

**SIMPOSIO**

Rev. Investig. Altoandin. 2015; Vol 17 N° 1: 143 - 152

<http://www.unap.edu.pe/oui/rial> - <http://huajsapata.unap.edu.pe/ria>  
Enero - Abril - ISSN V.I: 2306-8582 V.D: 2313-2957



## Demografía en el Perú y sus implicancias en la salud

José Escobedo Rivera

Docente de la Escuela Profesional de Trabajo Social de la Universidad Nacional del Altiplano Puno Perú, e-mail: [escobedo\\_10@yahoo.com](mailto:escobedo_10@yahoo.com)

**INFORMACIÓN DEL ARTICULO**

Art. Recibido 22/01/15  
Art. Aceptado 02/04/15  
Publicado: 30/04/15

**PALABRAS CLAVE:**

\* Bono demográfico  
\* fecundidad  
\* mortalidad  
\* inmunización

**ARTICLE INFO**

Article Received 22/01/15  
Article Accepted 02/04/15  
Published:30/04/2015

**KEY WORDS:**

\* Demographic Bonus  
\* fertility  
\* mortality  
\* immunization

**RESUMEN**

El presente Trabajo fue presentado al «I Encuentro de Egresados de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Universidad Nacional de Altiplano-Puno», 21-22 de noviembre 2014. Tiene como objetivo explicitar la relación existente entre nuestra actual realidad demográfica y sus implicancias con la salud. Básicamente nos hemos centrado en dos variables: la fecundidad y la mortalidad. La reducción de la fecundidad ha contribuido para disminuir la mortalidad infantil y materna. Entre 1986 y 2013, la fecundidad disminuyó de 4,3 a 2,4 hijos por mujer. También, la mortalidad infantil, presenta niveles diferenciados por características geográficas donde el riesgo de mortalidad infantil es mayor en áreas urbanas y rurales que en Lima Metropolitana, con 24, 16 y 12 defunciones por cada mil nacimientos. La mortalidad materna, que evidencia la exclusión social, muestra que las principales causas de muerte fueron: la hemorragia, que en la Sierra fue de 51,6 y en la Selva 38,4%, y la hipertensión inducida por el embarazo HIE fue más frecuente en la Costa, 38,4%. En cuanto al lugar de ocurrencia del parto los establecimientos de salud públicos fueron más utilizados por mujeres residentes en el área urbana (81,9%) que en el área rural (65,6%). Sobre la asistencia durante el parto para asegurar la salud de la madre y del niño por nacer, el 58,4% de mujeres con un nacido vivo recibieron dos o más dosis de la vacuna antitetánica. El porcentaje de mujeres cuyo parto más reciente fue protegido contra el tétano alcanzó el 80,7%.

**DEMOGRAPHICS IN PERU AND HEALTH IMPLICATIONS****ABSTRACT**

This work was presented at the «First Meeting of Graduates of the Professional School of Human Nutrition at the National University of the Altiplano-Puno», 21st-22nd of November, 2014. It aims to explain the relationship between our current demographic situation and its implications with health. Basically we have focused on two variables: fertility and mortality. The reduction of fertility declined by geographic features where the risk of infant mortality, presents differentiated geographical characteristics, where the risk of infant mortality is higher in urban and rural areas than in Lima, with 24, 16 and 12 deaths per a thousand births. The maternal mortality, evidence of social exclusion, shows that the main causes of death were: hemorrhages, in the Highlands was 51.6 and 38.4%, and in the Forest, pregnancy-induced hypertension, HIE, was more frequent than in the Coast, 38.4%. About the place of occurrence of childbirth, public health establishments were more used by women living in urban areas (81.9%) than in rural areas (65.6%). About assistance during labor to ensure the health of the mother and the unborn child, we have that 58.4% of women with a live birth received two or more doses of tetanus vaccine. The percentage of women whose most recent birth was protected against tetanus reached 80.7%.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por finalidad conocer la actual situación demográfica por la que atraviesa el Perú destacándose las variables que le son inherentes a su dinámica: fecundidad y mortalidad, las que vienen experimentando cambios que han configurado una estructura poblacional que necesita ser interpretada dentro de una óptica que tenga como fin el desarrollo del país. Con la finalidad de explicitar nuestra actual realidad demográfica, ésta ha sido dividida en tres partes.

En la Primera Parte [ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA DEL PERÚ] se destacan tres aspectos *a)* el relacionado con la caracterización de la población, *b)* el concepto de la transición demográfica, y *c)* los beneficios que trae consigo el bono demográfico del que somos poseedores.

En la Segunda Parte [VARIABLES DEMOGRÁFICAS] se detallan las variables demográficas: *a)* la fecundidad, y *b)* la mortalidad (infantil y materna). Así mismo, se las ha contextualizado teniendo en cuenta el medio en el que se desarrollan y que las determinan.

