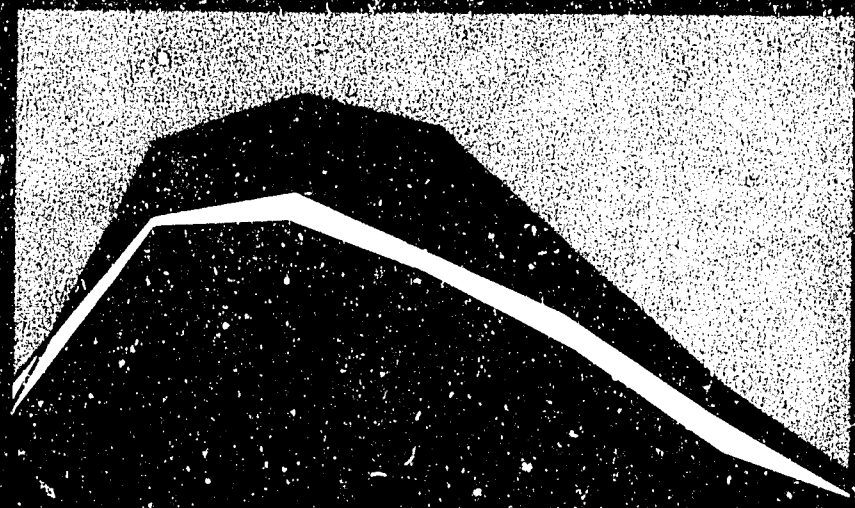
DHS

PN ACN-013

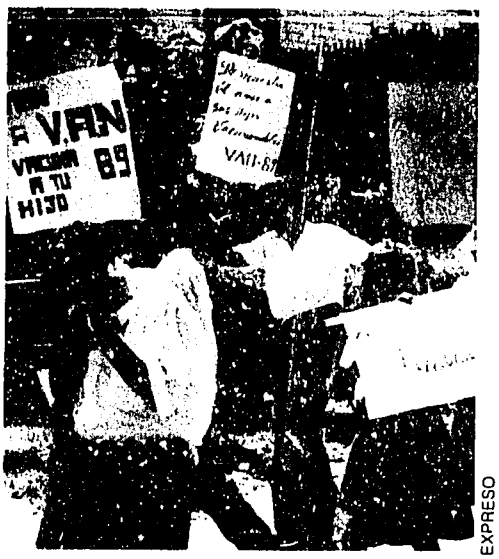
Perú



Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/92

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 1991/92

RESUMEN



EXPRESO

Antecedentes 3

Características Generales 4

Fecundidad 5

Determinantes de la Fecundidad 7

Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo 7
Infertilidad 8
Preferencias Reproductivas 8

Planificación Familiar 10

Conocimiento y Uso de Métodos 10
Necesidades de Planificación Familiar 12

Mortalidad en la Niñez 13

Niveles y Diferenciales de Mortalidad 13
Alto Riesgo Reproductivo 14

Salud Materno-infantil 16

Cuidado Prenatal 16
Vacunación 16
Infecciones Respiratorias Agudas 17
Diarrea y Rehidratación Oral 17

Lactancia y Nutrición 18

Lactancia 18
Nutrición 19

Conclusiones y Recomendaciones 20

Metas Programáticas 22

Datos Básicos 23

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Av. 28 de Julio 1056
Lima 1, Perú

Septiembre de 1992

Créditos

Texto: A. Padilla, L.H. Ochoa
Revisión: M. Marckwardt, M. Vaessen
Producción: S. Moore, K. Mitchell, R. Wolf

Este informe hace una presentación resumida de los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (**ENDES 1991-92**) realizada recientemente en el Perú por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), bajo acuerdos entre la Asociación Benéfica PRISMA y Macro International Inc. a través del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (**DHS**). El Consejo Nacional de Población del Perú (**CONAPO**) contribuyó a la cristalización y puesta en marcha del proyecto. La mayor parte del financiamiento estuvo a cargo de la misión local de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (**USAID**) y el programa **DHS**. Contribuyeron también a la financiación el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (**UNICEF**), el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (**PNUD**), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (**UNFPA**) y la Oficina Panamericana de la Salud (**OPS**).

El programa **DHS**, diseñado para recolectar información sobre fecundidad, planificación familiar y salud materno-infantil, lo desarrolla Macro International bajo convenio con USAID/Washington (proyecto número DPE-3023-Z-00-8074-00). Información adicional sobre el programa **DHS** se puede obtener de Macro International Inc., 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, MD 21045, U.S.A. (Teléfono 410-290-2800, Fax 410-290-2999, Telex 198116). Información adicional sobre **ENDES 1991-92** se puede obtener del INEI, Av. 28 de Julio 1056, Lima 1, Perú, (Teléfono 5114 333104, Fax 5114 333159).

FAO / I. de Borhegyi

Antecedentes

ENDES 1991-92 se desarrolló dentro del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) con el fin primordial de proporcionar a quienes diseñan y administran programas de salud y planificación familiar, información actualizada, para el país y sus regiones, sobre los niveles actuales de fecundidad y mortalidad; el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y fuentes de obtención; la salud materno-infantil; y la nutrición. Los resultados de **ENDES 1991-92** pueden compararse con los provenientes de otras encuestas como la Encuesta Demográfica Nacional (EDEN Perú) de 1975-76, la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF 1977-78); la Encuesta de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos (ENPA) de 1981 y la Encuesta Demográfica y de Salud de 1986 (ENDES 1986).

La población en estudio está constituida por todos los hogares asentados en las viviendas particulares del país, y todas las mujeres entre 15 y 49 años, así como todos sus hijos, con énfasis en los menores de 5 años.

La muestra es probabilística, multietápica, estratificada y con fracciones de muestreo variables. Consta de 13,479 viviendas, 15,882 mujeres en edad fértil y 8,473 niños menores de 5 años. La operación de campo tuvo lugar entre el 17 de Octubre de 1991 y el 7 de Marzo de 1992. Los resultados se pueden analizar a diferentes niveles de desagregación geográfica: 13 regiones administrativas, 3 regiones naturales y 4 niveles de urbanización.

Gráfico 1
Proporción de Hogares con Conexión a Servicios Básicos

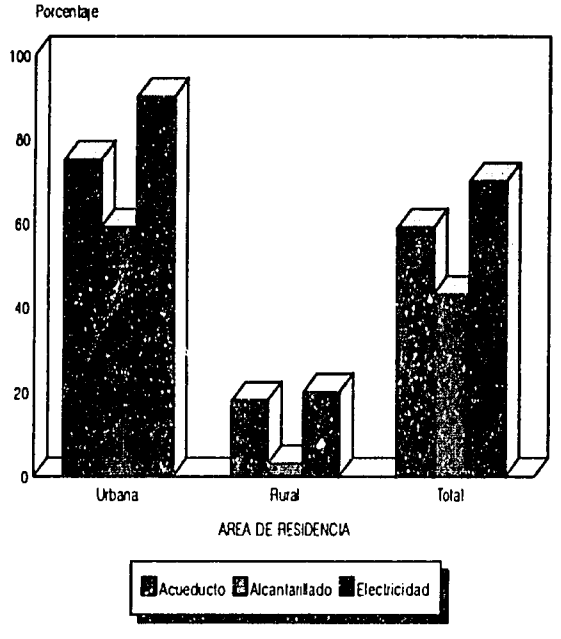
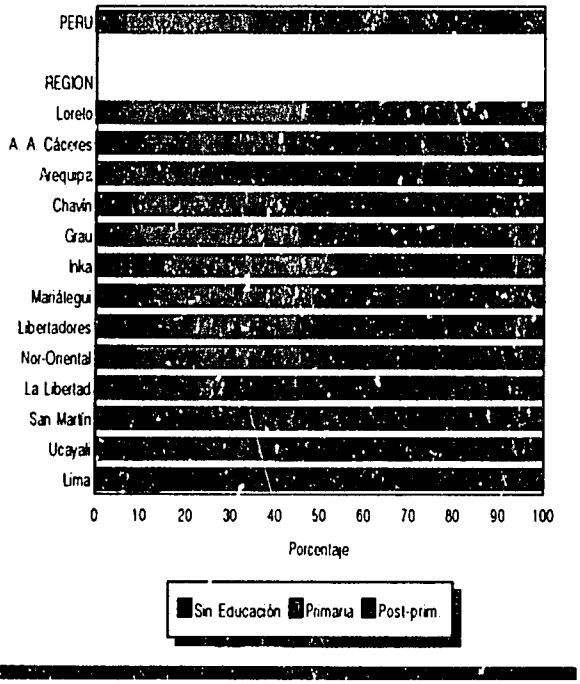


Gráfico 2
Nivel de Educación de las Mujeres en Edad Fértil



Características Generales

El Perú, con una superficie de 1 285 216 km^2, tiene en 1992 una población estimada en 22 millones 453 mil habitantes, y aumenta a un ritmo anual del 2 por ciento. De seguir esta tendencia, la población se duplicaría en 36 años.

