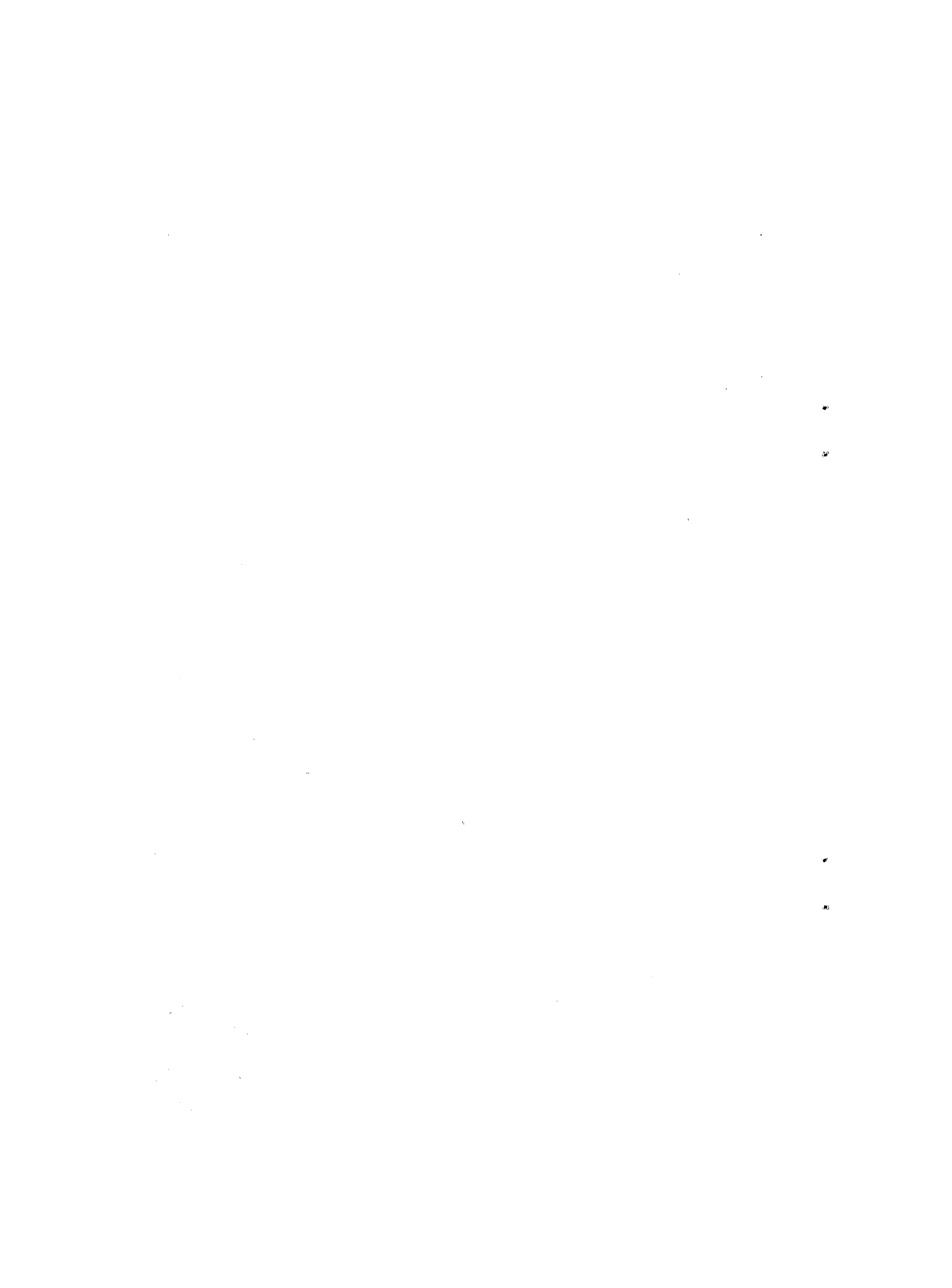
"La formación de la familia y la participación laboral femenina en Colombia",
Elsa Gómez (Departamento Nacional de Planeación y Universidad de Los Andes,
Colombia).

"Fecundidad y participación laboral femenina en Panamá, Laura Gougain (Ministerio
de Planificación y Política Económica, Panamá y Asistente de Investigación
Seminario SAC/EMF, CELADE).

"Una nueva 'variable' en planificación familiar: 'Espaciamiento'", Mauricio
Culagovski (Coordinador Seminario SAC/EMF, CELADE).

I N D I C E

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. LA MORTALIDAD INFANTIL.....	9
III. ATENCION MATERNO-INFANTIL.....	39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS.....	58



I. INTRODUCCION

Uno de los indicadores que en forma más fidedigna refleja las condiciones generales de vida de una comunidad y, en especial, su nivel de salud es la tasa de mortalidad infantil. Es por ello, y con mucha justeza, que los esfuerzos realizados en favor de la infancia representan para un país la prueba de su desarrollo, ya que está ligada estrechamente a la evolución económica y social de los países. En estos momentos numerosos países hacen frente a grandes dificultades financieras y técnicas, puesto que sus recursos son insuficientes en cuanto a salud: servicios hospitalarios, personal calificado, etc.

La toma de conciencia de estos pueblos se ha materializado en la "Declaración de los Derechos del Niño", aceptada por unanimidad por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1959. La Declaración reconoce que el niño, a causa de su falta de madurez física e intelectual, debe gozar de atención y cuidados especiales, sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición:

- Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

- El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión.

- El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

- El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. (Behm, 1977:1).

Esta Declaración plantea la preocupación de los países en relación a la asistencia de la infancia. Aunque no explicita nuevos proyectos concretos por lo menos demuestra una voluntad de acción que sirve para encaminar los esfuerzos emprendidos en favor de la infancia en todos los países. Es así como el Código de menores del Perú se orienta a la protección integral del menor, determinando una política de asistencia y previsión social y una tutela muy amplia.

"Reconoce que la asistencia al menor comprende a la madre y a la familia, y afirma que el menor debe permanecer y desarrollarse integralmente en el seno de su propia familia. Por ello, sólo como excepción y cuando la permanencia en ella le signifique peligro moral, puede el menor ser colocado en hogar sustituto o en un establecimiento adecuado. La maternidad es objeto de protección con la disposición que impone la instalación de centros materno - infantiles en las capitales de provincia, la asistencia en el embarazo, el parto, el puerperio y el período de lactancia; la organización de refectorios maternos, albergues para embarazadas y para madres, con secciones especiales para abandonadas o en peligro moral que se hallen en estado grávido o tengan hijos lactantes. Estas previsiones no revisten, por supuesto, una confrontación con la realidad, ya que no se ha implementado ni aún la más mínima infraestructura asistencial prevista por la

ley". (Vera, 1979:81).

La protección de la primera infancia y/o materno-infantil es a la vez reflejo y consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, de esta forma existe una estrecha relación e interdependencia entre la atención materno-infantil y el desarrollo social y económico. De ello, que las actividades del Sector de Salud en cuanto a la asistencia materno-infantil deben estar coordinadas en el plano nacional, intermedio y de las comunidades locales, con los otros sectores sociales económicos que guardan relación con el estado de salud del pueblo, como la educación, la vivienda, la industria, la agricultura, obras públicas, comunicaciones y otros sectores.

Ahora bien, las actividades del Sector de Salud están reflejadas en el "Sistema Nacional de Servicios de Salud", presentes en parte, en los servicios hospitalarios, los mismos que difieren en sus funciones dentro del campo de la medicina por especialidad. En el caso del Perú encontramos que en su mayoría están dedicados a la recuperación de la salud y no así a los servicios preventivos, de fomento de la salud.

De esta manera los servicios hospitalarios especializados en la atención de la población infantil, representan en todo el país una ínfima proporción, agravada por otros factores que tienen aún peores consecuencias como: la concentración de dichos servicios en áreas metropolitanas de mayor importancia económica-administrativa, ausencia y escasez de recursos de salud, la no accesibilidad de determinados grupos de población a dichos servicios de salud, existencia de una gran proporción de población marginada, esta última agravada por las condiciones topográficas del país.

1.1. Objetivos

Esta investigación se inscribe dentro de los objetivos del Seminario de Análisis y Capacitación con datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad (SAC-EMF), en la que participan investigadores de algunos de los países latinoamericanos, que han llevado a cabo dicha encuesta: Panamá, Colombia, Paraguay y Perú. Estos objetivos se enmarcan en los puntos siguientes:

- a) Análisis de la evolución reciente y los factores determinantes asociados a la mortalidad infantil.
- b) Determinación de los niveles de mortalidad infantil y sus diferenciales según regiones geográficas, principales ciudades, áreas urbana y rural del país, asociados a algunos factores socio-económicos que inciden en tasas de mortalidad infantil extremadamente altas.
- c) Análisis de la disponibilidad y utilización de los servicios de salud en relación a la atención Materno-Infantil y Mortalidad Infantil.
- d) Establecimiento de relaciones entre la atención Materno-Infantil y la Mortalidad Infantil, desde la perspectiva de la división geográfica y política del país, considerando las condiciones socioeconómicas existentes en cada zona.
- e) Establecimiento de grupos homogéneos representativos de baja y alta mortalidad infantil. Esto nos obliga, en cuanto sea posible, a ir más allá del examen de las diferenciales de mortalidad infantil por regiones geográficas y de planificación y tratar de hacer un esfuerzo por aprehender el grado en que se concentra la mortalidad infantil en algunas áreas y los grupos sociales. Lo anterior implica incursionar en la identificación de grupos explicativos que contribuyen a la alta mortalidad infantil en el Perú y abrir el camino para el planteamiento de políticas de salud más específicas, que permiten modificar las tendencias de la mortalidad infantil en la dirección deseada.

Los objetivos así definidos implican la interrelación de las variables de mortalidad infantil y atención Materno-Infantil con el comportamiento de algunos factores socio-económicos, como el nivel de instrucción de la madre y del esposo, el acceso a los servicios de salud, la ocupación; esta última

"...correlacionada positivamente con el nivel de instrucción, condiciones de vivienda, status social, acceso a los servicios médicos, calidad y tipo de alimentación y otros elementos que en gran parte al menos, dependen del ingreso. Quiere decir que aislada la influencia de la ocupación sobre el nivel de la mortalidad, en realidad también se está midiendo en mayor grado la influencia de otros factores. De aquí se concluye que el análisis parcial de factores tiene particular importancia en el orden en que son medidos, dándole prioridad a aquéllos que explican una proporción mayor de las diferencias entre los niveles de mortalidad observados". (Elizaga, 1979: 73).

La encuesta recogió información sobre la historia de nacimientos, con lo que nos da la oportunidad de llegar, aunque no exhaustivamente, a obtener los niveles de Mortalidad Infantil y Juvenil, relacionados con algunos factores demográficos que la determinan, como edad de la madre, edad al casarse o unirse por primera vez, orden de nacimiento, lactancia, etc. La misma encuesta además recogió datos de las características socio-económicas de la población que en el presente estudio se interrelacionan con la mortalidad infantil y atención materno infantil: región de residencia, grado de urbanización, nivel educativo, patrón de trabajo, ocupación actual, recursos de salud, educación y ocupación del esposo y otras variables complementarias.

1.2 Información Básica

La mortalidad infantil en el Perú ha sido objeto de numerosas investigaciones, ya sea a base de los datos de los censos nacionales o de encuestas específicas. Siempre existió y existe la necesidad de este tipo de estudios que debería ser en base a las estadísticas vitales, pero éstas debido a su elevada omisión, no han cubierto la finalidad más elemental a pesar del alto costo que demanda su elaboración al Tesoro Público, como tampoco los datos disponibles de los censos de 1940, 1961 y 1972, no satisfacen muchas de las exigencias del análisis demográfico y de los estudios sobre la población que permitan, a los niveles de decisión gubernamental, el conocimiento profundo de la evolución de la población y a partir de él, plantear la solución de los problemas que confronta el país.

Las deficiencias anteriores han hecho que la Oficina Nacional de Estadística, a través de su Dirección de Demografía, haya realizado encuestas especializadas en los últimos años como la Encuesta Demográfica Nacional (EDEN-PERU) en sus dos modalidades: de entrevistas reiteradas (4 entrevistas) y la retrospectiva, realizadas entre octubre de 1974 y noviembre de 1976 y, más recientemente, la Encuesta Nacional de Fecundidad del Perú, parte del programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad, entre julio de 1977 y mayo de 1978. Estas encuestas proporcionan valiosos datos para el estudio y análisis científico de la población en el Perú.

Las encuestas EDEN-PERU y ENAF-PERU realizadas en un período intercensal, entre los censos de población y vivienda de 1972 y el próximo de la década de 1980, han cubierto objetivos muy concretos. Estos son el conocimiento de los niveles y estructura de las variables referentes a los cambios de la población: fecundidad, mortalidad, nupcialidad y migraciones internas y su interacción con las variables económicas y sociales.

La Encuesta Nacional de Fecundidad, tuvo entre sus objetivos el recoger información para medir la interacción de variables demográficas con las económicas y sociales. Recogió información de 5,640 mujeres de 15 a 49 años de edad que a la fecha de la encuesta estaban casadas (legalmente o por matrimonio religioso) o eran convivientes, viudas, divorciadas o separadas. Se excluyeron de la investigación en profundidad a las solteras, quienes sí fueron incluidas en un cuestionario destinado a todos los miembros del hogar. (Informe General de ENAF-PERU, 1979: 2)

1.3 Metodología

1.3.1 Variables que intervienen en el análisis

a) Variables Socio-Geográficas:

1. Residencia en área urbana o rural

2. Por regiones geográficas de residencia:

2.1 Lima Metropolitana

2.2 Resto de la costa (considerada como costa todas las provincias cuyas capitales estén como máximo a 2000 metros sobre el nivel del mar y ubicadas en la zona occidental del país).

2.3 Sierra (considerada como sierra todas las provincias cuyas capitales se encuentren a más de 2000 metros sobre el nivel del mar).

2.4 Selva (considerada como selva todas las provincias cuyas capitales se encuentren a menos de 2000 metros sobre el nivel del mar y estén ubicadas en la zona oriental).

b) Variables Socio-Económicas y Demográficas

1. Grado de urbanización

1.1 Lima Metropolitana

1.2 Otras ciudades grandes

1.3 Ciudades pequeñas

2. Nivel de educación

2.1 Ninguno

2.2 Primaria de 1 a 2 años

2.3 Primaria de 3 a 4 años

2.4 Primaria completa

2.5 Secundaria ó más

3. Patrón de trabajo

- 3.1 Trabaja actualmente y antes de su primera unión
- 3.2 Trabaja actualmente, pero no antes de su primera unión
- 3.3 Trabajó desde su primera unión y antes, pero no actualmente
- 3.4 Trabajó en algún momento desde su primera unión, no actualmente
- 3.5 Trabajó sólo antes de su primera unión
- 3.6 Nunca ha trabajado

4. Ocupación actual

- 4.1 Profesional
- 4.2 Oficinista
- 4.3 Trabajadora calificada
- 4.4 Vendedora
- 4.5 Trabajadora en servicios
- 4.6 Agricultora
- 4.7 Trabajadora doméstica

5. Estado conyugal

- 5.1 Casada
- 5.2 Unida
- 5.3 Viuda
- 5.4 Divorciada
- 5.5 Separada

6. Nivel de educación del esposo

- 6.1 Ninguno
- 6.2 Primaria de 1 a 2 años
- 6.3 Primaria de 3 a 4 años
- 6.4 Primaria completa
- 6.5 Secundaria o más

- 7. Ocupación del esposo
 - 7.1 Profesional
 - 7.2 Oficinista
 - 7.3 Trabajador calificado
 - 7.4 Vendedor
 - 7.5 Trabajador de servicios
 - 7.6 Agricultor

- 8. Atención de salud o materno-infantil
 - 8.1 Lugar de atención en el último embarazo (no recibió, particular, establecimiento estatal, su casa)
 - 8.2 Tipo de atención en el último embarazo (médico, obstetra, partera u otro)
 - 8.3 Lugar de atención en el último parto (establecimiento de salud, su casa)

- 9. Cuidado de la salud infantil
 - 9.1 Control médico del niño durante los primeros meses de vida y lugar donde fue atendido (no recibió, establecimiento estatal, servicios particulares)
 - 9.2 Vacunación

- 10. Mortalidad infantil
 - 10.1 Mortalidad de menores de 28 días (neonatal)
 - 10.2 Mortalidad de 28 días a 11 meses (postneonatal)
 - 10.3 Mortalidad de un año de edad

- 11. Recursos de salud
 - 11.1 Número de hospitales
 - 11.2 Tipo de servicio local
 - 11.2.1 Hospital general
 - 11.2.2 Centro de salud
 - 11.2.3 Puesto sanitario

12. Edad de la madre.

13. Orden de nacimiento.

1.3.2 Cálculo de la mortalidad

a) Tabla modelo para el cálculo del tiempo vivido, tasas de mortalidad y probabilidad de sobrevivencia y de morir para intervalos de edades en meses y años.