La tercera Parte [ATENCIÓN DEL PARTO] trata de los aspectos que aseguran la salud de la madre y del niño por nacer: *a)* lugar y tipo de atención del parto, *b)* vacunación antitetánica durante la gestación, y *c)* asistencia durante el parto, con lo que se asegura la salud de la madre y del niño por nacer, asimismo, se utiliza para monitorear el progreso en la Salud Materna en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Con las REFLEXIONES FINALES damos por terminado este trabajo que creemos que contribuirá a ampliar nuestros conocimientos sobre la problemática planteada, pero que evidentemente no será conclusiva, porque debería contribuir a un debate abierto que permitirá una mejor comprensión de la población y la salud.

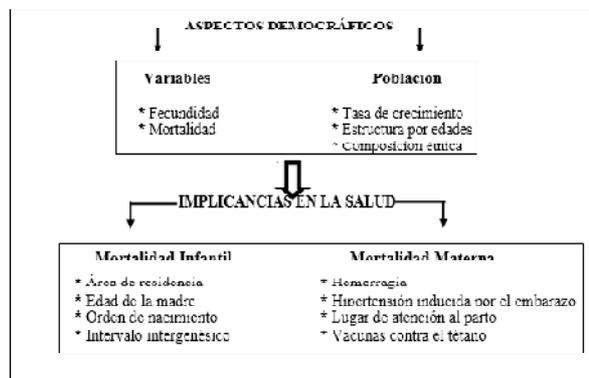
## MATERIALES Y MÉTODOS

Se quiere mostrar que los aspectos demográficos en el Perú, en la actualidad, presentan condiciones endógenas a su estructura demográfica, que se han convertido en uno de los principales mecanismos de desarrollo que habrá que aprovechar para mejorar las condiciones y calidad de vida de la población, pero que aún no se ha logrado. El Esquema 1 muestra la relación de complementariedad que existe entre las variables referidas al crecimiento vegetativo y la situación de salud.

Las fuentes de datos utilizados son básicamente los siguientes: *a)* Estimaciones y proyecciones de la población, según sexo y grupos quinquenales de edad. Instituto Nacional de Estadística INEI, 2013; *b)* Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática Instituto Nacional de Estadística INEI. 2013; y *c)* la información proporcionada por el DGE- MINS- UNFPA, 2011.

Gráfico 1

### RELACIÓN ENTRE LOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SUS IMPLICANCIAS EN LA SALUD



Fuente: Construido por el autor.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### PARTE I: ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

#### Caracterización Poblacional

La dinámica demográfica interna del Perú ha configurado una estructura poblacional propia de los países que se encuentran en plena transición demográfica, debido al ritmo en los descensos de los niveles de fecundidad y de mortalidad acaecidos en el pasado y que han sido señalados como los responsables próximos por las transformaciones en la distribución de la población por grupos de edades. Esta oportunidad demográfica habría que aprovecharla para mejorar las condiciones y calidad de vida de la población superando las líneas de pobreza y de extrema pobreza que aun prevalecen, ya que no se volverá a repetir y no durará más allá de tres o cuatro quinquenios antes de que se revierta.

La población del Perú de acuerdo con las estimaciones y proyecciones del INEI hasta el 30 de junio de 2013, ascendía a 30 millones 475 mil 144 habitantes, con una densidad promedio de 24 habitantes por km<sup>2</sup> (Cuadro 1).<sup>1</sup> El 75% de la población peruana vive en áreas urbanas, el 25% es rural. El proceso de urbanización en el Perú se produce toda vez que las ciudades se constituyen como polos de atracción, pues son las que concentran las oportunidades de empleo, de educación, de servicios de salud, de avances tecnológicos, de las comunicaciones, de oferta cultural, entre otros.

En el año 2013, según proyecciones del INEI, la edad mediana de la población peruana se situó en 25,5 años. La **composición demográfica por edades presenta la siguiente distribución:** *a)* la población menor de 15 años era alrededor del 28%, *b)* las personas entre 15 a 64 años representaban el 65%, y *c)* las personas mayores de 64 años eran el 6,5% (Cuadro 1).

1 Cada año la población del Perú se incrementa en 339 mil personas.

Cuadro 1

INDICADORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS. PERÚ: 2013

Población	30 475 144	
Tasa de crecimiento	1.12 %	(2010-2013)
Estructura por edades		
• 0-14 años	8 754 463	(28.73 %)
• 15-64 años	19 812 827	(65.01 %)
• 65 + años	1 907 854	( 6.26 %)
Edad mediana de la población	25.5 años.	
Densidad demográfica	24 hab./km <sup>2</sup>	
Área de Residencia		
• Urbana	75.0 %	
• Rural	25.0 %	
Crecimiento Vegetativo		
• Tasa de fecundidad <sup>2</sup>	2,40	(hijos por mujer)
• Esperanza de vida	74,04 años	
Composición Étnica		
• Mestizos	45.0 %	
• Amerindios	32.0 %	
• Blancos	18,5 %	
• Afro descendientes	2.0 %	
• Asiáticos	0,5 %	

**Fuente:** Construido en base a información sobre los indicadores demográficos y estimaciones sobre proyecciones de la población del INEI, 2013.

