

un país en vías de desarrollo, en que para satisfacción de los profesionales de ciencia de la salud, algo significativo se puede hacer en forma sencilla y barata, ya que estamos frente a hechos conocidos de fácil prevención.

Creemos que es indispensable que se logre un cambio socioeconómico profundo, que permita a la madre y a los niños provenientes de las clases marginadas satisfacer su derecho a una atención de salud materno infantil decorosa, por el bien de toda la colectividad; además creemos que es indispensable efectuar acciones de tipo educativo que contribuyan al cambio estructural socioeconómico y para que los escasos recursos que se tienen o que la comunidad puedan aportar, se utilicen adecuadamente y de lo poco que se tiene se pueda obtener grandes beneficios al lograr el cambio de ciertas actitudes, al adquirir nuevos hábitos positivos y a utilizar los servicios adecuadamente.

La reorientación del servicio de atención de salud integral de las personas, debe darle a la salud materno-infantil el énfasis correspondiente en todos los niveles de atención, además la salud materno infantil debe incluir todos los componentes que le corresponden entre ellos los de anticoncepción que va a servir para prevenir muchos embarazos que no debieron ocurrir porque van a condicionar enfermedad y muerte, es aquí donde la planificación familiar puede contribuir a disminuir los indicadores negativos de muerte, enfermedad, insatisfacción y ruptura social y por lo tanto a contribuir a mejorar el nivel de salud de todos los peruanos.

**DRA. ANGELICA IPARRAGUIRRE DE CASTELLO**

**Profesora Asociada del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la U.N.M.S.M.**

**TEMA: La Realidad Nacional, la Realidad de Salud y la Realidad de Salud de la Madre y del Niño.**

La Realidad de Salud es un componente importante de la Realidad Nacional, por lo tanto, no puede ser analizada en forma independiente.

La realidad nacional conceptualizada como el conjunto de problemas, recursos materiales y espirituales con que cuenta una nación para satisfacer sus necesidades individuales y colectivos, está influenciada por una serie de factores físicos, políticos, económicos y sociales; factores, que a su vez están incidiendo en la realidad de salud.

La realidad de salud puede expresarse a través de la situación de salud, que es la situación social

global vista desde el ángulo de salud, es decir, la posición relativa conjunta que en un momento dado alcanzan los factores condicionantes de la situación de salud.

La situación de salud puede ser estudiada en sus componentes más importantes, la Población, el Estado de Salud y el Sistema de Servicios de Salud. La Población es importante porque es objeto y sujeto de las acciones del Sistema de Servicios de Salud, el volumen, la estructura étnica, la estructura urbano rural, la distribución geográfica, la población económicamente activa, etc., son aspectos que van a repercutir en el estado de salud y condicionar el sistema de servicios de salud.

El estado de salud considerado como un atributo de la población que incluye variables demográficas que miden la mayor o menor susceptibilidad del individuo frente a los riesgos ambientales se traduce en un nivel y estructura de salud, los cuales pueden estudiarse a través de indicadores positivos (natalidad, expectativa de vida al nacer, ingesta calórico-proteica, capacidad de producción, etc.) e indicadores negativos (mortalidad y morbilidad).

El Sistema de Servicios de Salud es decir el conjunto de organizaciones, recursos, estructuras y funciones que la sociedad determina para brindar acciones directas para la promoción, protección y recuperación de la salud puede ser analizado a través de la doctrina sanitaria, la política de salud, la organización, los recursos de que dispone, la producción de éstos y el destino de esta producción.

En función del esquema presentado vamos a hacer un análisis muy sucinto de lo que está sucediendo en el país.

El estado de salud lo vamos a ver a través de los indicadores positivos e indicadores negativos enunciados los cuales, si bien, han mejorado en los últimos años, aún son insatisfactorios si comparamos con lo que está ocurriendo en los países desarrollados. Se estima que la esperanza de vida al nacer está alrededor de los 57 años, la tasa de natalidad en 38 por mil habitantes y el déficit calórico-proteico se mantiene en 28 y 25o/o respectivamente.

En relación a los indicadores negativos, encontramos que la tasa de mortalidad general es alta 11.5 por mil habitantes; la mortalidad infantil que es uno de los mejores indicadores del nivel de salud de una comunidad es aún muy alta 94.3 por mil nacidos vivos al igual que la mortalidad materna que se estima en 32 por mil nacidos vivos. La proporción de defunciones según grupos étnicos es bastante elevada en los menores de 5 años representa el 48o/o de las defunciones generales.