Indice del intervalo de edad	Edad exacta al inicio del intervalo de edad	Amplitud del intervalo	Muertes en el intervalo i	Sobrevivientes en el intervalo i	Personas vivas al inicio del intervalo	Tiempo vivido	Tasa anual de mortalidad (x, x+n)	Probabilidad de sobrevivencia de (x a x+n)	Sobrevivencia a la edad x	Probabilidad de morir entre 0 y x
i	x	n	D _i	S _i	$\sum_i^8 (D_i + S_i)$	n^E_x	n^M_x	n^P_x	l_x	q(x)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)

A partir de la columna 7 se hace los siguientes cálculos:

$$1) \quad n^E_x = N \sum_i^8 (D_i + S_i) - \frac{1}{2} n (D_i + S_i)$$

$$\text{Columna 7} = (\text{columna 3})(\text{columna 6}) - \frac{1}{2} (\text{columna 3})(\text{columna 4} + \text{columna 5}).$$

$$2) \quad n^M_x = \frac{D_i}{n^E_x}$$

$$\text{Columna 8} = \frac{\text{columna 4}}{\text{columna 7}}$$

$$3) \quad n^P_x = 1 - \frac{2 n^M_x}{2+n^M_x}$$

$$\text{Columna 9} = 1 - \frac{2(\text{columna 3})(\text{columna 8})}{2+(\text{columna 3})(\text{columna 8})}$$

$$4) \quad l_x + n = l_x n^P_x ; \text{ donde } l_0 = 1$$

$$\text{Columna 10} = (\text{columna 10})(\text{columna 9})$$

$$5) \quad q(x) = 1 - l_x$$

Columna 11 = 1 - (columna 10).

Fuente: Estimaciones de la mortalidad al comienzo de la vida en Colombia, basadas en información de la Encuesta Nacional de Fecundidad: 1976. Por Jorge Somoza, CELADE, Santiago de Chile, 1979.

- b) La tasa de mortalidad infantil expresa la proporción de defunciones ocurridas durante el período considerado con relación al número de nacimientos de niños vivos durante el mismo período, por cada mil.

$$TMI = \frac{D^Z < 1 \text{ año}}{B^Z} \times 1000$$

$$TM \text{ Neonatal} = \frac{D < 28 \text{ días}}{B^Z} \times 1000$$

$$TM \text{ Postneonatal} = \frac{D_1 < 11 \text{ meses}}{B^Z} \times 1000$$

II. LA MORTALIDAD INFANTIL

2.1 Generalidades

Antes de entrar a analizar los datos referentes a la mortalidad es conveniente analizar brevemente la información básica del estudio.

La cobertura de área del marco muestral empleado para la encuesta es el total del país, en base a éste se seleccionó 8384 viviendas, las cuales se encuentran dispersas en 22 de los 23 departamentos del país (el departamento de Madre de Dios no tiene selecciones debido a su reducida población), en 88 de las 149 provincias (59 por ciento según el censo de 1972) y en 235 de los 1672 distritos (14 por ciento según el censo de 1972). En suma, puede considerarse que el grado de dispersión geográfica de la muestra es alto.

Se recogió información de 5640 mujeres de 15 a 49 años de edad, que a la fecha de la encuesta estaban casadas (legalmente o por matrimonio religioso) o eran convivientes, viudas, divorciadas o separadas. Se excluyó de la investigación en profundidad a las solteras, quienes sí fueron incluidas en un cuestionario destinado a todos los miembros del hogar.

Los resultados de la encuesta permiten tener una información exhaustiva de la fecundidad de las mujeres a través de las historias de embarazos. Se registraron cronológicamente todos los embarazos tenidos por las mujeres en edad fértil (15 a 49 años); el resultado de los embarazos -si nació vivo, nació muerto o se produjo un aborto- y las fechas en que ocurrieron.

De 25.504 hijos nacidos vivos al momento de la encuesta, 63 nacidos vivos no tienen información respecto a sobrevivencia, por lo tanto queda un total de 25.441 nacidos vivos; 20.594 sobrevivientes al momento de la encuesta y 4.847 fallecidos. Estos últimos se distribuyen de la siguiente manera:

Cuadro 2.1

DEFUNCIONES, SEGUN EDAD AL FALLECER, AL MOMENTO DE LA ENCUESTA
1977-1978

Edad	Número de defunciones
1. Menores de un mes	1 273
2. Entre 1 a 2 meses	553
3. Entre 3 a 5 meses	416
4. Entre 6 a 11 meses	677
5. De un año	901
6. Entre 2 a 4 años	662
7. Entre 5 a 9 años	232
8. De 10 años y más	133
Total	4 847

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, Perú: 1977-78

Se tiene por lo tanto, que las defunciones antes de cumplir el primer año de vida son 2.919 al momento de la encuesta; un 44 por ciento falleció antes del mes de vida y un 56 por ciento entre el primer mes y los 11 meses. Esta es la población que será considerada para el estudio de la mortalidad infantil.

Resulta necesario tener presente la existencia de errores en la información tanto de la fecha de nacimiento como de las defunciones ocurridas en los primeros días y meses del infante. Estos errores pueden agravarse cuando se intente dividir la mortalidad infantil en neonatal y postneonatal ya que no se puede controlar el hecho de que la informante distorsione la información respecto al tiempo vivido por el hijo. Estos errores, más las omisiones, distorsionan las tendencias, niveles y patrones reales de la mortalidad en esos grupos de edad. Es necesario por lo tanto, tener en cuenta dichas limitaciones en el desarrollo del trabajo.

2.2 La mortalidad entre 0 y 10 años según cohortes

En esta parte del trabajo se presentan estimaciones de la mortalidad entre 0 y 10 años por cohortes, para grupos de niños nacidos en el mismo período de tiempo. Se han determinado tres períodos: el primer período comprende 20 años (1941 a 1960), el segundo período 10 años (1961-1970), y el último período 5 años (1971-1975). Como anteriormente se manifestó, cuanto más se retrocede en el tiempo, la información retrospectiva sobre los nacidos vivos, es menos confiable.

Se utiliza la función $q(x)$, probabilidades de mortalidad acumulada desde el nacimiento hasta los 10 años. Con esta función se estima la mortalidad a nivel del país, según sexo, por área urbana y rural, y regiones geográficas. A partir de estas estimaciones se verifica la escasa diferencia producida al usar este método o el de dividir las defunciones de niños menores de un año de edad, de un determinado año o período de tiempo, entre los nacimientos ocurridos en el mismo año o período. Como posteriormente se verá no existe mayores diferencias entre los valores obtenidos

con las tablas de vida, y los valores obtenidos al tomar el número de defunciones de menores de 1 año por cada 1.000 nacimientos de niños vivos durante el mismo período. De ello que la medición de la mortalidad infantil en lo que sigue se efectúe con el último método mencionado.

2.2.1 Mortalidad entre 0 y 10 años para el país

En el Cuadro 2.2 se puede apreciar la evolución de la probabilidad de morir en el país en tres períodos de tiempo (1941-1960, 1961-1970 y 1971-1975). En cada tramo de edad estudiado, la mortalidad ha venido descendiendo al pasar de una cohorte más vieja a una más joven. Esto está en parte influido por la amplitud de los períodos de tiempo establecidos. Existe un buen margen de descenso entre el primer período y el segundo, por ejemplo la probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida experimentó un descenso del 22 por ciento, y la probabilidad de morir antes de cumplir el primer mes de vida descendió en un 16 por ciento. El descenso entre los dos últimos períodos es menos importante en cada tramo de edad.

Cuadro 2.2

PERU: PROBABILIDAD DE MORIR, ENTRE 0 Y 10 AÑOS DE EDAD PARA EL PAIS,
EN TRES PERIODOS: 1941-60, 1961-70;
1971-75

Edad exacta	1941-60	1961-70	1971-75	Descenso de 1941-1960 a 1971-1975 (en porcentaje)
0	0	0	0	
1/12	58.8	49.0	46.6	20.8
3/12	89.8	70.3	64.6	28.1
6/12	110.7	85.2	81.1	26.7
1	145.0	113.0	103.2	28.8
2	198.3	151.2	130.0	34.4
5	242.9	178.6	155.5	36.0
10	262.8	191.2	a/	a/

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad Perú 1977-78.

a/ No aplicable.

El mayor descenso de la mortalidad entre el primer y tercer período se produce en la probabilidad de morir antes de cumplir los 2 años de vida (34 por ciento), y en la probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años (36 por ciento). En cambio la probabilidad de morir antes de cumplir el primer mes de vida desciende escasamente en un 21 por ciento en un período de aproximadamente 23 años.

El efecto acumulativo en la probabilidad de morir nos da una idea de la tendencia de la mortalidad entre 0 y 10 años, con lo cual se comprueba que la trayectoria de la probabilidad de morir sigue la misma tendencia de hace 23 años, aunque con niveles diferentes.

2.2.2 Mortalidad entre 0 y 10 años por sexo

En el Cuadro 2.3 se presenta la mortalidad ($q_{(x)}$), entre 0 y 10 años, por sexo. De la misma manera que en el punto anterior, el estudio se hace para tres períodos diferentes.

En el período 1941-1960 se observa una sobremortalidad masculina. Esto se aprecia mejor en la mortalidad antes de cumplir el primer año y en la mortalidad en los primeros años de vida; a partir de los 5 años no se observa mayores diferencias.

En el período 1961-70 se observa una sobremortalidad masculina para todos los tramos de edad. Es interesante destacar que mientras la sobremortalidad masculina es de alrededor de un 35 por ciento para los niños de diez años y para los de un mes, los niños de un año presentan una sobremortalidad de alrededor de 25 por ciento.

En el período 1971-75, encontramos una sobremortalidad masculina en cada tramo de edad, en una forma similar al período 1941-60.

La función $q_{(x)}$, nos muestra que, entre el período 1941-60 y el período 1971-75, existe un mayor descenso de la mortalidad femenina. Para ambos sexos, sin embargo, a medida que aumenta la edad los descensos son más importantes.

2.2.3 Mortalidad entre 0 y 10 años por área urbana y rural

En el Cuadro 2.4 se presenta la evolución de la mortalidad entre 0 y 10 años de edad según áreas urbana y rural, para los mismos períodos anteriormente analizados. En cada período se ve claramente la diferencia de la probabilidad de morir, según zona de residencia.

En el período 1941-60 encontramos una importante sobremortalidad en el área rural, observándose un 50 por ciento de sobremortalidad rural para los menores de tres meses y proporciones más bajas a medida que aumenta la edad, alcanzándose alrededor de 40 por ciento antes de cumplir los 10 años.

Las diferenciales de mortalidad urbana-rural entre 1961-1975, van aumentando con la edad, desde el primer año de vida. Estas diferenciales han venido disminuyendo a través de los años; así, en el período 1971-75, la sobremortalidad rural alcanzó un 37 por ciento antes de cumplir el primer año de vida, mientras que en el período 1961-70 se observa un 44 por ciento en el mismo tramo de edad. Es de interés resaltar que este descenso en las diferencias de mortalidad no es tan substancial como debiera ser para un período de 15 años; lo que refleja que la situación precaria del medio rural aún subsiste.

Un análisis de la tendencia entre 1941 y 1975 nos muestra que la probabilidad de morir antes de cumplir el mes de vida en el área urbana descendió en un 29 por ciento, mientras que en el área rural, para el mismo período, descendió sólo en un 12 por ciento.

A partir del análisis realizado se podría señalar que las campañas de vacunación, y demás obras en bien de la salud de la población infantil, tanto en el área urbana como rural, que han sido desarrolladas en años anteriores, no han tenido mayor repercusión en el descenso de la mortalidad infantil y juvenil.

Cuadro 2.3

PERU: PROBABILIDAD DE MORIR, ENTRE 0 Y 10 AÑOS DE EDAD, POR SEXO EN TRES PERIODOS: 1941-60, 1961-70, 1971-75

Edad exacta	1941-60		1961-70		1971-75		Descenso porcentual entre 1941-60 y 1971-75	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1/12	63.5	53.6	56.7	41.3	51.7	41.4	18.6	22.8
3/12	94.3	85.0	90.0	77.4	71.2	57.9	24.5	31.9
6/12	116.0	105.5	108.9	85.5	87.8	74.4	24.3	29.5
1	151.6	138.7	125.6	101.4	108.6	98.1	28.4	29.3
2	202.9	194.2	168.4	126.3	137.4	123.0	32.3	36.7
5	243.7	243.2	195.3	145.1	163.6	147.3	32.8	39.4
10	266.7	258.9	208.4	153.4	a/	a/	a/	a/

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad PERU, 1977-1978.

a/ No aplicable

Cuadro 2.4

PERU: PROBABILIDAD DE MORIR, ENTRE 0 Y 10 AÑOS DE EDAD SEGUN AREAS URBANA Y RURAL
TRES PERIODOS 1941-60, 1961-70 1971-75

Edad exacta	1941-60		1961-70		1971-75		Descenso porcentual entre 1941-60 y 1971-75	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1/12	49.3	71.8	41.6	60.1	35.2	62.9	28.6	12.4
3/12	58.7	119.2	57.2	89.7	50.1	85.5	14.7	28.3
6/12	76.5	114.8	71.1	107.6	67.0	101.4	12.4	30.0
1	109.1	181.8	95.0	170.8	83.7	131.3	23.3	27.8
2	150.6	251.6	122.3	221.7	104.1	166.8	30.9	33.7
5	183.6	313.0	128.3	260.6	121.9	202.3	33.6	35.4
10	198.9	338.9	137.4	277.8	a/	a/	a/	a/

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad PERU 1977-78.

a/ No aplicables.

2.2.4 Mortalidad entre 0 y 10 años por regiones geográficas

En el Cuadro 2.5 presentamos la mortalidad entre 0 y 10 años de edad, según regiones geográficas. El país se divide en cuatro regiones geográficas: costa, sierra, selva, y Lima metropolitana. Esta última se analiza como una región diferente, por considerarse como caso especial respecto a la mortalidad y demás variables demográficas, ya que por ser la metrópoli cuenta con los mayores servicios de infraestructura de salud.

La mortalidad entre 0 y 10 años en Lima Metropolitana, en cada tramo de edad, ha logrado descensos significativos a través del tiempo. Así, la probabilidad de morir antes del primer mes de vida, entre el período 1941-60 y 1971-75, descendió en más de 48 por ciento, y la probabilidad de morir antes de cumplir un año, descendió en un 38 por ciento. Sucesivamente, a mayor edad se consiguen mayores logros en la disminución de la mortalidad, hasta llegar al tramo de antes de cumplir los 5 años, donde se da un descenso de más de 51 por ciento.

En la región costa, prácticamente no se observa descensos de mortalidad hasta antes del primer año de vida. Es interesante destacar que esta región es la única donde se observan incrementos en los niveles de mortalidad entre los períodos 1961-1970 y 1971-75. A pesar que la región costa debería mostrar descensos de mortalidad más apreciables que la sierra y selva, debido a que concentra los mayores servicios de atención materno-infantil en algunas ciudades importantes, no sucede tal cosa. Se supone que el proceso de estancamiento en cuanto a mortalidad infantil en esta región se debe, en parte, a los movimientos migratorios producidos desde la sierra, lo cual ha integrado poblaciones totalmente diferentes. Los contingentes migratorios que provienen de las zonas semi-urbanas y rurales llegan a establecerse en la periferia de las grandes ciudades, generando lo que se conoce como "barriadas" o "pueblos jóvenes", contingente que muchas veces se muestra reacio a las nuevas formas de vida de la ciudad y persiste en vivir con valores y normas de vida similares a los de su lugar de origen, lo cual repercute en una serie de hechos demográficos, como es el caso del incremento de la mortalidad infantil.