Una información que se desprende del mencionado Cuadro 1, y que la hemos considerado por ser de suma importancia en la caracterización demográfica del país, es que la población es diversa, está formada por la mezcla de distintos grupos humanos, que presentan afinidades étnicas, lingüísticas y/o culturales propias. Nuestra manera de ver y pensar este aspecto, es para poder comprender esta riqueza poblacional.

La población vista con estas características se distribuye a lo largo y ancho del país de la siguiente manera: mestizos 45%, amerindios 32%, blancos 18.5%, afrodescendientes 2% y asiáticos 0.5%.<sup>2</sup> Lamentablemente no estamos potenciando esta diversidad poblacional desde el punto de vista socio-económico; pues, poblaciones como los amerindios y afrodescendientes están excluidas de los beneficios del desarrollo, toda vez que son las que presentan los mayores índices de pobreza y extrema pobreza.

2 **Amerindios** (población estrictamente originaria del territorio americano)  
**Mestizos** (población que lleva componentes fenotípicos de español con amerindio)  
**Blancos** (población de origen europeo caracterizada por tener la piel clara)  
**Afro descendientes** (población nacida en el continente americano que tienen antepasados africanos subsaharianos).  
**Asiáticos** (población que cuentan con algún antepasado asiático oriental: chino, japonés y/o coreano).

No concebimos que ningún grupo cultural esté por encima de otro;<sup>3</sup> debemos favorecer en todo momento la integración y convivencia entre grupos poblacionales; pues la interculturalidad no hace referencia sino a la interacción entre culturas (nacionalidad, afiliación tribal, religiosa, fe, lengua o tradiciones) y aspectos biológicos de un grupo humano, como los factores morfológicos (color de piel, rasgos faciales, textura corporal, estatura, etc.) desarrollados en su proceso de adaptación a determinado espacio geográfico y ecosistema (clima, altitud, flora, fauna, etc.) a lo largo de varias generaciones.

**Transición Demográfica**

La concepción clásica de la teoría de la transición demográfica hace referencia a los descensos que se han producido en los niveles de la fecundidad y la mortalidad.<sup>4</sup> Las tasas de crecimiento permiten identificar los diferentes estadios de la transición demográfica en los que se encuentran los países: **a)** Transición incipiente; **b)** Plena transición; y **c)** Transición avanzada. De acuerdo con esta clasificación el Perú no ha logrado completarla (Cuadro 1). Según su tasa de crecimiento el Perú se ubica en la segunda etapa de la transición con 1.12%. Esta tasa de crecimiento muestra la peculiaridad de no ser mayor al 2 por ciento, que haría crecer la población de manera rápida.

Cuadro 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN MODELO DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y LA POBLACIÓN DE PERÚ

(Porcentajes)

Modelo de Población	(0-14)	(15-49)	(50+)	Total
• Progresiva	40	20	10	100
• Estacionaria	33	30	17	100
• Regresiva	20	50	30	100
PERÚ	29	54	17	100

**Fuente:** Construido en base a las Estimaciones y proyecciones de la población, según sexo y grupos quinquenales de edad, 2013. INEI.

De acuerdo con esta distribución etárea, el Perú tiene una estructura poblacional relativamente joven. De acuerdo al índice de Sundbarg, que es un indicador que permite distinguir con precisión las diferencias existentes entre poblaciones jóvenes y envejecidas. Según el Cuadro 2, el Perú presenta una estructura poblacional *estacionaria* con 30% y 17%, de población en los dos grupos de edad extremos de (0 - 14) y

3 La raza humana es una, todos descendemos del *homo sapiens*, no existen subgrupos.  
 4 Hay que tener en cuenta que si bien la transición demográfica no se da homogéneamente en el tiempo y en el espacio entre países, tampoco se ha dado al interior de ellos; existen diferencias por áreas geográficas, grupos socioeconómicos y étnicos.

(50 a +) años. Por tanto, no tiene una estructura por edad que lo ubique en el modelo de *población progresiva* ni *regresiva* que tipifican a poblaciones como muy jóvenes y/o envejecidas, respectivamente.

De acuerdo a la propuesta de la CEPAL (2007), para determinar la etapa en la que se encuentran los países en el proceso de envejecimiento en función del porcentaje de personas de 60 años y más, se ha construido el Cuadro 3. El Perú se encuentra con 9 por ciento que lo ubica en la etapa *moderada*.

Cuadro 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS DE PERÚ, SEGÚN ETAPAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Etapas del proceso de envejecimiento	Población de 60 a más años	País	(%)
• <i>Inicriante</i>	(5 a 7%)		
• <i>Moderado</i>	(6 a 8%)		
• <i>Moderado/Avanzado</i>	(8 a 10%)	[ Perú ]	9.21
• <i>Avanzado</i>	(más del 10%)		

**Fuente:** Construido sobre la base de la información de los Censos de Población de Perú proyectado al 2013.

De acuerdo con esta distribución en su estructura etárea, el Perú presenta condiciones demográficas que lo convertirían en uno de los principales mecanismos de su desarrollo como una oportunidad -endógena a su población- sin precedentes en su historia.