Alrededor del 30 por ciento de la población total del Perú reside en el Area Metropolitana de Lima y Callao y el 55 por ciento en la Costa. Por otro lado, el 72 por ciento de la población vive en áreas urbanas (centros poblados de más de 2 000 habitantes).

El acceso a los servicios educativos ha mejorado, de tal manera que el 50 por ciento de la población de 6 años o más tiene por lo menos algún grado de instrucción secundaria, y el 17 por ciento cuenta con estudios superiores. La tasa de analfabetismo en los mayores de 15 años se estima en 10 por ciento. La proporción de mujeres en edad reproductiva con estudios post-primarios ha aumentado de 51 a 66 por ciento en los últimos 5 años.

Los servicios esenciales todavía no están disponibles para toda la población. El 70 por ciento de los hogares dispone de luz eléctrica; el agua potable es asequible para el 72 por ciento y sólo el 46 por ciento de los hogares cuenta con inodoro. Sin embargo, el 85 por ciento de hogares cuenta con aparatos de radio y el 64 por ciento con televisión.

Fecundidad

Desde los años 70 la fecundidad ha venido disminuyendo en forma apreciable como resultado de la concentración de la población en áreas urbanas, la mejora de los niveles educativos, y la difusión y oferta de anticonceptivos. En los últimos 15 años la fecundidad descendió en 34 por ciento, 15 por ciento en los últimos 5 años. De mantenerse invariables los niveles actuales de reproducción, las mujeres tendrían 3.5 hijos en promedio durante toda su vida fértil, en comparación con 5.3 a mediados de los años 70.

Existen, sin embargo, notables diferencias por educación y sitio de residencia. Quienes tienen instrucción superior terminarían con 2 hijos en contraste con 7 entre quienes no accedieron a la escuela y en el área rural las mujeres tendrían 3 hijos más que en el área urbana. En algunas regiones (Loreto, Ucayali, Inka y Libertadores) el promedio esperado al completar la vida reproductiva es todavía superior a 5 hijos por mujer.

Las mujeres sin educación tendrían 5 hijos más que aquellas con educación superior y las rurales 3 hijos más que las urbanas.

Gráfico 3
Tasas Específicas de Fecundidad según Varias Encuestas

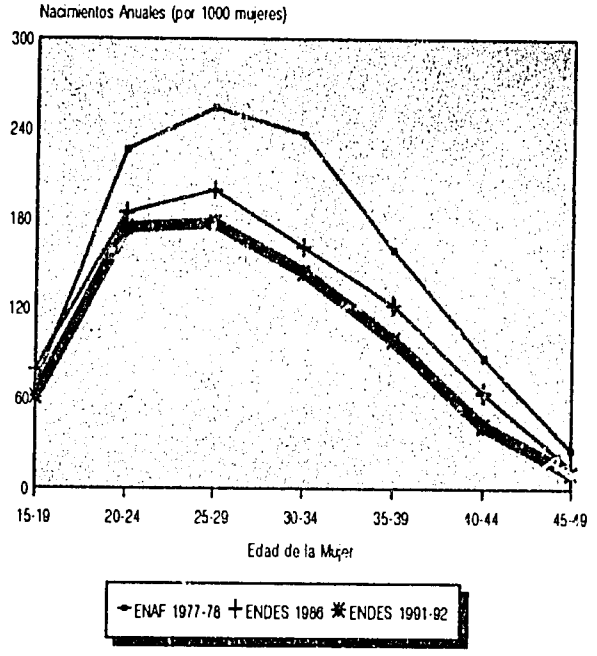


Gráfico 4
Tasa Global de Fecundidad (TGF) y Paridez por Región

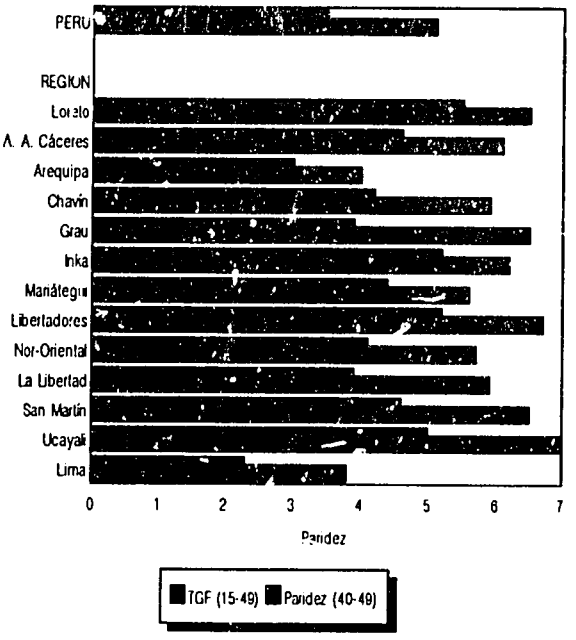
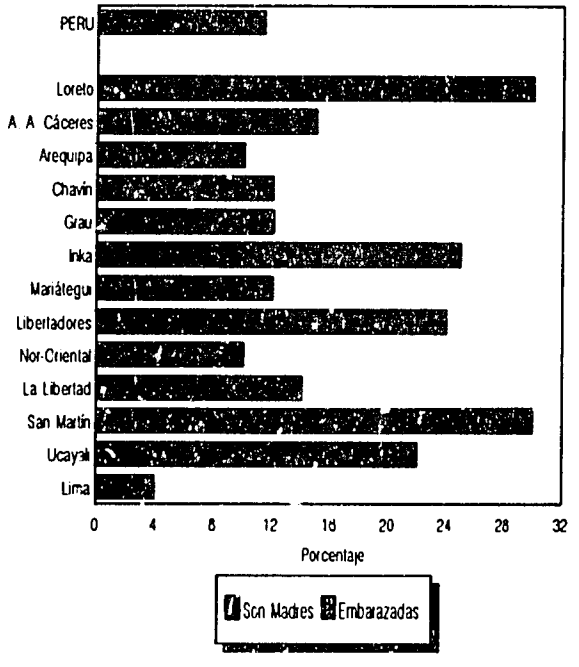


Gráfico 5
Porcentaje de Adolescentes que Son Madres o que Están Embarazadas por Primera Vez



Muchas parejas todavía no tienen una clara percepción de la importancia del espaciamiento prudencial entre un nacimiento y otro para reducir los riesgos de mortalidad de los niños y de las madres. El 29 por ciento de los nacimientos ocurren antes que el hijo anterior haya cumplido 2 años de edad.

La fecundidad de adolescentes es un aspecto de preferente atención por la profunda repercusión que tiene en la vida de las jóvenes. **ENDES 1991-92** encuentra que el 11 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas. A los 19 años ya son una de cada cuatro y entre ellas hay un 6 por ciento que tiene por lo menos 2 hijos. La alta fecundidad de adolescentes se hace más evidente en la Selva donde su nivel es dos veces más alto que en el resto del Perú.

UNICEF

Determinantes de la Fecundidad

En **ENDES 1991-92** se recolectó información sobre diversos factores determinantes de los niveles y tendencias de la fecundidad en el Perú: (1) la nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo; (2) infertilidad natural postparto; (3) preferencias reproductivas; y (4) uso de métodos anticonceptivos.