En la sierra se ha producido descensos de la mortalidad en cada tramo de edad. En menores de 1 mes descendió en un 20 por ciento y a partir del primer mes de vida los descensos son superiores al 30 por ciento, aunque los niveles de mortalidad siguen siendo altamente alarmantes en todas las edades. En la región selva sucede algo similar a la sierra, aunque los niveles en cada tramo de edad son menores.

Después de Lima metropolitana, la sierra es la región que logra el mayor descenso de la mortalidad, especialmente a partir del primer año de vida sin que ello signifique un descenso satisfactorio, ya que los niveles de mortalidad en cada tramo de edad siguen siendo más altos que los del resto de las regiones.

2.3 Mortalidad infantil

En la mayoría de los países en desarrollo, el mayor número de vidas se pierde en el primer año de vida; esta es la razón por la cual se atribuye especial importancia al estudio de la mortalidad infantil. El período comprendido entre la concepción y el primer mes de vida es especialmente peligroso por diferentes razones, ya que el feto y el niño están expuestos a un sin número de riesgos, por factores genéticos o daños que se producen durante la gestación o el nacimiento. Después del primer mes de vida, los factores no biológicos, entre ellos enfermedades que resultan de las deficiencias en el cuidado y la alimentación del niño, así como los relacionados con condiciones más generales del medio, predominan como causas de la defunción.

Cuadro 2.5

PERU: PROBABILIDAD DE MORIR, ENTRE 0 Y 10 AÑOS DE EDAD SEGUN REGIONES EN TRES PERIODOS
1941-60, 1961-70, 1971-75

Edad exacta	Lima metropolitana			1941-60 a 1971-75 %	Costa			Descenso de 1941-60 a 1971-75 %
	1941-60	1961-70	1971-75		1941-60	1961-70	1971-75	
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1/12	32.1	23.4	16.5	48.6	49.7	46.4	49.2	1.0
3/12	46.1	33.2	24.5	46.9	60.3	57.5	60.9	-1.0
6/12	58.6	45.1	37.4	36.2	78.1	68.0	78.5	-0.5
1	80.6	60.5	49.7	38.3	105.6	91.2	101.0	4.4
2	110.4	73.3	57.8	47.6	157.1	120.5	122.7	21.9
5	133.8	81.4	64.9	51.5	190.8	137.2	137.1	28.1
10	144.1	90.1	a/		207.6	141.1	a/	

Edad exacta	Sierra			Descenso de 1941-60 a 1971-75 %	Selva			Descenso de 1941-60 a 1971-75 %
	1941-60	1961-70	1971-75		1941-60	1961-70	1971-75	
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1/12	74.5	61.1	59.3	20.4	59.0	52.0	41.5	30.0
3/12	122.3	92.5	84.2	31.1	83.8	70.8	60.1	28.3
6/12	149.1	111.2	103.4	30.7	102.4	83.0	71.7	30.0
1	190.6	145.2	128.9	32.4	141.2	114.8	97.4	31.0
2	255.7	197.8	165.6	35.2	190.9	151.6	124.6	34.7
5	313.2	237.2	200.6	35.9	207.8	180.4	158.2	13.9
10	338.2	252.3	a/		227.4	202.6	a/	

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad PERU 1977-78.

a/ No aplicable

De lo anterior se deduce que dentro de los fallecidos de menos de un año cabe distinguir:

(a) Las muertes por causas endógenas:

Inmadurez (prematuro); enfermedades propias de la primera infancia (traumatismo del parto); debilidad congénita y vicios de malformación.

(b) Las muertes por causas exógenas:

Enfermedades epidémicas (sarampión, tos ferina, meningitis epidémica, tuberculosis, etc.); enfermedades del sistema nervioso (convulsiones, meningitis no epidémica, afecciones del oído y sinusitis); afecciones del aparato respiratorio (bronquitis, bronconeumonía, pulmonía, pleuresía, etc.); enfermedades del aparato digestivo (fundamentalmente diarrea infantil).

A pesar de que este estudio no pretende hacer una clasificación de las defunciones por causas, es necesario tenerlas en cuenta, ya que ellas actúan con menor o mayor incidencia en la mortalidad infantil, según las características socioeconómicas.

La mortalidad infantil se divide frecuentemente en mortalidad neonatal, que ocurre durante el primer mes de vida ^{1/} y mortalidad postneonatal, que ocurre durante el resto del primer año (1 a 11 meses). Esta separación de la mortalidad infantil en neonatal y postneonatal, es muy importante en la distinción de causas endógenas y exógenas de la mortalidad. Estas distintas causas reflejan la influencia relativa de factores biológicos y del medio ambiente, los que requerirán de distintas medidas para su control.

Como vemos en el Cuadro 2.6, el Perú presenta altas tasas de mortalidad infantil y un descenso muy lento. En un período de 17 años, la mortalidad neonatal y postneonatal tuvo un descenso de 22 y 33 por ciento, respectivamente. La mortalidad infantil descendió en un 28 por ciento lo que podemos considerar poco importante.

2.3.1 La mortalidad infantil por períodos y sexo

Como se ha visto en párrafos anteriores, el cálculo de las tasas de mortalidad infantil para años previos a la encuesta presenta algunas distorsiones a través del tiempo en años simples. Esto puede estar influenciado por la presencia de diferencias en fecundidad por edad de la madre, y en la declaración de la mortalidad neonatal, postneonatal y su sumatoria, la mortalidad infantil. Con el fin de eliminar dichas distorsiones sobre la evolución de la mortalidad, se ha calculado la mortalidad infantil para períodos: un período de 20 años (1941-1960) y tres períodos quinquenales (1961-1965, 1966-1970 y 1971-1975).

Como puede verse en el Cuadro 2.7, la mortalidad neonatal entre los períodos 1961-1965 y 1966-1970 no tuvo variación. La mortalidad postneonatal contribuyó

^{1/} Según las recomendaciones internacionales aplicables a las estadísticas de la mortalidad infantil, el período neonatal se define como los primeros 28 días de vida.

Cuadro 2.6

PERU: TENDENCIAS DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL 1958-1975

Años	Tasas de mortalidad (por mil)		
	Neonatal	Postneonatal	Infantil
1958	54.5	76.4	130.9
1959	51.1	76.5	127.6
1960	53.3	74.3	127.6
1961	54.7	71.4	126.1
1962	49.5	71.0	120.5
1963	49.0	66.6	115.6
1964	48.6	69.5	118.1
1965	49.2	66.6	115.8
1966	47.3	65.9	113.2
1967	51.2	60.8	112.0
1968	49.0	56.4	105.4
1969	49.0	56.5	105.5
1970	47.2	60.9	108.1
1971	47.6	62.3	109.9
1972	49.8	58.7	108.5
1973	48.6	54.4	103.0
1974	46.9	53.5	100.4
1975	42.3	51.4	93.7

Las tasas de mortalidad son promedios móviles trienales, de las tasas anuales; se ha calculado así con el fin de tratar de eliminar efectos aleatorios de las tasas anuales.

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

Cuadro 2.7

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL POR
SEXOS Y PERIODOS, 1941 A 1975

Períodos	Tasas de mortalidad por mil		
	Neonatal	Postneonatal	Infantil
1941-1960	58.8	86.4	145.2
1961-1965	49.3	69.6	118.9
1966-1970	49.0	59.2	108.2
1971-1975	46.7	56.7	103.4
Masculina			
1941-1960	63.5	87.8	151.3
1961-1965	57.2	78.7	135.9
1966-1970	56.4	58.8	115.2
1971-1975	51.7	56.8	108.5
Femenina			
1941-1960	53.7	84.7	138.4
1961-1965	41.0	60.7	101.7
1966-1970	41.5	59.7	101.2
1971-1975	41.4	56.6	98.0

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978

substancialmente al descenso de la mortalidad infantil, disminuyendo en un 34 por ciento entre 1941 y 1975, con lo cual se obtiene un descenso de 29 por ciento para la mortalidad infantil total en el mismo período.

El mayor descenso de la mortalidad postneonatal a través del tiempo puede estar explicado por una mejora relativa en las condiciones sanitarias del país; producto de la evolución de los factores que determinan mejoras en el nivel de vida.

Al analizar la mortalidad infantil por sexo, encontramos una sobremortalidad masculina en todos los períodos de tiempo considerados, la cual tiene mayor incidencia en la etapa neonatal. La mortalidad postneonatal no muestra mayores diferencias por sexo, sino en el período 1961-1965. Entre el período 1941-60, 1971-75, se observa un mayor descenso en la mortalidad postneonatal masculina (35 por ciento) y en la etapa neonatal el descenso de la mortalidad por sexo es diferente (19 por ciento en hombres y 23 por ciento en mujeres).

2.3.2 La mortalidad según la edad de la madre al momento de tener el hijo

En el Cuadro 2.8 se presenta la mortalidad infantil neonatal y postneonatal por períodos y edad de la madre al momento de tener el hijo.

La variable edad de la madre se agrupó en 4 categorías: menores de 20 años, 20-24, 25-29 y 30 años o más de edad. La última categoría agrupó a las mujeres de 30 años o más de edad por tener pocos casos en mujeres mayores de 30 años.

A continuación se intenta ver si los resultados se ajustan a las hipótesis de que la mortalidad infantil está asociada con la edad de las madres al momento de tener el hijo: cuanto más jóvenes y de mayor edad (menores de 20 y mayores de 30 años) sean las mujeres al momento de tener el hijo, la probabilidad de muerte de los hijos será mayor, dándose niveles más bajos en edades intermedias, produciéndose una relación curvilínea en forma de "U".

En el Cuadro 2.8 se observa que la mortalidad infantil describe una "U" en los tres períodos, dándose una menor mortalidad en el grupo de 20-24 años en los períodos 1961-1965 y 1966-1970 y una menor mortalidad en el grupo de 25-29 años en el último período. En la mortalidad neonatal y postneonatal encontramos un comportamiento muy diferenciado en cada período, lo cual puede estar influido por errores de declaración de edad.

2.3.3 La mortalidad según el orden de nacimiento

Se plantea como hipótesis que el riesgo de muerte aumenta con el orden de nacimiento, donde el mínimo correspondería al segundo o tercer nacimiento.

Del Cuadro 2.9 se puede deducir que la hipótesis se cumple solamente en la etapa neonatal, en el período 1961-1970. En el resto de las etapas consideradas la relación encontrada es lineal en donde la mortalidad aumenta con el orden de nacimientos. Al comparar los dos períodos analizados, se observa un mayor descenso en la mortalidad infantil en el orden de 4 a 5 hijos (19 por ciento).

Cuadro 2.8

PERU: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL, POSTNEONATAL EN RELACION A LA EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DE TENER EL HIJO PARA TRES PERIODOS QUINQUENALES

Edad	Tasas de mortalidad (por mil)			
	< 20	20-24	25-29	30 y más
1961 - 1965				
Neonatal	56.9	47.6	39.2	57.8
Postneonatal	77.3	61.5	77.7	64.9
Infantil	134.2	109.1	117.9	122.7
1966 - 1970				
Neonatal	57.0	34.7	49.5	56.5
Postneonatal	70.6	60.4	55.6	56.5
Infantil	127.6	95.1	105.1	113.0
1971 - 1975				
Neonatal	46.9	40.3	47.4	50.7
Postneonatal	63.8	61.6	42.2	59.5
Infantil	110.7	101.9	89.7	110.2

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, 1977-1978.

Cuadro 2.9

PERU: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL POR ORDEN DE NACIMIENTO PARA DOS PERIODOS 1961-1970 Y 1971-1975 (POR MIL)

Edad	Orden de nacimiento			
	1	2 a 3	4 a 5	6 ó más
1961 - 1970				
Neonatal	40.9	39.3	52.0	63.7
Postneonatal	52.9	60.4	66.5	72.9
Infantil	93.8	99.7	118.5	136.6
1971 - 1975				
Neonatal	35.9	38.2	47.2	61.1
Postneonatal	47.2	49.8	48.6	74.3
Infantil	83.1	88.0	95.8	135.4

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, 1977-1978.

2.4 Tendencias y diferencias de la mortalidad infantil en relación a factores socioeconómicos

En los siguientes párrafos se analiza tendencias y diferenciales de la mortalidad infantil, para diversos subgrupos de población que comparten ciertas características comunes, como: residencia (área urbana-rural), región geográfica y ciertos factores socioeconómicos tales como el grado de instrucción, patrones de trabajo, tipo de ocupación y estado civil.

2.4.1 Mortalidad infantil urbana-rural por períodos

Las disparidades fundamentales en la mortalidad infantil entre los sectores urbano y rural, derivan de las diferencias del medio físico ocupacionales, diferencias económico-sociales y, diferencias en la accesibilidad de atención médica y en la nutrición.

El análisis de la mortalidad infantil por áreas nos lleva a corroborar la hipótesis de que la mortalidad es diferencial por áreas, dándose una mayor mortalidad en las zonas rurales. La situación de ventaja de la zona urbana, está explicada por la mayor concentración de los servicios médicos y de sanidad pública en las ciudades, y ciertas características educativas y de ingreso de la población urbana.

En el Cuadro 2.10 se observa que la mortalidad infantil dividida en neonatal y postneonatal para el área urbana y rural, presenta niveles muy diferenciados en cada uno de los períodos, siendo los más altos en el período 1941-1960 para ambas zonas. Con el transcurso de los años la mortalidad infantil ha venido disminuyendo en ambas áreas. El área urbana presenta un descenso mucho más significativo en la mortalidad neonatal entre el período 1941-1960 y 1971-1975 (21 por ciento). En el área rural se observa una disminución muy acentuada sólo en el período 1961-1965, la cual podría estar influenciada por una mala declaración de la edad del niño al morir.

Es importante destacar que la mortalidad postneonatal en el período 1941-60 1971-75, ha experimentado en el área rural un mayor descenso (38 por ciento) que en el área urbana (30 por ciento). Este mayor descenso podría estar explicado por un mayor control de enfermedades de tipo exógeno, predominantes en las áreas rurales.

2.4.2 Mortalidad infantil según el grado de urbanización

Los grandes centros urbanos (100 mil y más habitantes), son los que crecen más rápidamente, especialmente el área metropolitana de Lima-Callao. Este crecimiento está en su mayor parte explicado por las corrientes migratorias que fluyen de las áreas rurales a los principales centros urbanos, especialmente la costa.

Este proceso, propone serios desafíos en la actualidad desde muchos puntos de vista: características del sistema de asentamientos que se está formando, dificultades económicas y de empleo, problemas sociales y culturales, todo lo cual tiene influencia sobre los niveles de mortalidad infantil.

La relación que existe entre proceso de urbanización y mortalidad se da en forma muy diferenciada de acuerdo al tamaño de las ciudades. En el Cuadro 2.11 presentamos el comportamiento de la mortalidad infantil por edades y según el grado de urbanización de las ciudades. Vemos que el área metropolitana tiene niveles de mortalidad neonatal

Cuadro 2.10

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL, POSTNEONATAL POR AREA URBANA Y RURAL PARA DIFERENTES PERIODOS

Períodos	Tasas (por mil)		
	Neonatal	Postneonatal	Infantil
	Urbano		
1941-1960	49.3	68.9	118.2
1961-1965	46.0	56.1	102.1
1966-1970	38.0	51.2	89.2
1971-1975	35.2	48.2	83.4
	Rural		
1941-1960	71.8	110.1	181.9
1961-1965	53.6	89.7	143.3
1966-1970	65.2	71.1	136.3
1971-1975	62.8	68.4	131.2

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

Cuadro 2.11

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL SEGUN GRADO DE URBANIZACION POR PERIODOS

Edad	Grado de urbanización							
	1961-1970				1971-1975			
	Lima Metrop.	Otras ciudades grandes	Ciudades pequeñas	Rural	Lima Metrop.	Otras ciudades grandes	Ciudades pequeñas	Rural
Neonatal	23.6	22.0	63.9	60.1	16.7	36.3	50.6	62.8
Postneonatal	36.4	46.5	69.6	79.3	33.4	50.4	60.5	68.4
Infantil	60.4	68.5	133.5	139.4	50.1	86.7	111.1	131.2

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

y postneonatal mucho más bajos que el resto de las ciudades, en cambio en las grandes ciudades la mortalidad infantil se ha incrementado en lugar de disminuir. Esto se podría explicar en parte, por la migración hacia estas ciudades que a partir del año 1960 ha ido en constante incremento. En el transcurso de sólo 11 años del período intercensal considerado (1961-1972) la migración interna se incrementó en un 57 por ciento en relación a la existente al inicio del período (ONE, Censo 1972).