**Bono Demográfico**

Este concepto es definido como un período en el desarrollo de un país cuando la población económicamente activa supera a la población dependiente (niños y adultos mayores), creando un enorme potencial económico. Esto ocurre cuando caen las tasas de natalidad, haciendo que exista menos niños a cargo de personas en edad productiva.<sup>5</sup> Según el Cuadro 4, el Índice de dependencia en el Perú es de 54%, que se interpreta que por cada 100 personas en edad de trabajar 54 son dependientes.

Cuadro 4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN E ÍNDICES DE DEPENDENCIA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

(Porcentajes)

Grupos de Edad	Población	Índice de Dependencia
• 0-14	8 754 463	44.18
• 15-64	1 907 834	9.03
• 15-64	19 812 827	53.81

**Fuente:** Construido sobre la base de la información de los Censos de Población de los países en estudio proyectados al 2010.

Este escenario demográfico que presenta el Perú a inicio del presente milenio, deberá ser visto como otro de los factores endógenos a la población que debe tenerse en cuenta para el desarrollo social y económico del país y que todos deseamos.

**PARTE II: VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

**2.1. Fecundidad**

Esta variable demográfica es muy importante para evaluar la tendencia del crecimiento de la población. Su nivel y su descenso en el Perú no son homogéneos, ya que en algunas regiones del país la fecundidad está por encima del promedio nacional, debido entre otras situaciones, a que las condiciones de vida son aún deprimidas.

La reducción de la fecundidad es considerada importante en la actualidad porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013, en el periodo de 27 años transcurrido entre las encuestas de 1986 y 2013, la fecundidad disminuyó en 44,2%, desde 4,3 hijos por mujer a 2,4 (menos 1,9 hijos).

Los diferenciales en las Tasas Globales de Fecundidad por educación y área de residencia que aparecen en el Cuadro 5, muestran resultados claramente diferenciados. Entre las encuestas del año 2009 y 2013, el nivel de fecundidad ha disminuido ligeramente (entre 2,8% y 5,3%) en las mujeres por nivel educativo alcanzado. Igualmente para el mismo periodo, el nivel de la fecundidad ha descendido tanto en el área urbana (8,7%) como en la rural (5,6%), así como en Lima Metropolitana (9,5%) y la Sierra (13,8%).

5 Según el Cuadro 1, el número de hijos por mujer en el Perú es de 2,40.

Cuadro 5

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD PARA VARIAS ENCUESTAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA. PERÚ: 1986-2013

(Tasas por mil)

Características Seleccionadas	ENDES 1986	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2009	2013
<b>Área de Residencia</b>					
• Urbana	3,1	3,0	2,8	2,3	2,1
• Rural	6,5	6,2	5,5	3,5	3,4
<b>Región Natural</b>					
• Lima Metropolitana	2,3	2,3	2,3	2,1	1,9
• Resto Costa	3,8	3,3	2,9	2,1	2,3
• Sierra	5,4	4,8	4,6	2,9	2,5
• Selva	6,0	5,1	4,7	3,5	3,3
<b>Nivel de Educación</b>					
• Sin educación	6,8	7,3	6,0	4,4	4,2
• Primaria	4,0	4,1	4,0	3,6	3,5
• Secundaria	3,1	3,4	3,0	2,6	2,5
• Superior	1,9	2,2	2,1	1,9	1,8
Total	4,3	4,0	3,5	2,6	2,4

Fuente: Construido en base a la información proporcionada Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI.

**Mortalidad**

**a) Mortalidad infantil**

La mortalidad infantil es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida. La consideración del primer año de vida para establecer el indicador de la mortalidad infantil se debe a que el primer año de vida es el más crítico en la supervivencia del ser humano; además, se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de calidad de vida de la población; a mayor pobreza, mayor índice de mortalidad infantil; y viceversa.<sup>6</sup>

Las tasas de mortalidad infantil presentan los siguientes niveles de acuerdo a características seleccionadas.<sup>7</sup> La Tasa de mortalidad infantil por área de residencia, según el Cuadro 6, fue de 24 en el área rural y en la urbana de 16 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.<sup>8</sup> Por región natural, el riesgo de mortalidad infantil continúa siendo mayor en la Selva y la Sierra que en Lima Metropolitana. Las niñas y niños que nacen en aquellas regiones tienen Tasas más altas de mortalidad infantil de 25 por mil cada una; en tanto en Lima

6 Reducir los niveles de mortalidad constituye el objetivo 8 del Milenio de las Naciones Unidas.  
 7 Normalmente se consideran como grupos de riesgo elevado los nacimientos que ocurren en las siguientes condiciones: madres que tienen hijos con menos de 18 años, que tienen más de 34 años, y/o el intervalo intergenésico es menor de 24 meses.  
 8 Con respecto a las Tasas estimadas en la encuesta 2009, se ha producido un descenso de 11,1% en el área rural y 5,9% en el área urbana.