En relación al Sistema de Servicios de Salud

puede decirse que la Doctrina Sanitaria está orientada a los grupos de mejores condiciones económicas y sociales, preferentemente dirigida a la atención recuperativa, asistencia sofisticada utilizando una tecnología importada sin considerar nuestra realidad. Las Políticas de salud vigentes permiten una atención privilegiante dependiente y eminentemente recuperativa, decimos privilegiante por que existen grupos poblaciones que tienen mayor acceso a los servicios de salud, los asegurados más que el resto de la población, la población urbana mas que la rural etc., La Política de Salud no favorece el funcionamiento adecuado del sistema, existe desarticulación intersectorial que genera problemas en la asignación de recursos, en la administración y creación de infraestructura y en la producción de bienes y servicios, la asignación de recursos a las instituciones no está en relación con la responsabilidad asignada en cuanto a la salud de la población, la inadecuada organización del sistema de servicios de salud se traduce en la multiplicidad institucional con superposición de funciones, abandono de algunas funciones, principalmente las preventivo promocionales y la multiplicación del gasto, esta organización descrita, ha estado vigente hasta el año 1978 en que se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud cuya finalidad principal es la de coordinar los planes y programas de los diferentes componentes del sistema.

El volumen de los recursos humanos de salud si bien no es comparable al de los países desarrollados, en términos generales, son bastante aceptables, radicando el problema fundamentalmente en la mala distribución de éstos, con gran concentración en las grandes ciudades; entre el 65 a 70% de los profesionales se hallan laborando en Lima Metropolitana.

El número de camas existentes en el país se ha ido deteriorando en los últimos años, la tasa de 2.3 por mil habitantes en el año 1972 desciende a 1.96 en el año 1978, problema que se agrava por la mala utilización de éstas.

La producción de servicios de salud nos muestra el poco énfasis que se da a las acciones preventivas, 1.54 consultas por habitante, 4.20 egresos por 100 habitantes y sólo 0.52 vacunaciones y 0.01 visitas domiciliarias por habitante, esta producción de servicios a nivel nacional, si es analizada a nivel institucional nos va a mostrar grandes diferencias, así el per-cápita de consultas en el Seguro Social es de 3, mientras que en el Ministerio de Salud es de 0.76.

La realidad de salud de la madre y el niño constituye un aspecto muy importante de la realidad de salud, por lo tanto, no puede ser estudiada aisladamente de ésta, todos los factores que inciden en la situación de salud también van a

incidir en la situación de salud de la madre y el niño.

Con fines de análisis podemos agrupar los factores que repercuten en una mayor o menor morbi-mortalidad materna, en factores dependientes de las características individuales, demográficas, socio económica, culturales y del sistema de servicios de salud.

Entre las características individuales, la edad y la paridad tienen gran significancia, el riesgo de enfermar y morir de la madre es mayor en las muy jóvenes, en las añosas, en las primíparas y en las grandes múltiparas. En nuestro país, las madres muy jóvenes y muy añosas representan el 12 y el 15% del total de gestantes y las primíparas y grandes múltiparas el 24 y el 15% respectivamente. Las tasas de mortalidad materna son más altas en estos grupos, en las menores de 20 años 25 por 10 mil nacidos vivos, en las mayores de 35 años 50 por 10 mil nacidos vivos, en las primíparas y múltiparas, 30 y 70 por mil nacidos vivos respectivamente.

En los aspectos demográficos el 49.8% de la población del Perú es de sexo femenino y el 21 al 25% están en edad fértil, estimándose el índice de gestación en 4.75%. La tasa de mortalidad materna que a nivel nacional continúa siendo elevada, no obstante de que va descendiendo en el transcurso de los años, presenta diferencia marcada en el nivel urbano rural, en la zona rural es muy alta alrededor de 55 por 10 mil nacidos vivos frente a la mortalidad en zona urbana que es de 25 por 10 mil nacidos vivos.

Las condiciones socio económicas y culturales repercuten notablemente en las tasas de mortalidad materna, el 42% de las madres son de condición civil solteras y/convivientes, siendo en éstas la mortalidad bastante alta, 60 por 10 mil nacidos vivos, excediendo a la de las casadas en un 140%. Los otros indicadores socio económicos como es el ingreso per cápita, la proporción de población económicamente activa (33%) el índice de dependencia, las condiciones sanitarias de la vivienda, el saneamiento básico, el alto índice de analfabetismo sobre todo de la mujer, los hábitos, ideas y costumbres, están pesando en forma negativa en la situación de salud de la madre.

La inadecuada organización y funcionamiento del Sistema de Servicios de Salud con la multiplicidad de instituciones no favorecen las acciones coordinadas de salud, lo que se traduce en cobertura insuficiente y concentración baja en la atención pre-natal, intra-natal y post-natal.