Es de suponer que todo este contingente migratorio, procedente de las áreas semi-urbanas y rurales, llega a la periferia de las grandes ciudades con un sin fin de problemas de adaptación, en donde la marginación en la participación de los beneficios que brinda la ciudad tiene un rol importante. Podría plantearse que el incremento de la mortalidad infantil en las grandes ciudades del Perú en estos últimos años, se debe a los altos contingentes migratorios procedentes del área rural, quienes por una parte, no participan de los beneficios de atención materno-infantil y, por otra presentan valores y normas de vida del área rural, los cuales tratan de hacer prevalecer por sobre los nuevos valores y patrones de vida de la ciudad.

En las ciudades pequeñas se observa un descenso de la mortalidad infantil bastante similar al de Lima metropolitana, con la gran diferencia de que las tasas continúan siendo de mayor magnitud. El área rural, como ya se vió en páginas anteriores, presenta las tasas más altas. Además de esto se observa un alza en la mortalidad neonatal, lo cual provoca que la mortalidad infantil en su conjunto presente solamente un leve descenso, a pesar de producirse un descenso considerable en la mortalidad postneonatal (14 por ciento).

2.4.3 Mortalidad infantil según nivel de educación de la madre

Otro factor de importancia que influye en los niveles y tendencias de la mortalidad infantil, es el alfabetismo. El analfabetismo o el bajo grado de instrucción condiciona a la población de tal manera que la mantiene aislada de los adelantos de la ciencia médica y de la salud pública. Esta población no está preparada para contrarrestar las enfermedades infecciosas, mantener medidas sanitarias adecuadas en el hogar, lograr una alimentación balanceada y disminuir el riesgo de contraer determinadas enfermedades, que tienen como principal enemigo el saneamiento ambiental (como tifoidea, disentería, gastroenteritis, etc.). En este sentido el grado de instrucción alcanzado por la madre, puede ser uno de los determinantes de los niveles de mortalidad neonatal y postneonatal.

Como puede verse en el Cuadro 2.12, a mayor nivel de educación de la madre menor mortalidad. La mortalidad postneonatal, en el primer período considerado, disminuye en un 72 por ciento cuando se pasa de ningún nivel educacional al de secundaria o más, mientras que la mortalidad neonatal presenta una reducción de 67 por ciento al contrastar estos mismos niveles de educación. En el segundo período (1971-1975), se observa que las disminuciones de mortalidad según se tenga mayor nivel de educación en cada una de las etapas de la mortalidad infantil, llegan a un 70 por ciento.

Es importante destacar que son ciertos niveles educacionales los que producen la mayor disminución en las tasas de mortalidad infantil, mientras que las disminuciones al cumplir de 1 a 2 años de estudios o 3 a 4 son muy similares, el mayor avance se produce al lograr primaria completa, donde los descensos superan el 50 por ciento en el primer período y se encuentran alrededor del 40 por ciento en el segundo período.

Cuadro 2.12

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL SEGUN EL NIVEL DE EDUCACION DE LA MADRE POR PERIODOS

(Tasas por mil)

Edad	Nivel de educación de la madre									
	1961-1970					1971-1975				
	Ningún	Primaria			Secund. y más	Ningún	Primaria			Secund. y más
1-2		3-4	Completa	1-2			3-4	Completa		
Neonatal	66.4	46.8	46.0	25.8	21.9	65.6	49.8	50.6	27.5	19.4
Postneonatal	81.7	66.6	63.4	40.5	22.8	71.2	65.3	60.7	48.6	21.3
Infantil	148.1	113.4	109.4	66.3	44.7	136.8	115.1	111.3	76.1	40.7

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU, 1977-1978.

2.4.4 Mortalidad infantil según ocupación de la madre

Dentro de cada país, los grupos que han llegado a la más alta posición socio-económica, determinada por indicadores tales como el ingreso, la ocupación, la educación, etc., son los que tienen una mortalidad infantil inferior a la media. Estos distintos factores que afectan a la mortalidad son interdependientes, la ocupación guarda relación con la educación, y el ingreso con la ocupación y tanto el ingreso como la educación pueden influir en la dieta, las condiciones de vivienda y los hábitos de vida (Naciones Unidas, 1978:143).

En este estudio se va a suponer que la ocupación de la madre y el padre son un buen indicador de las condiciones socioeconómicas del hogar y, por lo tanto, serán usadas como medidas aproximadas de posición socioeconómica. Interesa analizar la mortalidad infantil según la posición socioeconómica, ya que sabemos, que las condiciones sociales están ligadas al ingreso económico, a la cantidad y calidad de las oportunidades del empleo productivo y al acceso real que se tiene a los servicios públicos, todo lo cual influye sobre nuestra variable en estudio.

En el Cuadro 2.13 podemos ver el comportamiento de las tasas de mortalidad infantil de acuerdo a la última ocupación de la madre y del padre. Dichas tasas nos muestran que el valor más bajo corresponde a madres y padres profesionales y oficinistas.

Se observa además, que según las ocupaciones requieran menos especialización, aumentan las tasas de mortalidad, hasta llegar a un nivel máximo para los padres ocupados en la agricultura.

Como anteriormente se manifestó, sabemos que la ocupación está asociada al nivel de instrucción, condiciones de vivienda, nivel social, acceso a los servicios médicos, calidad y tipo de alimentación. Por ejemplo el acceso a los servicios médicos, tiene particular importancia para la madre gestante y para el niño, de ello depende casi en su mayor proporción los niveles de la mortalidad infantil. Quienes tienen mayor acceso a los servicios médicos son precisamente los profesionales, obreros calificados y trabajadores de hogar. Como se ve en el Cuadro indicado, es en estos grupos donde se dan los niveles de mortalidad infantil más bajos en comparación a los ocupados en el resto de las actividades.

Cuadro 2.13

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, SEGUN LA ULTIMA OCUPACION DE LA MADRE Y DEL ESPOSO, POR PERIODOS

Edad	1961-1970					1971-1975				
	Profesionales y Oficinistas	Obrero Calificado	Trabaj. hogar Serv. Obrero no calificado	Agricultores y Granjeros	No Trabajo	Profesionales y Oficinistas	Obrero Calificado	Trabaj. hogar Serv. Obrero no calificado	Agricultores y Granjeros	No Trabajo
	U l t i m a o c u p a c i ó n d e l a m a d r e									
Neonatal	16.2	30.5	39.8	68.2	49.3	2.9	40.7	49.0	59.3	43.9
Postneonatal	27.8	51.5	59.6	83.7	57.9	14.5	64.7	53.1	72.8	51.6
Infantil	44.0	82.0	99.4	151.9	107.2	17.4	105.4	102.1	132.1	95.5
	U l t i m a o c u p a c i ó n d e l e s p o s o									
Neonatal	13.9	40.5	38.4	65.7	---	22.0	38.9	36.5	61.8	---
Postneonatal	28.6	61.7	60.6	74.5	---	19.5	48.6	65.3	66.6	---
Infantil	42.5	102.2	99.0	140.2	---	41.5	87.5	101.8	128.4	---

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

En cuanto a la tendencia en el tiempo, a pesar de que observamos excepciones que pueden estar influenciadas por el número de casos, vemos que la tendencia de la mortalidad neonatal y postneonatal se caracteriza por una relativa disminución en el grupo de madres que no trabajan y las dedicadas a la actividad agrícola. En cambio en el grupo de obreras calificadas y trabajadoras del hogar y otras, no existe descenso, sino por el contrario, un leve incremento, lo que podría estar explicado por la mayor incorporación a estas labores, en las áreas urbanas, de migrantes que provienen de áreas rurales.

2.4.5 Mortalidad infantil según el patrón de trabajo de la madre

En el Cuadro 2.14 se presentan los niveles y tendencias de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal según patrón de trabajo.

El patrón de trabajo se ha agrupado en:

1. las que trabajan actualmente (hayan o no trabajado antes de su primera unión).
2. las que no trabajan actualmente (pero que han trabajado antes de la primera unión o en algún momento de su vida).
3. las que nunca han trabajado.

Vemos que la mortalidad infantil, en su etapa neonatal y postneonatal, es más baja en las mujeres que no trabajaban al momento de la encuesta, pero que sí trabajaron en algún momento de su vida, en los dos períodos analizados. Como anteriormente se explicó cuando nos referimos a la última ocupación de los padres, la ocupación está asociada positivamente con la instrucción y los accesos a los servicios médicos. Suponemos que una mujer que ha trabajado tiene cierto nivel de instrucción como también conoce las atenciones médicas que requiere durante su gestación. Se espera además que esta madre amamante a su hijo durante el período necesario para el bienestar del niño. Si todos estos supuestos se cumplen esperamos que en este grupo de madres la mortalidad infantil será más baja que en las que trabajan actualmente y las que nunca trabajaron.

En cuanto a la tendencia en el tiempo 1961-1975, la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, se caracteriza por una leve disminución en cada uno de los grupos.

La tasa de mortalidad infantil para las que trabajan bajó en un 10 por ciento, en tanto que las que no trabajan al momento de la encuesta y nunca trabajaron, bajó en un 6 por ciento.

La mayor mortalidad infantil de hijos de madres que trabajan actualmente, puede estar explicada por:

- los riesgos de accidente a que está expuesta la madre durante la gestación en los centros de trabajo. (Trabajadoras del agro, servicios, obreras calificadas y no calificadas.
- el abandono del recién nacido, por la responsabilidad de trabajo, que trae como consecuencia que el niño no reciba la leche materna y los cuidados respectivos en los primeros días de su vida.
- falta de una buena legislación laboral en favor de las madres en períodos de pre y post parto.

Cuadro 2.14

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL SEGUN EL PATRON DE TRABAJO POR PERIODOS
(Tasas por mil)

Edad	Patrón de trabajo					
	1961-1970			1971-1975		
	Trabaja actualmente	No trabaja actualmente	Nunca trabajó	Trabaja actualmente	No trabaja actualmente	Nunca trabajó
Neonatal	52.4	39.2	56.6	48.8	40.2	51.7
Postneonatal	69.6	56.3	58.3	61.4	50.0	56.0
Infantil	122.0	95.5	114.9	110.2	90.2	107.7

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

Cuadro 2.15

PERU: TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL, POSTNEONATAL E INFANTIL SEGUN LA RESIDENCIA DE LA MADRE EN LA INFANCIA, POR PERIODOS

Edad	Tasas por mil					
	Residencia de la madre en la infancia					
	1961-1970			1971-1975		
	Campo	Pueblo	Ciudad	Campo	Pueblo	Ciudad
Neonatal	56.3	51.5	24.7	57.0	44.4	22.6
Postneonatal	71.9	66.9	35.1	62.2	61.3	34.0
Infantil	128.2	118.4	59.8	119.2	105.7	56.6

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978

2.4.6 Mortalidad infantil según residencia de la madre en la infancia

Cuando nos referimos a las diferenciales de la mortalidad infantil según área urbana-rural y grado de urbanización, se planteó la influencia que tenían en la mortalidad infantil los procesos migratorios hacia las grandes ciudades de contingentes provenientes del área rural y de las áreas semi-urbanas.

El Cuadro 2.15 nos permite reafirmar dichas ideas y corroborar la hipótesis de que el lugar de origen es un factor muy importante en los niveles de mortalidad infantil observados. Las tasas de mortalidad neonatal (período 1961-1970) de los hijos de las madres que durante su infancia residieron en el campo y en la ciudad, presentan diferencias de más del 56 por ciento. Similar situación se observa en la mortalidad postneonatal (diferencias de 51 por ciento). Diferencias similares se observan en el quinquenio 1971-1975.

Las tasas de mortalidad infantil de madres con residencia en la infancia en el campo y en un pueblo, no muestran grandes diferencias. Esto podría estar explicado por la situación precaria de los pequeños pueblos, en donde el nivel de vida del habitante no tiene casi ninguna diferencia con el de la zona rural. Al observar los dos períodos considerados se detecta sólo un leve descenso.

2.5 Niveles de mortalidad infantil según regiones geográficas (1961-1975)

En esta parte del trabajo se analiza el comportamiento de la mortalidad infantil y sus diferenciales según áreas geográficas del país, relacionándolas con algunas variables socio-económicas, para el período 1961-1975.

Las diferencias geográficas de la mortalidad infantil se observan tanto en países de tasas altas como en países de tasas bajas de mortalidad y parecen deberse en gran parte a diferencias de situación económica y social.

En el Perú, la influencia de la distribución geográfica de la población sobre la mortalidad infantil reviste aspectos muy importantes, pues en cada región, y entre las regiones, existen disparidades en los niveles de analfabetismo, ocupacionales, económicas y sociales y por último, se presentan diferencias en la accesibilidad a la atención médica. Muchas veces las diferencias dependen de la geografía, el clima y los grados de desarrollo social y económico a que llegaron cada una de las regiones. El proceso de migración intrarregional e interregional, rural-urbana, afecta substancialmente el comportamiento de la mortalidad infantil. Si el grupo que emigra es de baja mortalidad, su éxodo tiene el efecto de elevar la tasa de mortalidad de la población y viceversa.

En el Cuadro 2.16 se observa el comportamiento de la mortalidad infantil para las tres regiones geográficas y Lima Metropolitana.

Las elevadas tasas de mortalidad postneonatal en cada una de las regiones del país nos está indicando que gran parte de la mortalidad infantil en el Perú está dada por factores exógenos, como el sarampión, la tos ferina, bronquitis, bronconeumonía y, fundamentalmente, la diarrea infantil. Todas estas enfermedades, que son producto del medio ambiente, tienen mayor repercusión en los pequeños pueblos de la costa, sierra y selva, agravándose mucho más en la zona rural. De ahí que las regiones sierra y selva presenten las tasas más altas de mortalidad postneonatal.

Cuadro 2.16

PERU: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL, POSTNEONATAL
SEGUN REGIONES GEOGRAFICAS. 1961-75

Regiones geográficas	Tasas de mortalidad (por mil)		
	Neonatal	Postneonatal	Infantil
Lima Metropolitana	21.1	35.3	56.4
Costa	47.5	47.5	95.0
Sierra	60.3	78.5	138.8
Selva	50.2	60.0	110.2

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

Una de las causas de la elevada mortalidad infantil en las regiones, es la distribución de los servicios de saneamiento básico. En 1972 las viviendas de Lima metropolitana que contaban con servicios de agua con conexión domiciliaria, llegaban al 68 por ciento, mientras en la región sur altiplánica sólo llegaban al 5 por ciento; las viviendas con servicios higiénicos representaba un 70 por ciento en Lima y un 5 por ciento en Piura. Se puede subrayar que ni siquiera la capital del país cumple con los niveles deseables en el aspecto sanitario. La contaminación ambiental y de las aguas es otro factor negativo de saneamiento que influye sobre la mortalidad infantil. Esta contaminación se da tanto en zonas urbanas como rurales por factores tales como aumento del parque automotriz, inadecuada localización de algunas fábricas, la utilización de pesticidas, explotación de recursos mineros y energéticos cuyas emanaciones y deslaves afectan ambas áreas en diversas regiones del país. (UNICEF-ONE, El niño en el Perú, 1979).