Metropolitana fue de 12 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

De acuerdo al nivel educativo de la madre se tiene que las diferencias en los riesgos de mortalidad infantil de madres sin educación tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (34 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios secundarios (15 por mil).

Cuadro 6

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL, POSTNEONATAL E INFANTIL, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS. PERÚ: 2012-2013

(Tasas por mil)

Seleccionadas	Neonatal	Post neonatal	Infantil
<b>Área de Residencia</b>			
• Urbana	11	5	16
• Rural	14	10	24
<b>Región Natural</b>			
• Lima Metropolitana	8	3	12
• Resto Costa	11	4	14
• Sierra	15	10	25
• Selva	10	10	25
<b>Educación de la Madre</b>			
• Sin educación	19	10	31
• Primaria	16	8	21
• Secundaria	10	3	13
• Superior	11	0	17
Total	12	7	19

Fuente: Construido en base a la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI.

Según el Cuadro 7, al analizar los resultados por edad de la madre, se encuentra un alto riesgo de mortalidad infantil para los niños de madres de menos de 20 años (22 por mil); y un menor riesgo de mortalidad para aquellos niños cuyas madres tenían entre 20 y 39 años de edad (18 por mil).

Igualmente, en el Cuadro 7, se observa un patrón de riesgo con respecto al número de orden de los nacimientos, así como para el primer nacimiento, la Tasa de Mortalidad Infantil fue 16 por mil; en tanto que para los nacimientos de orden 7 y más, la Tasa llegó a 29 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

La duración del período intergenésico permite apreciar otro aspecto en el que se vinculan estrechamente la fecundidad y la mortalidad infantil, estableciendo además las mayores diferencias entre las características demográficas: de cada mil nacimientos vivos pertenecientes a intervalos intergenésicos menores a dos años, 32 mueren antes del primer año de vida, frente a 16 por mil para niños cuyas madres tuvieron un intervalo intergenésico de tres y más años.

Se tiene, así mismo, que las Tasas de Mortalidad Infantil de niños son mayores que las Tasas de Mortalidad Infantil de niñas, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013; se presentan los siguientes resultados: (21 por mil) fue mayor en cuatro puntos que la Tasa de Mortalidad infantil de las mujeres (17 por mil).

Cuadro 7

MORTALIDAD NEONATAL, POST-NEONATAL E INFANTIL, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SELECCIONADAS. PERÚ: 2012-2013

(Tasas por mil)

Características Demográficas Seleccionadas	Mortalidad		
	Neonatal	Post neonatal	Infantil
<b>Sexo del Niño</b>			
- <i>Hombre</i>	13	3	21
• <i>Mujer</i>	11	6	17
<b>Edad de la Madre al Nacimiento</b>			
• <i>Menos de 20 años</i>	14	3	22
- <i>De 20 a 29 años</i>	11	6	10
• <i>De 30 a 39 años</i>	12	7	19
• <i>De 40 a 49 años</i>	18	3	26
• <b>Orden de Nacimiento</b>			
- <i>1</i>	10	6	16
• <i>2-3</i>	12	6	17
• <i>4-6</i>	17	11	21
• <i>7 y más</i>	16	13	20
<b>Intervalo con Nacimiento Previo</b>			
• <i>&lt; 2 años</i>	20	12	32
• <i>2 años</i>	15	7	22
• <i>3 años</i>	12	5	16
• <i>4 y más años</i>	10	6	16
<i>Total</i>	12	7	19

Fuente: Construido en base a la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI.

**b) Mortalidad materna**

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con mayor claridad evidencia la exclusión social, así como la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales (Carpio, 2013).

Según el Cuadro 8, las principales causas de muerte directa según regiones naturales entre los años 2002-2011 fueron: la hemorragia, que ocupa el primer lugar en la Sierra y en la Selva con el 51,6 y 38,4% respectivamente, y la hipertensión inducida por el embarazo HIE que es más frecuente en la Costa con el 38,4%.

Cuadro 8

DISTRIBUCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA, SEGÚN REGIONES NATURALES. PERÚ: 2002-2011

(Porcentajes)

Regiones Naturales	Hemorragia	HIE	Aborto	Infección
• <i>Costa</i>	21,8	38,4	11,9	2,0
• <i>Sierra</i>	51,6	20,8	8,2	0,6
• <i>Selva</i>	38,4	19,3	9,9	0,8

Fuente: Construido en base a la información proporcionada por el DGE- MINS- UNFPA

**PARTE III: ATENCIÓN DEL PARTO**

La atención del parto es muy importante para asegurar la salud de la madre y del niño por nacer; asimismo, para la atención en caso de alguna complicación. Se ha seleccionado tres aspectos: lugar de ocurrencia del parto para los últimos nacimientos en los cinco años anteriores a la Encuesta 2013; vacunación Antitetánica durante la Gestación para prevenir que el niño recién nacido pueda contraer el tétano neonatal; Asistencia durante el parto para asegurar la salud de la madre y del niño por nacer. Esta información se presentan en los Cuadros 9(a) y (b), 10(a) y (b) y 11, según características seleccionadas.