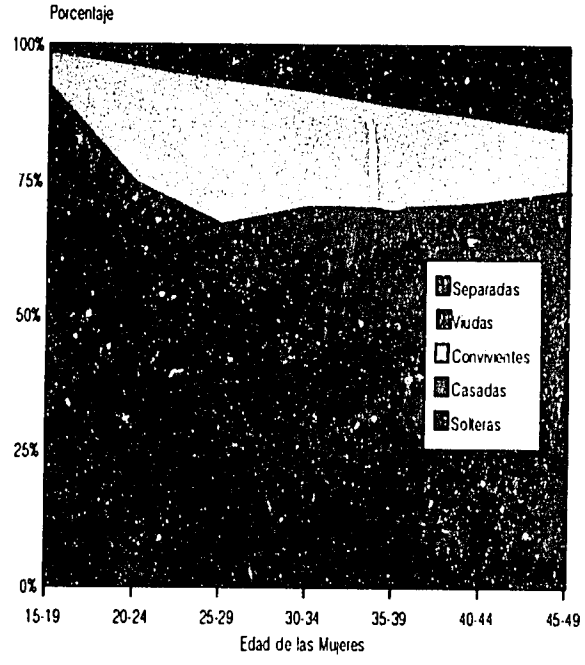
Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo

El 55 por ciento de las mujeres 15-49 años vive en unión conyugal y de éstas el 69 por ciento están casadas, si bien la forma más común de iniciar una vida en pareja es en unión consensual o convivencia, de tal manera que hasta los 25 años la proporción de convivientes supera a la de casadas.

Entre las mujeres que alguna vez han tenido relaciones sexuales, la mitad ha tenido su primera experiencia antes de los 20 años, en promedio un año antes del establecimiento del hogar.

La edad a la que se inicia la vida reproductiva se ha mantenido invariable en los últimos 20 años. La mitad de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 22 años, aunque en ciertos grupos sociales ya se observa una tendencia a retrasar la iniciación: la mitad de las mujeres de 30 años o más y con estudios superiores, por ejemplo, tienen su primer hijo después de los 27 años.

Gráfico 6
Estado Civil de las Mujeres en Edad Fértil



La mitad de las mujeres ha tenido su primera experiencia sexual antes de los 20 años

INEI

El número ideal de hijos está entre 2 y 3, en comparación con una tasa de fecundidad real de 3.5.

Infertilidad

Dos de cada tres mujeres entrevistadas reinician su vida sexual luego de 2 meses del nacimiento de un hijo. La amenorrea postparto dura en promedio 9.3 meses y las mujeres se mantienen en abstinencia sexual por 4.6 meses en promedio. En consecuencia, el período de insusceptibilidad al riesgo de un nuevo embarazo se estima en alrededor de 11 meses en promedio.

A partir de cierta edad, la exposición al riesgo de embarazo disminuye rápidamente como resultado de la menopausia, infertilidad o abstinencia prolongada. En Perú, el 62 por ciento de las mujeres de 42-43 años se clasificarían como en infertilidad terminal y el 13 por ciento como menopaúsicas. Entre las mujeres de 48-49 años, las proporciones correspondientes son 90 y 56.

Preferencias Reproductivas

Las mujeres peruanas consideran que el número ideal de hijos debe estar entre 2 y 3 (2.5 en promedio) en comparación con una tasa de fecundidad real de 3.5. Entre 1986 y 1991, el porcentaje de mujeres que consideran 2 hijos como el número ideal pasó del 40 al 54 por ciento. El deseo por la familia pequeña es generalizado en el Perú y sólo excede los tres hijos entre las mujeres residentes en Loreto y entre aquellas sin educación (3.1 y 3.0 hijos respectivamente).

El análisis de la información relacionada con los nacimientos entre los años 1987 y 1991 revela que una alta proporción de ellos (el 33 por ciento) no fueron deseados, lo cual se traduce en más de un millón de niños durante el período. Otra proporción considerable de nacimientos (23 por ciento) fueron deseados pero más tarde.

Si las parejas hubieran tenido sólo los hijos que deseaban, la tasa global de fecundidad en el Perú sería 43 por ciento más baja que la observada: 2 hijos por mujer en lugar de 3.5. De haberse implementado las preferencias de fecundidad, en Libertadores la fecundidad se reduciría en 3 hijos y en las regiones de la Sierra la reducción también sería notable: 2.8 hijos en promedio en Inka y 2.5 en Cáceres y Mariátegui.

Con relación a las preferencias futuras, dos terceras partes de las mujeres en unión manifiestan no desear más hijos y otro 8 por ciento ya ha optado por la esterilización. Los resultados confirman lo observado en la ENDES 1986 sobre el fuerte deseo de las mujeres peruanas de limitar los nacimientos, aún desde edades tempranas. Entre las mujeres en unión de 15-19 años ya el 42 por ciento manifiesta su deseo de no querer más hijos y, consistente con el tamaño ideal entre 2 y 3 hijos, el 73 por ciento de las mujeres que ya tienen 2 hijos no desean tener más.

Si se pudiesen evitar los hijos no deseados, la tasa de fecundidad se reduciría en 43 por ciento, de 3.5 a 2.0.

Gráfico 7
Fecundidad Deseada y Observada

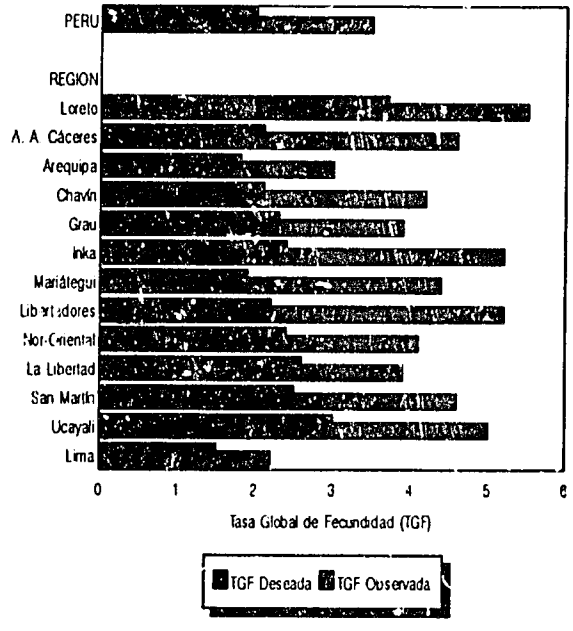


Gráfico 8
Preferencias de Fecundidad entre las Mujeres en Unión

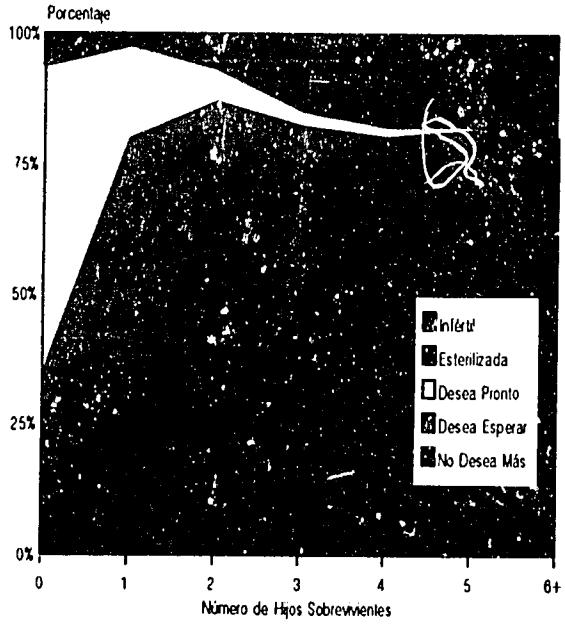


Gráfico 9
Conocimiento y Uso de Métodos de Planificación Familiar

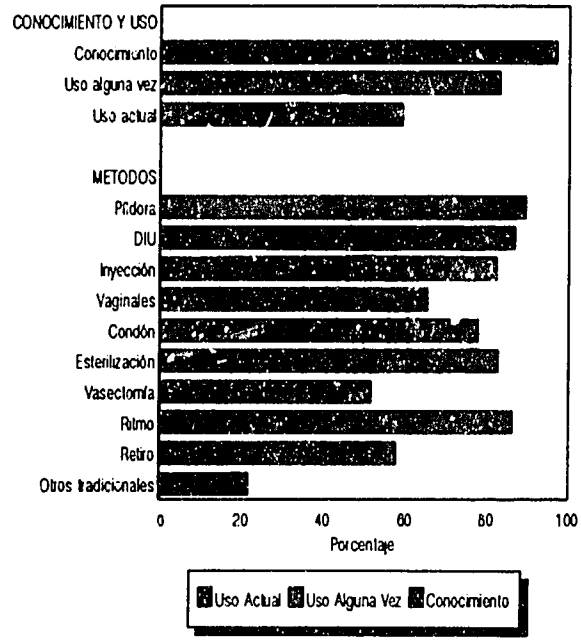
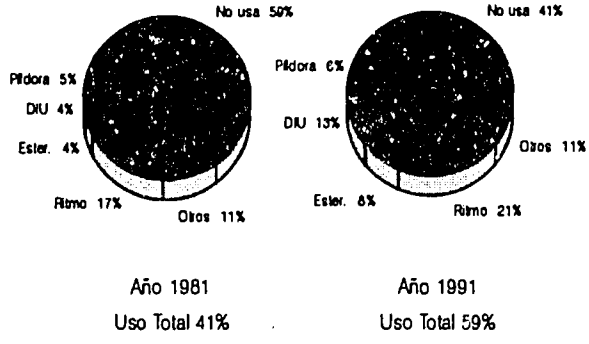