2.5.1 Mortalidad infantil según regiones geográficas y grado de urbanización

En el Cuadro 2.17 se presenta las tasas de mortalidad infantil según regiones geográficas y grados de urbanización. Se observa que la tasa de mortalidad neonatal de Lima Metropolitana es similar al de las ciudades grandes de la costa, en cambio las ciudades grandes de la sierra y la selva presentan valores mucho más altos, siendo el más significativo el de la mortalidad neonatal en la selva.

En las ciudades pequeñas no encontramos grandes diferencias de la mortalidad neonatal en la costa y sierra, en cambio en las ciudades pequeñas de la selva, la mortalidad neonatal es mucho menor. Esto podría explicarse por la poca dispersión de las ciudades de la selva, en donde los esfuerzos de implementación de salud pública no son tan difíciles como en las ciudades pequeñas de la costa y sierra, que presentan una gran heterogeneidad de ubicación y aglomeración, lo mismo que sucede con el área rural de la sierra. La dispersión de la población rural selvática no es muy significativa a pesar de la gran extensión de esta zona, pues la población está aglomerada, en su mayoría, al margen de los principales ríos navegables en pequeñas embarcaciones, donde ha sido posible llegar con más facilidad que a los pueblos de la sierra norte y sur del país.

Cuadro 2.17

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL SEGUN
REGIONES GEOGRAFICAS Y GRADOS DE URBANIZACION 1961-1975

Regiones geográficas y grado de urbanización	Tasas de mortalidad (por mil)		
	Neonatal	Postneonatal	Infantil
Lima metropolitana	21.2	35.3	56.4
Costa			
Ciudades grandes	21.5	29.4	50.9
Ciudades pequeñas	62.2	56.9	119.1
Rural	55.6	55.6	111.2
Sierra			
Ciudades grandes	33.2	66.5	99.7
Ciudades pequeñas	61.4	74.2	135.6
Rural	64.0	82.3	146.3
Selva			
Ciudades grandes	37.7	64.2	101.9
Ciudades pequeñas	44.5	60.8	105.3
Rural	54.9	58.0	112.9

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

El panorama de la mortalidad postneonatal es muy diferente. Lima metropolitana presenta una tasa mucho más alta que las ciudades de la costa, esto no es lo esperado debido a la situación de privilegio de la capital, en cuanto a concentración de servicios de salud. Podría sin embargo, estar explicado porque Lima concentra una alta proporción de población migrante en los barrios marginales o "pueblos jóvenes" procedentes de las zonas rurales en su mayoría.

Las ciudades grandes y pequeñas de la sierra y selva presentan tasas de mortalidad postneonatal mucho más altas y diferenciadas que las ciudades de la costa. Es necesario tener en cuenta que si bien algunas ciudades de la sierra y selva han alcanzado cierto rango de ciudad por el volumen de su población, siguen en una situación de postergación en cuanto a la implementación de servicios de salud.

En conclusión, la mortalidad infantil de acuerdo al grado de urbanización en cada una de las regiones geográficas muestra niveles muy diferenciados, siendo las ciudades de la sierra y selva las que presentan tasas de mortalidad infantil más elevadas.

2.5.2 Mortalidad infantil según regiones geográficas por sexo

En el Cuadro 2.18 observamos una sobremortalidad masculina en cada una de las regiones geográficas del país, a excepción de Lima metropolitana, que en la etapa postneonatal presenta una ligera sobremortalidad femenina. Esta mínima diferencia puede estar influida por la variación muestral.

Las variaciones en los niveles de mortalidad infantil por sexo entre las regiones geográficas son muy marcadas. Durante el período neonatal las diferencias son menores, luego esta diferencia aumenta con la edad.

En general, la sobre mortalidad masculina es mayor en la región selva, 26 por ciento, mientras que en la costa y sierra dicha sobre mortalidad es de 16 y 13 por ciento respectivamente, lo que es similar a la existente en Lima metropolitana.

Cuadro 2.18

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, SEGUN REGIONES GEOGRAFICAS, POR SEXO, 1961-1975

Regiones Geográficas	Tasas de mortalidad (por mil)					
	Neonatal		Postneonatal		Infantil	
	Masculina	Femenina	Masculina	Femenina	Masculina	Femenina
Lima metropolitana	26.6	15.4	34.2	36.4	60.8	51.8
Costa	50.3	44.5	52.8	42.6	103.1	87.1
Sierra	68.4	52.1	80.1	76.9	148.5	129.0
Selva	58.7	40.3	66.4	53.2	125.1	93.5

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978

2.5.3 Mortalidad infantil, según regiones geográficas y nivel de educación

Anteriormente habíamos manifestado que el alfabetismo tenía una alta incidencia en los niveles de mortalidad infantil en la población. En el Cuadro 2.19 presentamos la mortalidad infantil según regiones geográficas y el nivel de educación de la madre.

Para diferenciar los niveles de educación se ha considerado tres grupos: ningún nivel o analfabeta, primaria (sin considerar grados) y secundaria o más.

El comportamiento de la mortalidad neonatal en Lima metropolitana no presenta mayores diferencias entre las madres analfabetas y las que tienen algún grado de educación primaria. En las demás regiones -costa, sierra y selva- en los mismos grupos de madres, encontramos diferencias que superan el 30 por ciento. Casos similares de diferenciación se presentan entre el grupo de madres que tienen algún grado de educación primaria y las de educación secundaria o más. En cambio, los niveles de mortalidad postneonatal, en la región metropolitana, muestran una marcada diferencia para cada uno de los niveles de educación. Estas diferencias, aunque con diferentes niveles, se mantienen en la costa y sierra, mientras que en la región selva encontramos que el comportamiento de la mortalidad postneonatal correspondiente a madres analfabetas y con algún grado de primaria es muy similar.

Cuadro 2.19

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, SEGUN REGIONES GEOGRAFICAS Y NIVEL DE EDUCACION DE LA MADRE, 1961-1975

Regiones geográficas y nivel de educación	Tasas de mortalidad (por mil)		
	Neonatal	Postneonatal	Infantil
Lima metropolitana			
Ningún	24.0	56.5	80.5
Primaria	22.7	36.4	59.1
Secundaria y más	16.5	21.1	37.6
Costa			
Ningún	71.5	60.5	132.0
Primaria	44.2	49.2	93.4
Secundaria y más	15.1	17.2	32.3
Sierra			
Ningún	72.0	87.7	159.7
Primaria	49.4	73.6	123.0
Secundaria y más	26.8	30.6	57.4
Selva			
Ningún	60.1	63.2	123.3
Primaria	41.9	62.9	104.8
Secundaria y más	42.9	14.3	57.2

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

2.5.4 La mortalidad según orden de nacimiento por regiones geográficas

Se ha planteado como hipótesis que el riesgo de muerte del recién nacido aumenta con la edad de la madre y el orden de nacimiento. Específicamente con relación al orden de nacimiento, el mínimo correspondería al segundo o tercer nacimiento. En el Cuadro 2.20 vemos que dicha hipótesis se cumple sólo para la región sierra.

El comportamiento de la mortalidad infantil por orden de nacimiento según las regiones geográficas, podría estar explicado por las diferenciales del desarrollo socio-económico de las regiones. En la costa, la baja mortalidad en el orden 1 estaría dada por mujeres que ocupan escalas socioeconómicas superiores mientras que la alta mortalidad en el orden 6 estaría dada por lo que sucede en grupos socioeconómicos de clase baja, como las que viven en la zona rural de la costa. En la sierra, por las condiciones socioeconómicas imperantes, donde las diferenciales de clase social no tienen tanto significado, el orden de nacimiento no tiene mayor incidencia en los niveles de mortalidad infantil.

Cuadro 2.20

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, POR ORDEN DE NACIMIENTO, SEGUN REGIONES GEOGRAFICAS. PERIODO 1961-1975

Regiones Geográficas	Tasas de mortalidad (por mil)			
	Orden de nacimiento			
	1	2 a 3	4 a 5	6 y más
Lima metropolitana	44.8	46.9	68.8	74.2
Costa	52.5	78.5	79.9	148.1
Sierra	137.6	129.0	136.2	149.5
Selva	90.9	100.1	114.0	130.2

Fuente: Tabulados Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

2.6 Análisis de clasificación múltiple (ACM) de los factores determinantes de la mortalidad

Para el análisis del presente capítulo se ha utilizado el documento de Johanna de Jong: "El uso de análisis de clasificación múltiple (MCA) en la demografía" (1974).

"La regresión múltiple muy pocas veces puede dar más que una aproximación global a las relaciones verdaderas entre las variables de índole social, ante esto se elaboró el ACM; método que está desarrollado específicamente para ser aplicado a datos susceptibles de ser medidos con cualquier tipo de escala, sea cardinal, ordinal o nominal, y para aceptar relaciones no monótonas". (de Jong, 1974).

En su forma elemental, "El ACM es una forma de análisis en que se relacionan varias variables predictivas con una sola variable dependiente en una tentativa de explicar la varianza de ésta" (de Jong, 1974).

El análisis se ocupa de establecer la influencia "neta" de cada una de las variables predictivas porque casi siempre hay correlación entre ellas. Precisamente se quiere saber lo que queda de la relación original entre las variables independientes y dependientes, después de restar la parte que en realidad está causada por otras variables con que ésta está correlacionada.

El ACM trata de imponer un modelo preconcebido a los datos; por lo tanto es lógico que los datos estén sujetos a limitaciones. Una exigencia es que la variable dependiente sea dicotómica o esté medida en una escala cardinal. En nuestro caso la variable dependiente es dicotómica, por tanto el promedio representa la proporción de personas que tienen la característica dada (madres con experiencia en mortalidad del hijo).

2.6.1 VARIABLES USADAS

Se utilizan tres variables socioeconómicas y una variable demográfica:

- La educación de la mujer recodificada en tres categorías:

- (0) = analfabetas y hasta dos años de educación primaria
- (1) = primaria, 3 - 6 años
- (2) = secundaria y más

- Grado de urbanización, que se mide con escala nominal

- (1) = Lima metropolitana
- (2) = otras ciudades grandes del país
- (3) = ciudades pequeñas
- (4) = área rural

- Edad de la mujer al tener el último hijo, que corresponde a una escala cardinal recodificada en:

- (1) = menores de 20 años de edad
- (2) = de 20 a 24 años de edad
- (3) = de 25 a 29 años de edad
- (4) = de 30 a 49 años de edad

- Región de residencia, medida con una escala nominal

- (1) = Lima metropolitana y resto de costa
- (2) = sierra
- (3) = selva

- La variable dependiente: experiencia de mortalidad de algún hijo nacido vivo en las mujeres casadas y unidas, se mide dicotómicamente:

- 0 = No ha tenido experiencia de mortalidad de uno o más hijos
- 1 = ha tenido experiencia de mortalidad de uno o más hijos.

2.6.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Como se ha mencionado, la variable dependiente es la experiencia de mortalidad del o los hijos nacidos vivos en las mujeres casadas o unidas. En el Cuadro 2.21 se presenta el número de casos en cada variable y categoría como el promedio general y los promedios sin ajustar y ajustados.

El promedio sin ajustar (Cuadro 2.21, columna 2) nos muestra el efecto bruto de la pertenencia a una categoría dada, así la categoría analfabeta y hasta dos años de primaria de la variable educación nos dice que el 64 por ciento de las mujeres en esta categoría ha experimentado la muerte de algún hijo nacido vivo, mientras que en la categoría secundaria o más sólo un 12 por ciento ha tenido experiencia de mortalidad de un hijo.

Cuadro 2.21

VARIABLES PREDICTIVAS USADAS Y RESULTADOS DEL ACM, REFERENTE A MUJERES QUE HAN TENIDO ALGUNA EXPERIENCIA DE MORTALIDAD DE HIJOS NACIDOS VIVOS

Variables	Número de casos	Promedio no ajustado	Promedios ajustados	
			Independientes	Independientes más control ^{b/}
Promedio General = 0.43				
Educación				
Analfabeta y 1-2 primaria	2524	0.64	0.57	0.52
Primaria, 3-6 años	1699	0.30	0.37	0.38
Secundaria o más	1147	0.12	0.20	0.30
Grado de urbanización				
Lima metropolitana	1402	0.23	0.38	0.40
Otras ciudades grandes	738	0.33	0.42	0.43
Ciudades pequeñas	1326	0.45	0.45	0.43
Area rural	1904	0.60	0.45	0.45
Edad al tener el último hijo				
Menos de 20	463	0.16	0.18	0.40
20-24	1196	0.26	0.31	0.47
25-29	1258	0.36	0.40	0.45
30-49	2452	0.60	0.55	0.46
Región geográfica				
Costa ^{a/}	2446	0.28	0.38	0.38
Sierra	2277	0.58	0.49	0.49
Selva	647	0.48	0.43	0.43

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

^{a/} Incluye Lima metropolitana

^{b/} La variable de control es el número de hijos tenidos.

Los promedios según las categorías de la variable grado de urbanización, nos permiten concluir que a mayor nivel de urbanización existe menor experiencia de mortalidad; así en Lima metropolitana encontramos que un 23 por ciento de las mujeres ha tenido la experiencia de mortalidad de un hijo, mientras que en el área rural, dicha experiencia la ha tenido un 60 por ciento. Según regiones encontramos que el grado de desarrollo económico-social está vinculado con la mortalidad infantil: La costa, incluida Lima metropolitana, muestra la proporción más baja (28 por ciento) y la Sierra la proporción más alta (58 por ciento).

Las categorías de la variable edad de la madre al tener el último hijo presentan promedios crecientes según aumenta la edad de la madre. Si bien se observa un aumento gradual entre las categorías de menos de veinte y de veintinueve años, llama la atención el brusco incremento que se produce para el tramo de 30 a 49 años.

Una visión más simple y clara de las variaciones se encuentra en el Cuadro 2.22 donde se señala la desviación mínima y máxima del promedio general por categoría de cada una de las variables predictivas; así, podemos observar que la variable educación tiene la mayor dispersión de los promedios por categoría, variando el mínimo y el máximo en 0.52 puntos, y la menor variación está dada en las categorías de la variable región geográfica, que varía en 0.30 puntos. En base a las variaciones observadas en cada una de las variables, se puede decir que la educación de la mujer es la variable con mayor valor predictivo.

A continuación se analiza los promedios ajustados, los cuales nos muestran lo que queda de la relación original (desviaciones no ajustadas) al controlarse por las variables dependientes y de control, ya que el efecto original puede deberse a interrelaciones entre las variables.

Al analizar las diferencias entre las desviaciones máxima y mínima (Cuadro 2.22) podemos ver que al tomar en cuenta el efecto de las demás variables, las diferencias originales (no ajustadas), existentes en el grado de urbanización, la edad al tener el último hijo, y la región de residencia, tienden a desaparecer. Sin embargo, conviene señalar que la "edad al tener el último hijo" sólo pierde su importancia al controlar por el número de hijos tenidos; mientras que las otras dos lo pierden antes de haberse considerado esta variable.

Cuadro 2.22

DESVIACION MAXIMA Y MININA SIN AJUSTE Y AJUSTADAS

Variables	Sin ajuste			Ajustadas					
	Mínima	Máxima	Dife- rencia	Por independientes			Por independientes más control		
				Mínima	Máxima	Dife- rencia	Mínima	Máxima	Dife- rencia
Educación	-0.31	0.21	0.52	-0.23	0.14	0.37	-0.13	0.09	0.22
Grado de urbanización	-0.20	0.17	0.37	-0.05	0.02	0.07	-0.03	0.02	0.05
Edad al tener el último hijo	-0.27	0.17	0.44	-0.25	0.12	0.37	-0.03	0.04	0.07
Región geográfica	-0.15	0.15	0.30	-0.05	0.06	0.11	-0.05	0.06	0.11

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-2978

A pesar de que las diferencias entre el valor máximo y mínimo de la variable educación van disminuyendo al considerarse otras variables, es la que mayor poder explicativo tiene dentro de las variables consideradas, frente a la experiencia de mortalidad de los hijos. Esta pérdida de la importancia relativa puede atribuirse a que las defunciones de los hijos están estrechamente relacionadas con la edad de la madre: a mayor edad de la madre y el número de hijos vivos tenidos, independientemente del nivel socioeconómico, mayor es la probabilidad de que alguno de ellos haya fallecido. Lo señalado, igualmente da razón del porqué la "edad de la madre" pierde su poder explicativo al tenerse en consideración la variable de control "hijos tenidos".