Los recursos destinados a la atención materna son escasos, mal utilizados e inadecuadamente distribuidos.

Las causas de la mortalidad materna son principalmente las hemorragias, las sepsis, las toxo-

mias y los abortos, constituyendo el 32, 15, 9 y 50/o respectivamente.

En relación a la situación de salud del niño agrupamos los factores condicionantes de la morbi-mortalidad infantil, en forma similar a la utilizada para las madres. Entre las características individuales que intervienen en la mayor o menor mortalidad infantil cabe destacar el sexo y la edad, el riesgo de enfermar y morir es mayor en el sexo masculino y en los niños cuando mas pequeños son. En el país el 52o/o de los nacimientos son de hombres, encontrándose en éstas una tasa de mortalidad de 126 por mil nacidos vivos frente a la del sexo femenino que es de 103. El 33o/o de las defunciones ocurren antes de que el niño cumpla el año de edad y de los que mueren en el primer año de vida el 35o/o mueren antes de cumplir los 28 días.

Existe una correlación entre la mortalidad infantil y el peso en el momento de nacer, el tipo de lactancia, la condición civil, la concentración poblacional y el clima; la mortalidad infantil es mayor en los que tienen un peso por debajo de los 2,500 en el momento de nacer,

en los que no reciben alimentación materna, en los ilegítimos, en los que viven en las zonas rurales y en poblaciones por debajo de 20 mil habitantes y en los meses de verano.

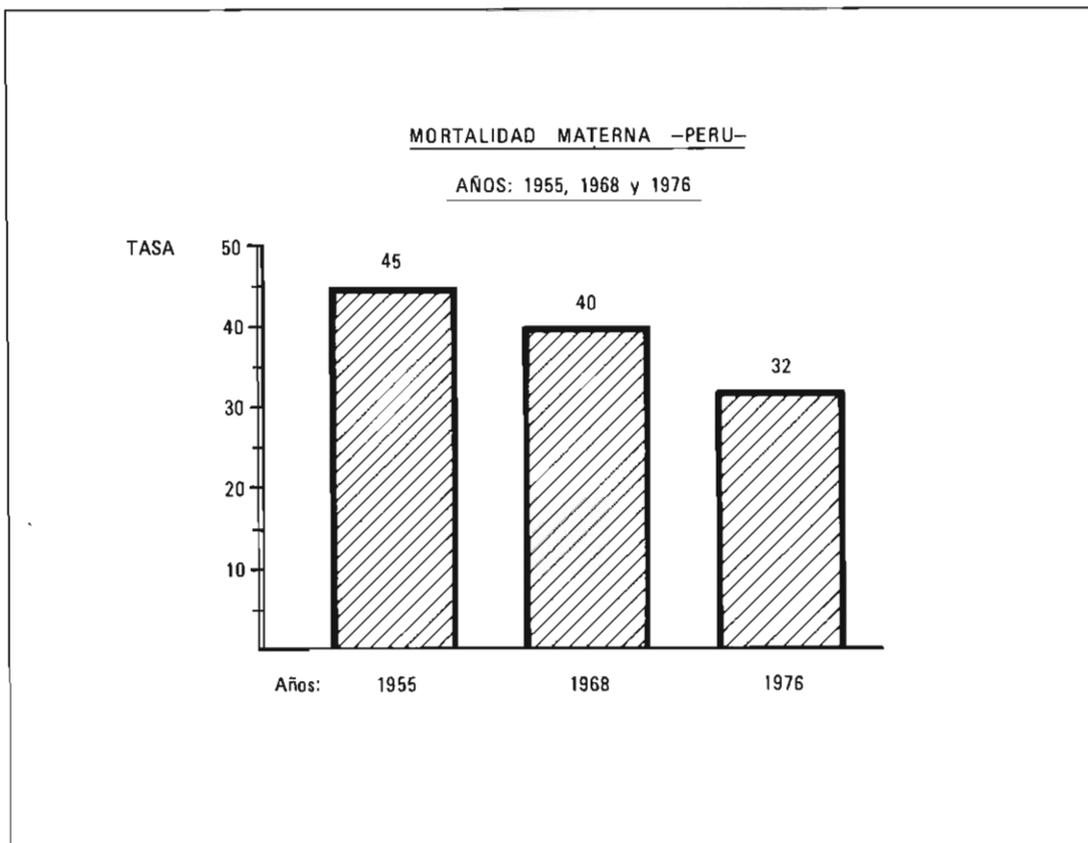
Los factores socio económicos, culturales y los dependientes del Sistema de Servicios de Salud, tienen la misma significancia que las expresadas para la salud materna.