Gráfico 10
Cambio en la Mezcla de Métodos entre 1981 y 1991



Planificación Familiar

Conocimiento y Uso de Métodos

El conocimiento de métodos anticonceptivos se ha generalizado entre las mujeres en edad reproductiva. El 96 por ciento de las mujeres han oido hablar de por lo menos un metodo de regulación de la fecundidad y el 89 por ciento sabe donde informarse acerca de ellos, o donde conseguirlos. Entre las mujeres unidas, el conocimiento de métodos modernos ha aumentado de 87 por ciento en 1986 a 95 por ciento en 1991. Los métodos más conocidos son la píldora, el dispositivo intrauterino y la abstinencia periódica, identificados por más del 85 por ciento de las mujeres en unión.

La experiencia en el uso de la planificación familiar también es notable: el 83 por ciento de las mujeres actualmente unidas manifiesta que ha usado en alguna oportunidad algún método anticonceptivo, especialmente el ritmo. En la actualidad el 59 por ciento de las mujeres unidas usa métodos anticonceptivos en comparación con el 46 por ciento en 1986. El aumento de todos los métodos ha sido generalizado, pero los modernos han aumentado más rápidamente y han pasado a constituir el 56 por ciento de todas las usurias en 1991, de la tercera parte en 1977. Entre 1981 y 1991 el uso del DIU se triplicó al pasar del 4 al 13 por ciento y el de la esterilización se duplicó al pasar al 8 por ciento.

En la actualidad, el 59 por ciento de las mujeres unidas usa métodos en comparación con el 41 por ciento en 1981.

Aunque la abstinencia periódica sigue siendo el método más utilizado al ser empleado por el 21 por ciento de las mujeres unidas, el 28 por ciento de usuarias no saben en qué momento del ciclo menstrual son mayores los riesgos de embarazo. Además, el 49 por ciento de quienes dejaron de usar este método lo hicieron por haber salido embarazadas.

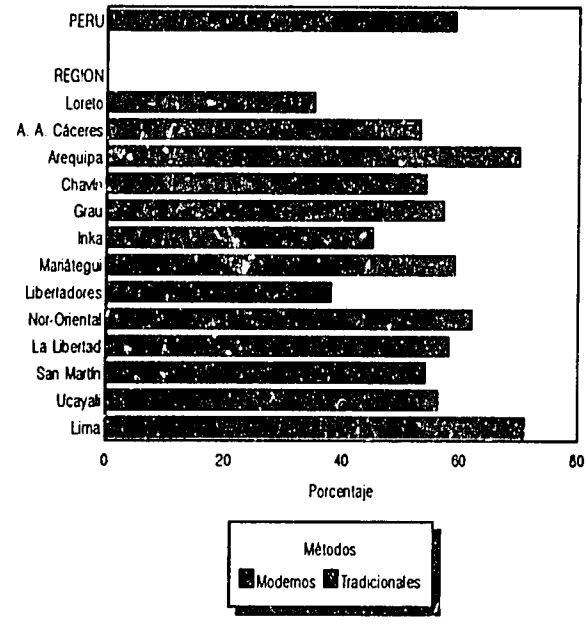
La abstinencia periódica sigue siendo el método más utilizado al ser empleado por el 21 por ciento de las mujeres unidas.

Existen diferenciales importantes en el uso de métodos por región de residencia. Entre las mujeres unidas de Lima y Arequipa los niveles de uso son superiores al 70 por ciento pero en Loreto y Libertadores apenas un poco más de la tercera parte de las mujeres son usuarias de métodos. Por otra parte, en dos regiones con niveles intermedios de uso de anticoncepción, Cáceres y Mariátegui, el 60 por ciento de usuarias dependen del ritmo y el retiro.

El sector público es proveedor importante de métodos anticonceptivos modernos (48 por ciento), si bien el sector comercial en su conjunto tiene una importancia ligeramente mayor. Se destacan las farmacias, las cuales atienden al 19 por ciento de las usuarias.

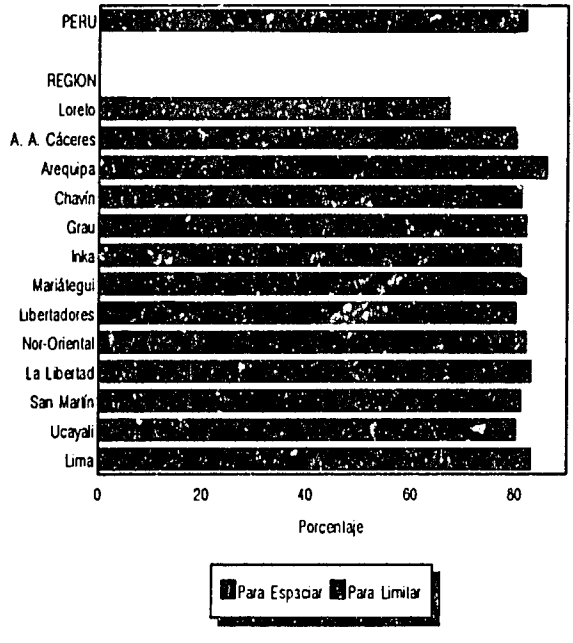
Como era de esperarse, dadas las preferencias reproductivas de la población peruana, el propósito fundamental del uso de métodos (tres cuartas partes de las usuarias) es el de *limitar* la descendencia, en contraste con el uso para *espaciar* mejor los hijos.

Gráfico 11
Uso de Métodos entre Mujeres en Unión por Región



Más de dos terceras partes de las mujeres de Lima y Arequipa usan métodos, pero apenas un poco más de la tercera parte en Loreto y Libertadores.

Gráfico 12
Demanda de Planificación Familiar



APROPO

Necesidades de Planificación Familiar

Dados los patrones de preferencias reproductivas en el Perú hacia la limitación del tamaño de la familia, es de esperarse que continúe el notable incremento en el uso de anticonceptivos y que la esterilización siga ganando importancia como método anticonceptivo. Por ejemplo, el 33 por ciento de las esterilizaciones ocurrieron en los 3 años anteriores a la encuesta y en el 50 por ciento de los casos la operación se practicó antes de los 32 años de edad. Por otro lado, el 59 por ciento de quienes a la fecha no usan métodos manifestaron su intención de hacerlo en el futuro y el 60 por ciento de ellas se inclinarían por usar un método moderno.

Casi el 40 por ciento de las mujeres que no usan actualmente (16 por ciento del total de mujeres unidas entrevistadas), tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar, fundamentalmente para limitar la familia. La reducción de 13 puntos en la necesidad insatisfecha con respecto a 1986 ha sido aparentemente causada por el aumento en el uso de métodos entre las dos encuestas. Los niveles de necesidad insatisfecha varían considerablemente por sitio de residencia: desde el 8 por ciento en Lima Metropolitana hasta el 35 por ciento en la región Libertadores.

Casi el 40 por ciento de las mujeres que no usan métodos actualmente, tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Mortalidad en la Niñez

Niveles y Diferenciales de Mortalidad

En años recientes la mortalidad en la niñez ha experimentado un descenso sorprendente en el Perú, pero aún así sigue siendo alta en comparación con otros países vecinos.