El poder explicativo de las variables, dado en una forma aproximada por el cuadrado de η , β y β por control, disminuye a medida que se efectúa el control por las otras variables (Cuadro 2.23); particularmente cuando se mantiene constante el número de hijos tenidos vivos, cuya importancia se señaló.

Es de interés señalar que la variable región de residencia, a pesar de su relativamente pequeño poder explicativo, no altera su valor al incluirse el ajuste por la variable de control -número de hijos tenidos- lo cual podría estar indicándonos que realmente el medio ambiente en donde se desenvuelve el infante, independientemente del número de hijos y su nivel socioeconómico, está afectando la alta mortalidad infantil en el Perú.

Cuadro 2.23

COEFICIENTE η Y β DE ACM SOBRE EXPERIENCIA DE MORTALIDAD DE LAS MADRES CON ALGUN HIJO NACIDO VIVO

VARIABLES PREDICTIVAS	η <u>a/</u>	β <u>b/</u>	β <u>c/</u>
Educación	0.42	0.30	0.19
Grado de urbanización	0.30	0.06	0.03
Edad al tener el último hijo	0.34	0.25	0.06
Región de residencia	0.28	0.11	0.11

a/ Sin ajuste

b/ Ajustado por la correlación con las demás variables

c/ Ajustado por la correlación con las demás variables, más la variable de control

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

III. ATENCION MATERNO-INFANTIL

3.1 Generalidades

El nivel de salud de una población y la atención materno-infantil se inscriben dentro de los programas de extensión de cobertura y atención primaria de salud. El cuidado de la salud del niño durante sus etapas preconcepcional, intrauterina, perinatal, neonatal e infancia, dependen de diversos factores sociales "...que influyen sobre el individuo desde la fase uterina de su existencia; desde entonces sufre las consecuencias del poder adquisitivo y de la educación de sus padres; desde entonces puede estar expuesto a ciertas agresiones que disminuyen su capacidad fisiológica de resistencia a la muerte y, a partir del nacimiento, si el medio en que llega a vivir continúa siendo precario, tanto menor será su probabilidad de supervivencia" (Guerrero, 1955:192).

La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto de desarrollo económico y social de un país. La atención primaria de la salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades, variarán entre los diversos países y comunidades, pero han de comprender como mínimo: "... la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable, el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes, y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes" (OMS-UNICEF, 1978:40).

La relación directa entre salud y el desarrollo socioeconómico deriva de la programación y ejecución de las políticas sectoriales de salud por el Estado, quien debe asumir el rol de conducción del proceso, definiendo políticas concretas de salud, que en un primer momento tengan en cuenta la existencia de grandes sectores marginados de la atención y de que ciertas prestaciones no pueden ser administradas a individuos aislados; por ello la necesidad de afirmar conceptos y evaluar mejor la realidad en cuanto a niveles de atención primaria de salud tenga el país.

Los servicios brindados por las unidades existentes en cuanto a atención materno-infantil son los que mejor se inscriben dentro de los programas de atención primaria de la salud. Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo y concretamente en el Perú, los servicios de salud no son suficientes ni por su calidad ni por su cantidad para atender las necesidades de la población materno-infantil.

La insuficiencia de los servicios de atención materno-infantil genera concentración de trabajo en determinados centros hospitalarios que atienden niños, tal es el caso del Hospital del Niño de Lima, único centro especializado en la atención del niño, el cual presta atención al mayor volumen de población infantil tanto de Lima como también de otras provincias del país.

En los servicios de atención materno-infantil, como en otros servicios de salud, el principal problema estriba en la distribución desigual de los recursos materiales,

y humanos. La mayor parte del personal especializado en dar atención materno-infantil está concentrado en la metrópoli y en las principales ciudades de la costa. A pesar de que han existido esfuerzos para resolver el problema del desequilibrio, no han habido mayores logros. Sin embargo, la tarea principal es ampliar la asistencia primaria de salud en favor de la población insuficientemente atendida, sobre todo en las pequeñas comunidades de la zona rural.

Como veremos posteriormente, la atención materno-infantil en el país es marcadamente diferente, según la condición socioeconómica de la madre y lugar de residencia. En la mayoría de los pueblos de la costa, sierra y selva, no existen servicios de atención materno-infantil que estén constituidos por una combinación equilibrada de cuidados preventivos, curativos y de promoción, para las madres y los niños.

3.2 La infraestructura sanitaria del país

En una forma muy breve, queremos presentar la situación de la infraestructura física de los servicios de salud en el país, en base a la información existente al año 1978 del Ministerio de Salud, describiendo algunos de los recursos de infraestructura para la atención institucional y los insumos que dispone cada institución en relación a la población correspondiente a su área de acción.

Según la información del Cuadro 3.1, los recursos de infraestructura de salud en el país son escasos, con incrementos muy pequeños.

Cuadro 3.1

PERU: NUMERO DE HOSPITALES Y NUMERO DE CAMAS EN FUNCIONAMIENTO POR ENTIDAD ADMINISTRADORA 1972 y 1978

Entidad Administradora	1972				1978			
	Estab.		Camas		Estab.		Camas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	318	100.0	28550	100.00	330	100.0	28934	100.0
Sub-sector público	150	47.2	22992	80.5	161	48.8	23315	80.6
Sub-sector no público	168	52.8	5558	19.5	169	51.2	5619	19.4

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Sectorial de Estadística e Informática. Infraestructura Sanitaria 1978.

Se observa que en el subsector no público se encuentra el mayor número de centros hospitalarios (más del 50 por ciento), que está conformado casi en su mayoría por clínicas, las que no tienen mayor amplitud y por lo tanto, representan una baja proporción de camas hospitalarias.

En el Cuadro 3.2, vemos la distribución porcentual del número de establecimientos y número de camas en funcionamiento por entidad administradora y especialidad. Los centros especializados en pediatría son dos en todo el país, de los cuales uno pertenece al sub-sector público y otro al privado, el del sub-sector público es el Hospital del

Cuadro 3.2

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS Y NUMERO DE CAMAS EN FUNCIONAMIENTO POR ENTIDAD ADMINISTRADORA Y ESPECIALIDAD. 1978

Especialidad	Entidad Administradora					
	Total		Sector Público		Sector No Público	
	Estab.	Camas	Estab.	Camas	Estab.	Camas
1. Hospitales	330	28934	48.8	80.6	51.2	19.4
1.1 Generales	289	24290	50.9	82.2	49.1	17.8
1.2 Especialidades	41	4644	34.2	72.2	65.8	27.8
1.2.1 Pediatría	2	688	50.0	85.5	50.0	14.5
1.2.2 Obstetricia	18	776	33.3	83.0	66.7	17.0
1.2.3 Otros <u>a/</u>	18	3113	27.0	67.2	73.0	32.8
2. Centros de Salud	548	1024	94.9	88.8	5.1	11.2
3. Puesto Sanitario	1230	-	96.9	-	3.1	-

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Sectorial de Estadísticas e Informática. Infraestructura Sanitaria. 1978.

a/ Neurología, mental, traumatología, neoplásicas y otorrino-laringología.

Niño de Lima metropolitana, con un total de 688 camas hospitalarias, que no llega a cubrir ni el mínimo de las necesidades de hospitalización de la población infantil de Lima metropolitana. Los centros especializados en obstetricia son 18, de los cuales el 67 por ciento pertenecen al sub-sector no público. Este hecho, nos da una idea de la gran deficiencia que existe en el país en cuanto a la atención materno-infantil, y aún mucho más si se observa el número de camas instaladas.

Por último, en el Cuadro 3.3, presentamos la relación de camas hospitalarias por habitante donde vemos la gran escasez y la mala distribución de las mismas en el resto del país. A ello debemos agregar el funcionamiento parcial, por falta de recursos humanos y materiales adecuados.

En cuanto a la atención materno-infantil, es necesario destacar que del total de camas hospitalarias, que incluyen a todas las entidades del sector salud, no se asigna un porcentaje uniforme de camas para menores de 15 años en los diferentes establecimientos. Los hospitales generales del Ministerio de Salud son los únicos que asignan cerca de un 20 por ciento de sus camas para este efecto, no así los especializados del mismo ministerio, ni los hospitales de beneficencia. Lo mismo ocurre en los hospitales de las Fuerzas Armadas y en algunas clínicas particulares. Los hospitales de la seguridad social no tienen camas para niños, ni las demás empresas públicas y privadas. De esta manera, el número de camas para la atención de menores de 15 años no llega ni al 5 por ciento del número total de camas de todo el sector salud (UNICEF-ONE. 1979:227).

Se puede concluir, por lo tanto, que la situación de la madre y del niño es muy precaria en cuanto a atención médica se refiere.

Cuadro 3.3

CAMAS HOSPITALARIAS EN FUNCIONAMIENTO EN EL PAIS,
1978

Región	Tasas por 1 000 hab.
Lima metropolitana	3.12
Resto del país	1.17

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Estadística e Informática. Infraestructura Sanitaria, 1978.

3.3 Atención materno-infantil

Antes de entrar a analizar los datos referentes a la atención materno-infantil, es necesario señalar que no fue posible realizar un análisis multivariado, puesto que la proporción de defunciones del último hijo nacido vivo fue de 0.11, lo que no garantizaba resultados confiables del "ACM", ya que, cuando la variable dependiente es dicotómica es aconsejable que aproximadamente el 50 por ciento de los casos se ubique en cada una de las categorías consideradas. Por tanto, sólo se efectuó análisis bivariado entre cada una de las variables independientes y la dependiente. Para complementar este tipo de análisis se trató de especificar el tipo de población que tenía acceso a una mejor atención materno-infantil, considerándose algunos indicadores socioeconómicos tales como: grado de urbanización, nivel de educación, ocupación de la madre y una especificación por regiones geográficas, la cual resulta de especial interés por la profunda diferenciación que existe entre costa, sierra y selva.

En esta parte del trabajo se analizará la atención de la madre durante el embarazo, parto y puerperio y el comportamiento de la madre en el cuidado de la salud del niño durante sus primeros meses de vida.

La población de mujeres que se estudia varía según el análisis que se realice. En la atención durante el último embarazo se considera a 5.496 mujeres, que han estado embarazadas alguna vez, incluyendo a las embarazadas al momento de la entrevista. En lo concerniente al tipo y lugar de atención en el último parto, se considera a 5.396 mujeres, que han tenido por lo menos un acontecimiento (sea nacido vivo o muerto). Sobre la atención que recibió el último hijo en el primer mes de vida, declararon 5011 mujeres. Por último 5007 mujeres declararon si sus hijos tuvieron atención de vacuna en los primeros meses de su vida o no.

También es importante destacar que en cada uno de los análisis de atención materno-infantil se reagrupó determinados tipos de atención que se consideran similares. Mujeres que fueron atendidas por un doctor u obstetra se agrupan, ya que se considera una misma modalidad de atención en cuanto a capacidad profesional y métodos utilizados. Mujeres que recibieron atención en un hospital, clínica, puesto sanitario, consultorio del doctor, se reagrupan en el ítem "atendidas en un centro de salud". Con estas reagrupaciones se ha tratado de homogeneizar determinadas formas de atención a la madre gestante y la atención en el momento del parto.

3.3.1 Atención prenatal, tipo y lugar de atención en el último parto

La atención prenatal a la embarazada garantiza que la mujer logre un parto normal y que el niño nazca en condiciones óptimas. El tipo de atención que reciba la madre en el momento del parto, como el lugar de atención, son otros indicadores de la mayor o menor atención materno-infantil que existe en el país.

Como puede verse en el Cuadro 3.4, donde se tiene en términos absolutos y relativos la atención prenatal, el lugar de atención y el tipo de atención en el último parto, relacionado con la mortalidad infantil, más de un 50 por ciento de madres no recibió atención prenatal, fue atendida en su casa en el momento del parto y, por último, recibió atención de personal no profesional.

El análisis de estas variables no puede reflejar toda la gama de factores que intervienen en los hechos de la mortalidad infantil. Sabemos que el nivel de educación, la ocupación, el lugar de residencia y otras variables que fueron analizadas en el segundo capítulo, inciden en los niveles de mortalidad infantil. Al relacionar la mortalidad infantil con la atención materno-infantil, encontramos tasas de mortalidad

superiores al 80 por mil nacidos vivos en madres que no tuvieron atención prenatal, que se atendieron en su casa y que recibieron la atención de personal no profesional en el momento del parto. Interesaría saber qué características socioeconómicas tiene este grupo. Por las proporciones y los niveles de mortalidad que se observan en el Cuadro mencionado, se puede decir que aproximadamente una misma población se ubica en las categorías de atención materno-infantil mencionadas. Como puede verse en el Cuadro 3.5, la mayor proporción de madres que recibió atención prenatal, que fue atendida en un centro de salud y por un especialista en el momento del parto, se encuentra en las que residen en Lima metropolitana, tienen un nivel de educación de secundaria y más y cuando se encuentran trabajando, están ocupadas como profesionales.

Si bien es cierto que la atención prenatal y del momento del parto están estrechamente relacionadas a las características socioeconómicas de la familia, tiene también relación con la existencia o no de centros de salud, capaces de dar dicha atención. En la región sierra y selva (véase el Cuadro 3.6), observamos las más bajas proporciones de madres con atención prenatal, atención en un centro de salud y atención de un especialista. Estos resultados dan cuenta de la escasa existencia de servicios de salud y personal especializado en estas regiones, a lo que se agrega altos índices de analfabetismo y alta proporción de población ocupada en la agricultura que, por su condición social, no participa de un buen ingreso económico.

En conclusión, la escasa proporción de madres que en la sierra y en la selva recibe atención en un centro de salud y servicios de un especialista, no se debe tanto al tradicionalismo, sino a la carencia de centros hospitalarios y de personal capacitado.

Cuadro 3.4

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN ATENCION PRENATAL, LUGAR DE ATENCION Y TIPO DE ATENCION EN EL PARTO

Atención prenatal	Población de madres		Mortalidad infantil Tasas (por mil)
	Nº	%	
Total	5496	100.0	65.5
No recibió	2786	50.7	81.5
Recibió	2710	49.3	49.1
Lugar de atención en el parto	Población de madres		Mortalidad infantil Tasas (por mil)
	Nº	%	
Total	5396	100.0	67.3
Centro de Salud	2234	41.4	47.4
Su casa	3162	58.6	81.3
Tipo de atención en el parto	Población de madres		Mortalidad infantil Tasas (por mil)
	Nº	%	
Total	5396	100.0	67.3
Doctor, Obstetra	2581	47.8	46.1
Partera	1229	22.8	86.2
Otro	1586	29.4	86.4

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978

Cuadro 3.5

PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECIBIO ATENCION PRENATAL, SE ATENDIO EN UN CENTRO DE SALUD Y RECIBIO ATENCION DE UN DOCTOR U OTROS, SEGUN ALGUNOS INDICADORES SOCIOECONOMICOS

Variables Socioeconómicas	Recibió atención prenatal	Lugar de atención en el parto Centro de Salud	Tipo de atención en el parto			Base <u>a/</u>
			Doctor Obstetra	Partera	Otro	
Total	49.3	41.1	47.8	22.8	29.4	5492
<u>Grado de urbanización</u>						
Lima metropolitana	81.3	81.5	90.4	5.9	3.7	1442
Otras ciudades grandes	65.2	61.9	70.2	16.7	13.1	761
Ciudades pequeñas	51.9	35.1	45.3	27.2	27.5	1342
Rural	17.5	8.2	9.4	34.5	56.1	1946
<u>Nivel de educación</u>						
Ninguno (1-2)	23.2	16.7	19.2	31.7	49.1	2554
Primaria (3-6)	61.3	51.1	60.9	21.4	17.6	1747
Secundaria y más	87.5	81.1	90.9	5.4	3.7	1195
<u>Ultima ocupación</u>						
No trabajó	55.5	46.5	54.5	23.9	21.5	2072
Profesionales y oficinistas	91.5	85.1	94.5	2.4	3.1	395
Vendedoras obrera no calificada	56.9	54.6	61.6	19.4	19.0	1288
Agricultura	15.9	6.5	7.5	29.1	63.4	1242
Obrera calificada	54.0	39.0	48.5	26.8	24.7	495

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

a/ Base aproximada, ya que no todas las variables tienen igual información para todas las unidades de análisis.