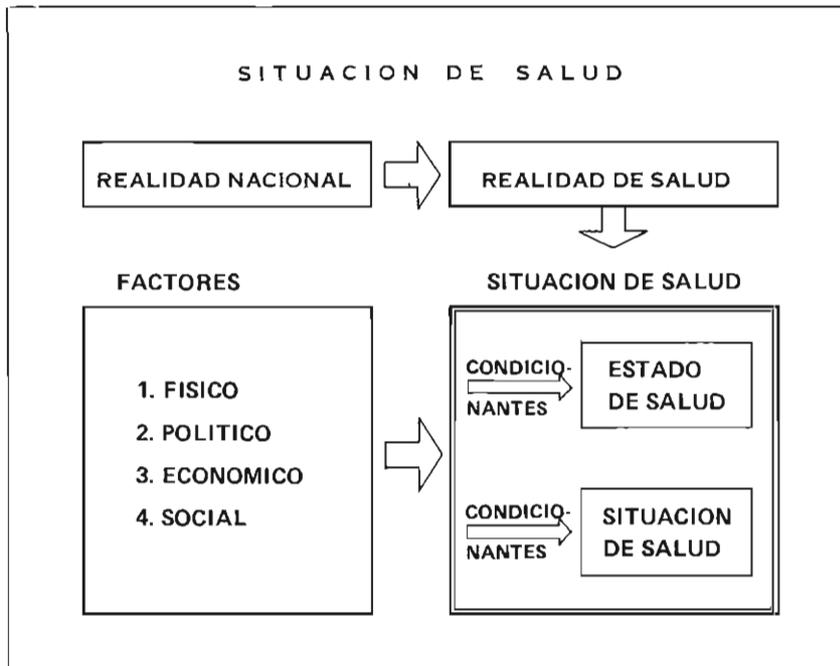
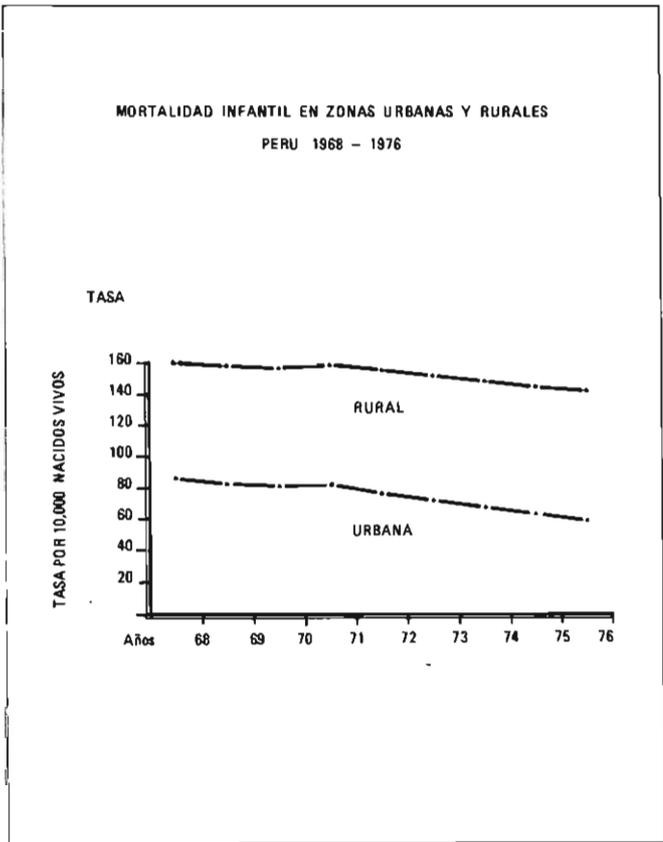
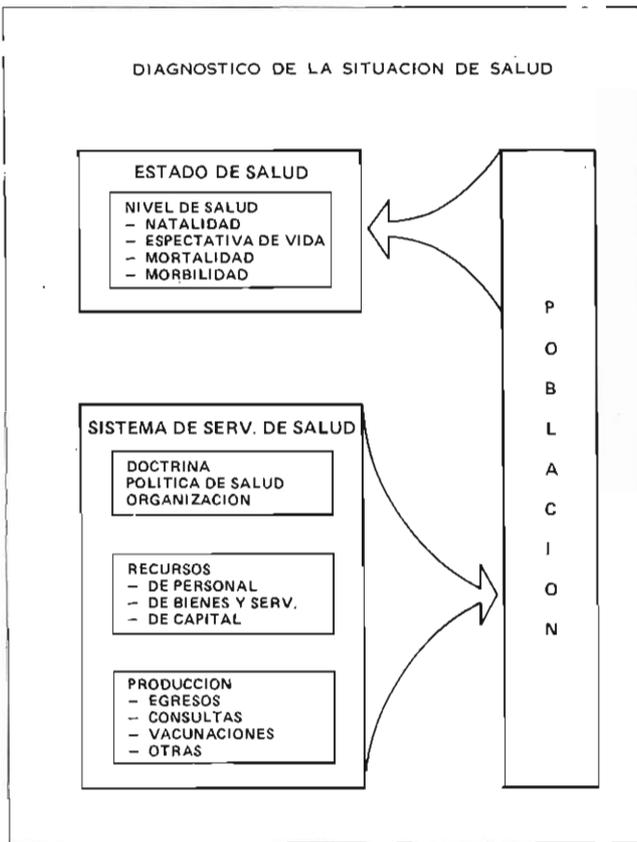
Las tasas de mortalidad infantil son altas estimándose en 94.3 por mil nacidos vivos, apreciándose diferencias entre la zona urbana y la rural las cuales están en 64 y 150 por mil nacidos vivos respectivamente.