De las estimaciones de mortalidad a partir de la **ENDES 1991-92** y de otras fuentes se concluye que en un período de 20 años entre 1970 y 1990, la mortalidad infantil bajó de niveles de 110 defunciones por mil nacidos vivos a 55, una disminución del 50 por ciento.

Los diferenciales por región son notables. La mortalidad durante el primer año de vida entre los niños de las áreas rurales es el doble de los niños que nacen a residentes en las áreas urbanas y los niños de Inka y Mariátegui tienen más de tres veces la probabilidad de morir durante el primer año de vida que aquellos de Lima o Arequipa.

De cada mil niños nacidos vivos en Perú, 25 mueren antes de cumplir 1 mes de vida, y 55 antes del año.

Gráfico 13
Evolución de la Mortalidad Infantil y en la Niñez según ENDES 1991-92

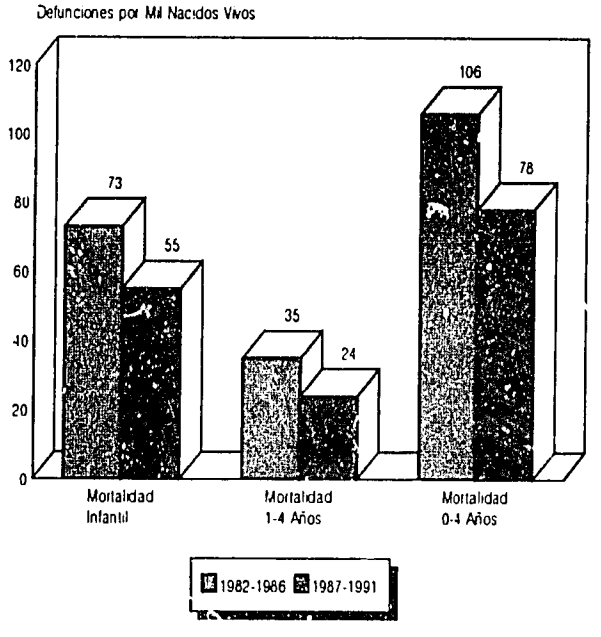


Gráfico 14
Evolución de la Mortalidad Infantil según Varias Encuestas

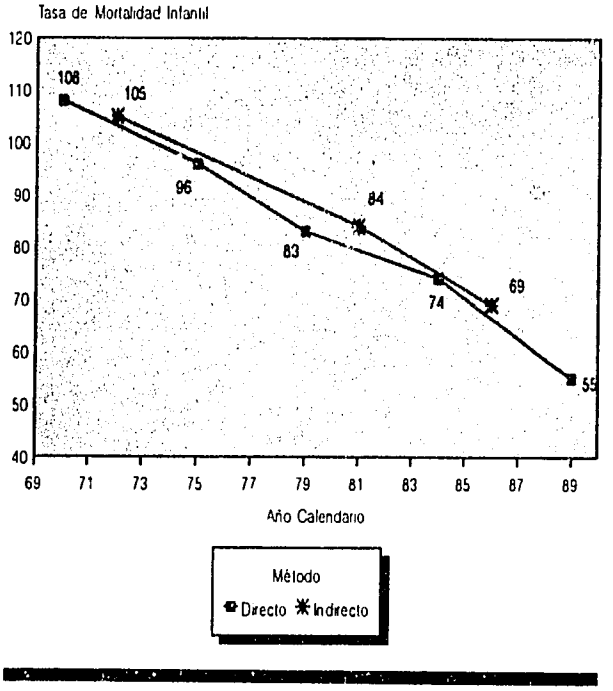
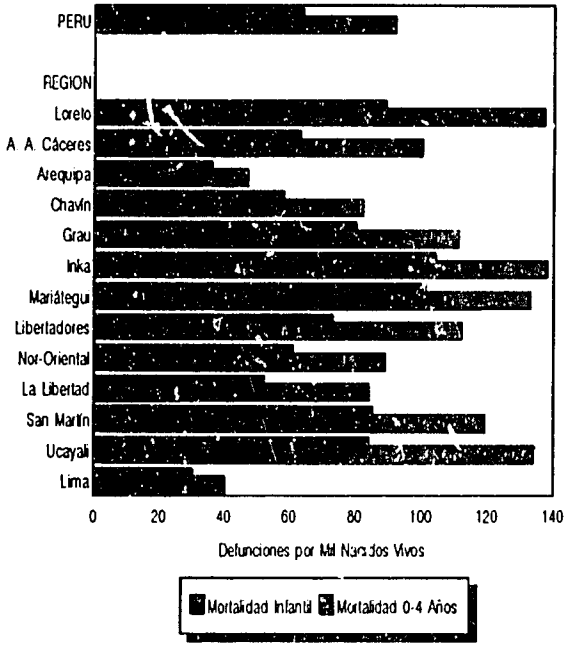


Gráfico 15
Mortalidad Infantil y en la Niñez para 1981-1991



INEI

Alto Riesgo Reproductivo

ENDES 1991-92 permite estimar en que medida en el Perú la mortalidad es sensible a los patrones reproductivos de la población, en lo que se refiere a (1) la edad de la madre al nacimiento de los hijos (menores de 18 o de 35 o más años); (2) intervalos cortos entre nacimientos (menos de 24 meses); y (3) orden de nacimiento mayor de 3. El 56 por ciento de los nacimientos en los 5 años que precedieron la encuesta ocurrieron en condiciones de riesgo elevado de mortalidad, en el caso del Perú el doble de lo que se esperaría para niños que no están en ninguna categoría de riesgo elevado.

De los resultados se desprende que en el Perú la edad materna mayor que 34 años no está asociada con riesgos elevados de mortalidad en la niñez si no es en combinación con otros factores de riesgo obstétrico, especialmente cuando el nacimiento es de orden 4 o mayor. En esta última categoría de *alta edad-alto orden* se encuentra el 27 por ciento de las mujeres en unión.

Los nacimientos de orden 4 o mayor (18 por ciento del total) constituyen la categoría de riesgo elevado con mayor proporción de nacimientos. Siguen los nacimientos con intervalos menores de 24 meses (11 por ciento); y otros nacimientos de orden 4 o mayor ocurridos a madres de 35 o más años (10 por ciento).

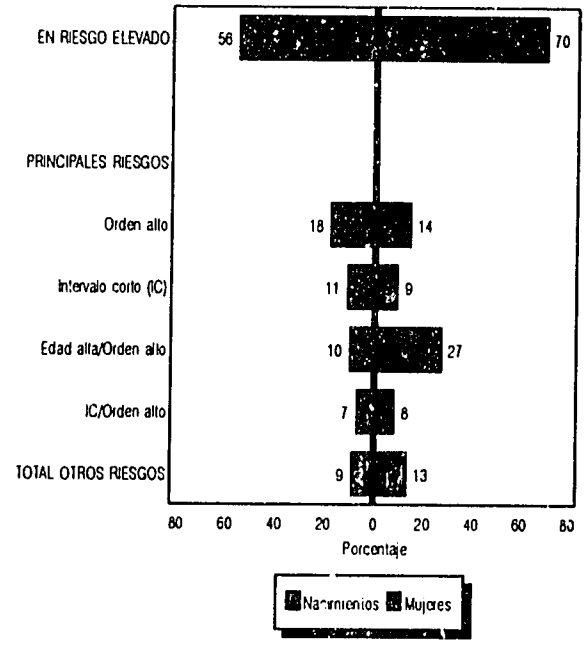
El 56 por ciento de los nacimientos ocurren en condiciones de riesgo elevado de mortalidad.

La interacción del intervalo menor de 24 meses con otros factores de riesgo obstétrico aumenta rápidamente los riesgos de mortalidad. Los nacimientos con intervalos menores de 24 meses y de orden 4 o mayor (7 por ciento del total) tienen riesgos de mortalidad 3.5 veces mayores que lo normal. Los riesgos de mortalidad de un niño de orden 4 o mayor, nacido con intervalo corto a una madre de 35 o más años, son casi 5 veces los riesgos normales.

Los riesgos de mortalidad de un niño de orden 4 o mayor, nacido con intervalo corto a una madre de 35 o más años, son casi 5 veces los riesgos normales.