Cuadro 3.6

PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECIBIO ATENCION PRENATAL, SE ATENDIO EN
UN CENTRO DE SALUD Y RECIBIO ATENCION DE UN DOCTOR U
OTROS, SEGUN REGIONES GEOGRAFICAS

Regiones Geográficas	Recibió atención prenatal	Fue atendida en un centro de salud	Tipo de atención			Base <u>a/</u>
			Doctor Obstetra	Partera	Otro	
Total	49.3	41.4	47.8	22.8	29.4	5497
Lima metropolitana	81.3	81.2	90.1	6.0	3.8	1454
Costa	64.6	50.5	61.7	29.2	9.1	1066
Sierra	26.2	18.0	21.3	26.6	52.1	2321
Selva	35.5	22.3	26.1	35.5	38.3	656

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978

a/ Base aproximada, ya que no todas las variables tienen igual información para todas las unidades de análisis.

3.3.2 Cuidado de la salud del niño en el primer mes y la atención de vacuna

El control de la salud del niño, desde el momento de su nacimiento, está relacionado con la cobertura del sistema de Servicio Nacional de Salud y en una forma más específica, con el sistema de atención materno-infantil. La atención médica que recibe la población infantil depende tanto del sistema de atención médica, como de la percepción que la familia tiene de la necesidad de acudir a efectuar un control de salud.

El control de la salud del niño, desde sus primeros días, es de primordial importancia. Muchos especialistas opinan que para que una atención médica se considere por lo menos suficiente, es necesario que la primera consulta sea antes de los 15 días de edad y se haya cumplido al menos con 5 controles en el primer año.

La mayoría de las enfermedades que presentan los niños, pueden y deben ser tratadas oportunamente por un especialista. La tardanza en la consulta puede agravar y originar otros daños o complicaciones, demandando entonces otro tipo de atención, más costosa, de recuperación más lenta y con peores consecuencias, llegando incluso a la muerte. Por otra parte, dada la magnitud del problema de enfermedades infecciosas y la existencia de vacunas, que son elementos de protección específica, su utilización es de gran importancia, con significado individual como colectivo pues representa un factor de protección para la comunidad, al disminuir el riesgo de epidemias. De esta manera, para considerar suficiente la atención médica recibida por el niño, se exige el cumplimiento del programa de vacunas para el primer año.

Cuadro 3.7

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN ATENCION DEL NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS MESES

Atención del niño	Población de madres N°	%	Mortalidad infantil Tasas (por mil)
Total	5011	100.0	64.3
No recibió	1947	38.8	93.5
Recibió	3064	61.2	45.7

Atención de vacuna	Población de madres N°	%	Mortalidad infantil Tasas (por mil)
Total	5007	100.0	64.3
No recibió	1544	30.8	140.5
Recibió	3463	69.2	30.3

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978

Tal como se realizó para el punto anterior, en esta parte se agrupó determinadas formas de atención del niño. Quienes fueron atendidos en un hospital, clínica privada, oficina del sector, posta médica, centro de salud y otros, se agruparon como niños que recibieron atención médica. De tal modo el análisis se realiza sólo diferenciando entre los que recibieron atención y los que no la recibieron.

Como anteriormente se indicó, los hechos de mortalidad infantil no están solamente influenciados por la atención médica y la protección con la vacuna que el niño pueda recibir en los primeros días de su vida, sino que directamente asociados a factores socioeconómicos.

Como puede observarse en el Cuadro 3.7, sobre un 60 por ciento de niños ha tenido alguna atención médica durante su primer mes de vida y alrededor de un 70 por ciento recibió vacunas; el 30 por ciento restante que muestra elevadas tasas de mortalidad infantil, debe reunir características muy especiales.

Según el Cuadro 3.8 serían en su mayor proporción, hijos de madres que viven en las pequeñas ciudades y el área rural, que tienen bajos niveles de educación y que cuando trabajan, lo hacen en actividades agrícolas.

Las diferentes proporciones de atención al niño en el primer mes y atención de vacuna en relación a algunos indicadores socioeconómicos, nos muestra que éstas se encuentran altamente asociadas a una mayor o menor atención del niño.

El riesgo de muerte de la población infantil está vinculado a la postergación de la población rural, de la población analfabeta y los ocupados en actividades como la agricultura; es en estos grupos de población donde la insuficiencia de cobertura de los servicios de salud se ven reflejados. Estos grupos son los que sufren más los estragos de las enfermedades prevenibles por vacunas. Aún cuando no contamos con datos, podemos mencionar algunos antecedentes : el sarampión, a pesar de algunas reducciones apreciables, sigue causando un número elevado de muertes. La tos ferina y el tétano, mantienen tasas de defunciones muy altas, como también la difteria, la poliomelitis.

Según las regiones geográficas (véase el Cuadro 3.9), también encontramos marcadas diferencias en la atención de salud del niño, estas diferencias están influenciadas más que todo por el efecto de las coberturas insuficientes de los servicios de salud materno-infantil. Tal es así que, en las regiones sierra y selva, donde las enfermedades como la enteritis, el sarampión, la tos ferina, y la disentería, provocan el mayor número de pérdidas de vida en la población infantil, encontramos bajas proporciones de niños que tuvieron atención médica en el primer mes y que recibieron vacunas.

Cuadro 3.8

PORCENTAJE DE ATENCION DEL NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS MESES SEGUN ALGUNOS
INDICADORES SOCIOECONOMICOS

Variables Socioeconómicas	Recibió atención en el primer mes %	Recibió vacuna %	Base <u>a/</u>
Total	61.2	69.2	5011
Grado de urbanización			
Lima metropolitana	86.2	89.8	1271
Otras ciudades grandes	78.8	87.8	678
Ciudades pequeñas	65.4	71.7	1227
Rural	34.4	46.7	1836
Nivel de Educación			
Ningún y (1-2)	42.5	54.6	2388
Primaria (3-6)	70.7	77.3	1577
Secundaria y más	89.3	90.0	1047
Ultima ocupación			
No trabajó	64.5	72.6	1871
Profesionales y oficinistas	92.7	90.2	349
Vendedoras, obrera no calificada	72.3	79.6	1163
Agricultura	35.0	45.9	1172
Obrera calificada	62.5	71.9	451

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

a/ Base aproximada, ya que no todas las variables tienen igual información para todas las unidades de análisis.

Cuadro 3.9

PORCENTAJE DE ATENCION DEL NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS MESES SEGUN REGIONES
GEOGRAFICAS

Regiones Geográficas	Recibió atención en el primer mes %	Recibió vacuna %	Base <u>a/</u>
Total	61.2	69.2	5011
Lima metropolitana	86.3	89.7	1281
Costa	75.4	80.5	952
Sierra	43.1	55.4	2172
Selva	50.3	57.0	606

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, PERU 1977-1978.

a/ Base aproximada, ya que no todas las variables tienen igual información para todas las unidades de análisis.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La población peruana se caracteriza por su estructura eminentemente joven, altos índices de analfabetismo, migración interna acentuada, fecundidad y mortalidad altas, en relación a las de otros países latinoamericanos.
2. A nivel del país, para los períodos 1941-1960, 1961-1970 y 1971-1975, la mortalidad entre 0 y 10 años, obtenida a través de las tablas de vida, nos muestra niveles muy altos en cada uno de los períodos, especialmente antes de cumplir el primer año de vida. A través del tiempo existe un mayor descenso de la mortalidad de grupos de edad mayores de un año, mientras que el descenso de la mortalidad infantil es de menor importancia.
 - 2.1 La mortalidad por sexo entre 0 y 10 años para los mismos períodos anteriormente indicados, muestra una sobre mortalidad masculina en cada uno de los tramos de edad. Es interesante destacar que mientras el descenso de la mortalidad femenina se produjo con mayor fuerza entre el primer y el segundo período, el de la mortalidad masculina fue más importante entre el segundo y el tercero. Al analizar, sin embargo, la tendencia entre 1941 y 1975, se observa solamente un mayor descenso de la mortalidad femenina en cada tramo de edad, el cual es más importante después del primer año de vida.
 - 2.2 La mortalidad entre 0 y 10 años de edad por área urbana y rural, en tres períodos (1941-1960, 1961-1970 y 1971-1975), demuestra que existe una sobre mortalidad en el área rural. Sistemáticamente, en cada período existe más de un 40 por ciento de diferencia en mortalidad entre el área urbana y rural, disminuyendo dichas diferencias con el tiempo. En el área urbana existe un mayor descenso de la mortalidad antes de cumplir el primer mes de vida; en el área rural en cambio existe mayor descenso de mortalidad a partir del primer año de vida.
 - 2.3 La mortalidad entre 0 y 10 años de edad, por regiones geográficas. Lima metropolitana ha logrado descensos significativos en la mortalidad entre 0 y 10 años, en los tres períodos de análisis, desde 1941 hasta 1975 consigue el 48 por ciento de descensos en la mortalidad neonatal. A mayor edad se consiguen mayores logros en la disminución de la mortalidad. En la región costa, en cambio, solamente a los 2 años de edad se observa un ligero descenso. En la sierra y selva, aunque con niveles de mortalidad más altos en cada tramo de edad, se ha conseguido mayores descensos. Después de Lima metropolitana, la sierra destaca por mayores logros en el descenso de la mortalidad entre 0 y 10 años de edad, sin que ello signifique bajos niveles de mortalidad, mas por el contrario, la sierra sigue presentando las tasas más elevadas de mortalidad en cada tramo de edad.
3. El descenso de la mortalidad infantil en el Perú se da en forma lenta pero sostenida. En un período de 17 años, descendió sólo un 28 por ciento, lo que se considera un descenso muy lento en comparación a otros países de Latinoamérica.

3.1. Dentro de la mortalidad infantil, el mayor descenso se da en la mortalidad postneonatal, el cual estaría explicado por una mejoría relativa en las condiciones sanitarias del país, los servicios de salud pública y el saneamiento del medio ambiente, lo cual es de gran importancia para lograr el descenso de la mortalidad a partir del primer mes de vida.

3.2. En cada período de tiempo analizado existe una sobremortalidad masculina tanto en la etapa neonatal como postneonatal, encontrándose un mayor descenso de la mortalidad masculina en la etapa posneonatal. La mortalidad femenina en la etapa neonatal desciende más rápidamente. A través del tiempo se observa un mayor descenso en la mortalidad femenina.

3.3. Según la edad de la madre al momento de tener el hijo, se observa que la mortalidad infantil en madres menores de 20 años y mayores de 30 años de edad es más elevada. En las edades de 20-24 y 25-29 las tasas son más bajas. Esto se repite en cada uno de los períodos de tiempo analizados.

3.4. La mortalidad neonatal del primer hijo es más alta que la del segundo y tercer hijo, para luego aumentar según sube el orden de nacimiento. La mortalidad postneonatal aumenta con el orden de nacimientos. En general cuando no se diferencia por etapa neonatal o postneonatal la mortalidad infantil aumenta linealmente con el orden de nacimiento.

3.5. A través de los períodos existen marcadas diferenciales de mortalidad infantil urbana-rural, las diferencias más significativas se encuentran en el período 1941-1960. En el área urbana encontramos un mayor descenso en la mortalidad neonatal, en cambio en el área rural subsiste una mayor mortalidad neonatal (78 por ciento más que en el área urbana). En la mortalidad postneonatal la diferencia es de un 42 por ciento entre área urbana y rural. En el último quinquenio 1971-1975, los diferenciales de mortalidad infantil entre el área urbana y rural son del orden del 57 por ciento.

3.6. La mortalidad infantil por sexo es diferente. Existe una sobremortalidad masculina, tanto a nivel total como dentro de las áreas urbana y rural. La mayor diferencia de mortalidad por sexo se concentra en la mortalidad neonatal, superando la mortalidad masculina a la femenina en un 26 por ciento, mientras que en la mortalidad postneonatal dicha diferencia es del 2 por ciento. La elevada mortalidad infantil en el área rural está dada por la mortalidad postneonatal lo que confirma el origen, principalmente exógeno de la mortalidad en dicha edad. En general, en ambas áreas existe una mayor mortalidad en la etapa postneonatal para los dos sexos.

3.7. La mortalidad infantil es diferente según grado de urbanización. En Lima metropolitana se dan las tasas más bajas de mortalidad en relación a las demás regiones del país, las cuales han disminuído en los últimos años. En cambio en el resto de las ciudades grandes, la mortalidad experimenta un ligero incremento, el cual puede estar explicado por las migraciones provenientes de las zonas rurales a las periferias de las grandes ciudades, principalmente de la costa. En las ciudades pequeñas y en el área rural los niveles de mortalidad siguen siendo aún altos, en comparación a las ciudades grandes, notándose ligeros descensos a través del tiempo.

3.8. La mortalidad infantil está inversamente relacionada con los niveles de educación de la madre. A mayor nivel de educación de las madres en cualquier período de análisis, corresponde una menor mortalidad infantil. Según los niveles de educación de las madres, los mayores diferenciales se encuentran en la mortalidad neonatal y en menor proporción en la mortalidad postneonatal. El descenso de la mortalidad infantil en el período 1961-1975 es de un 8 por ciento para las madres analfabetas y de un 9 por ciento para las madres con educación secundaria ó superior.

3.9. La ocupación de la madre y del padre influye significativamente en los niveles de mortalidad infantil. Los niveles más bajos de mortalidad infantil se encuentran en los hijos nacidos de madres y padres ocupados como profesionales y/o oficinistas y los niveles más altos en los ocupados en la agricultura y granja. Las tasas de mortalidad infantil son más bajas en las mujeres que no tienen ninguna ocupación que en las obreras calificadas, trabajadoras de hogar y las ocupadas en la agricultura.

3.10. La mortalidad infantil, según patrones de trabajo, presenta tasas más elevadas en los hijos de madres que trabajan al momento de la encuesta, seguido de madres que nunca trabajaron y finalmente las menores tasas de mortalidad se presentan en las mujeres que no trabajaban al momento de la encuesta pero que sí trabajaron en algún momento anterior, ya sea antes de su unión ó después de ella.

3.11. El lugar de residencia en la infancia de las madres está relacionada con la mortalidad infantil. Las tasas más altas de mortalidad infantil las tienen los hijos de madres que en su infancia residían en el campo, y las más bajas en hijos de madres que residían en una ciudad. Cabe destacar que el comportamiento de la mortalidad infantil en madres que residían en su infancia en el campo y en un pueblo no guardan mayores diferencias. Esto estaría explicado por la situación precaria de los pequeños pueblos, lo que no diferencia su situación de la del campo.

3.12. La mortalidad infantil es diferente según regiones geográficas. La región sierra y selva presentan las tasas más elevadas de mortalidad infantil, en especial la sierra. La mayor contribución a que la mortalidad infantil sea alta en cada región, está dada por la mortalidad postneonatal.

3.13. La mortalidad según el grado de urbanización en cada una de las regiones geográficas muestra heterogeneidad en su comportamiento. Lima metropolitana presenta tasas de mortalidad postneonatal mucho más elevadas que las ciudades grandes de la costa. Las ciudades de la sierra y selva presentan niveles mucho más altos en la mortalidad postneonatal, siendo éste el que contribuye en mayor proporción a los altos niveles de mortalidad infantil en estas ciudades.

3.14. En la mortalidad infantil, según regiones geográficas por sexo, existe una sobre mortalidad masculina en cada una de las regiones geográficas. En la etapa neonatal existe también una sobremortalidad masculina en todas las regiones. En la etapa postneonatal, en cambio, se observa para Lima Metropolitana una ligera sobremortalidad femenina; además, en esta etapa, las diferencias de mortalidad entre las regiones son mucho más marcadas para ambos sexos.