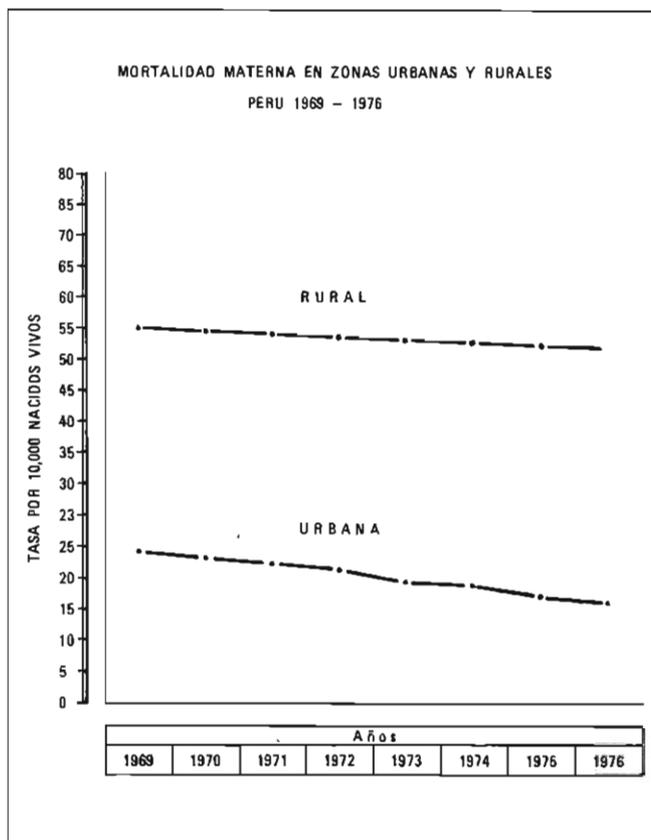
Las principales causas de mortalidad infantil son las respiratorias, las digestivas, las perinatales y las infecto contagiosas. En la mortalidad neo-natal, es decir en los menos de 28 días pesan las causas perinatales y las congénitas mientras que en la mortalidad infantil tardía entran en juego las enfermedades respiratorias y digestivas.

### Conclusiones

Copiar los cuadros de la "A" a "J".







## INDICADORES DE LA SITUACION DE SALUD

### ESTADO DE SALUD

### AÑO

### CIFRAS

#### Nivel de Salud

#### 1. INDICADORES POSITIVOS

— Esperanza de vida al nacer	1975	54.5 años
— Natalidad	1975	42.6 x 1000 hb.
— Déficit calórico	1968	28.04%
— Déficit proteico	1968	25.54%

#### 2. INDICADORES NEGATIVOS

— Tasa Mortalidad General	1975	12.0 x 1000 hb.
— Tasa Mortalidad Infantil	1975	94.3 x 1000 n.v.
— Tasa Mortalidad Materna	1975	35.0 x 10000 n.v.
— Defunciones menores		
— 5 años	1975	48.0%
— Defunciones menores		
— 15 años	1972	53.5%
— Egresos hospitalarios		
— menores 15 años	1972	15.2%

## DOCTRINA SANITARIA

ORIENTADA A LOS GRUPOS DE MEJORES CONDICIONES ECONOMICAS Y SOCIALES PREFERENTEMENTE DIRIGIDA A LA ATENCION RECUPERATIVA. NO ES INTEGRAL SOFISTICADA CON TENDENCIA A LA TECNOLOGIA IMPORTADA SIN CONSIDERAR LA REALIDAD DE SALUD DEL PAIS.