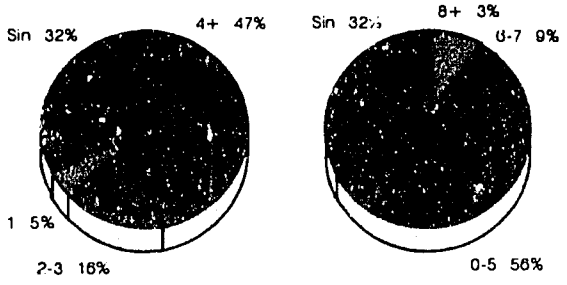
Por otro lado, la mortalidad también depende de los cuidados recibidos por la madre durante la gestación y el parto. Cuando la atención proviene de profesionales de la salud en ambas etapas, la probabilidad de que el niño muera antes de cumplir un año se reduce a 27 por mil, en comparación con 83 por mil entre niños de madres que no reciben ninguna atención.

Gráfico 16
Mujeres y Niños en Categorías de Riesgos Elevados de Mortalidad



UNICEF/Joan Liffin

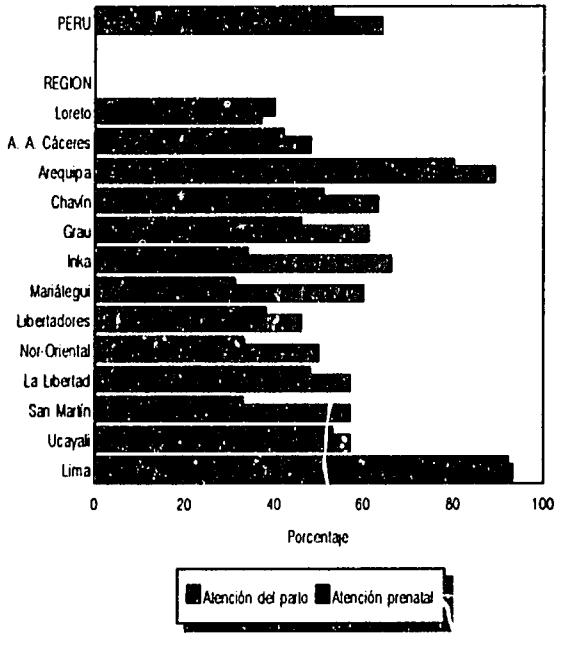
Gráfico 17
Atención Prenatal para Niños Menores de 5 Años



Mediana: 6.0 Visitas
Número de Visitas Prenatales

Mediana: 3.4 Meses
Meses de Embarazo a la Primera Visita

Gráfico 18
Atención Prenatal y del Parto por Personal Profesional



Salud Materno-infantil

Cuidado Prenatal

El cuidado prenatal por profesionales de la salud (médicos, obstetrices o enfermeras) se ha hecho más asequible a las gestantes. El 64 por ciento tuvo por lo menos una atención en el embarazo. Pero a pesar de este nivel de atención relativamente alto, la cobertura de la vacuna antitetánica sólo alcanza al 35 por ciento a nivel nacional y es aún más deficiente en la capital de la República. Esto cobra mayor gravedad cuando se observa que la mitad de los nacimientos son domiciliarios y que el 47 por ciento tiene lugar sin atención profesional.

La mitad de los nacimientos son domiciliarios y el 47 por ciento tiene lugar sin atención profesional.

Vacunación

La cobertura de vacunación en la niñez ha mejorado. Entre quienes tienen un año de edad, se constató que hay una protección adecuada contra la tuberculosis (91 por ciento). En aquellas vacunas que requieren dosis repetidas, polio y DPT, la cobertura escasamente llega al 70 por ciento, por la falta de aplicación de los refuerzos. La protección contra el sarampión llega al 74 por ciento.

A pesar de las intensas campañas de vacunación en el Perú, sólo el 58 por ciento de los niños de un año tiene las vacunas completas, y en buena parte, ellas han sido aplicadas con retraso. Sin embargo, esta cifra representa una mejora notable en comparación con el año 1986, cuando sólo el 36 por ciento tenían vacunas completas.

Sólo el 58 por ciento de los niños de un año tiene las vacunas completas.

Infecciones Respiratorias Agudas

Las infecciones respiratorias agudas afectan al 23 por ciento de los niños menores de 5 años. Entre éstos, el 48 por ciento tuvo alguna forma de tratamiento en un centro de salud o servicio médico.

Las infecciones respiratorias agudas afectan al 23 por ciento de los niños menores de 5 años.

Diarrea y Rehidratación Oral

La intensa campaña desarrollada en el Perú para prevenir el cólera ha sensibilizado a la población sobre los cuidados que se deben tener para evitar su contagio, de tal manera que la prevalencia de la diarrea, en cualquier forma, ha disminuido, pero todavía afecta al 18 por ciento de los niños.

El suero de rehidratación oral es conocido por el 72 por ciento de las madres, pero sólo el 38 por ciento lo ha usado alguna vez, en parte porque la mayoría de las madres saben preparar los sueros caseros.

La prevalencia de la diarrea ha disminuido, pero todavía afecta al 18 por ciento de los niños.

Gráfico 19
Vacunación Completa y contra el Sarampión para Niños de Un Año

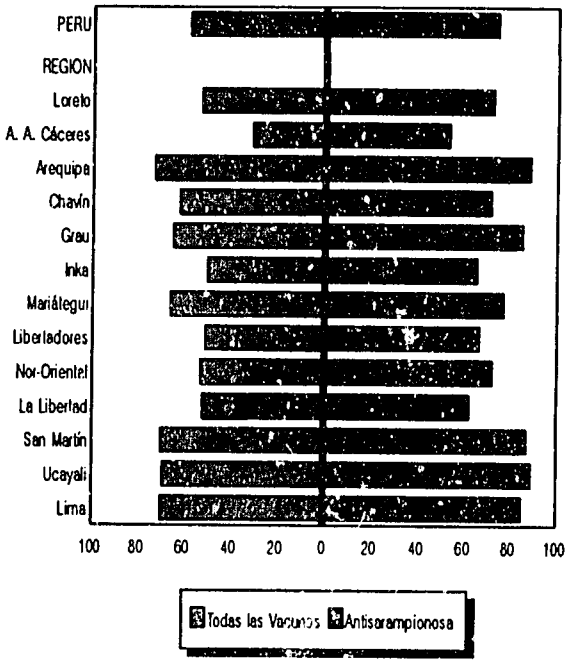


Gráfico 20
Vacunación contra Polio 1 y Polio 3 para Niños de Un Año

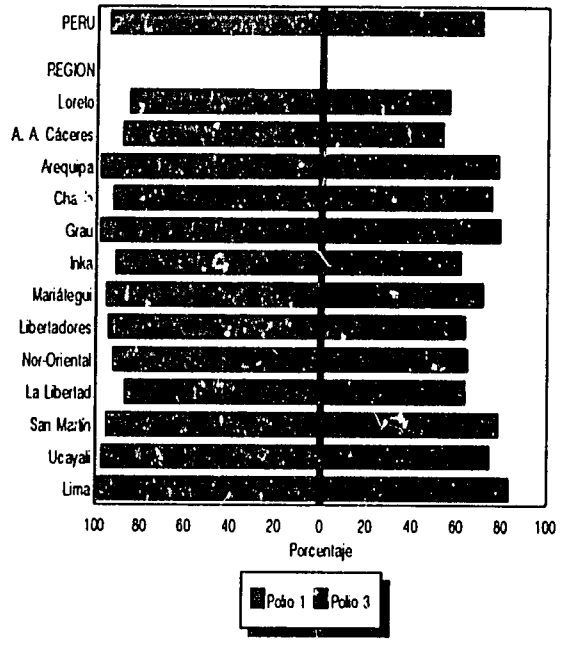
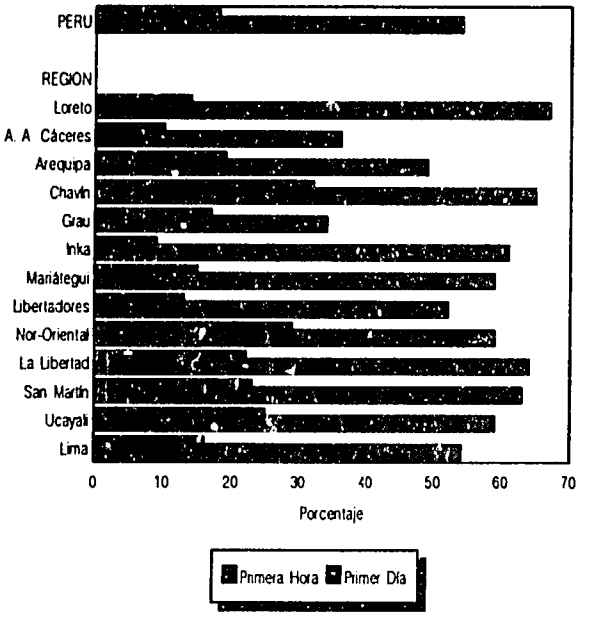