3.15. La mortalidad infantil según regiones geográficas y educación de la madre, presenta diferencias substanciales entre y dentro de las regiones. En la etapa postneonatal, las diferencias de mortalidad según educación de la madre son mucho más significativas en cada una de las regiones, como también es mayor la diferencia entre regiones geográficas. La sierra y la costa presentan los niveles más altos de mortalidad infantil en madres analfabetas.

3.16. La mortalidad infantil, por regiones geográficas y el nivel de ocupación de la madre, es menor en hijos de madres ocupadas en actividades no agrícolas y mayor en las que no trabajan y las dedicadas a actividades agrícolas, en cada una de las regiones. En la sierra y selva los niveles de mortalidad infantil, cualquiera sea el tipo de ocupación de la madre, son elevados. En la etapa postneonatal se encuentran los mayores diferenciales de mortalidad según la ocupación de la madre.

3.17. En las regiones geográficas la mortalidad infantil según el patrón de trabajo de la madre, tiene un comportamiento muy diferenciado. En las tres regiones las mayores tasas de mortalidad infantil está en hijos de madres que trabajaban al momento de la encuesta y las que nunca trabajaron, teniendo una mayor contribución a ello la mortalidad en la etapa neonatal.

4. Más del 50 por ciento de madres gestantes no recibe ningún tipo de atención prenatal. Dicha atención está directamente relacionada con el grado de urbanización del lugar de residencia. También está relacionada con el nivel de educación y ocupación. A mayor nivel de educación y status ocupacional, mayor proporción de atención. Las madres que residen en la costa tienen atención prenatal en más del 64 por ciento, mientras que las que residen en la sierra y selva se atienden en menor proporción. Madres que no tuvieron atención prenatal presentan tasas de mortalidad superiores a 80 por mil, mientras que quienes recibieron atención muestran tasas inferiores al 50 por mil.

4.1. Más del 50 por ciento de madres no son atendidas por personal profesional en el parto. Entre las regiones geográficas existen marcadas diferencias en atención al momento del parto, siendo la sierra la más afectada. La mortalidad infantil de madres que fueron atendidas por una partera u otro no profesional, muestra tasas superiores a 80 por mil nacidos vivos, mientras que quienes fueron atendidas por un especialista no superan tasas de 50 por mil nacidos vivos.

4.2. El lugar de atención en el momento del parto, está estrechamente relacionado con las características culturales, educacionales y socio-económicas de la familia, pero también está influenciado por la existencia de centros de salud, capaces de dar dicha atención. Más del 50 por ciento de parturientas recibe atención en su casa; para este grupo la tasa de mortalidad infantil supera el 80 por mil nacidos vivos. Las que recibieron atención en un centro de salud presentan una mortalidad inferior al 50 por mil. Dentro de las regiones geográficas, más del 75 por ciento de las que residen en la sierra y selva, fue atendida en su casa en el momento del parto.

4.3. Respecto al control de salud del niño en sus primeros días de nacimiento, cerca del 40 por ciento de madres declaró que sus hijos no recibían ninguna atención en el primer mes, en este grupo la mortalidad infantil superó el 90 por mil nacidos vivos. Los niños que recibieron alguna atención en el primer mes, presentaron una mortalidad inferior al 50 por mil. El mayor grado de urbanización, un nivel más alto de educación y ocupación calificada son las condiciones para que el recién nacido tenga mayor atención por parte de un especialista. Según regiones geográficas, la proporción de niños que tuvo alguna atención en el primer mes, está en relación al grado de desarrollo de la región. Mayor proporción de atención en la costa y menor en la sierra.

4.4 Más del 30 por ciento de niños no recibe vacuna durante sus primeros meses de vida, en este grupo la mortalidad es superior a 140 por mil, mientras que dicha mortalidad en los que recibieron vacuna es de 30 por mil nacidos vivos. Según regiones geográficas, los hijos de madres que residen en la costa tuvieron vacunas en una proporción superior al 80 por ciento, en cambio en la sierra y selva sólo alrededor del 55 por ciento de niños tuvo dicha atención.

Anteriores investigaciones no habían realizado un estudio pormenorizado de la mortalidad infantil, de sus niveles y tendencias, sino a nivel global. El presente trabajo, debido a la información que utiliza, ha podido llegar a determinar algunas de las condicionantes más importantes de la alta mortalidad infantil, con un nivel aceptable de desagregación, gracias a los datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad, que aún cuando no están elaborados para el estudio de la mortalidad infantil, resulta de suma utilidad por la información que proporciona.

Con los resultados del Censo de 1981, podría llegarse a mayores desagregaciones dentro de las divisiones político-geográficas más pequeñas, con lo que se determinaría las zonas o áreas que estarían explicando las elevadas tasas de mortalidad infantil en el Perú.

Los objetivos planteados en la presente investigación, como también los objetivos del Seminario, determinaron que la investigación de la mortalidad infantil se haya realizado con una perspectiva simple en cuanto al manejo de los datos o medición de la mortalidad infantil. No se llegó a mayor desagregación y cruces con demás variables, porque el trabajo pretende conocer las tendencias y niveles más recientes de la mortalidad infantil en el Perú, hacer lo contrario significaba tomar un período más amplio, el cual no reflejaría los niveles actuales de la mortalidad infantil. Una de las motivaciones del trabajo era dar algunas sugerencias en cuanto a políticas para los próximos decenios en favor de la atención materno-infantil.

Por último y una vez más se quiere recalcar que, de los hallazgos en cuanto a causas de mortalidad infantil, se ha determinado que la variable educación ejerce una fuerte influencia en el comportamiento de la mortalidad infantil, sea cual fuere el nivel de análisis a que se llegue; por lo que a partir de ello y de entender la interrelación de la educación con el trabajo, el lugar de residencia y otros, y en general por lo que el nivel de analfabetismo alcanzado por un país, región o zona, es uno de los indicadores del nivel de desarrollo, nos cabe plantear algunas medidas prioritarias que de alguna manera influirían en una mejor atención materno-infantil.

1. Si existe una relación directa entre salud y desarrollo socio-económico, entonces el Estado deberá dentro de sus políticas sectoriales de salud, asumir el rol de conducción del proceso, definiendo políticas concretas de salud, que en primer momento tengan en cuenta la existencia de grandes sectores marginados de la atención; se deberá tener en cuenta que ciertas prestaciones no deben ser administradas a individuos aislados. Se debe realizar una buena evaluación de la realidad del país en cuanto a atención primaria de salud se refiere.
2. En el presente trabajo se llegó a determinar que la variable educación es la que mayor poder explicativo tiene dentro de las variables consideradas respecto a la mortalidad de los hijos. Por eso se sugiere que se lleve a efecto campañas de enseñanza en los pequeños pueblos y el ámbito rural, que es donde la enseñanza permanece relativamente estancada. Se sabe que el problema de la educación es problema de cobertura, pero no se debe entender sólo en el sentido de la existencia física de la escuela, sino también de la accesibilidad del establecimiento. El desnivel educativo repercute negativamente en los niveles de ocupación, ingreso y en definitiva, en la integración de la sociedad. De ello la necesidad de una política vigorosa en materia de educación, penetrando a los últimos reductos que han quedado marginados hasta hoy de la escolarización, más que todo en la sierra y selva.
3. La tarea principal, es ampliar la asistencia primaria de salud en favor de la población insuficientemente atendida sobre todo en los pequeños pueblos y comunidades de la zona rural.
4. El problema de la elevada mortalidad infantil debe ser tomado en conjunto como problema de la atención materno-infantil, para ser estudiados y para formular una estrategia, que debe quedar recogida en las metas, políticas y programas de desarrollo planificado.
5. Las políticas de atención materno-infantil y en contra de la mortalidad infantil no deben actuar sólo a nivel de las grandes ciudades ni sobre individuos aislados. Deben tomar en cuenta, en forma muy especial los problemas sociales y culturales que afectan a las poblaciones en las comunidades rurales aisladas y los barrios urbanos marginales "pueblos jóvenes" o "barriadas".
6. Para poder lograr un descenso de la mortalidad infantil en cada una de las regiones del país, tanto en la etapa neonatal como postneonatal, aún más en la última, es necesario superar la tradición de acciones sectoriales aisladas, y que las acciones y servicios sean integrados, para enfrentar problemas como la alimentación, la salud, la sanidad ambiental, la vivienda, el empleo, la educación y los recursos productivos, los cuáles están tan interrelacionados que no es posible el logro de uno de ellos sin avanzar en los otros.
7. La participación activa de las comunidades en programas de salud puede conseguirse con:
 - Charlas educativas y otras actividades específicas de educación para la salud elevando con ello el grado de educación sanitaria de la población, de las comunidades rurales y los barrios marginales.

- Programar campañas de higiene ambiental, por ejemplo: eliminación de residuales sólidos, canalización de aguas residuales, arreglo de calles y jardines en los parques.
- Hacer que la comunidad participe en actividades específicas para la reducción de la mortalidad infantil, como son: captación precoz de embarazadas para su atención prenatal y la del niño, para que asistan a consultas de puericultura.

8. Para hacer realizable en alguna de sus partes los requisitos mínimos de protección a la salud y el bienestar del niño y la madre, debe haber organizaciones departamentales y provinciales (división política mayor e intermedia), para la salud, la educación y el bienestar, provistas de servidores en régimen de tiempo integral, y articuladas con un amplio programa estatal responsable ante un amplio servicio nacional de información general y de investigación estadística y científica.

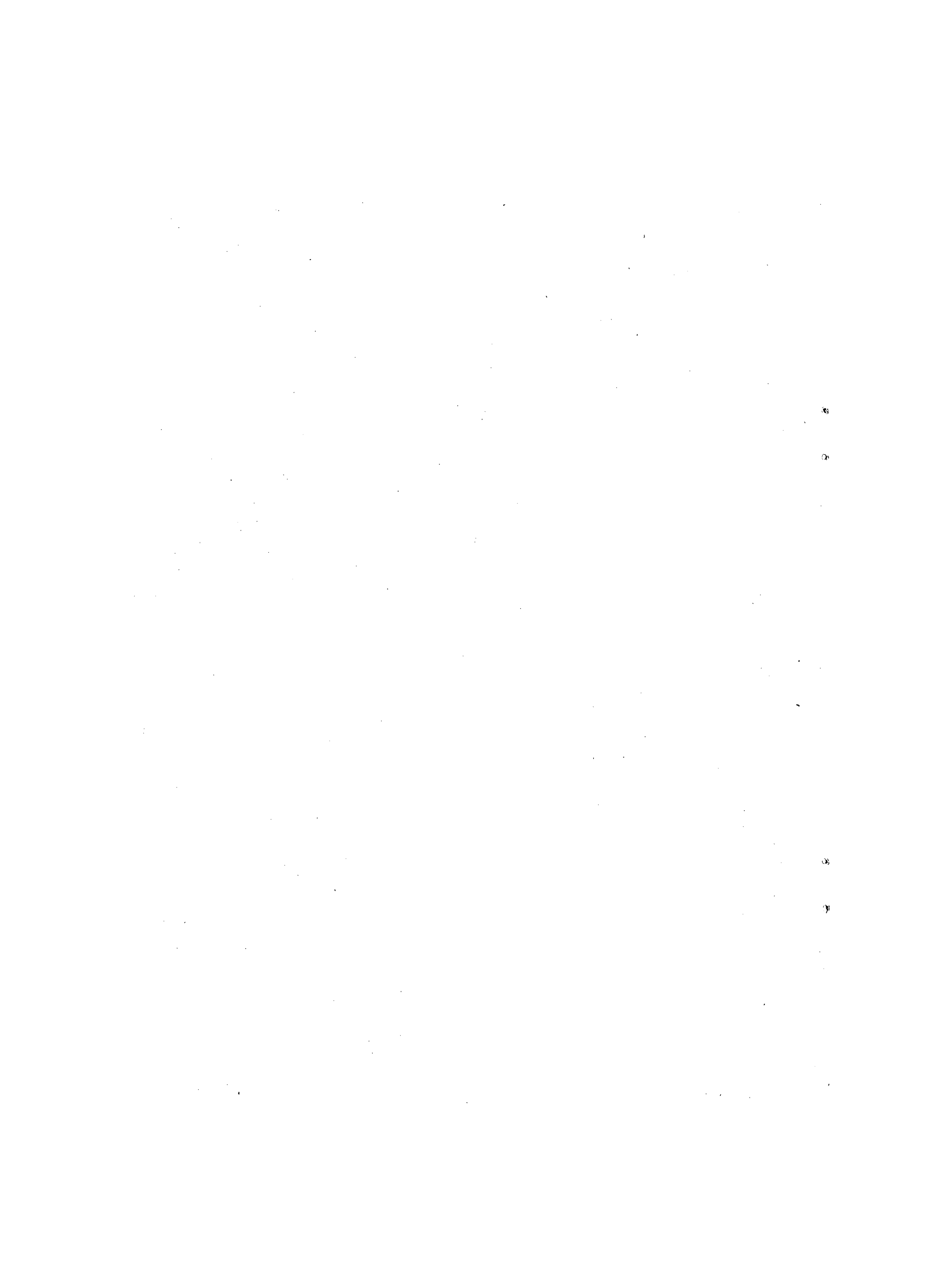
9. En la priorización que el Ministerio de Salud dé a la atención materno-infantil, debe haber especial interés en la formación de pediatras y gineco-obstetras.

10. En favor del niño se debe orientar una preparación completa para su nacimiento, debiendo recibir la madre cuidados pre y postnatales; y el establecimiento de medidas de protección que estén dirigidas a asegurar el nacimiento del niño.

11. Formar una comunidad que reconozca sus necesidades primarias y planee las medidas para atender a la madre gestante y proteger al niño de las enfermedades.

12. Para la población infantil del medio rural, se requieren servicios de atención materno-infantil que por lo menos estén al nivel de asistencia existente para la población infantil urbana.

13. Por último, es necesario que exista conciencia de la magnitud del problema de atención materno-infantil y mortalidad infantil en el Perú. Conciencia por parte de la población, como también por parte de las entidades rectoras del sistema de salud y que los planes gubernamentales en cuanto a desarrollo socio-económico, tengan una real disposición para encarar como cuestión prioritaria estos problemas.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Behm, Hugo, 1977, "La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina", CELADE, San José, Costa Rica.
- Berthet, Etienne, 1973, "Problemas de la infancia y adolescencia", Cuadernos médico-sociales, vol. XIV, N°3, Santiago, Chile.
- Censo Nacional de Población y Ocupación del Perú, 1940.
- Elizaga, Juan C., 1979, "Dinámica y economía de la población", CELADE.
- Guerrero Ramos, Alberto: "Sociología de la mortalidad infantil." México, 1955.
- Hernández, Abelardo, 1979, "Economía y población", EDUCA, Costa Rica.
- Jong, Johanna de, 1974, "El uso del análisis de clasificación múltiple (MCA) en la demografía", CELADE.
- Ministerio de Salud, 1978, Información básica sobre infraestructura sanitaria.
- Naciones Unidas, 1978, "Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas", vol. I, Nueva York.
- OMS. UNICEF, 1979, "La situación de la infancia en América Latina y el Caribe", Oficina Regional para las Américas, Chile.
- ONEC, CICRED-Series, "La población en el Perú", 1974, Lima, Perú.
- Somoza, J., 1979, Estimaciones de la mortalidad al comienzo de la vida en Colombia, basadas en información de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1976, CELADE.
- Taucher, E., 1979, La mortalidad infantil en Chile, en "Notas de Población", N°20, CELADE.
- UNICEF-ONE. El niño en el Perú, 1979.
- United Nations, "Demographic Yearbook".
- Váscones, Jorge, 1979, Aspectos demográficos del Perú y de la Niñez, en "El niño en el Perú", INE-UNICEF, Lima, Perú.
- Vera Vilches, Pedro, 1979, "Ley y población en el Perú", Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Lima, Perú.

•

•

•

•

0

1

2

3

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
CELADE
Edificio Naciones Unidas
Avenida Dag Hammarskjöld
Casilla 91, Santiago, CHILE
Apartado Postal 5249
San José, COSTA RICA

Primera edición

Impreso en Naciones Unidas - Santiago de Chile - 81-4-639 - abril de 1981 - 450