**Lugar de Ocurrencia del Parto**

**a) Establecimientos de salud**

En cuanto al sector en que se ubica el establecimiento de salud, el mayor porcentaje de partos ocurridos en el sector privado, por departamento, con valores superiores al promedio nacional (11,6%) se encontró en Piura (27,5%), Lambayeque (22,0%), Lima (16,0%), Arequipa (12,6%), Ancash (12,4%) y Tumbes (11,8%).

Respecto a los establecimientos de salud públicos fueron más utilizados por mujeres ubicadas, de acuerdo con el ámbito geográfico, en el área urbana que en el área rural (81,9% frente a 65,6%) y, en Lima Metropolitana alcanzó el 82,0%. Por otro lado, en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Moquegua, Madre de Dios y Tacna más del 90,0% de mujeres accedió a este tipo de establecimiento.

**b) Parto domiciliario**

Según ámbito geográfico, el parto domiciliario fue 9,3 veces más en el área rural que en el área urbana (28,7% frente a 2,8%); mientras que por región natural, la Selva presentó el más alto porcentaje (23,9%). A nivel departamental, se observó que en 11 de ellos, el parto domiciliario se encontró por encima del promedio nacional destacando: Amazonas (34,2%), Loreto (31,8%) y Cajamarca (30,1%).

DEMOGRAFÍA EN EL PERÚ Y SUS IMPLICANCIAS EN LA SALUD

Cuadro 9 (a)

LUGAR DEL PARTO DE LOS NACIMIENTOS EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA Y PORCENTAJE DE PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, PERÚ: 2013  
(Distribución porcentual)

Ámbito Geográfico	Total	Establecimientos de salud		En casa	En otro lugar	Número de nacimientos
		Del sector Público	Del sector privado 1/			
<b>Área de Residencia</b>						
• Urbana	100,0	81,9	14,8	2,8	0,4	4 854
• Rural	100,0	65,6	4,2	28,7	1,5	2 093
<b>Regiones Naturales</b>						
• Lima Metropolitana	100,0	82,0	17,3	0,4	0,3	1 876
• Costa	100,0	76,8	18,5	3,9	0,8	1 817
• Sierra	100,0	75,5	5,1	18,3	1,1	2 145
• Selva	100,0	71,8	3,5	23,9	0,8	1 109

Nota: La estimación se refiere a los nacimientos en el período de 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Solo se incluye el último nacimiento de la mujer.

1/ Incluye Hospital/otro de la iglesia para el año 2013.

2/ Incluye el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Cuadro 9 (b)

LUGAR DEL PARTO DE LOS NACIMIENTOS EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA Y PORCENTAJE DE PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN ÁMBITO REGIONAL, PERÚ: 2013  
(Distribución porcentual)

Ámbito Regional	Total	Establecimientos de salud		En casa	En otro lugar	Número de nacimientos
		Del sector Público	Del sector privado 1/			
• Amazonas	100,0	61,3	3,0	34,2	1,6	110
• Ancash	100,0	77,1	12,4	8,5	2,0	318
• Apurímac	100,0	96,6	1,4	2,1	0,0	93
• Arequipa	100,0	80,9	12,6	6,0	0,5	245
• Ayacucho	100,0	93,6	1,8	3,6	1,1	188
• Cajamarca	100,0	63,4	5,2	30,1	1,3	354
• Cusco	100,0	89,9	3,2	6,9	0,0	279
• Huancavelica	100,0	88,3	0,4	9,5	1,8	93
• Huánuco	100,0	85,3	1,4	11,8	1,5	167
• Ica	100,0	89,6	10,1	0,4	0,0	211
• Junín	100,0	70,5	9,4	19,1	1,1	291
• La Libertad	100,0	71,3	9,8	18,2	0,7	443
• Lambayeque	100,0	72,5	22,0	5,5	0,0	269
• Lima 2/	100,0	83,0	16,0	0,7	0,4	2 105
• Loreto	100,0	65,3	2,2	31,8	0,6	6 345
• Madre de Dios	100,0	91,1	1,8	6,4	0,6	40
• Moquegua	100,0	93,3	5,6	1,2	0,0	33
• Pasco	100,0	76,0	3,7	19,4	1,0	61
• Piura	100,0	55,1	27,5	15,4	2,1	583
• Puno	100,0	71,9	4,7	23,1	0,3	215
• San Martín	100,0	79,3	6,7	13,2	0,8	211
• Tacna	100,0	90,5	4,5	4,5	0,5	65
• Tumbes	100,0	87,0	11,8	1,0	0,2	70
• Ucayali	100,0	76,2	2,3	21,3	0,2	159
Total 2013	100,0	77,0	11,6	10,6	0,8	6 947

Nota: La estimación se refiere a los nacimientos en el período de 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Solo se incluye el último nacimiento de la mujer.