Gráfico 21
Iniciación de la Lactancia



EXPRESO

Lactancia y Nutrición

Lactancia

La lactancia es una práctica generalizada en el Perú, pues el 96 por ciento de los niños ha recibido el pecho materno alguna vez. El 54 por ciento de los niños empieza a lactar en el primer día de nacido. La lactancia dura en promedio 17 meses, pero se dá en forma exclusiva durante sólo 2 meses. Entre los niños de 12 meses de edad, el 76 por ciento de ellos todavía continuaba lactando. La intensidad de la lactancia es adecuada: el 85 de los menores de 6 meses recibe el pecho por lo menos 6 veces al día.

La suplementaciór alimenticia se inicia a muy temprana edad poniendo al niño en riesgo de contraer gérmenes por el empleo de agua que generalmente no es de buena calidad. El 48 por ciento empieza a recibir leche maternizada, o leche evaporada y otros líquidos, antes de cumplir 2 meses de vida; y antes del cuarto mes ya el 68 por ciento han recibido alguno de esos suplementos. En este último grupo, un 6 por ciento también recibe sólidos.

El 48 por ciento de los niños recibe suplementos alimenticios antes de cumplir 2 meses de vida.

Nutrición

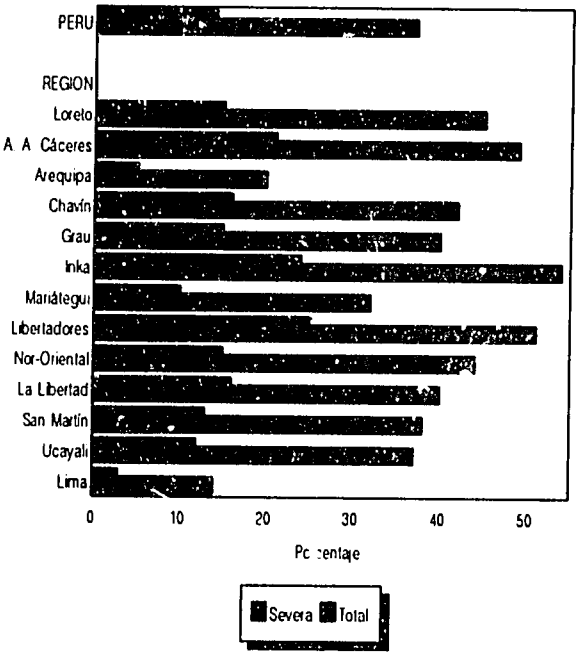
La desnutrición de los niños se mantiene en los mismos niveles de hace 8 años y ha aumentado en algunos grupos. El 37 por ciento de los niños menores de 5 años padece de desnutrición crónica; es decir, retardo en el crecimiento para su edad. En contraste con niveles de desnutrición crónica del 14 por ciento en Lima, en el centro del país (Inka, Libertadores y Cáceres), alrededor del 50 por ciento de los menores de 5 años sufren de desnutrición crónica, casi la mitad de ellos de tipo severo. La desnutrición aguda es casi inexistente a nivel del país: menos del 2 por ciento de los niños presenta un peso deficiente para su talla.

Las madres peruanas son, en promedio, de estatura baja (1,49 metros). Existe además un 17 por ciento de madres que está por debajo de 1,45 metros, lo que las caracteriza como un grupo de riesgo en cuanto al desarrollo del feto y complicaciones potenciales en el parto.

El peso promedio de las madres es de 56 kg. lo que es aceptable en comparación con su estatura. Sin embargo hay un 10 por ciento cuya contextura, medida mediante el perímetro braquial, está por debajo del mínimo recomendable, por lo que también constituyen un grupo de riesgo obstétrico cuyos futuros hijos podrían tener un bajo peso al nacer y el consiguiente alto riesgo de mortalidad infantil.

El 37 por ciento de los niños menores de 5 años padece de desnutrición crónica.
En el centro del país, la mitad de los niños padecen retardo en el crecimiento.

Gráfico 22
Desnutrición Crónica para Niños Menores de 5 Años



INEI

Conclusiones y Recomendaciones

El proceso de concentración de la población del Perú en el área urbana y en las grandes ciudades se ha acelerado, lo que ha hecho más asequibles los servicios de salud y planificación familiar, a pesar que la cantidad o calidad de estos no hubiese aumentado. Persisten sin embargo los déficits en la provisión de los servicios básicos de electricidad, agua potable y alcantarillado. Se observa también que ha habido mejoras sustanciales en la educación, sobre todo en la femenina, lo que ha contribuido positivamente a los cambios observados en la mortalidad y fecundidad, y en sus factores asociados.

La fecundidad ha disminuido pero todavía está por encima del ideal expresado por la mujer peruana. Ello debido en parte a que los niveles de fecundidad en adolescentes son todavía altos. Es recomendable que las campañas de educación creen la conciencia de la importancia de un espaciamiento mayor entre los hijos como una medida de prevención de la mortalidad infantil.

El uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado notablemente pero todavía subsiste un alto porcentaje de parejas que emplean los métodos tradicionales. Hay propensión al uso de anticonceptivos en el futuro por parte de quienes por ahora no los emplean, con inclinación por los métodos modernos. Dados los patrones de preferencias reproductivas en el Perú, es de esperar que continúe el notable incremento en el uso de anticonceptivos y que la esterilización continúe ganando importancia como método de regulación de la fecundidad.

La proporción de embarazos no deseados es alta y la mayoría de mujeres, sobre todo en los grupos sociales menos favorecidos, manifiesta su deseo de no tener más hijos. El uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres peruanas va más dirigido a la *limitación* del número de hijos que al *espaciamiento* entre ellos.

Una proporción importante de mujeres que no usan métodos deben considerarse con necesidad insatisfecha de planificación familiar por estar expuestas al riesgo de embarazo. La satisfacción de esta necesidad, fundamentalmente para limitar el tamaño de la familia, requeriría el aumento en la accesibilidad a métodos modernos. Como los niveles de necesidad insatisfecha varian considerablemente por sitio de residencia, se recomienda prestar particular atención a cubrir las necesidades de la población residente en la regiones administrativas de la Sierra y la Selva, especialmente en Libertadores, Loreto e Inka.

La mortalidad infantil ha tenido un sorprendente descenso, pero es de esperarse, si se controlaran los factores de riesgo obstétrico vinculados con los patrones actuales de reproducción, que podría descender aún más. Ello requerirá ampliación de los servicios de salud y planificación familiar a las madres que ya tienen más de 3 hijos, especialmente aquellas de 35 y más años y que están teniendo hijos con intervalos menores de 24 meses. Para ello sería necesario reforzar la visión de la planificación familiar como un componente básico de salud pública.

La atención profesional durante la gestación ha aumentado, pero la mitad de los nacimientos ocurren como partos domiciliarios. Se requerirán esfuerzos especiales para mejorar la atención institucional de partos, especialmente en las regiones administrativas de la Selva y en La Libertad y Cáceres.

Los niveles de inmunización contra enfermedades de la niñez todavía dejan que desear: no hay la adecuada continuación de las dosis en los casos que se requieren y también se observa un retraso en las aplicaciones.

La prevalencia de las infecciones respiratorias y diarrea ha disminuido, pero los niveles alcanzados todavía son elevados. Ha aumentado el uso de sales de rehidratación oral el que es complementado por los sueros caseros.

La desnutrición infantil sigue en los mismos niveles elevados de hace 8 años y también hay evidencia de desnutrición materna por lo cual se recomienda la atención especial a los grupos de riesgo reproductivo mencionados antes. También es recomendable diseñar programas especiales de alimentación y nutrición en particular para la población de las regiones Inka y Cáceres en la Sierra, y la población de Libertadores.