## POLITICA DE SALUD

- LAS POLITICAS VIGENTES PERMITEN UNA ATENCION PRIVILEGIANTE, MARGINANTE, DEPENDIENTE Y EMINENTEMENTE RECUPERATIVA
- INEXISTENCIA DE UNA POLITICA NACIONAL DE SALUD QUE PERMITE UN MEJOR FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA
- DESARTICULACION INTERSECTORIAL, GENERANDO PROBLEMAS EN LA FORMACION DE PERSONAL, EN SU ADMINISTRACION, EN LA CREACION DE INFRAESTRUCTURA Y EN LA PRODUCCION DE INSUMOS PARA LA SALUD.

## INDICADORES DE LA SITUACION DE SALUD

PRODUCCION DE SERVICIOS	AÑO	CIFRAS
Egresos	1975	4.20 x 100 hb.
Consultas médicas	1975	1.54 x hb.
Vacunaciones	1975	0.52 x hb.
Visitas domiciliarias	1975	0.01 x hb.

## DIFERENCIAS PORCENTUALES DE LAS TASAS DE MORTALIDAD MATERNA SEGUN SITUACION DE LAS MADRES

PERU: 1976

### I. CONDICION CIVIL

- Madres solteras exceden a madres casadas en: . . . . . 140%/o

### II. EDAD

- Menores de 20 años exceden a madres de 20 a 24 años en. . . . . 66.6%/o
- Madres de 35 y + años exceden a Madres de 20 a 29 años en. . . . . 233%/o

### III. PARIDAD

- Primíparas exceden a madres de 2 a 4 partos en . . . . . 200%/o
- Grandes multíparas exceden a Madres de 2 a 4 partos en. . . . . 600%/o

## TASAS DE MORTALIDAD MATERNA Y SITUACION DE LAS MADRES

## CIFRAS ESTIMADAS

PERU: 1976

## I. CONDICION CIVIL

– Solteras	:	60 x 10000 N.V.
– Casadas	:	25 x 10000 N.V.

## II. EDAD

– Menos de 20 Años	:	25 x 10000 N.V.
– 20 – 29 Años	:	15 x 10000 N.V.
– 35 y + Años	:	50 x 10000 N.V.

## III. PARIDAD

– Primíparas	:	30 x 10000 N.V.
– 2 a 4 partos	:	10 x 10000 N.V.
– 7 y + partos	:	70 x 10000 N.V.

## ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- MULTIPLICIDAD INSTITUCIONAL, SUPERPOSICION DE FUNCIONES Y DUPLICACION DE ESFUERZOS, MULTIPLICACION DEL GASTO Y ENCARECIMIENTO DE LAS PRESTACIONES.
- COBERTURA DE RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR MUY DESIGUAL. ASIGNACION PRIVILEGIANTE DE RECURSOS PARA ALGUNAS INSTITUCIONES.
- LA ORGANIZACION EXISTENTE NO PERMITE LA PENETRACION DE LOS SERVICIOS EN LA COMUNIDAD, NI TAMPOCO LA ACCESIBILIDAD DE TODA LA POBLACION HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD.

## PLAZAS OCUPADAS DEL MINISTERIO DE SALUD SEGUN AÑOS

1975 – 1978				
TIPO DE PERSONAL	1975	1976	1977	1978
MEDICOS	<u>479</u>	<u>509</u>	<u>494</u>	<u>541</u>
Pediatria	269	290	276	304
Gineco-Obstetricia	210	219	218	237
ENFERMERAS	<u>2,135</u>	<u>2,198</u>	<u>2,108</u>	<u>2,120</u>
Generales	1,907	1,973	1,928	1,946
Salud Pública	228	225	180	174
OBSTETRICES	<u>530</u>	<u>556</u>	<u>527</u>	<u>529</u>

FUENTE: Oficina Sectorial de Planificación – Unidad de Recursos Humanos.

## RECURSOS FISICOS

## CAMAS DE HOSPITALIZACION POR 1000 HABITANTES, TASAS A NIVEL DEL PAIS DE ALGUNOS DEPARTAMENTOS QUE TIENEN LOS MAS ALTOS Y MAS BAJOS INDICES

Perú 1972, 1975 y 1978						
País y algunos departamentos	1972		1975		1978	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
País	31436	2.23	33359	2.10	34109	1.96
Callao	1789	5.39	1789	4.30	1789	3.80
Lima	15018	4.18	15957	4.09	16057	3.65
Tacna	380	3.82	380	3.39	380	3.05
Arequipa	2007	3.58	2102	3.53	2102	3.24
Cajamarca	328	0.34	328	0.28	328	0.26
Apurímac	195	0.47	195	0.43	245	0.68
Puno	515	0.63	563	0.60	713	0.72

FUENTE: — Oficina Sectorial de Planificación de Salud  
— Escuela de Salud Pública del Perú

## RECURSOS DE PERSONAL

## NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAL DE SALUD EXISTENTE EN LIMA Y RESTO DEL PAIS

PERU: 1975						
Personal de Salud	TOTAL		LIMA		RESTO DEL PAIS	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Médicos	9221	100	6125	66.4	3096	33.6
Odontólogos	3072	100	2006	65.3	1066	34.7
Enfermeras	6414	100	4100	63.9	2314	36.1
Obstetrices	1819	100	1310	72.0	509	28.0
Aux. de Enf.	23606	100	11000	46.6	12606	53.4
Aux. Sanitarios	1115	100	32	2.9	1083	97.1

FUENTE: — Oficina Sectorial de Planificación de Salud  
— Escuela de Salud Pública del Perú

## PERSONAL DE SALUD

PERU: 1978			
TIPO DE PERSONAL	No.	Tasa por 10,000	Habit. por Profesional
MEDICOS	11,041	6.56	1,523
ODONTOLOGOS	3,304	1.96	5,090
ENFERMERAS	8,399	4.99	2,002
OBSTETRICES	2,018	1.19	8,334
QUIMICO-FARMACEUTICO	3,198	1.90	5,259
ING. SANITARIOS	272	0.16	61,835

FUENTE: Oficina Sectorial de Planificación en base a informes del Colegio Médico y Programa de Secigra

NOTA: Datos provisionales

## CONCLUSIONES DEL ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD

### 1. Altas tasas de natalidad

#### Causas:

- Hacinamiento
- Bajos niveles de vida
- Servicios de salud inadecuados

#### Tendencia:

- A seguir manteniéndose altas, las tasas de natalidad

### 2. Déficit calórico proteico

#### Causas:

- Escasez de alimentos
- Distribución irregular
- Bajos ingresos
- Hábitos alimentarios inadecuados

#### Tendencia:

- El déficit será un problema crítico en los próximos años

### 3. Altas Tasas de Mortalidad Infantil

#### Causas:

- Enfermedades infecciosas
- Altas tasas de natalidad
- Incremento de la lactancia artificial
- Escasa disponibilidad de servicios de salud
- Población rural numerosa y dispersa
- Saneamiento básico defectuoso y deficiente
- Bajo nivel educativo y analfabetismo
- Bajos ingresos
- Vivienda deficiente e insuficiente

#### Tendencia:

- A bajar. Sin embargo la Tasa de Mortalidad Infantil seguirá siendo muy alta comparativamente con los países desarrollados.

### 4. Alta morbilidad por enfermedades infecciosas

#### Causas:

- Medidas de prevención y protección insuficientes
- Poca accesibilidad a los servicios de salud
- Altos índices de malnutrición
- Deficientes condiciones de vida
- Bajo nivel educativo y analfabetismo

#### Tendencia:

- A disminuir sin ser significativa

### 5. Políticas de salud insatisfactorias

#### Causas:

- Escasa prioridad otorgada al Sector

- Instituciones de salud autónomas e incoordinadas
- Desarticulación intra y extra sectorial
- Actitud poco favorable de la población
- Poca o nula participación de la población
- Escasez de recursos

#### Tendencia:

- Escasas posibilidades de que el Sector Salud sea prioritario.

### 6. Pluri-institucionalidad de los Servicios de Salud

#### Causas:

- Incoherencia y desarticulación intersectorial
- Existencia de grupos de poder que buscan privilegios para pequeños grupos.

#### Tendencia:

- Proliferación de las instituciones

### 7. Recursos de salud escasos, mal distribuidos y mal utilizados

#### Causas:

- Mecanismos de coordinación insatisfactorios entre las instituciones formadoras y las de salud
- Recursos financieros escasos y mal distribuidos
- Demanda de recursos de personal desigual
- Concentración en zonas urbanas y escasez y ausencia en zonas rurales

#### Tendencias:

- Incremento de recursos de personal
- Deterioro de camas de hospitalización
- Incremento de la producción en función del rendimiento

### 8. Inadecuada formación y capacitación de personal

#### Causas:

- Poca conocimiento de las necesidades reales
- Programas de estudios mal estructurados
- Poca racionalidad entre la oferta y la demanda

#### Tendencia:

- La implementación de la Ley de Reforma en Educación puede ser favorable.

### 9. Necesidad de cambios estructurales en el Sector

#### Causas:

- Política de salud insatisfactoria
- Multiinstitucionalidad
- Administración centralista

- Recursos insuficientes y mal distribuidos
- Bajas coberturas de atención a la población
- Producción insuficiente que no llega a la población más necesitada

#### **Tendencia:**

- La situación del sistema de servicios de salud se mantendrá igual o empeorará si es que no se modifican las causas.

### **SINTESIS FINAL**

La situación de salud es completamente desfavorable, por la insatisfactoriedad del estado de salud del poblador peruano y por el deficiente e inadecuado sistema de servicios de salud existente que no está de acuerdo con las necesidades reales de salud de la población. Esta situación de salud está influenciada por factores políticos, económicos y sociales, que le son altamente desfavorables y que pueden retardar por mucho tiempo el desarrollo del Bienestar y la Seguridad Nacional, si estas condiciones no cambian.

**SRTA. VIOLETA GONZALES DIAZ**  
Oficina Nacional de Estadística

#### **TEMA: La situación Demográfica del Perú.**

Si bien, dentro de lo que a los participantes a estas Jornadas de Población, pueda interesar, este es sólo un enfoque parcial del llamado problema de la población, resulta también ser condición básica el conocimiento científico de la población del Perú, dentro del contexto netamente demográfico. Es así que cualquier conjunto de medidas tendientes a influir sobre el comportamiento de las variables demográficas, la fecundidad, la mortalidad, la migración, deberá partir de este conocimiento. Quienes concurren a las reuniones de Población en Tarma, realizadas en junio pasado, han tenido la oportunidad de escuchar que los demógrafos peruanos hemos sido objeto de críticas por parte de profesionales de otras disciplinas, por no haber dado a las cuestiones demográficas su verdadera dimensión, y por no haber sido tal vez lo suficientemente influyentes para una toma de conciencia de los problemas de Población.

En un país como Perú donde esta ciencia es muy joven —los estudios sobre la población del Perú datan de 1964— había que empezar por conocer el dinamismo de la población, aislando cada uno de sus componentes, a la luz, únicamente de los dos Censos de Población: 1940 y 1961, ya que las estadísticas vitales, aún ahora

no pueden usarse como fuente de datos para el análisis demográfico. Luego del Censo de 1972 y las encuestas demográficas de 1975-1976 y la Encuesta Nacional de fecundidad de 1978, el Perú ha enriquecido significativamente sus fuentes de datos demográficos y con ellas se ha avanzado también en el campo de los estudios de la población del Perú, campo que ha sido desarrollado básicamente al Interior de La Oficina Nacional de Estadística, en su Dirección de Demografía, creada en 1964 como Unidad de Análisis Demográfico.

El aporte de este pequeño grupo de demógrafos —que desarrollan su labor de investigación en las condiciones más difíciles, incomprendidos, con sueldos nada atractivos— ha contribuido indirectamente, al proporcionar los índices demográficos, los elementos técnicos necesarios para que en Perú se cuente ahora con un dispositivo legal sobre políticas de Población, promulgado en agosto de 1976. Sin embargo muy poco se ha avanzado desde entonces en la aplicación de los lineamientos de Políticas de Población.

Creo que, aunque nuestro enfoque haya sido parcial —sólo desde la óptica demográfica— hemos estado dedicados al conocimiento de la realidad misma y hoy sabemos mucho más que en 1970 sobre la evolución de la población del Perú y estoy segura que hemos facilitado el trabajo a otros profesionales, para que puedan evaluar los problemas de la población en la complejidad del desarrollo económico y social del cual es resultante.

#### **Entre 1900 y 1940**

El Perú en este período creció lentamente. Si bien la fecundidad observaba niveles muy altos, la mortalidad era también muy alta, traducéndose en bajísimas esperanzas de vida. En torno a 1940 ésta no llegaba sino a 36 años y la tasa de crecimiento en ese período se situó en 1.8 por ciento.

#### **Entre 1940 y 1972.**

En las tres décadas pasadas, la evolución de las tendencias y estructuras demográficas del Perú han sido análogas a las de varios países latinoamericanos. El proceso espontáneo de rápido crecimiento de la población peruana, así como la ocupación desequilibrada del territorio nacional han constituido las dos notas más importantes.

La considerable y constante reducción de la mortalidad iniciada en los años cuarenta y la persistencia de una fecundidad a niveles muy altos han dado origen a tasas de crecimiento de la población rápidas, cuyo ritmo ha venido ace-