1/ Incluye Hospital/otro de la iglesia para el año 2013.

2/ Incluye el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

### Vacunación Antitetánica Durante la Gestación

Las condiciones de higiene e inmunización que rodean al parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical, hacen que en el Perú sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir que el niño recién nacido pueda contraer el tétano neonatal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que toda mujer embarazada recibiera dos vacunaciones antitetánicas para proteger al hijo por nacer. Sin embargo, se reconoce ahora que los niños estarían mejor protegidos si la madre tuviera cinco o más vacunas antitetánicas en toda su vida, cuatro vacunas en los diez años anteriores al embarazo, tres en los últimos cinco años o dos vacunas en los últimos tres años antes o durante el embarazo.

En la Encuesta 2013, se muestra que el 58,4% de mujeres con un nacido vivo en los últimos cinco años anteriores a la encuesta recibieron dos o más dosis de la vacuna antitetánica. El porcentaje de mujeres cuyo parto más reciente fue protegido contra el tétano alcanzó el 80,7% (Cuadro 10 a).

Cuadro 10 (a)

**MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE  
RECIBIERON VACUNAS CONTRA EL  
TÉTANO NEONATAL EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS  
QUE PRECEDIERON  
LA ENCUESTA, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO.  
PERÚ: 2013**  
(Porcentaje)

Ámbito Geográfico	Mujeres que recibieron dos o más inyecciones contra el tétano durante último embarazo	Mujeres cuyo último nacimiento fue protegido contra el tétano 1/	Número de madres
<b>Área de Residencia</b>			
• Urbana	58,7	80,7	4 850
• Rural	57,7	80,7	2 093
<b>Region. Natural</b>			
• Lima Metropolitana	56,8	76,7	1 873
• Resto Costa	63,8	85,0	1 817
• Sierra	52,7	76,3	2 145
• Selva	63,3	89,0	1 109
Total 2013	58,4	80,7	6 943

1/ Incluye madres que recibieron dos o más inyecciones durante el embarazo del nacimiento más reciente, o dos o más inyecciones (la última dosis en los tres años antes del nacimiento más reciente), o tres o más inyecciones (la última dosis en los cinco años antes del nacimiento más reciente), o cuatro o más inyecciones (la última dosis en los 10 años antes del nacimiento más reciente), o cinco o más inyecciones antes del nacimiento más reciente.

2/ Incluye el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según el ámbito geográfico, en la región de la Sierra (52,7%) y en Lima Metropolitana (56,8%) se presentaron los menores porcentajes de mujeres que recibieron dos o más inyecciones. Por departamento, Cuadro 10(b), hay algunos con bajos porcentajes con un mínimo de dos dosis, como Tacna (29,7%), Madre de Dios (32,0%) y Moquegua (37,9%). Sin embargo, estos departamentos tuvieron altas tasas de protección contra el tétano (cuyos porcentajes varían entre 68,5% y 79,6%), lo que podría estar indicando la presencia de campañas de vacunación y/o vacunaciones en anteriores embarazos, cercanos al último embarazo.

Relativamente bajos fueron los niveles de protección contra el tétano que se observaron en las regiones de Puno (62,1%) y Arequipa (68,1%), respectivamente.

Cuadro 10 (b)

**MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE  
RECIBIERON VACUNAS CONTRA EL  
TÉTANO NEONATAL EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS  
QUE PRECEDIERON  
LA ENCUESTA, SEGÚN ÁMBITO REGIONAL: 2013**  
(Porcentaje)

Regiones	Mujeres que recibieron dos o más inyecciones contra el tétano durante último embarazo	Mujeres cuyo último nacimiento fue protegido contra el tétano 1/	Número de madres
• Amazonas	56,4	73,6	110
• Ancash	49,7	79,1	318
• Apurímac	49,3	84,0	93
• Arequipa	46,9	68,1	245
• Ayacucho	59,6	78,0	188
• Cajamarca	63,0	81,1	354
• Cusco	43,7	69,6	279
• Huancaavelica	55,3	81,6	93
• Huánuco	64,1	92,0	167
• Ica	64,2	80,8	211
• Junín	57,3	88,6	291
• La Libertad	50,4	76,6	443
• Lambayeque	69,4	88,8	269
• Lima 2/	57,7	77,3	2 101
• Loreto	64,8	94,5	345
• Madre de Dios	32,0	68,5	40
• Moquegua	37,9	79,6	33
• Pasco	59,4	84,0	61
• Piura	73,6	90,1	583
• Puno	48,9	62,1	215
• San Martín	61,3	92,2	211
• Tacna	29,7	78,5	65
• Tumbes	67,6	92,1	70
• Ucayali	75,2	87,8	159
Total 2013	58,4	80,7	6 943

1/ Incluye madres que recibieron dos o más inyecciones durante el embarazo del nacimiento más reciente, o dos o más inyecciones (la última dosis en los tres años antes del nacimiento más reciente), o tres o más inyecciones (la última dosis en los cinco años antes del nacimiento más reciente), o cuatro o más inyecciones (la última dosis en los 10 años antes del nacimiento más reciente), o cinco o más inyecciones antes del nacimiento más reciente.

2/ Incluye el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

### Asistencia Durante el Parto

Este indicador es importante para asegurar la salud de la madre y del niño por nacer; asimismo, se utiliza para monitorear el progreso en la Salud Materna en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Cuadro 11

ATENCIÓN PRENATAL PARA MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS, POR CONTENIDOS ESPECÍFICOS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA. PERÚ: 2013  
(Porcentajes)

Características Seleccionadas	Mujeres que durante el embarazo del último nacimiento:		
	Recibieron pastillas/Jarabe de hierro	Tomaron medicamento para Parásitos intestinales	Mujeres con un nacimiento en los últimos cinco años
<b>Edad de la Madre al Nacimiento</b>			
• < de 20 años	86,7	2,8	1 013
• 20-34	88,6	2,7	4 649
• 35-49	89,9	2,9	1 285
<b>Orden de Nacimiento</b>			
• Primer nacimiento	90,0	2,4	2 295
• 2-3	88,9	2,9	3 260
• 4-5	86,6	2,5	947
• 6 y más	83,0	4,1	445
<b>Nivel de Educación</b>			
• Sin educación	79,1	2,6	170
• Primaria	86,2	3,9	1 731
• Secundaria	88,3	2,4	3 257
• Superior	92,1	2,4	1 789
Total 2013	88,5	2,8	6 947

**Fuente:** Construido en base a la información proporcionada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, 2013.

El Cuadro 11, muestra la distribución porcentual de madres que en los cinco años que precedieron la encuesta, recibieron asistencia durante el parto, según edad, orden de nacimiento y por educación de la madre.

### REFLEXIONES FINALES

#### Población

El bono demográfico, como situación excepcional que se ha presentado en la historia demográfica del Perú y en muchos otros de América Latina, es parte de su dinámica demográfica. Las poblaciones de (0 – 14) y de (65 a +) años no son predominantemente numerosas como lo fueron en un pasado reciente, cuando hacían disminuir las posibilidades de ahorro, debiendo ser compensadas por aumentos en la productividad.

Como oportunidad histórica este potencial productivo no está siendo aprovechado. Ante un mercado laboral que no los acoge, este bono poblacional ha quedado en una situación latente. Esta es una oportunidad demográfica que tendrá una duración de no más de 3 y/o 4 quinquenios y no se volverá a repetir.

### Fecundidad

Esta variable demográfica es muy importante porque permite evaluar la tendencia del crecimiento de la población; en la actualidad el promedio nacional es de 2,4 hijos por mujer, promedio que está ligeramente sobre el límite de reemplazo generacional que es de 2 hijos.

### Mortalidad

a) La mortalidad infantil es el indicador demográfico relacionado directamente con los niveles de calidad de vida de la población; a mayor pobreza, mayor índice de mortalidad infantil y viceversa. Siendo el primer año de vida el más crítico en la supervivencia del ser humano, se debería reducir en 20 por ciento su actual nivel de 19 muertes por mil nacimientos, como lo ha sugerido la UNICEF, y en lo posible reducir al máximo los diferenciales urbano-rurales que aún prevalecen en el país.

b) La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con mayor claridad evidencia la inequidad y la exclusión social, por el limitado acceso a los servicios de salud desde la concepción hasta el momento de tener sus hijos. Las principales causas de muerte fueron: la hemorragia, que ocupa el primer lugar en la Sierra y en la Selva con el 51,6 y 38,4% respectivamente, y la hipertensión inducida por el embarazo HIE que es más frecuente en la Costa con el 38,4%.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Comisión Económica para América Latina y El Caribe CEPAL (2007). Panorama Social de América Latina 2009. Santiago de Chile: LC/G.2423-P/E.
- Del Carpio Ancaya L. (2013). Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. Rev Perú Med Exp Salud Pública; 30(3):461-4.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013
- Escobedo, J (2014). El Quinto Suyo. Peruanos en el extranjero, manifestación demográfica de la globalización
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Estado de la Población Peruana 2014. [http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/PDF](http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/PDF)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Censo de Población 2007. Lima, 2007. <http://www.inei.gov.pe>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Perú: Mortalidad infantil, pobreza y condiciones de vida. <http://proyectos.inei.gov.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0077/indice.htm>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI Perú: Perfil de la Pobreza por Dominios Geográficos, 2004-2013. Perú <http://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Dinámica demográfica del Perú - Wikipedia, la enciclopedia libre.
- Sánchez A. (2006). La Migración Externa Peruana un Fenómeno Creciente, aproximaciones a su medición. Lima.