En general, **ENDES 1991-92** permite documentar que se han producido algunas mejoras en el campo de la educación, la salud y la planificación familiar, pero a su vez detecta y confirma los profundos desniveles entre las diversas subpoblaciones. Los servicios están concentrados en la Capital de la República y en Arequipa, donde se encuentran las condiciones más favorables. En el resto del Perú subyacen situaciones deprimidas con altos niveles de fecundidad y de mortalidad infantil, baja cobertura de vacunaciones y niveles de desnutrición alarmantes.

Finalmente, se recomienda reforzar las fuentes estadísticas, fundamentalmente las encuestas por muestreo, para poder hacer el seguimiento adecuado de la situación social del país, sobre todo en lo relacionado con la salud y la planificación familiar, con el fin de facilitar la identificación de los grupos de riesgo obstétrico y el seguimiento de los programas de desarrollo.

APROPO

Metas Programáticas

La participación repetida del Perú en el programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud ofrece la oportunidad única a planificadores y administradores de fijar metas concretas, a mediano plazo (para 1995-96), y a nivel de regiones administrativas, en el campo de la salud y planificación familiar. Las metas fijadas ahora serían evaluadas con la ejecución de una nueva ENDES en 1995 o 1996.

Ejemplos de metas concretas serían:[1]

- En el campo de la fecundidad, reducción de la tasa global de fecundidad a 4.0 en Loreto, Libertadores y Ucayali; y a 3.5 en Cáceres, San Martín y Mariátegui.
- En el campo de la planificación familiar, expansión de servicios de planificación familiar para alcanzar una prevalencia de uso del 50 por ciento en Loreto y Libertadores y del 55 por ciento en Inka. El uso de la píldora y métodos permanentes podría promoverse en Libertadores e Inka y el uso del dispositivo intrauterino en Loreto. Las tres regiones se beneficiarían igualmente de campañas educativas sobre el uso correcto de la abstinencia periódica.
- En el campo de riesgo reproductivo, reducción de los nacimientos en categorías de riesgo elevado de mortalidad del 56 por ciento al 45 por ciento. Para ello se requeriría el diseño de programas especiales para las mujeres de 35 años y más que ya tienen 3 hijos o más, con el objeto de reducir su peso dentro del total de mujeres en unión.
- En el campo de la atención prenatal, deberían hacerse esfuerzos especiales para que por lo menos la mitad de las gestantes reciban el toxoide tetánico a nivel del país y que el 20 por ciento de las gestantes en Loreto, La Libertad, Nor-Oriental y Ucayali reciban cuidado prenatal por parte de obstetrices y enfermeras.
- En el campo de la atención del parto, pueden fijarse la meta que el 40 por ciento de los partos sean recibidos en servicios de salud en las regiones Nor-Oriental, Mariátegui, Inka, Cáceres y San Martín; el 45 por ciento en Libertadores y Chavín; y el 50 por ciento en Loreto y Grau.
- Una meta de inmunización completa y oportuna para el 50 por ciento de los niños de 1 año podría establecerse para Cáceres; y del 60 por ciento para Loreto, Inka, Libertadores, Nor-Oriental y La Libertad.
- En el campo de la nutrición infantil, podría establecerse una meta de reducción de la desnutrición crónica a la mitad de los niveles actuales (de 50 al 25 por ciento) en Inka, Libertadores y Cáceres.

EXPRESO

[1]Estas metas programáticas son consistentes con las prioridades establecidas por el Consejo Nacional de Población para el período 1991-95 y con las formuladas en 1990 por USAID/Perú en su Estrategia del Sector de Población, en cuanto a la expansión de la accesibilidad a servicios.

Datos Básicos

Indicadores Demográficos para 1992 (INEI)[1]

Población total (en millones) 22.5
Población urbana (porcentaje) 70.0
Tasa de crecimiento de la población (porcentaje) 2.0
Tiempo requerido para que se duplique la población (años) 35.0
Tasa de natalidad (por 1,000 habitantes) 29.1
Tasa de mortalidad (por 1,000 habitantes) 7.6
Esperanza de vida al nacer (años) 64.3

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 1991-92

Población de la muestra
- Mujeres de 15 a 49 años 15,882
- Niños nacidos en últimos 5 años 8,473
- Niños vivos menores de 5 años 7,932
- Niños vivos de 12-23 meses 1,509

Características básicas de las mujeres 15-49
- Porcentaje urbano 77.5
- Porcentaje con secundaria o más 65.6

Matrimonio y otros determinantes de la fecundidad
- Porcentaje de mujeres actualmente unidas 55.1
- Porcentaje que ha estado unida alguna vez 61.9
- Edad mediana a la primera unión para mujeres 25-49 anos 21.1
- Edad mediana al primer nacimiento para mujeres 25-49 años 21.7
- Duración media de la amenorrea postparto (en meses)[2] 9.3
- Duración media de la abstinencia postparto (en meses)[2] 4.6

Fecundidad
- Tasa global de fecundidad[3] 3.5
- Número medio de niños nacidos vivos de mujeres 40 a 49 años 5.1

Deseo de tener hijos
- Porcentaje de mujeres actualmente unidas:
  - Que no desea tener más hijos (excluyendo las mujeres esterilizadas) 64.4
  - Que desea postergar el parto siguiente más de 2 años 12.8
- Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años 2.5

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
- Porcentaje de las mujeres actualmente unidas:
  - Que conoce algún método modemo 94.5
  - Que actualmente usa un método 59.0
    - Píldora 5.7
    - Esterilización femenina 7.9
    - Esterilización masculina 0.1
    - DIU 13.4
    - Condón 2.8
    - Inyecciones 1.9
    - Vaginales 1.0
    - Abstinencia periódica 20.7
    - Retiro 3.9
    - Otros métodos tradicionales 1.6

Mortalidad y salud materno-infantil
- Tasa de mortalidad infantil[4] 55
- Tasa de mortalidad de menores de cinco años[4] 78

Atención materna
- Porcentaje de nacimientos cuyas madres:[5]
  - Recibieron atención de un médico, obstetriz, o enfermera en el embarazo 63.9
  - Recibieron atención de un médico, obstetriz, o enfermera durante el parto 52.5

Vacunación
- Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad con tarjeta de vacunación 51.0
- Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha tenido al menos una dosis de vacuna 95.9
- Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha recibido:[6]
  - BCG 90.6
  - DPT (las tres dosis) 68.1
  - Polio (las tres dosis) 69.9
  - Antisarampionosa 74.0
  - Todas las vacunas[7] 57.7

Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años
- Porcentaje de niños con diarrea[8] 18.4
- Porcentaje de niños con diarrea tratados con sales de rehidratación oral (SRO) 19.8
- Porcentaje de niños enfermos con IRA[9] 23.4

Lactancia infantil y nutrición en la niñez
- Duración media de la lactancia (en meses)[2] 17.2
- Porcentaje de niños de 0 a 1 meses amamantados 96.5
- Porcentaje de niños de 4 a 5 meses amamantados 90.8
- Porcentaje de niños de 10 a 11 meses amamantados 75.7
- Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica[10] 36.5

Nutrición de las madres[11]
- Porcentaje de madres con talla menor de 145 cms 17.3
- Porcentaje con perímetro braquial menor de 23 cms 10.3

---

1 Proyecciones oficiales del Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI

2 Estimación con el método de incidencia-prevalencia, a partir de los nacimientos en los 36 meses anteriores a la encuesta

3 Tomando como base los partos de mujeres de 15 a 49 años durante los tres años que precedieron la encuesta (1989 a 1991, aproximadamente)

4 Las tasas corresponden a los cinco años anteriores a la encuesta (1987 a 1991, aproximadamente)

5 Tomando como base los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta

6 Información obtenida de la tarjeta de vacunación y de la información proporcionada por la madre

7 Incluye la vacuna BCG, las tres dosis de polio, las tres dosis de DPT, y la vacuna antisarampionosa

8 Niños menores de cinco años cuyas madres declararon que aquellos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta

9 Niños enfermos con tos acompañada de respiración agitada, durante las dos semanas que precedieron la encuesta

10 Porcentaje de niños con talla inferior a la esperada para su edad al compararar con una distribución estándar

11 Tomando como base a las mujeres con hijos nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta