

EL ESTADO DE LA NIÑEZ EN EL PERÚ

Elaboración del documento: Rafael Cortez
Asistentes de investigación: Giovann Alarcón
José Gallegos

Con la valiosa colaboración de: Walter Alarcón

Supervisión técnica general: Genara Rivera (INEI)
Sandra Arzubiaga (UNICEF)

El estado de la niñez en el Perú

Primera edición: enero de 2004
Tiraje: 1.500 ejemplares

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
UNICEF en el Perú

Parque Melitón Porras, Miraflores
Lima 18 - Perú
Teléfono: 213-0707
E-mail: lima@unicef.org
Página web: www.unicef.org/peru

Cuidado de la edición: Rocío Moscoso
Fotografías: UNICEF/Walter Silvera Prado/Perú/2001-2002
Diseño y diagramación: Gisella Scheuch

Este documento puede ser copiado y citado, total o parcialmente, siempre y cuando se mencione la fuente. Por favor envíenos copia de cualquier documento, artículo u otro que cite esta publicación.

Hecho el depósito legal N.º 1501222004-0624
Impreso en Forma e Imagen

Impreso en el Perú - Printed in Peru

El contenido de este documento no representa necesariamente el punto de vista de UNICEF, ni de las personas o instituciones que hayan colaborado en su preparación.

EL ESTADO DE LA NIÑEZ EN EL PERÚ



Para toda la infancia
Salud, Educación, Igualdad, Protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA



| | |
|--|----|
| Presentación | 7 |
| Introducción | 9 |
| 1. El ciclo de la niñez | 14 |
| 2. Maternidad segura | 18 |
| 2.1. Planificación familiar | 20 |
| 2.2. Controles prenatales | 20 |
| 2.3. Parto institucional | 22 |
| 2.4. Cuidados del parto y el posparto | 27 |
| 2.5. La mortalidad materna | 28 |
| 3. El crecimiento y el desarrollo durante la primera infancia | 30 |
| 3.1. Nutrición materna | 33 |
| 3.2. Bajo peso al nacer | 33 |
| 3.3. Mortalidad infantil | 34 |
| 3.4. Lactancia materna | 35 |
| 3.5. Desnutrición | 37 |
| 3.6. Deficiencias de micronutrientes | 39 |
| 3.7. Morbilidad infecciosa | 41 |
| 3.8. Control del crecimiento y desarrollo | 42 |
| 3.9. Estimulación del desarrollo | 42 |



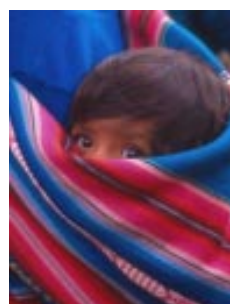
1



2



3



4



5

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 4. Morbilidad | 44 |
| 4.1. Morbilidad infantil: diarreas y neumonía | 46 |
| 4.2. Morbilidad general de los niños | 46 |
| 5. Educación: inasistencia, atraso escolar y resultados | 48 |
| 5.1. La inasistencia | 51 |
| 5.2. El atraso escolar | 52 |
| 5.3. Los resultados educativos | 54 |
| 6. El trabajo infantil y adolescente | 56 |
| 6.1. Diferencias por sexo y edad | 58 |
| 6.2. El nivel de pobreza y el trabajo infantil | 59 |
| 7. Maltrato y violencia infantil | 62 |
| 8. Inversión privada en educación y salud de los niños | 68 |
| 9. El acceso de los niños a los servicios básicos | 72 |
| 9.1. Infraestructura básica del hogar | 73 |
| 9.2. Los programas sociales | 75 |
| 10. Conclusiones | 78 |
| Bibliografía | 83 |
| Glosario | 84 |



6



7



8



9



10

Presentación

Esta publicación es una recopilación analítica de varias fuentes con la finalidad de presentar, en un solo documento, la situación de la niñez peruana. Constituye una primera aproximación al estado en el que se encuentran los niños. No pretende ser, en modo alguno, totalmente exhaustiva, sino convertirse en un instrumento de referencia para analistas y tomadores de decisión a todos los niveles.

Para elaborar *El estado de la niñez en el Perú* se utilizaron como fuentes primarias de información dos encuestas nacionales realizadas en períodos recientes: por un lado, la *Encuesta demográfica y de salud familiar 2000* (ENDES 2000) número IV, publicada en el 2001; y por el otro, la *Encuesta nacional de niveles de vida* (ENNIV), realizada en el 2001. La ENDES mide la situación y los progresos referentes a los principales problemas de salud y nutrición que afectan a la población peruana —particularmente en el caso de las madres, los niños y las niñas—, así como a enfermedades con alto impacto social y económico, como el VIH/SIDA. La ENNIV, por su parte, mide la situación económica y social de las familias, y el acceso de éstas a los servicios básicos. Ambas encuestas, por su carácter nacional y la regularidad con la que son publicadas, nos permiten analizar la información y sugerir conclusiones que pueden ser de gran utilidad para la formulación, el desarrollo y el monitoreo de las políticas sociales dirigidas a la infancia.

El estado de la niñez en el Perú analiza la información de ENDES 2000, identificando los grupos sociales por quintiles definidos sobre la base del nivel económico. Constituye una forma de pasar del análisis de los promedios nacionales y de la categoría urbano-rural o de grandes regiones na-

turales, a una categoría definida por niveles de ingresos económicos, que permite identificar las enormes brechas existentes entre los distintos estratos de la población. Este análisis hace posible un nuevo acercamiento a los problemas de la infancia.

Esperamos que este documento se constituya en un instrumento que contribuya a guiar la formulación de nuevas y más eficaces intervenciones orientadas a proteger a los niños, las niñas y los adolescentes del Perú y hacer respetar sus derechos conforme establece la Convención de los Derechos del Niño. El uso e interpretación de la información que se ha recopilado en esta publicación puede ser completada con otros estudios recientes publicados por UNICEF en el Perú y cuya relación se encuentra en la bibliografía.

Nuestro reconocimiento a todas las personas e instituciones que contribuyeron con información y revisaron las diversas versiones del presente texto.

UNICEF-Perú tiene como propósito apoyar la publicación anual de estudios semejantes a éste. Estamos seguros de que los aportes de instituciones del Estado, de las ONG y de la sociedad civil en general contribuirán a que, en cada edición, el material presentado se vea enriquecido y sea útil para los lectores.

Andrés Franco
Representante de UNICEF en el Perú

Farid Matuk
Jefe del INEI

Leeann McKechnie
Consejera, Jefa de Cooperación, Embajada de Canadá



Introducción

La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, marcó un hito a partir del cual los gobiernos del mundo determinaron la prioridad en la protección de los niños y la inversión en su desarrollo. El Perú no fue la excepción y a partir de 1992 se establecieron los planes de acción por la infancia y la adolescencia.

Recientemente, el gobierno peruano publicó el *Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2002-2010* (PROMUDEH, 2002). En este documento se revela el interés del Estado en mejorar las condiciones de vida de los niños. Se establecen cuatro principios rectores: la igualdad de oportunidades para todos los niños, el fortalecimiento del desarrollo del niño como sujeto de derechos y como principal sustento del desarrollo, el interés superior del niño y su derecho a participar, y el reconocimiento de la familia como institución fundamental para el desarrollo del ser humano.

Los indicadores relacionados con el desarrollo de la niñez muestran avances en la última década. Por ejemplo, según la ENDES 2000, la mortalidad infantil se redujo de 52 a 33 por mil nacidos vivos para el quinquenio 1995 y 2000.¹ Estos indicadores, que serán presentados con detalle a

lo largo del presente informe, no sólo son el reflejo del esfuerzo realizado, sino que muestran la magnitud del esfuerzo que se debe realizar. Es decir, si bien los indicadores presentan avances, éstos son insuficientes, especialmente cuando no se observan de manera equitativa en el ámbito nacional. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es de 17 muertes por mil nacidos vivos en Lima Metropolitana, mientras que en el Cusco esta tasa se cuadruplica: 84 muertes por mil nacidos vivos (ENDES 2000, p. 115). Y es que ningún esfuerzo tendrá un verdadero impacto en el desarrollo si no conlleva una visión que reduzca la exclusión económica y social de los niños.

La inversión en la niñez es esencial debido a que contribuye a reducir la transmisión de la pobreza y la exclusión. Una estrategia de reducción de la pobreza no tendría efectos sostenibles si no presentara un importante componente de inversión a favor de los niños.

En el Perú, la niñez es uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos. Los niños son los más afectados por la pobreza, no sólo porque su bienestar y calidad de vida dependen de las decisiones de sus padres y del entorno familiar y comunitario, sino por el impacto que ésta tiene sobre su proceso de acumulación de capital hu-

¹ La mortalidad infantil en el período 1990 al 2000 es 43 por mil nacidos vivos (ENDES 2000, pp.114-115).

mano. Las condiciones de vida en las que los niños se desenvuelven son críticas. En el cuadro 1 se observa de qué manera la pobreza afecta directamente a los niños. Así, aproximadamente, de 3,8 millones de pobres extremos, 2,1 millones son niños. El número de niños que viven bajo la línea de pobreza es de 6,5 millones. Analizando el problema desde otro enfoque, se encuentra que 2 de cada 3 niños menores de 5 años viven bajo la línea de pobreza, mientras que 2 de cada 10 viven en condiciones de extrema pobreza. Bajo condiciones de pobreza, la inversión que las familias pueden realizar en el desarrollo de sus hijos es insuficiente.

Otro ejemplo es el acceso a los servicios de saneamiento. Los niños son los más excluidos de estos servicios: 3 de cada 10 niños menores de 5 años no acceden a servicios de agua, mientras que 5 tampoco lo hacen al servicio de desagüe. La baja cobertura de los servicios de saneamiento incrementa el riesgo de que los niños, que están en una etapa crucial de su desarrollo, contraigan enfermedades e infecciones. Estos resultados son presentados en el cuadro 2. El Estado, la sociedad civil y el sector privado requieren hacer un gran esfuerzo para revertir esta situación y asegurar que el desarrollo de los niños se produzca en condiciones favorables.

Cuadro 1
Pobreza según grupo de edad, 2000

| | Pobres extremos | | Pobres no extremos | | No pobres | | Total | |
|---------|-----------------|------|--------------------|------|-----------|------|----------|------|
| | miles | % | miles | % | miles | % | miles | % |
| 0 - 4 | 602,5 | 15,9 | 1.176,2 | 11,7 | 906,7 | 7,7 | 2.685,3 | 10,5 |
| 5 - 11 | 916,8 | 24,1 | 1.779,6 | 17,7 | 1.578,9 | 13,4 | 4.275,3 | 16,7 |
| 12 - 13 | 220,0 | 5,8 | 524,1 | 5,2 | 451,8 | 3,8 | 1.195,9 | 4,7 |
| 14 - 17 | 372,6 | 9,8 | 926,3 | 9,2 | 897,9 | 7,6 | 2.196,9 | 8,6 |
| Adultos | 1.686,9 | 44,4 | 5.656,4 | 56,2 | 7.928,4 | 67,4 | 15.271,6 | 59,6 |
| Total | 3.798,7 | 100 | 10.062,6 | 100 | 11.763,7 | 100 | 25.625,0 | 100 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Cuadro 2
Entorno comunitario de la niñez en el Perú
(en porcentaje)

| Indicadores | Grupo etareo | | | | |
|--|--------------|--------|---------|---------|---------|
| | 0 - 4 | 5 - 11 | 12 - 13 | 14 - 17 | Adultos |
| 1. Personas en condición de pobreza | 66,2 | 63,1 | 62,2 | 59,1 | 48,1 |
| 2. Personas en condición de pobreza extrema | 22,4 | 21,4 | 18,4 | 17,0 | 11,1 |
| 3. Personas que residen en el área rural | 43,8 | 43,2 | 40,5 | 37,3 | 29,9 |
| 4. Personas cuya vivienda cuenta con adecuado abastecimiento de agua | 74,4 | 77,2 | 78,0 | 81,0 | 83,3 |
| 5. Personas cuya vivienda cuenta con adecuado servicio de desagüe | 50,5 | 52,8 | 55,6 | 59,5 | 66,5 |
| 6. Personas cuya vivienda cuenta con electricidad | 71,8 | 70,2 | 73,5 | 75,6 | 81,1 |
| 7. Personas cuya vivienda cuenta con un tipo de piso adecuado | 51,0 | 51,9 | 53,8 | 56,3 | 64,7 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Cuadro 3
Indicadores generales según grupo de edad
 (en porcentaje)

| Indicadores | Grupo etario | | | | |
|---|--------------|-------|-------|-------|---------|
| | 0-4 | 5-11 | 12-13 | 14-17 | Adultos |
| 1. Tasa de enfermedad ^{1/} | 38,0 | 23,6 | 19,3 | 18,5 | 24,2 |
| 2. Personas que reportan enfermedad y reciben atención médica | 66,5 | 56,6 | 56,8 | 52,3 | 52,5 |
| 3. Personas que cuentan con un seguro médico | 25,5 | 48,2 | 46,7 | 44,2 | 27,9 |
| 4. Personas que asisten a algún centro educativo | n. a. | 96,6 | 96,5 | 81,7 | 85,2 |
| 5. Personas analfabetas | n. a. | n. a. | n. a. | 1,1 | 7,8 |
| 6. Personas que trabajan | 0 | 15,7 | 27,9 | 36,3 | 67,3 |
| 7. Niños cuyas madres viven fuera del hogar | 5,0 | 9,4 | n. a. | n. a. | n. a. |

^{1/} Morbilidad autorreportada: porcentaje de personas que manifiestan haber tenido algún malestar o enfermedad durante las cuatro semanas previas a la realización de la encuesta.

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Estas condiciones del ambiente en el que se desenvuelven los niños tienen un significativo impacto sobre su calidad de vida y su desarrollo. En el cuadro 3 se observa cómo la incidencia de la pobreza en la población también se refleja claramente sobre la salud y educación de los niños. El 38% de los niños menores de 5 años presentó alguna dolencia o enfermedad y sólo 66% de ellos recibió alguna atención médica. Asimismo, 4% de los niños cuyas edades oscilan entre los 5 y 11 años no asisten a un centro educativo. Cerca de 16% de los niños pertenecientes a este último grupo tienen que trabajar; esta proporción aumenta a 27% en los adolescentes cuyas edades oscilan entre los 12 y 13 años.

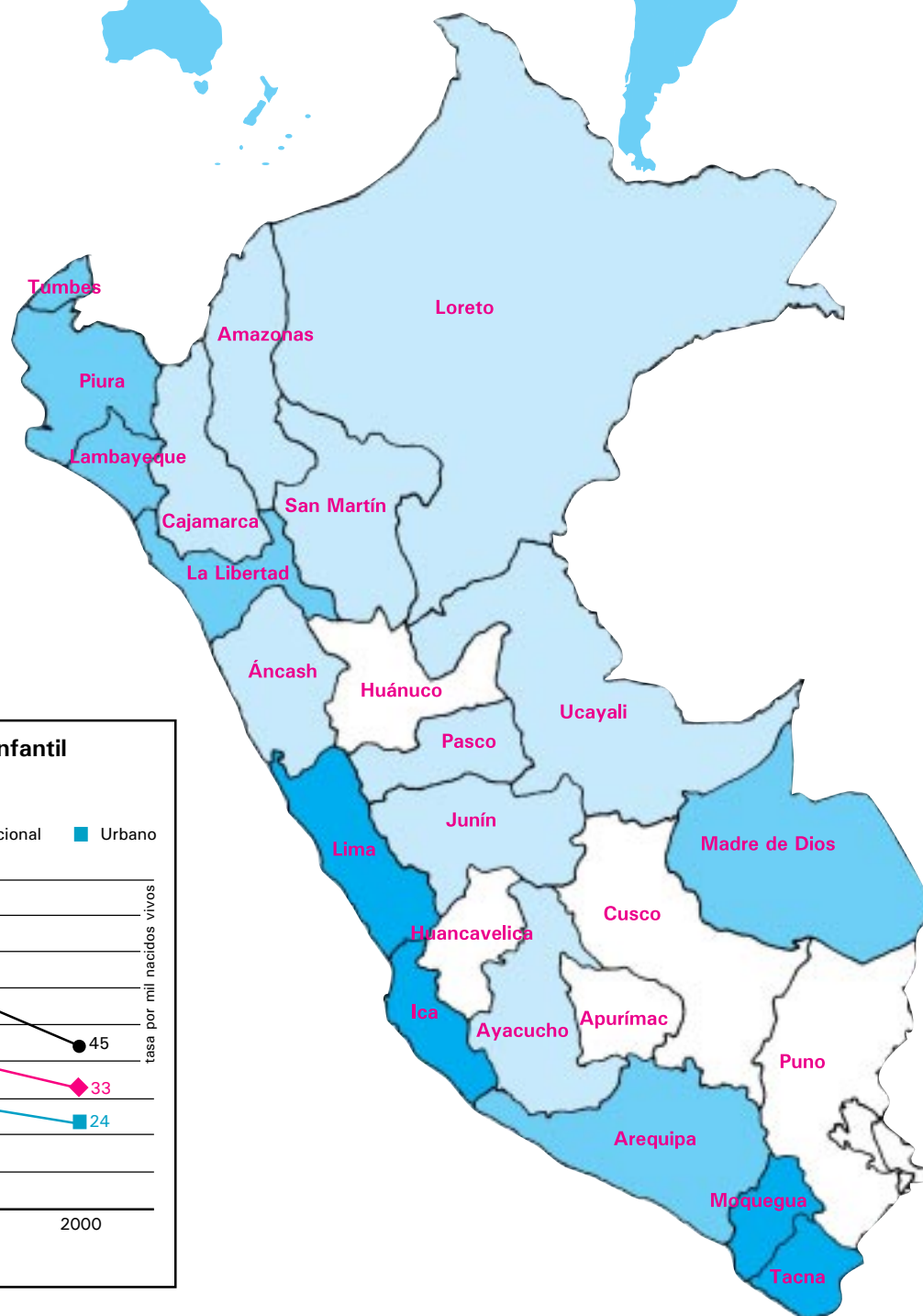
A continuación se detallan varios de estos indicadores. En primer lugar, se presentan las características generales del ciclo de vida de los

niños. En segundo lugar destaca la situación del embarazo y la maternidad en el Perú. En la tercera sección, se describe el estado del crecimiento y desarrollo de los infantes. La cuarta sección evalúa los indicadores de morbilidad de los niños. La quinta sección está dedicada a realizar un diagnóstico de la educación de los niños. El tema del trabajo infantil y sus implicancias se muestra en la sexta sección. Un breve diagnóstico de la violencia familiar y el maltrato infantil es revisado en la séptima sección. Luego, en la octava sección, se hace referencia al gasto privado de las familias en la salud y educación de sus hijos. La novena sección presenta el grado de acceso a los servicios públicos. Finalmente, las conclusiones y algunas recomendaciones de política necesarias para mejorar el impacto de la inversión pública a favor de los niños son consideradas en la décima sección.

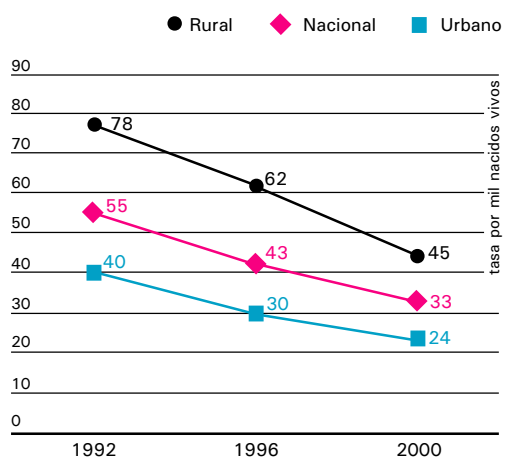
Mortalidad en la niñez (niños < 5 años) según departamento

(número de muertes por cada mil nacidos vivos)

- entre 20 y 40 por cada mil nacidos vivos
- entre 40 y 60 por cada mil nacidos vivos
- entre 60 y 80 por cada mil nacidos vivos
- más de 80 por cada mil nacidos vivos



Tendencia de mortalidad infantil por ámbito urbano y rural



Fuente: ENDES II, III y IV, INEI.

ESTADO DE LA NIÑEZ EN EL PERÚ

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

| | |
|--------------------------------|------------|
| 2002 | |
| Población total | 26'748.972 |
| Niños menores de 5 años | 3'051.018 |
| Niños menores de 18 años | 10'647.718 |

ECONOMÍA

| | |
|---|-------|
| Población en extrema pobreza | 23,9% |
| Niños menores de 18 años en extrema pobreza | 32,2% |
| Niños por debajo de la línea de pobreza | 65,5% |

Fuente: Perú: estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural por años calendario y edades simples, 1970-2025, julio 2002. En: *Encuesta Nacional de Hogares*. IV trimestre 2002, INEI.

SALUD

| | |
|---|----|
| TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (por mil nacidos vivos) | |
| Nacional | 33 |
| Urbano | 24 |
| Rural | 45 |

| | |
|--|-----|
| TASA DE MORTALIDAD MATERNA (por 100 mil nacidos vivos) ^{1/} | |
| Nacional | 185 |
| Puno | 300 |

PARTOS INSTITUCIONALES

| | |
|------------------------------------|-------|
| Nacional | 58% |
| Departamento de Huancavelica | 19,6% |
| Lima Metropolitana | 93,5% |

EDUCACIÓN

| | |
|---|--------|
| COBERTURA DE SERVICIOS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS | |
| Nacional | 12,26% |
| Área rural andina | 1% |

NUTRICIÓN

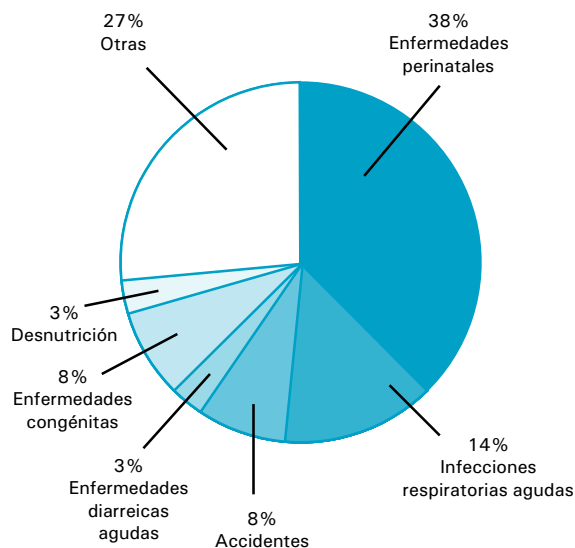
| | |
|---|-------|
| Desnutrición crónica de niños menores de 5 años | 25,4% |
| Nivel de nutrición aceptable en niños en el área rural | 30% |
| Nivel de nutrición aceptable en niños en el área urbana | 63,4% |

Fuente: ENDES 2000, INEI.

NOTA: En el caso de mortalidad infantil en la ENDES 2000 se presentan 2 tasas, una referida a los 5 años anteriores a la encuesta (33 por mil) y otra referida a los 10 años anteriores (43 por mil). El dato que utilizamos es el primero, con su correspondiente desagregación por área urbana y rural.

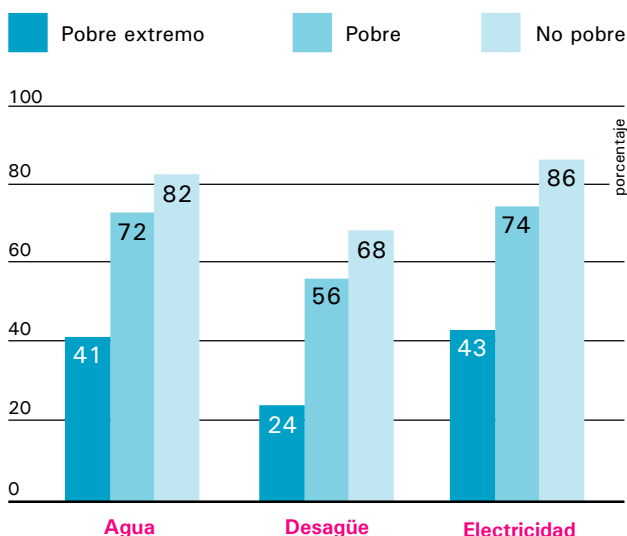
^{1/} En el Perú la tasa de mortalidad derivada de la maternidad ajustada para el 2000 es de 410 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos según el *Estado Mundial de la Infancia 2004* publicado por UNICEF. El UNICEF, la OMS y el FNUAP analizan periódicamente estos datos y realizan ajustes para corregir los problemas, de los que hay numerosos ejemplos, que se producen como consecuencia de la presentación de datos incompletos o clasificados erróneamente sobre la mortalidad derivada de la maternidad, y para preparar estimaciones sobre los países sin datos.

Principales causas de mortalidad infantil



Fuente: Ministerio de Salud, 2002. | Elaboración propia.

Acceso a servicios de agua, desagüe y electricidad según pobreza



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: Vásquez, Enrique y Giovann Alarcón, «Los niños: una inversión necesaria». En: Vásquez y Mendizábal, 2002.



EL CICLO DE LA NIÑEZ

«Piense cómo están los niños peruanos hoy y sabrá cómo estará el Perú en 20 años».

1. El ciclo de la niñez

El desarrollo de los niños presenta etapas de crucial importancia en la formación de capital humano. Este ciclo se extiende desde el mismo embarazo hasta la adolescencia, y a lo largo de él los niños presentan necesidades y características distintas. Así, se pueden identificar cuatro etapas claramente diferenciadas: el embarazo, la infancia (primeros 3 años), la niñez (entre los 4 y 11 años)² y la adolescencia.

Una maternidad segura incluye aspectos de planificación familiar, atención prenatal, parto en condiciones adecuadas y cuidados básicos disponibles para los embarazos de riesgo y las eventuales complicaciones. El proceso de formación del niño se inicia con el embarazo de la madre. Es durante esa etapa en la que los primeros signos de exclusión afectan el desarrollo y el crecimiento del niño. El 72% de las mujeres que residen en zonas rurales tuvieron por lo menos un control prenatal, mientras en el caso de las mujeres sin nivel educativo la cobertura es de 58% (Ministerio de Salud, 2002). Esta situación contribuye a que se produzcan muertes maternas tras las cuales subyace, por cierto, una combinación

de factores sociales, causas médicas y fallas en los sistemas de provisión de la salud.

Entre las causas médicas de muerte materna se puede mencionar las hemorragias de parto, el trabajo de parto obstruido, el aborto y la sepsis. Entre las causas vinculadas a la organización del sistema de salud se tiene la presencia de registros y servicios no adecuados, la escasa planificación para el parto y las dificultades para identificar las señales de riesgo. Las causas sociales son de diversa índole: unas conectadas con el reconocimiento del problema y la toma de decisiones; otras asociadas con la falta de información, la dependencia de prácticas tradicionales y la creencia de que las señales de alarma son normales. Además, también se encuentran barreras de acceso económico y geográfico, así como desencuentros culturales entre las prácticas de los establecimientos de salud y las costumbres tradicionales, que limitan la cobertura de los servicios de salud durante el embarazo. Sobre esto último, es necesario señalar que las recientes medidas del Ministerio de Salud –Seguro Integral de Salud (antes Seguro Materno Infantil) y creación

² Si bien en este texto se está considerando esta periodificación, en términos estrictos la infancia comprende desde el nacimiento hasta el año. Así, en los indicadores estadísticos específicos, cuando se habla, por ejemplo, de mortalidad infantil, debe entenderse que se refiere a infantes desde su nacimiento hasta el año.

de las Casas de Espera— intentan mitigar estos problemas.

En estas condiciones, no es posible reducir la cantidad de embarazos de alto riesgo, el número y la severidad de las complicaciones obstétricas, y la tasa de letalidad en las mujeres con complicaciones. A la luz de estos resultados, se hace evidente que los servicios de atención materna no llegan a la población más necesitada, y que ello tiene un impacto negativo en la gestación y en la salud del recién nacido. Como consecuencia de estos problemas, el porcentaje de niños que nacen con menos de 2,5 kg es de 14% entre los pobres extremos, y de 13% entre el resto de niños pobres (Instituto Cuánto, 2000b).

Las condiciones de salud de la madre también son un factor determinante. Un mal estado nutricional de la madre, así como la baja cobertura de los servicios de salud, impacta sobre los niveles de supervivencia del niño: las madres más pobres se enferman más y presentan condiciones físicas desfavorables. Así, según la ENDES 2000, en el Perú la tasa de mortalidad infantil nacional es de 43 muertes por cada mil nacidos vivos.³ Sin embargo, se observa que en las zonas rurales el número de muertes asciende a 60, mientras que en las zonas urbanas es sólo 28. Los departamentos con la tasa más alta son Cusco (84), Huancavelica (71) y Apurímac (71). En lo que se refiere a la desnutrición crónica, se observa que 13% de los niños menores de 5 años residentes en zonas urbanas y 40% de los que habitan en zonas rurales también presentan esta característica. En el caso de los hijos de madres sin

educación, esta tasa aumenta a 52%. Nuevamente, los resultados no son homogéneos, lo que evidencia una desigualdad de oportunidades.

La situación nutricional de los niños en edad preescolar influye directamente sobre su capacidad de aprendizaje y limita su desempeño en el ámbito escolar. Este desempeño presenta indicadores bastante críticos. Una muestra de ello es que de cada tres niños, sólo uno culmina los estudios a los 16 años —edad a la que normalmente se deberían culminar—, mientras que uno de esos tres probablemente ha repetido por lo menos un año de educación, y uno de ellos ha abandonado los estudios.⁴ La situación de pobreza de las familias, sumada a la educación de baja calidad, contribuyen a estos resultados. En consecuencia, las posibilidades de que estos niños logren alcanzar un grado de estudios que les permita salir de la pobreza y la exclusión son escasas.

La problemática presentada en la niñez continúa en un proceso de transmisión intergeneracional de la pobreza. Los hijos de las personas que se han desarrollado en las condiciones antes descritas no encuentran un medio mejor que aquel en el que sus padres crecieron. Es decir, un adulto que nació pobre transmitirá a sus hijos las mismas desventajas que él tuvo durante su niñez: pobreza, exclusión, desnutrición, bajo desempeño escolar. Es indispensable que las políticas del Estado se concentren en los problemas que atraviesa la población infantil, para que no sólo se brinden oportunidades a las personas que actualmente son niñas, sino que el efecto de las mismas se vea reflejado en las futuras generaciones.

³ Esta tasa considera los 10 años previos a la encuesta ENDES 2000. La tasa para los 5 años anteriores a la encuesta es de 33 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.

⁴ Luis Navarro, *La República*, 16 de junio del 2002, Lima, pp. 8-10.



MATERNIDAD SEGURA

...los niños de madres pobres experimentan, desde la gestación, grandes desventajas para llevar una vida sana.

2. Maternidad segura

2.1. Planificación familiar

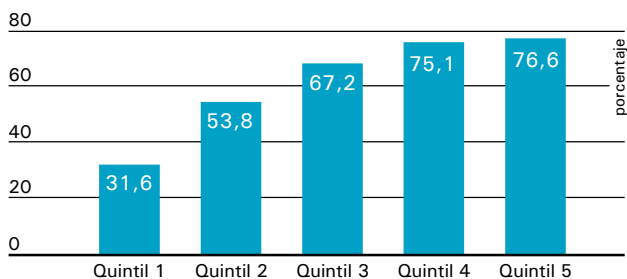
Planificar el número de hijos deseados es el primer paso para asegurar la compatibilidad entre el tamaño de la familia y la disponibilidad de recursos económicos de la misma; por lo tanto, este factor explica en parte la magnitud de la calidad de vida de los miembros del hogar. En el Perú, la baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil (44%) es inferior a la necesidad reportada de planificación familiar (52%), de tal forma que el intervalo intergenésico es reducido: 36,9 meses. Esto ocasiona que la tasa global de fecundidad observada sea de 2,9, mientras que la deseada es de 1,9. A pesar de que durante los últimos 10 años esta brecha se ha reducido, todavía es alta. Hay un número elevado de nacimientos no deseados y éstos tienen efectos posteriores en la calidad de vida del niño. La edad promedio de la mujer en el primer parto es de 21,9 años, pero en zonas de sierra y selva rural es menor. En estos lugares, el problema del embarazo adolescente es crítico; en la selva rural, éste llega a 25% (Ministerio de Salud, 2002).

2.2. Controles prenatales

Si bien las ENDES III y IV indican que en el ámbito nacional el acceso al cuidado prenatal institucional se incrementó en 12 puntos porcentuales entre 1996 y el 2000, este indicador continúa siendo bajo: en el 2000, 84% de muje-

res tuvieron un control prenatal, mientras que sólo 60% de las madres tienen entre cuatro o más controles, cifra considerada mínima para un adecuado seguimiento del embarazo en el Perú. Hay una gran inequidad en el acceso a estos servicios: en Lima Metropolitana, la cobertura es de 96,4% y en otras ciudades alcanza 90,5%, pero en la zona rural baja a 72%. El número de atenciones prenatales realizadas por un médico en Lima Metropolitana es de 64,5%; en otras grandes ciudades alcanza 41,2% y en la zona rural 30,1%. La exclusión se manifiesta en el nivel de educación de la madre: sólo 58% de las mujeres sin educación tuvieron controles prenatales. En el gráfico 1 se observa la relación entre la cobertura

Gráfico 1
Controles prenatales^{1/} según nivel socioeconómico^{2/}



^{1/} El porcentaje es de las mujeres que tuvieron cuatro o más controles prenatales durante todo el embarazo.

^{2/} Elaborado sobre la base del índice de activos del Banco Mundial. El orden es del quintil más pobre al más rico.

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

de controles prenatales y el nivel socioeconómico. Así, mientras que las mujeres del quintil más rico muestran una cobertura de 76,6%, sólo 32% de las mujeres pertenecientes al quintil más pobre tienen cuatro o más controles prenatales.

Los departamentos en los que se encuentra la menor proporción de atención prenatal profesional —sea ésta proporcionada por un médico, una enfermera o una obstetriz— son Amazonas, Cajamarca, Huánuco y Loreto: 40,8%, 31,9%, 34,4% y 36,8%, respectivamente. Estos últimos resultados muestran la precariedad de la atención prenatal en las zonas de exclusión del Perú, ya que estas cifras son los promedios departamentales. Además, existe una clara inequidad en el acceso según niveles socioeconómicos: 63% de

las mujeres del quintil más rico son atendidas por un médico, mientras que sólo 11% de las mujeres del quintil más pobre cuentan con ese tipo de atención (cuadro 4). En términos del área de residencia, 49% de las mujeres que viven en las zonas urbanas son atendidas por un médico, en comparación con 15% de las residentes en zonas rurales.

Por otro lado, según datos de la ENDES IV, la mitad de las mujeres del quintil más pobre que estuvieron embarazadas no tuvieron control prenatal alguno. Sólo 32% de ellas tuvieron más de cuatro controles prenatales. Sólo 69% de las mujeres con hijos menores de 5 años tuvieron cuatro o más controles prenatales durante su último embarazo, mientras que 14% no tuvo ninguna

Cuadro 4

Personal que atendió el control prenatal según nivel socioeconómico^{1/} y área de residencia

(en porcentaje)

| | Médico | Enfermera | Obstetriz | Partera | Sanitario | Promotor | Otro | Nadie |
|-----------------------|--------|-----------|-----------|---------|-----------|----------|------|-------|
| Quintil 1 (más pobre) | 10,7 | 31,1 | 26,0 | 1,1 | 3,4 | 0,9 | 0,1 | 36,1 |
| Quintil 2 | 17,3 | 28,9 | 41,2 | 1,2 | 3,5 | 0,5 | 0,2 | 21,6 |
| Quintil 3 | 31,6 | 17,0 | 60,1 | 0,4 | 0,6 | 0 | 0,2 | 12,0 |
| Quintil 4 | 50,8 | 10,1 | 62,5 | 0,3 | 0,1 | 0 | 0,3 | 4,4 |
| Quintil 5 (más rico) | 62,8 | 7,5 | 54,1 | 0,3 | 0,1 | 0 | 0,1 | 3,3 |
| Rural | 15,1 | 30,9 | 34,5 | 1,3 | 3,4 | 0,7 | 0,1 | 26,9 |
| Urbano | 48,7 | 10,3 | 59,1 | 0,2 | 0,2 | 0 | 0,2 | 7,4 |
| Total | 34,7 | 18,9 | 48,8 | 0,7 | 1,5 | 0,3 | 0,2 | 15,5 |

^{1/} Los quintiles se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial. Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

Cuadro 5

Número de controles prenatales según nivel socioeconómico

(en porcentajes de mujeres embarazadas)

| Grado de pobreza | Número de controles prenatales | | | | Total |
|-----------------------|--------------------------------|---------------|-------------------|-------------|-------|
| | No ha tenido | De uno a tres | De cuatro a siete | Más de ocho | |
| Quintil 1 (más pobre) | 52,8 | 1,2 | 24,7 | 7,3 | 100 |
| Quintil 2 | 31,3 | 14,8 | 33,0 | 20,9 | 100 |
| Quintil 3 | 21,5 | 11,2 | 33,8 | 33,5 | 100 |
| Quintil 4 | 18,0 | 6,8 | 33,4 | 41,8 | 100 |
| Quintil 5 (más rico) | 17,5 | 5,9 | 29,5 | 47,1 | 100 |
| Total | 34,1 | 12,2 | 29,7 | 24,0 | 100 |

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

atención. La diferencia de acceso a los controles prenatales por nivel de ingreso del hogar es notoria y muestra una vez más que los niños de madres pobres experimentan, desde la gestación, grandes desventajas para llevar una vida sana.

2.3. Parto institucional

En el caso de la atención del parto, en el año 2000 sólo 58% de mujeres fueron atendidas por personal profesional de la salud. Se observa en este terreno una mejora de tres puntos porcentuales en comparación con los resultados de 1996 que señala ENDES 2000. Definitivamente, el aumento de la cobertura no es compatible con la gran inversión física y de recursos realizada por el sector Salud durante la última década. Por ejemplo, a pesar de que se logró aumentar el número de postas y centros de salud operativos de 1.000 en 1990 a 4.500 en el 2001, poco se ha avanzado en mejorar las condiciones de vida de los niños —en especial de los más pobres— y escaso ha sido el margen de mejora en la atención institucional del parto. De acuerdo con los resultados de la ENDES 2000, los departamentos con menor atención profesional del parto son Amazonas, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno: 27,3%, 22,2%, 19,6%, 28,3% y 20,5%, respectivamente. En contraste, Lima Metropolitana presenta una cobertura de 93,5%. Este último resultado evidencia las grandes inequidades que se encuentran en el país; asimismo, muestra la necesidad de realizar de inmediato acciones tendentes a la reducción de estas brechas y de asegurar una verdadera maternidad libre de riesgos, especialmente si tenemos en consideración que la mayoría de las muertes maternas se presenta como consecuencia de complicaciones del parto.

El parto domiciliario es de 41% en el nivel nacional, cifra menor al 52% registrado en 1992. Nuevamente, este valor promedio esconde las inequidades por nivel socioeconómico. Así, en el quintil más rico se encuentra que la cobertura de parto institucional dobla la que existe en el quintil más pobre en las zonas urbanas, y es cinco veces mayor si se comparan las zonas rurales de ambos quintiles. En el quintil más pobre, 81,6% de las mujeres da a luz en sus domicilios. En la zona rural, esta cifra es de 74,5% (ENDES 2000).

Cuadro 6

Lugar de atención del parto según área de residencia
(en porcentaje)

| | Rural | Urbano | Total |
|--------------------------|-------|--------|-------|
| Casa | 74,5 | 15,8 | 40,3 |
| Hospital del MINSALUD | 11,1 | 43,0 | 29,6 |
| Hospital de ESSALUD | 1,8 | 13,6 | 8,7 |
| Hospital de las FF. AA. | 0,1 | 1,5 | 0,9 |
| Centro de salud MINSALUD | 5,6 | 7,7 | 6,9 |
| Posta MINSALUD | 3,2 | 2,2 | 2,6 |
| Centro de salud ESSALUD | 0,3 | 2,6 | 1,7 |
| Clínica privada | 1,1 | 9,4 | 5,9 |
| Consultorio particular | 0,6 | 2,5 | 1,7 |
| Casa de partera | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| Otro | 1,0 | 1,1 | 1,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

El estado de atención del parto en un establecimiento de salud y de atenciones prenatales no es homogéneo en el Perú. Como se muestra en el cuadro 7 con los extremos del control prenatal, los departamentos de Tacna y Lima son los que presentan la mayor cobertura: 76% y 74%, respectivamente, mientras que en Amazonas y Huánuco esta cobertura se reduce de manera significativa: 31% y 33%, respectivamente. Por otro lado, en Ica y Lima se encuentra la mayor cobertura de parto institucional: 93% y 90%, respectivamente; en Puno y Cajamarca esta cobertura es alarmante: 21% y 22%, respectivamente. Estos resultados evidencian la urgencia de una inversión focalizada y dirigida de forma especial hacia las zonas más pobres y con menores registros de cobertura, esto es, las más excluidas.

Las barreras que explican la baja atención institucional del parto pueden clasificarse en tres áreas: geográficas, económicas y socioculturales. En primer lugar, la geografía accidentada y la distancia entre el lugar de residencia y los servicios de salud —especialmente en zonas rurales— dificultan el acceso rápido, incluso en casos de emergencia, y limitan los partos institucionales.

En muchas zonas, las personas tienen que caminar más de cinco horas para llegar al centro de salud más cercano; si una mujer se encuentra en el inicio de su trabajo de parto, difícilmente podrá llegar a tiempo al centro de salud. Ante este problema, se han diseñado las «casas de espera materna», que se encuentran cerca del centro de salud y permiten que las gestantes cuyo parto está próximo y que residen en comunidades lejanas puedan establecerse temporalmente en ellas. Como toda nueva acción, las «casas de espera

materna» deben mejorar todavía muchos aspectos. Las mujeres suelen preferir estar acompañadas por alguien, lo cual no siempre es posible en estas «casas». Por el momento, esta estrategia tiene un desarrollo limitado. Se requiere ampliar su cobertura y darle mayor sostenibilidad.

De acuerdo con los resultados de la ENDES IV, 33,6% de las mujeres que perciben que el acceso a los servicios de salud es un gran problema viven a gran distancia de éstos. Pero este porcentaje surge de una evaluación en el nivel nacional, que muestra diferencias cuando se refiere al nivel departamental, en el que los porcentajes varían de 15% en Tumbes a 66,5% en Huancavelica, y 60% en las zonas rurales del Perú. Otra barrera que dificulta el acceso es «tener que tomar transporte», factor que influye en la situación de 29% de las mujeres a escala nacional y de 58% de ellas en las zonas rurales. El aspecto cultural es otro problema importante, que requiere modificar procedimientos de atención y adecuar la oferta sanitaria a las demandas y necesidades de las usuarias. Si no se considera este elemento, se seguirá manteniendo la exclusión de una alta proporción de mujeres pobres e indígenas.

El acceso de las mujeres a los servicios de salud también se ve limitado por la falta de disponibilidad de recursos económicos. ENDES 2000 reportó que 65% de las mujeres que tienen problemas de acceso a los servicios de salud señaló que la principal restricción es la económica. Nuevamente, esta cifra esconde diversas inequidades. Por ejemplo, este mismo porcentaje en las zonas rurales es de 82,9%, frente a 57,3 en las zonas urbanas; esto es, las zonas rurales presentan 25,6 puntos porcentuales más que las zonas urbanas. En el nivel departamental, los porcentajes de mujeres que reconocen que el problema económico es una barrera para el acceso a los servicios de salud van desde 48,6% en Moquegua hasta 83,8% en Cajamarca. En el gráfico 2 se observa la gran diferencia en la atención del parto según los niveles socioeconómicos. Sólo 20,1% de los partos de mujeres del quintil más pobre se atienden en un establecimiento de salud, mientras que 92,9% de las mujeres del quintil más rico tienen esta atención.

Cuadro 7

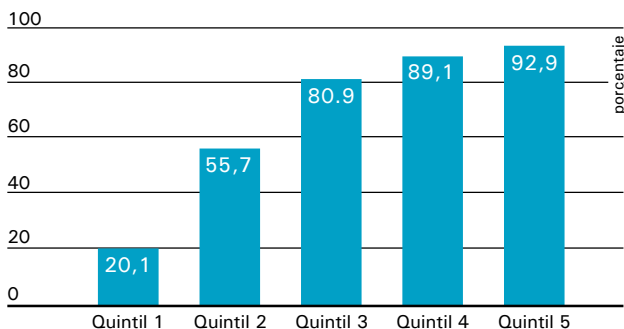
Cobertura de los controles prenatales y del parto según departamento

(en porcentaje)

| | Realizaron más de cuatro controles prenatales | Parto institucional |
|---------------|---|---------------------|
| Ica | 66,5 | 92,5 |
| Lima | 74,0 | 89,5 |
| Tumbes | 72,2 | 85,7 |
| Moquegua | 70,9 | 83,6 |
| Tacna | 76,4 | 82,2 |
| Arequipa | 60,1 | 79,4 |
| Madre de Dios | 54,3 | 74,9 |
| Piura | 53,1 | 63,4 |
| Lambayeque | 50,8 | 57,4 |
| La Libertad | 45,1 | 51,6 |
| Pasco | 45,2 | 50,7 |
| Apurímac | 55,8 | 49,3 |
| Ayacucho | 41,5 | 47,2 |
| Ucayali | 44,9 | 46,3 |
| Junín | 41,4 | 46,0 |
| San Martín | 54,7 | 45,8 |
| Loreto | 36,1 | 39,6 |
| Cusco | 57,4 | 39,4 |
| Áncash | 48,4 | 38,4 |
| Huánuco | 33,1 | 28,3 |
| Amazonas | 30,5 | 27,3 |
| Cajamarca | 35,1 | 22,2 |
| Puno | 41,9 | 20,5 |
| Huancavelica | 37,1 | 19,6 |

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

Gráfico 2
Parto institucional según nivel socioeconómico^{1/}



^{1/} Elaborado sobre la base del índice de activos del Banco Mundial. El orden es del quintil más pobre al más rico. Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

El antiguo Seguro Materno Infantil (SMI), actualmente incorporado al Seguro Integral de Salud (SIS), ha sido diseñado como una estrategia que permita eliminar la barrera económica en el acceso de atenciones prenatales, del parto y del posparto. El seguro ha logrado importantes coberturas de atención en madres gestantes, alcanzando afiliar a 140.600 gestantes puerperas, las cuales recibieron 916.500 atenciones sólo en el 2001. Sin embargo, aún es limitada su cobertura en las áreas rurales; el grado de des-

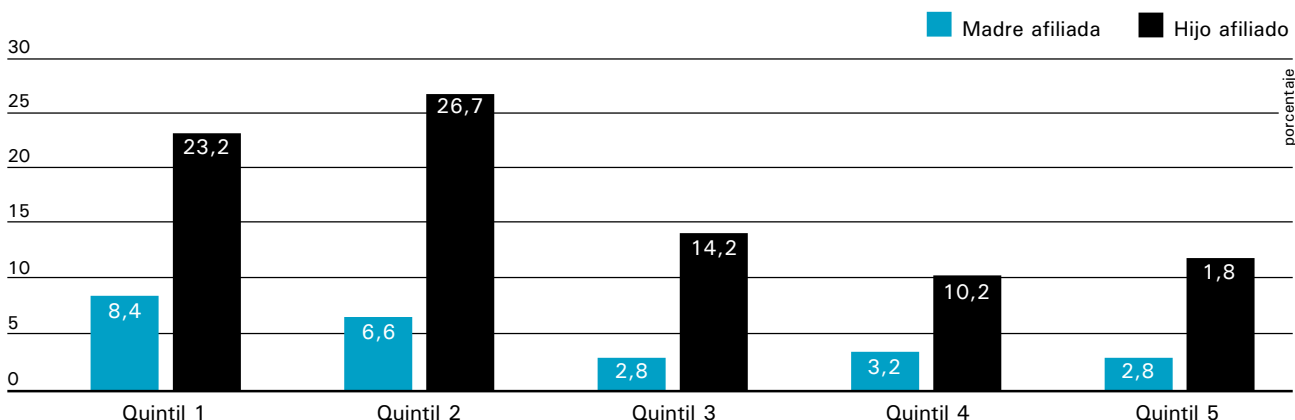
atención es mayor en la sierra y selva del país. De acuerdo con la línea de base realizada por UNICEF en el distrito de Río Santiago, departamento de Amazonas, sólo 42% de las madres gestantes fueron atendidas por el SIS.

En el gráfico 3 se presenta la relación entre la afiliación al SMI y el nivel socioeconómico.

En las zonas excluidas, la falta de adecuación de los servicios de salud a las necesidades o requerimientos de las gestantes impide que el parto se produzca en el centro de salud. La presencia de sus familiares durante el parto es una de las exigencias que comúnmente plantean las gestantes; esto les da más confianza y comodidad en el momento de dar a luz. Según la ENDES IV, 33% de las mujeres que perciben el acceso a los servicios de salud como un gran problema identifica el «no querer ir sola» como la principal barrera; Ayacucho y Cajamarca son los departamentos que presentan los mayores porcentajes de mujeres que dan esta explicación: 52% y 54%, respectivamente.

Los establecimientos de salud no han logrado un avance sustancial en mejorar su imagen como prestadores que incorporen un enfoque basado en el usuario. Los usuarios, principalmente los más pobres, perciben maltrato y falta de respeto hacia

Gráfico 3
Afiliación de la madre y del niño al SMI según nivel socioeconómico^{1/}



^{1/} Los quintiles se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial. El quintil 1 es el más pobre, mientras que el quintil 5 es el más rico. Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

su «privacidad» por parte del personal de los establecimientos de salud. Por otro lado, algunas «normas» o «usos comunes» de los partos institucionales no se adaptan a la cultura de la población. Por ejemplo, en algunas zonas del Perú se acostumbra tener un tiempo prolongado de reposo luego del parto, lo cual no es compatible con las políticas de los establecimientos de salud. Otro factor importante es la postura de la madre durante el trabajo de parto. Las gestantes de zonas rurales manifiestan su deseo de dar a luz en cuclillas porque esta posición facilita la salida del niño con menos dolor; sin embargo, muchos profesionales de la salud no toman en cuenta estas prácticas demandadas por la población.

Otro problema asociado con las preferencias de las usuarias es la escasez de personal femenino en los establecimientos de salud. En todo el Perú, este factor es identificado por 45,1% de las mujeres que presentan problemas de acceso (ENDES 2000). En las zonas rurales, este porcentaje se

eleva en 7,4 puntos porcentuales, mientras que en Ayacucho, Cajamarca y Puno la carencia de personal femenino afecta a 61% de las mujeres que perciben el acceso a los servicios de salud como un gran problema. El Estado y la sociedad civil deben concentrar sus esfuerzos en este terreno, ya que cambiar el estilo de trabajo de los profesionales de salud e incorporar personal femenino es una ardua tarea de mediano y largo plazo.

A continuación, se presentan las razones que dieron las madres para explicar por qué no fueron a dar a luz en un establecimiento del Ministerio de Salud. Mientras que en el cuadro 8 se encuentran las explicaciones que dieron todas las mujeres que no alumbraron en este tipo de establecimientos, en los cuadros 9 y 10 se muestran las explicaciones de las mujeres que fueron atendidas por una partera o un pariente, respectivamente. Así, se observan cinco razones destacables: la lejanía del hospital, la afiliación a otro seguro de

Cuadro 8

Razón para no dar a luz en un establecimiento del MINSA según nivel socioeconómico^{1/}

(en porcentaje)

| | Quintil 1 (más pobre) | Quintil 2 | Quintil 3 | Quintil 4 | Quintil 5 (más rico) | Total |
|--|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------------------|-------|
| No existe en la localidad | 5,3 | 2,8 | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 2,4 |
| Quedaba muy lejos | 31,8 | 26,2 | 11,5 | 5,2 | 2,3 | 18,2 |
| No había personal | 4,6 | 6,8 | 5,1 | 1,6 | 0,6 | 4,1 |
| Estaba afiliada a otro servicio de salud | 0,4 | 2,1 | 16,8 | 41,8 | 52,3 | 18,5 |
| El personal daba malos tratos | 2,3 | 2,7 | 3,7 | 3,6 | 4,0 | 3,1 |
| No había privacidad en la atención | 0,7 | 1,3 | 2,1 | 0,9 | 0,2 | 1,0 |
| El esposo o un familiar se opusieron | 2,7 | 2,1 | 1,5 | 2,6 | 2,1 | 2,2 |
| Por tradición | 21,7 | 19,6 | 12,7 | 5,3 | 4,3 | 14,3 |
| No era higiénico | 0 | 0,1 | 0,1 | 0 | 0 | 0 |
| No confiaba en la atención | 7,2 | 9,8 | 16,3 | 20,2 | 22,6 | 13,9 |
| El personal le pareció descuidado | 0,2 | 0,4 | 0,6 | 0,3 | 0,9 | 0,4 |
| El servicio estaba congestionado | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 0,7 | 1,6 | 0,5 |
| No tenía dinero | 14,9 | 12,5 | 12,1 | 6,5 | 1,8 | 10,4 |
| No la quisieron atender | 0,3 | 0,6 | 1,5 | 1,7 | 0,3 | 0,8 |
| Otro | 7,9 | 12,9 | 15,0 | 9,2 | 6,4 | 10,2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

^{1/} Los quintiles se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

salud, la diferencia de costumbres, la desconfianza en la atención y la falta de dinero. Entre las mujeres que recibieron atención de una partera o de un pariente, la afiliación a otro seguro de salud deja de ser una razón importante y más bien hay que tener en cuenta los otros factores.

Otra brecha que se observa se refiere al personal que atendió el parto. Los resultados muestran que las mujeres de mayor nivel socioeconómico no sólo son atendidas por personal de salud más calificado sino que también tienen a su servicio a un mayor número de personas. Estos resultados pue-

Cuadro 9

Razón para no dar a luz en un establecimiento del MINSA entre las mujeres que fueron atendidas por una partera, según nivel socioeconómico^{1/}

(en porcentaje)

| Razón | Quintil 1 (más pobre) | Quintil 2 | Quintil 3 | Quintil 4 | Quintil 5 (más rico) | Total |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------------------|-------|
| No existe en la localidad | 5,4 | 2,5 | 0,5 | 1,2 | 1,6 | 3,2 |
| Quedaba muy lejos | 29,8 | 26,1 | 11,6 | 6,8 | 4,8 | 23,4 |
| No había personal | 5,6 | 6,6 | 4,3 | 5,2 | 0,9 | 5,6 |
| El personal daba malos tratos | 0,8 | 2,3 | 2,9 | 3,9 | 5,1 | 2,0 |
| No había privacidad en la atención | 0,3 | 1,4 | 1,3 | 0,7 | 0,6 | 0,9 |
| El esposo o un familiar se opusieron | 3,1 | 1,6 | 1,8 | 4,0 | 0 | 2,3 |
| Por tradición | 23,5 | 23,1 | 23,0 | 19,0 | 19,7 | 22,9 |
| No confiaba en la atención | 7,5 | 9,1 | 14,9 | 20,4 | 34,8 | 10,9 |
| El personal le pareció descuidado | 0 | 0,5 | 0,7 | 0 | 0,6 | 0,3 |
| El servicio estaba congestionado | 0 | 0,1 | 0 | 1,0 | 0 | 0,1 |
| No tenía dinero | 16,6 | 14,7 | 20,1 | 17,4 | 12,6 | 16,4 |
| No la quisieron atender | 0,2 | 1,0 | 2,4 | 4,2 | 0,0 | 1,1 |
| Otro | 7,2 | 11,1 | 16,5 | 16,3 | 19,4 | 10,9 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

^{1/} Los quintiles se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

Cuadro 10

Personal que atendió el parto según nivel socioeconómico^{1/} y área de residencia

(en porcentaje)

| | Médico | Enfermera | Obstetriz | Partera | Pariente | Sanitario | Promotor | Otro | Nadie |
|-----------------------|--------|-----------|-----------|---------|----------|-----------|----------|------|-------|
| Quintil 1 (más pobre) | 8,2 | 12,2 | 11,3 | 39,7 | 41,2 | 1,8 | 2,8 | 1,9 | 3,1 |
| Quintil 2 | 18,9 | 22,0 | 21,9 | 34,1 | 32,7 | 1,9 | 2,1 | 2,5 | 1,0 |
| Quintil 3 | 41,5 | 38,4 | 47,4 | 14,9 | 15,2 | 1,1 | 0,7 | 4,4 | 0,3 |
| Quintil 4 | 58,7 | 44,8 | 57,4 | 6,8 | 5,4 | 1,9 | 0,3 | 6,7 | 0 |
| Quintil 5 (más rico) | 69,7 | 47,6 | 57,0 | 3,2 | 2,8 | 2,6 | 0 | 9,9 | 0 |
| Rural | 13,3 | 17,7 | 17,8 | 36,0 | 37,7 | 1,8 | 2,5 | 2,2 | 1,8 |
| Urbano | 58,1 | 44,0 | 54,3 | 8,0 | 6,3 | 1,9 | 0,2 | 7,1 | 0,2 |
| Total | 39,4 | 33,0 | 39,0 | 19,7 | 19,5 | 1,9 | 1,2 | 5,1 | 0,9 |

^{1/} Los quintiles se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

den ser apreciados en el cuadro 10. El 8,2% de las mujeres más pobres fueron atendidas por un médico, mientras que 70% de las mujeres pertenecientes al quintil más rico recibieron esta atención. El servicio de parteras o parientes es mayor entre los quintiles más pobres; los mismos patrones se observan entre las mujeres residentes en zonas rurales.

2.4. Cuidados del parto y el posparto

Mientras que la prolongación del parto no es, aparentemente, una complicación exclusiva de las mujeres más pobres, el sangrado, la fiebre y las convulsiones sí lo son. El cuadro 11 muestra que

5,3% de las mujeres del quintil más pobre tuvieron convulsiones, porcentaje que se reduce a 1,8% entre las mujeres pertenecientes al quintil más rico. En las zonas rurales, el parto prolongado y la fiebre alta con sangrado son eventos más frecuentes que en las zonas urbanas.

En el caso de las complicaciones posparto, se observa que la fiebre alta con escalofríos y el dolor y ardor al orinar son las más frecuentes. Asimismo, persiste la relación entre las complicaciones y el nivel socioeconómico. El 15% de las mujeres del quintil más pobre presenta sangrado vaginal intenso durante los 40 días posteriores al parto, mientras que entre las mujeres del quintil más rico este porcentaje se reduce a la mitad: 7,5%.

Cuadro 11

Complicaciones del parto según área de residencia y nivel socioeconómico^{1/}

(en porcentaje)

| | Quintil 1 (más pobre) | Quintil 2 | Quintil 3 | Quintil 4 | Quintil 5 (más rico) | Rural | Urbano | Total |
|----------------------------------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------------------|-------|--------|-------|
| Parto prolongado | 23,6 | 24,7 | 26,7 | 25,6 | 21,7 | 25,3 | 24,0 | 24,5 |
| Sangrado excesivo | 24,9 | 25,4 | 22,2 | 20,3 | 15,9 | 25,7 | 18,9 | 21,7 |
| Fiebre alta con sangrado vaginal | 10,7 | 9,3 | 9,2 | 5,8 | 5,3 | 10,4 | 6,4 | 8,1 |
| Convulsiones | 5,3 | 5,5 | 4,6 | 3,2 | 1,8 | 5,8 | 2,9 | 4,1 |
| Otra | 3,1 | 3,1 | 5,0 | 4,8 | 5,9 | 3,1 | 5,3 | 4,4 |

^{1/} Los quintiles se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

Cuadro 12

Complicaciones posparto según nivel socioeconómico^{1/}

(en porcentaje)

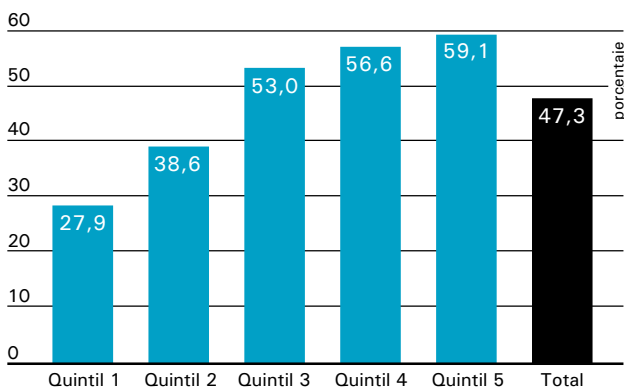
| Complicaciones | Quintil 1 | Quintil 2 | Quintil 3 | Quintil 4 | Quintil 5 | Total |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Sangrado vaginal intenso | 14,5 | 13,7 | 12,3 | 9,3 | 7,5 | 11,5 |
| Desmayo o pérdida del conocimiento | 9,4 | 6,9 | 3,8 | 3,4 | 2,3 | 5,2 |
| Fiebre alta o escalofríos | 20,0 | 17,6 | 19,8 | 15,9 | 15,5 | 17,8 |
| Infección de los senos | 7,5 | 7,5 | 8,5 | 6,2 | 9,8 | 7,9 |
| Dolor y ardor al orinar | 15,2 | 15,2 | 18,1 | 16,7 | 16,0 | 16,2 |
| Flujos o líquidos vaginales | 10,1 | 11,2 | 13,0 | 13,4 | 13,0 | 12,2 |
| Pérdida involuntaria de orina | 7,3 | 5,4 | 7,3 | 8,9 | 8,4 | 7,5 |

^{1/} Los quintiles se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

Las complicaciones que se presentan en el cuadro 12 están fuertemente asociadas con las condiciones del parto. Las mujeres más pobres no acceden a servicios de salud que disminuyan los riesgos de salud reproductiva. Sólo 28% de las madres que tienen complicaciones posparto y pertenecen al quintil más pobre acuden a un centro de salud para controlarse, en comparación con el 59,1% de las mujeres que pertenecen al quintil más rico y realizan los controles (ver gráfico 4). En el caso de la zona urbana, 36% de las mujeres del quintil más pobre y 55% del más rico realizan sus controles en el centro de salud.

Gráfico 4

Acudió a un centro de salud por las complicaciones posparto que tuvo, según nivel socioeconómico^{1/}



^{1/} Los quintiles se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

2.5. La mortalidad materna

La ENDES IV del año 2000 indica que la tasa de mortalidad materna a escala nacional durante el período 1994-2000 es de 185 por cada 100 mil nacidos vivos. Sin embargo, se debe considerar que éste es el promedio nacional y que esconde varios problemas, el principal de los cuales es, quizá, la falta de equidad. Esta tasa es mucho mayor en los departamentos más pobres, donde

incluso llega a superar las 400 muertes maternas por cada 100 mil niños nacidos vivos.⁵

La situación de la maternidad no es alentadora, en especial en zonas pobres, rurales y de exclusión. Las principales razones de muerte de las madres son la hemorragia posparto, el trabajo de parto obstruido, el aborto y la sepsis. Diversos son los motivos que determinan la alta tasa de mortalidad materna. Entre ellos están el diagnóstico no adecuado, las dificultades en la identificación de los signos de alarma, el escaso acceso al control prenatal, la falta de información exacta sobre las condiciones de la salud materna, el uso exclusivo de prácticas tradicionales, etcétera.

Las mujeres gestantes de estas zonas tienen que sobreponerse a todas estas dificultades para poder llevar un embarazo y un parto adecuados, y así reducir el riesgo de muerte. En primer lugar, el acceso es limitado en varios aspectos: geográfico, económico y sociocultural. En el aspecto geográfico, hay un problema de acceso físico: escasa disponibilidad de establecimientos de salud y necesidad de permanecer mucho tiempo en algún vehículo de transporte para llegar hasta ellos. En lo que respecta a la barrera económica, podemos mencionar el alto costo relativo de los servicios, los altos costos para llegar oportunamente a ellos y la falta de una política de exoneraciones que beneficie a los más pobres y excluidos. Por otro lado, hay barreras sociales y culturales que impiden un mejor acceso de las madres rurales y pobres: ausencia de una cultura de promoción y prevención de la salud de las madres y los niños, concepciones preestablecidas sobre la nutrición y alimentación del niño y la madre, inequidades de género y violencia, percepción de los usuarios de que los servicios de salud públicos no son apropiados, ausencia de un sistema de seguimiento y supervisión de los derechos de los usuarios, y falta de capacidad de los establecimientos de salud para resolver complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

⁵ En el Perú la tasa de mortalidad derivada de la maternidad ajustada para el 2000 es de 410 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos según el *Estado Mundial de la Infancia 2004* publicado por UNICEF. El UNICEF, la OMS y el FNUAP analizan periódicamente estos datos y realizan ajustes para corregir los problemas, de los que hay numerosos ejemplos, que se producen como consecuencia de la presentación de datos incompletos o clasificados erróneamente sobre la mortalidad derivada de la maternidad, y para preparar estimaciones sobre los países sin datos.



EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA

La lactancia materna permite establecer una relación íntima entre la madre y el bebé, reduce el estrés y protege contra infecciones agudas y crónicas.

3. El crecimiento y el desarrollo durante la primera infancia

El crecimiento y el desarrollo durante los primeros años de vida de los niños constituyen la base sobre la cual se sostiene el incremento del capital humano y del cual depende el avance de toda sociedad. Se entiende por *crecimiento* el incremento en el peso y la talla de los niños y por *desarrollo* la maduración de las funciones del cerebro y de otros órganos vitales. El crecimiento y el desarrollo temprano ocurren durante la gestación y los tres primeros años de vida, período trascendentalmente crítico porque es durante ese lapso cuando el cerebro se forma y madura a la máxima velocidad. Siendo el cerebro el centro del desarrollo del niño, las condiciones del ambiente intrauterino y del entorno familiar después del nacimiento determinan, en buena parte, el potencial de capacidades que éste tendrá en su vida futura, como individuo y como miembro de la sociedad a la cual pertenece.

En el pasado se creía que la herencia genética era el factor determinante del crecimiento y el desarrollo. Hoy en día, existe suficiente evidencia científica que demuestra que *somos lo que somos no sólo por los genes que heredamos sino por el ambiente que heredamos*. En efecto, la nutrición, la salud y la estimulación son factores críticos determinantes para medir la calidad del ambiente en el cual el niño se gesta, crece y despliega su potencial. Si estos factores son desfavorables, se presentarán retardos en el crecimiento y el desarrollo, y por consiguiente el niño perderá sus oportunidades para ejercitar al máximo sus posibilidades.

La manifestación más evidente de los retardos durante el período temprano consiste en que, al crecer, estos niños se transforman en personas de baja estatura en relación con su edad. Sin embargo, éste es solamente el signo exterior de muchos retardos en el desarrollo. Las consecuencias negativas pueden incluir retardos psicomotores y cognoscitivos, que vienen acompañados por dificultades en el aprendizaje, el lenguaje, la percepción del mundo, el rendimiento escolar, la productividad en la vida adulta, el control emocional y la adaptación social al medio. Estos factores negativos reducen las oportunidades en la vida futura del niño, puesto que son irreversibles y a menudo se transmiten de generación en generación, con lo cual el proceso se transforma en un ciclo vicioso de déficit de crecimiento y desarrollo de largo plazo que tiene un gran impacto en la sociedad.

En el Perú, como en otros países en desarrollo, los niños que viven en condiciones de pobreza están más expuestos a factores desfavorables tanto en el transcurso de su vida intrauterina como cuando están insertos en el medio familiar. El problema se inicia con el pobre estado de salud y nutrición en el que la madre llega al embarazo, y continúa con la insuficiente atención y cuidado con los que ella cuenta para satisfacer tanto sus propias necesidades de supervivencia y bienestar como las de su hijo. Déficit en la talla por historia nutricional pasada, bajo acceso a controles prenatales de calidad, anemia por falta de hierro,

ambiente familiar carente de afecto y cuidado, y atención inadecuada del parto son algunos de los factores que enfrentan las madres peruanas que viven en la pobreza. El bajo peso al nacer, las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, la desnutrición crónica, la alta frecuencia de infecciones comunes son indicadores de los resultados y de la persistencia de los factores desfavorables que caracterizan el desarrollo de los niños que viven en condiciones de pobreza.

3.1. Nutrición materna

La baja talla de la madre, asociada con la nutrición durante su infancia, es considerada como un indicador de riesgo cuando es menor de 1,45 m. El útero de estas mujeres no alcanza a formarse apropiadamente, por lo que el crecimiento y el desarrollo del feto pueden verse afectados. Es muy probable que la madre presente complicaciones durante y después del parto, y que el niño nazca con bajo peso. Según ENDES 2000, 13.2% de las mujeres peruanas en edad fértil (de 15 a 49 años) tienen baja talla. En las zonas urbanas, esta cifra desciende a 11%, mientras que en las rurales es de 18%. El departamento con mayor prevalencia de baja talla es Huancavelica, con 26%. Como puede observarse en el cuadro 14, hay una relación entre este indicador y el nivel socioeconómico, como también un mayor porcentaje de mujeres residentes en zonas rurales cuya talla es menor de 1,45 m.

Cuadro 13

Baja talla entre las mujeres en edad fértil según área de residencia y nivel socioeconómico^{1/}
(en porcentaje)

| | Rural | Urbano | Total |
|-----------------------|-------|--------|-------|
| Quintil 1 (más pobre) | 20,3 | 21,6 | 20,5 |
| Quintil 2 | 18,6 | 17,0 | 17,7 |
| Quintil 3 | 13,4 | 13,4 | 13,4 |
| Quintil 4 | 11,3 | 9,2 | 9,3 |
| Quintil 5 (más rico) | 17,4 | 7,7 | 7,9 |
| Total | 19,0 | 11,6 | 13,8 |

^{1/} Los quintiles se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

En el caso del embarazo de adolescentes, la talla baja puede tener repercusiones mayores debido a que la niña no ha terminado su crecimiento y desarrollo, lo cual lleva a que entre la madre y el bebé se establezca una competencia por los nutrientes. De acuerdo con ENDES 2000, el 13% de las adolescentes han estado embarazadas alguna vez; en zonas rurales, el porcentaje se eleva a 22%.

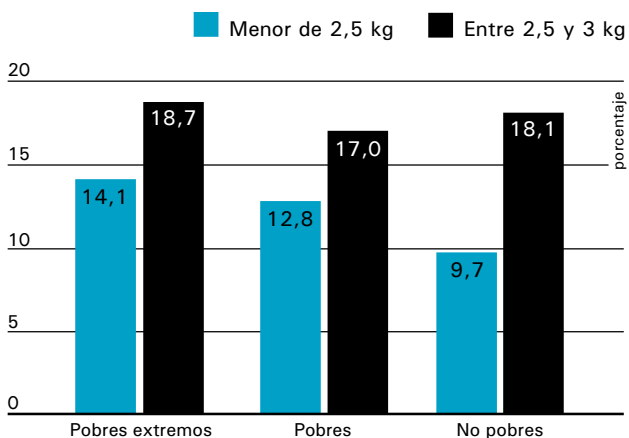
La anemia por deficiencia de hierro durante la gestación constituye otro de los problemas de alta prevalencia en el país. En el año 2000, ENDES muestra que 38,6% de las mujeres embarazadas y 40% de las madres que daban de lactar presentaban anemia, que era moderada en 17% de estos casos. Aunque ENDES no presenta cifras para la zona rural, se estima que la anemia puede estar presente en más de 50% de las madres, según lo indican algunos estudios realizados. Cuando se presenta durante la gestación, la anemia incrementa las probabilidades de que se produzca muerte materna por hemorragia y muerte perinatal e infantil; por otra parte, produce daños en el cerebro del feto y retardo en el crecimiento, con las consiguientes consecuencias en el desarrollo motor y socioemocional del niño.

En el Perú, 270 mil madres gestantes sufren anemia por deficiencia de hierro y 1.200 mueren cada año durante el parto o el posparto inmediato.

3.2. Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer —peso inferior a 2.500 gramos— es el resultado del retardo en el crecimiento intrauterino. Este indicador es considerado como el mejor predictor de la mortalidad y la morbilidad infantil, como también un marcador retrospectivo del estado de nutrición y salud de la madre. El incremento en las probabilidades de muerte en un niño nacido con bajo peso es de 40 para la mortalidad neonatal y 5 para la mortalidad posneonatal. Los efectos en los niños que sobreviven incluyen corta estatura, alta morbilidad infecciosa e incremento en el riesgo de retardo en el desarrollo cognoscitivo y emocional. Investigaciones recientes indican que, cuando alcanzan la

Gráfico 5
Peso al nacer según grado de pobreza



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

adultez, los nacidos con bajo peso presentan, además, mayores probabilidades de muerte por enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, infarto cerebral, presión alta y diabetes. En las niñas, el bajo peso es un factor importante en la perpetuación intergeneracional de bajo peso al nacer.

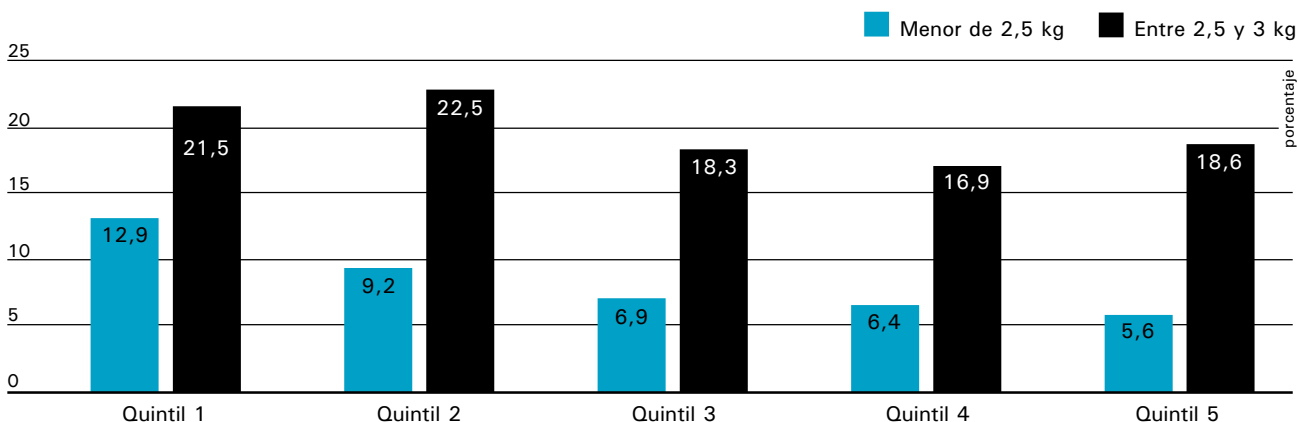
Como se aprecia en los gráficos 5 y 6, el porcentaje de niños que nacen con un peso promedio

menor que 2,5 kilogramos disminuye conforme la situación económica de las familias mejora. Cabe resaltar que si bien ENDES 2000 cuenta con un mayor número de observaciones y se especializa en temas de salud, los resultados son consistentes con la ENNIV, a pesar de que, en el caso de la ENDES 2000 los niveles socioeconómicos se elaboran a partir del índice de activos del hogar (IAH), mientras que la ENNIV 2000 lo hace utilizando niveles de pobreza.

3.3. Mortalidad infantil

Durante la última década, el Perú ha experimentado una reducción importante en la mortalidad infantil. Sin embargo, a pesar de esta reducción, la tasa actual de 33 por 1.000 sólo es superada por Haití y Bolivia, y las grandes brechas entre zonas urbanas y rurales continúan sin mucha variación. La tasa de mortalidad infantil para los niños menores de un año se redujo en 33% entre 1992 y el 2000. Así, la ENDES 2000 indica que mientras en 1992 se estimaba que por cada 1.000 niños nacidos vivos 64 morían antes de cumplir el primer año, en el 2000 morían 43 niños. Sin embargo, la mortalidad neonatal aumentó y constituye la principal causa de muerte infantil en el Perú, siendo los principales factores de riesgo la asfixia y el bajo peso al nacer.

Gráfico 6
Peso al nacer según nivel socioeconómico^{1/}



^{1/} Elaborado sobre la base del índice de activos del Banco Mundial. El orden es del quintil más pobre al más rico. Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

En el Perú, 20 mil niños mueren cada año sin haber cumplido su primer año de vida y 8 mil mueren antes de la primera semana de nacidos.

El cuadro 14 presenta las tasas de mortalidad infantil y de la niñez (menores de 5 años) por departamento. Los departamentos con mayor mortalidad infantil son Cusco con 84 por cada mil nacidos vivos, Huancavelica y Apurímac con 71, Huánuco con 63, Puno con 59 y Pasco con 58. Los departamentos con menor mortalidad infantil son Lima con 20, Ica con 21 y Tacna con 24 por mil. Estas mismas diferencias se observan en la mortalidad durante la niñez.

Cuadro 14

Mortalidad infantil y en la niñez según departamento
(número de muertes por cada mil nacidos vivos)

| | Tasa de mortalidad infantil (niños < 1 año) por cada mil nacidos vivos | Tasa de mortalidad en la niñez (niños < 5 años) por cada mil nacidos vivos |
|---------------|--|--|
| Amazonas | 47 | 69 |
| Áncash | 50 | 72 |
| Apurímac | 71 | 93 |
| Arequipa | 40 | 58 |
| Ayacucho | 50 | 68 |
| Cajamarca | 51 | 69 |
| Cusco | 84 | 108 |
| Huancavelica | 71 | 108 |
| Huánuco | 63 | 93 |
| Ica | 21 | 32 |
| Junín | 43 | 62 |
| La Libertad | 45 | 60 |
| Lambayeque | 38 | 47 |
| Lima | 20 | 27 |
| Loreto | 53 | 79 |
| Madre de Dios | 28 | 40 |
| Moquegua | 28 | 33 |
| Pasco | 58 | 78 |
| Piura | 37 | 54 |
| Puno | 59 | 85 |
| San Martín | 49 | 70 |
| Tacna | 24 | 34 |
| Tumbes | 36 | 47 |
| Ucayali | 52 | 80 |
| Tasa nacional | 43 | 60 |

Fuente: ENDES 2000, INEI, período 1990 - 2000. | Elaboración propia.

Las principales causas de la mortalidad infantil, tal como son registradas por el Ministerio de Salud (2002), son: enfermedades perinatales (38%); infecciones respiratorias agudas, IRA (14%); accidentes (8%); enfermedades diarreicas agudas, EDA (3%); enfermedades congénitas (8%); desnutrición (3%) y otras (27%). Al interior de la muerte perinatal se tiene que 30,5% de los casos corresponden a asfixia, 27,5% son por síndrome, 19,8% por infección, 11,9% por malformación y 10% por otros factores. La mayoría de estas causas se puede prevenir o reducir con medidas de relativo bajo costo.

Aunque la desnutrición como causa directa de la mortalidad aparece con un porcentaje muy bajo, se sabe que esta causa tiene un alto subregistro. Se estima que en países en desarrollo como el Perú, la desnutrición contribuye a la mortalidad infantil en 50%.

3.4. Lactancia materna

La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y continuada hasta los 2 años en combinación con alimentos complementarios ha sido reiterativamente recomendada por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF como el mejor régimen alimenticio para el niño. Sus ventajas sobre la leche artificial incluyen un mejor balance del contenido, la calidad y la absorción de los nutrientes; la protección que provee contra infecciones comunes y la relación afectiva íntima que favorece entre la madre y el bebé. Este conjunto de factores no solamente tiene un impacto importante en el desarrollo del niño sino que sus efectos benéficos se acrecientan en aquellos que viven en condiciones de pobreza, y en muchos casos puede incluso llegar a salvarles la vida.

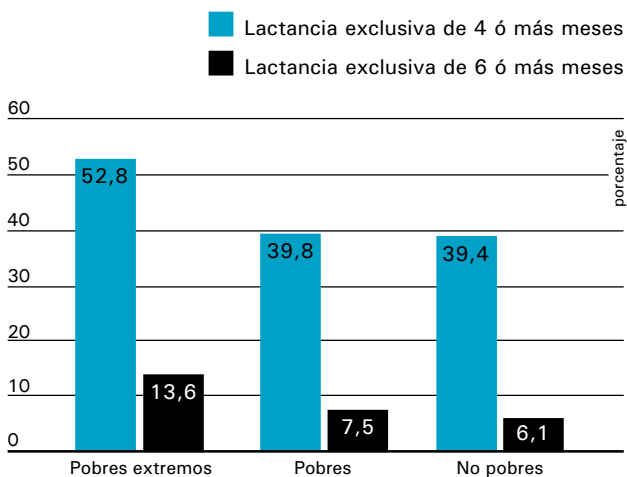
Según ENDES 2000, 73% de los niños tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses, y 57% entre cuatro y cinco meses. Aunque estas cifras pueden considerarse relativamente buenas, la práctica de la exclusividad no es fácil de evaluar en poblaciones rurales en las que el uso de «agüitas» o mates está muy extendido. Es común encontrar, por ejemplo, que las madres rurales no consideran estos líquidos como alimen-

tos y que en muchos casos los suministran con mayor frecuencia a partir de los 3 meses porque sienten que el niño no queda satisfecho con la leche. Como se observa en el gráfico 7, la práctica de la lactancia es más alta en los estratos socioeconómicos pobres que en los no pobres. Así, en los estratos de pobreza extrema, 53% de los niños recibieron lactancia exclusiva hasta los cuatro meses, mientras que en los estratos no pobres esta cifra baja a 39%.

Como lo muestra el gráfico 8, el nivel educativo de la madre tiene una relación inversa con el hecho de que ella proporcione lactancia exclusiva a su hijo. Esto se explica, entre otras cosas, porque las mujeres con mayor grado de educación tienen mayor acceso a información muchas veces sesgada a favor del uso de sucedáneos de la leche materna y otros productos comerciales, lo cual actúa en desmedro de la lactancia materna exclusiva. El 55% de las madres sin educación lactó exclusivamente hasta los cuatro meses, en comparación con 36% en el grupo de madres que tenían educación superior.

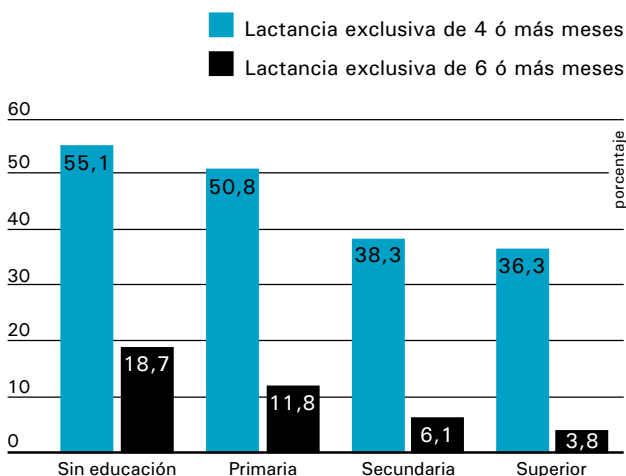
En relación con la práctica continuada de la lactancia materna después de los 6 meses, el porcentaje de niños que tomaron leche materna hasta los 15 meses alcanza 84%, y el de niños

Gráfico 7
Lactancia exclusiva del niño según grado pobreza
(en porcentaje de niños menores de 5 años)



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Gráfico 8
Lactancia exclusiva del niño según nivel educativo de la madre
(en porcentaje de niños menores de 5 años)



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: propia.

que fueron lactados hasta los 2 años baja a 49%. Respecto a los alimentos complementarios que acompañan la lactancia materna, las prácticas en el país son menos alentadoras. La ENDES 2000 señala que 74% de los niños empezó a ingerir estos alimentos entre los 6 y los 9 meses. En poblaciones rurales, los alimentos complementarios son líquidos y sólo a los 6,7 meses empiezan a recibir alimentos sólidos, a diferencia de las zonas urbanas, donde los alimentos sólidos se introducen a partir de los 6 meses de edad, según señala la ENNIV 2000.

La introducción temprana o tardía de alimentos complementarios, así como la inadecuada preparación y baja frecuencia de las comidas, son factores importantes que desencadenan procesos de desnutrición. Estudios de prácticas realizados en comunidades pobres (UNICEF, 2001) indican que las preparaciones más utilizadas son de baja densidad calórica, no contienen proteína animal y son suministradas al niño dos o tres veces al día, cuando el resto de la familia toma sus alimentos. Por otra parte, en la medida en que la madre asume la responsabilidad de atender a los demás miembros de la familia, se ve impedida de dedicarle al niño la atención y el cuidado que éste necesita en el momento en que consume sus alimentos.

3.5. Desnutrición

El tipo de desnutrición predominante en el país es la desnutrición crónica, que determina que el niño tenga una estatura baja para su edad. La desnutrición es más frecuente en niños entre 8 y 24 meses de edad, y es consecuencia de problemas de destete inadecuado así como de prácticas inapropiadas de alimentación complementaria. Cerca de la mitad de los niños que padecen desnutrición sobreviven y alcanzan la edad adulta, pero se los considera como «sobrevivientes vulnerables», con deficiencias específicas en el desarrollo físico y en el comportamiento.

Según ENDES 2000, la prevalencia de desnutrición crónica era de 25,4% en niños menores de 5 años y de 32% en niños menores de 2 años. Aunque entre 1991 y 1996 hubo una reducción, estas prevalencias no variaron durante el último quinquenio y las diferencias entre departamentos y entre zona urbana y rural continúan siendo grandes. Aproximadamente 60% de los departamentos presenta prevalencias más altas que el promedio nacional. Los departamentos más afectados son Cajamarca, Huánuco, Apurímac, Cusco y Huancavelica, donde las cifras superan 40%. El cuadro 15 muestra esta distribución. Por zonas, la prevalencia era de 13,4% en la zona urbana y de 40,2% en la zona rural.

En el Perú, 490 mil niños menores de 2 años sufren de desnutrición crónica y talla baja para su edad.

La desnutrición global —bajo peso para la edad del niño— tiene una prevalencia de 7% a escala nacional y sube a 11,8% en las zonas rurales. Por su parte, la desnutrición aguda —bajo peso para la estatura— es un indicador de desnutrición reciente, con frecuencia originada como resultado de episodios infecciosos. Su prevalencia es de 0,9% para el país y de 1,2% en zonas rurales.

Las condiciones de nutrición están directamente asociadas con el ambiente socioeconómico y cultural del niño. En 1997, 33,6% de los niños que vivían en zonas rurales presentaba un estado nutricional aceptable o normal, mientras que esa proporción se redujo a 30,1% en el año 2000. En

Cuadro 15
Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años por departamento

(en porcentaje)

| Departamento | Desnutrición crónica severa | Desnutrición crónica total |
|---------------|-----------------------------|----------------------------|
| Amazonas | 12,2 | 36,0 |
| Áncash | 10,2 | 34,5 |
| Apurímac | 13,6 | 43,0 |
| Arequipa | 2,3 | 12,3 |
| Ayacucho | 12,1 | 33,6 |
| Cajamarca | 15,4 | 42,8 |
| Cusco | 14,0 | 43,2 |
| Huancavelica | 22,2 | 53,4 |
| Huánuco | 15,3 | 42,8 |
| Ica | 2,7 | 12,1 |
| Junín | 10,5 | 31,3 |
| La Libertad | 9,9 | 27,9 |
| Lambayeque | 4,3 | 23,6 |
| Lima | 1,6 | 8,3 |
| Loreto | 9,0 | 32,4 |
| Madre de Dios | 3,7 | 18,7 |
| Moquegua | 1,8 | 9,3 |
| Pasco | 5,0 | 26,4 |
| Piura | 7,0 | 24,1 |
| Puno | 5,9 | 29,7 |
| San Martín | 6,7 | 19,9 |
| Tacna | 0,8 | 5,4 |
| Tumbes | 3,3 | 12,9 |
| Ucayali | 9,6 | 33,6 |
| Total | 7,7 | 25,4 |

contraposición, el porcentaje de niños en estado nutricional aceptable en las zonas urbanas aumentó de 61,1% a 63,4%. Sólo en Lima y en la costa urbana se incrementó la proporción de niños con un nivel de nutrición adecuada, aunque cabe señalar que la proporción de niños con desnutrición leve y severa disminuyó en todos los dominios. El cuadro 16 muestra la prevalencia de desnutrición crónica por quintil y el gráfico 9 presenta las prevalencias en poblaciones que viven en pobreza extrema.

Cuadro 16

Desnutrición crónica^{1/} según nivel socioeconómico^{2/}

(en porcentaje)

| Quintiles | Severa | Moderada | Leve | Normal | Total |
|--------------------------|--------|----------|-------|--------|-------|
| Quintil 1 (el más pobre) | 6,05 | 18,38 | 33,90 | 41,67 | 100 |
| Quintil 2 | 1,50 | 9,35 | 32,01 | 57,13 | 100 |
| Quintil 3 | 2,09 | 6,75 | 23,36 | 67,80 | 100 |
| Quintil 4 | 1,58 | 6,23 | 19,15 | 73,05 | 100 |
| Quintil 5 (el más rico) | 2,32 | 5,45 | 23,44 | 68,78 | 100 |

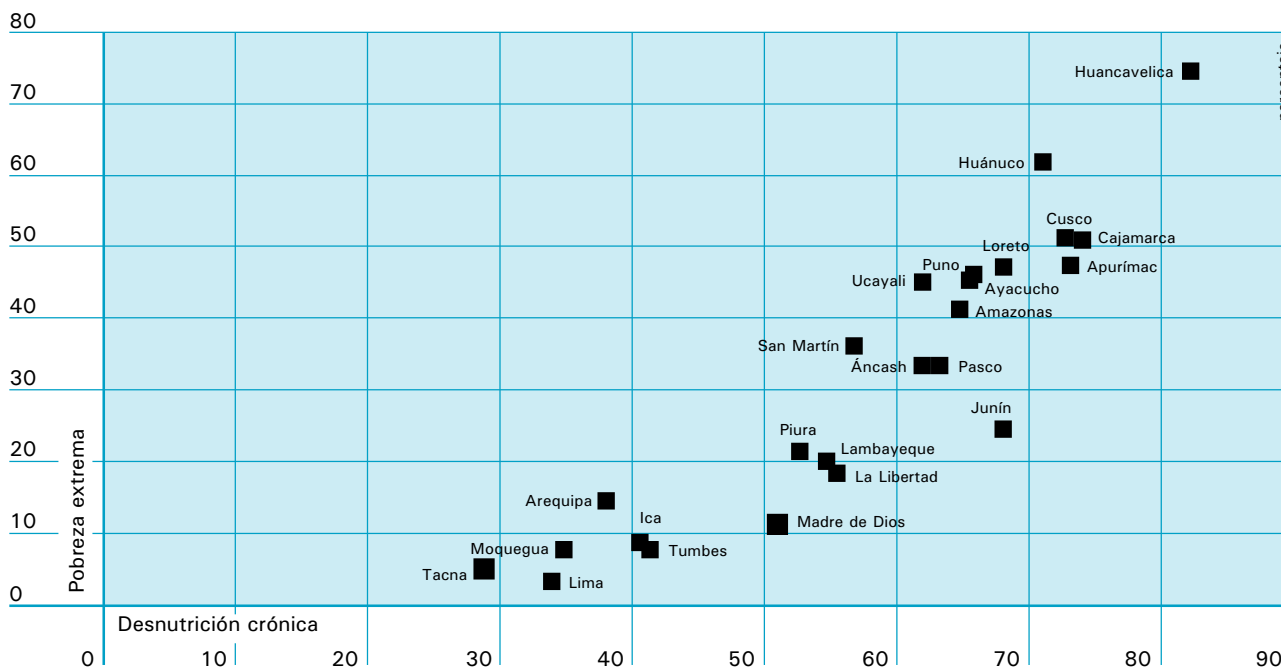
^{1/} Puntaje-Z de talla por edad. Se entiende por desnutrición severa aquella en la que el puntaje-Z de talla por edad del niño tiene un valor menor que -3; por desnutrición leve, cuando el valor está entre -3 y -2; por desnutrición moderada, cuando el valor está entre -2 y -1; y por nutrición normal, cuando el valor es superior a -1.

^{2/} Los quintiles fueron calculados sobre la base de la muestra de niños, y se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración: propia.

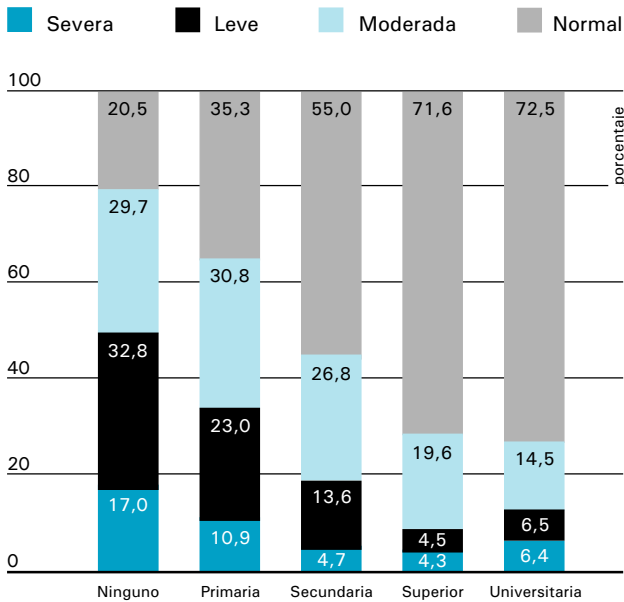
Gráfico 9

Desnutrición crónica y pobreza extrema en el nivel departamental



Fuente: ENDES 2000, INEI y ENAHO IV-2001, INEI. | Elaboración propia.

Gráfico 10
Desnutrición según nivel educativo de la madre ^{1/}



^{1/} Se estimó sobre la base de los puntaje-Z de talla por edad. Se entiende por desnutrición severa aquella en la que el puntaje-Z de talla por edad del niño tiene un valor menor que -3; por desnutrición leve, cuando el valor está entre -3 y -2; por desnutrición moderada, cuando el valor está entre -2 y -1; y por nutrición normal, cuando el valor es superior a -1. Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: Cortez, 2001.

El nivel educativo de la madre muestra una asociación directa con el estado nutricional de los niños, según lo indica el gráfico 10. En general, se observa que los niños cuyas madres tienen educación superior presentan los mejores niveles nutricionales.

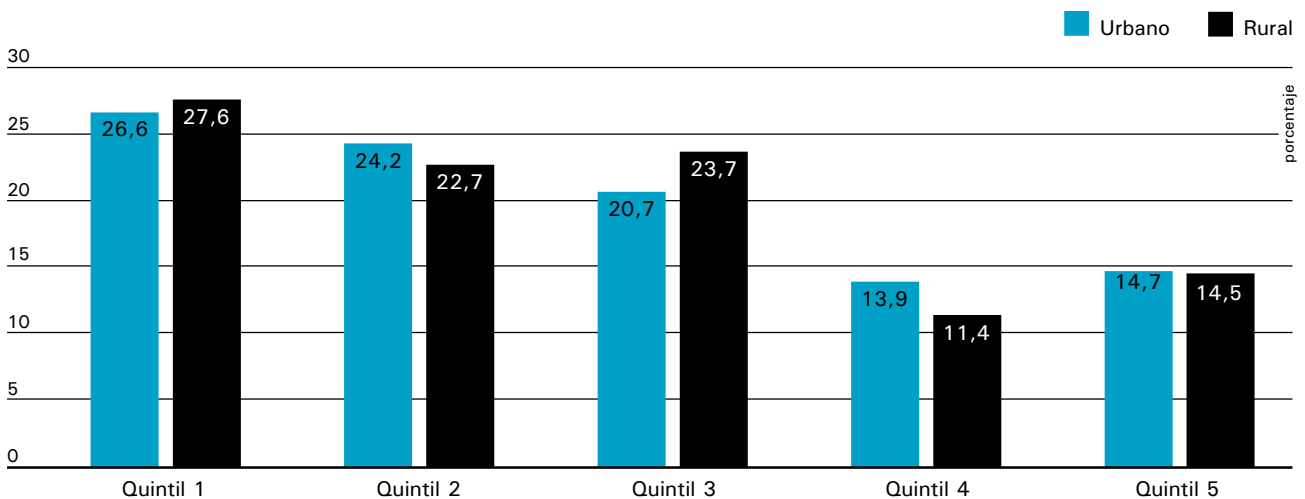
3.6. Deficiencias de micronutrientes

La deficiencia de micronutrientes —particularmente de hierro, vitamina A, zinc y yodo— ha sido llamada *desnutrición silenciosa* porque sus manifestaciones clínicas son relativamente inaparentes. El hierro, el zinc y el yodo juegan un papel importante en el desarrollo mental del niño, mientras que la vitamina A y el hierro favorecen el crecimiento e incrementan las defensas contra las infecciones prevalentes en la niñez.

En Perú, 1.100.000 niños menores de 2 años sufren de anemia por deficiencia de hierro.

En nuestro país, la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro tuvo una leve reducción entre 1996 y el 2000, y continúa siendo una de las más altas de la región. Según ENDES 2000, el

Gráfico 11
Anemia según nivel socioeconómico ^{1/}



^{1/} Elaborado sobre la base del índice de activos del Banco Mundial. El orden es del quintil más pobre al más rico. Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración: Cortez, 2002.

56% de los niños menores de 5 años presentaba anemia, cifra que sube a 76% en los niños menores de 2 años. Las causas principales son el bajo consumo de hierro en la dieta —particularmente de origen animal— y la alta frecuencia de parasitosis. Aunque la prevalencia es más baja en los niveles socioeconómicos altos, las diferencias son menos importantes entre los estratos urbanos y rurales, como lo muestra el gráfico 11.

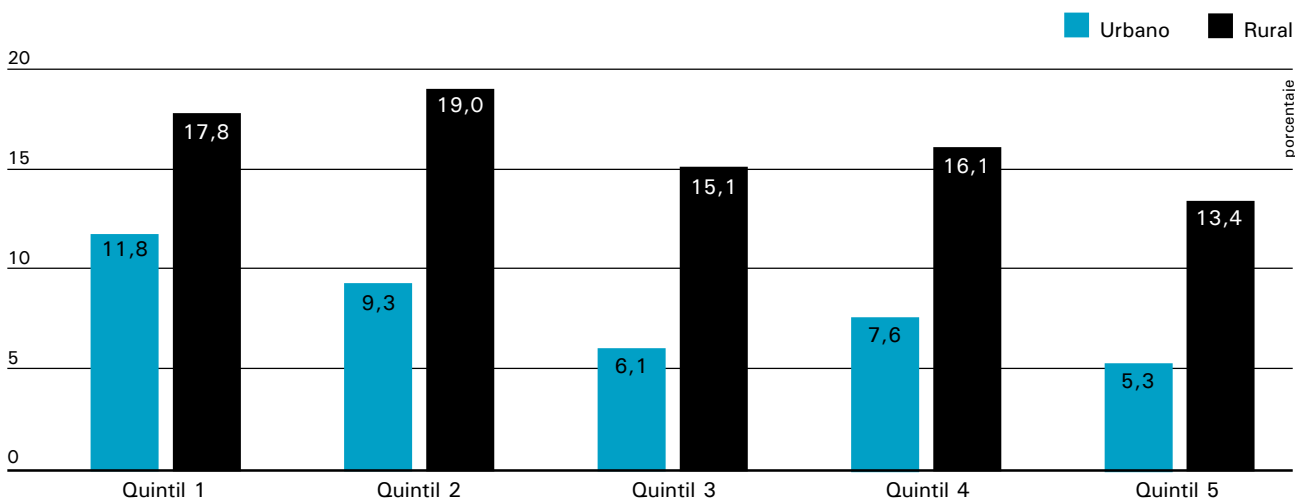
Tanto en las zonas rurales como urbanas, cerca de 50% de los casos de anemia en niños menores de 5 años se concentra en los dos primeros quintiles del índice de activos del hogar. Sin embargo, se puede apreciar que la prevalencia de la anemia es más uniforme en las zonas rurales que en las zonas urbanas. La primera explicación a este hecho radica al parecer en que, en las zonas más deprimidas y alejadas del país —las zonas rurales—, la condición económica es más pareja entre los hogares a lo largo de los quintiles del índice de activos, lo cual se vería reflejado en una calidad de dieta muy similar entre estos hogares.

Asimismo, resulta de interés comparar la prevalencia de anemia entre los extremos de los niveles socioeconómicos planteados sobre la base del

índice de activos del hogar. Con este objetivo se construye el ratio pobre-rico, que tiene la ventaja de establecer una equivalencia entre el quintil más pobre y el quintil más rico de la distribución. En la zona urbana, la incidencia de la anemia en el quintil más pobre (quintil 1) de la distribución del índice de activos del hogar es 1,8 veces la que se registra en el quintil más rico (quintil 5). Sin embargo, en las zonas rurales esta cifra registra un leve incremento: la incidencia de la anemia en los hogares de menores recursos —aquellos ubicados en el primer quintil de la distribución— es 1,9 veces mayor que la registrada en los hogares que cuentan con más recursos.

En relación con la deficiencia de vitamina A, no se tienen datos actualizados debido al alto costo de los estudios. En 1991, ENDES muestra una prevalencia de 56% en niños menores de 5 años. A partir de 1998, el Ministerio de Salud, con el apoyo de UNICEF, ha venido suministrando un suplemento a través del programa de inmunizaciones. Así, se tiene que en el año 2000, cerca de 14% de los niños que viven en zonas de riesgo recibieron una dosis concentrada de retinol dos veces por año. Esta distribución está concentrada en zonas rurales, como lo muestra el gráfico 12.

Gráfico 12
Recepción de vitamina A de niños menores de 5 años según nivel socioeconómico^{1/}



^{1/} Elaborado sobre la base del índice de activos del Banco Mundial. El orden es del quintil más pobre al más rico. Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración: Cortez, 2002.

La deficiencia de yodo ha sido controlada desde 1999, año en el cual el país recibió la certificación por la eliminación virtual del problema. Los departamentos de Puno, Moquegua y Loreto todavía no han logrado incrementar el consumo de sal yodada más allá de 60%. Los factores culturales son la principal causa de la situación en estos departamentos.

3.7. Morbilidad infecciosa

Las infecciones diarreicas y respiratorias son las de mayor prevalencia en poblaciones que viven en pobreza. Estas infecciones tienen una relación sinérgica con la desnutrición, es decir, pueden ser causa y efecto de la misma. Esto se explica porque la desnutrición reduce las defensas del niño contra las infecciones, mientras que el manejo inadecuado de éstas desencadena procesos de desnutrición. Sin embargo, las causas básicas están asociadas con la pobreza y entre ellas se puede mencionar la carencia de servicios de agua

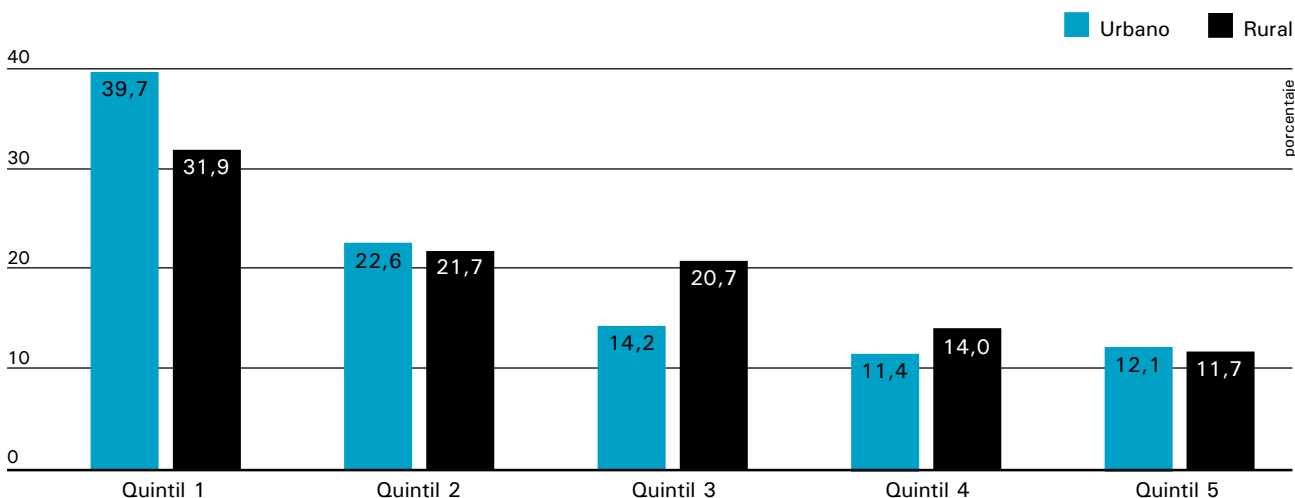
potable y alcantarillado, las prácticas higiénicas inadecuadas y la baja disponibilidad de nutrientes esenciales en el ámbito del hogar.

En el gráfico 13 se presenta la incidencia de diarrea en las zonas urbanas y rurales por quintiles del índice de activos en el hogar. Tal como se observa, la incidencia es mayor en los niños de hogares más pobres: 39,7% de los casos de diarrea en niños se registran en el primer quintil de las zonas urbanas, mientras que 30,7% de los casos de neumonía se registran en ese mismo quintil. Además, esta incidencia es mayor en las zonas urbanas cuando se considera a los niños más pobres.

En el gráfico 14 se presenta la asociación entre la prevalencia de infecciones y el nivel socioeconómico así como la zona de residencia. Mientras que la prevalencia de neumonía es mucho más alta en los quintiles bajos, tiende a ser similar en todos los quintiles en las zonas urbanas y rurales, lo que refleja los problemas que existen en las zonas periurbanas.

Gráfico 13

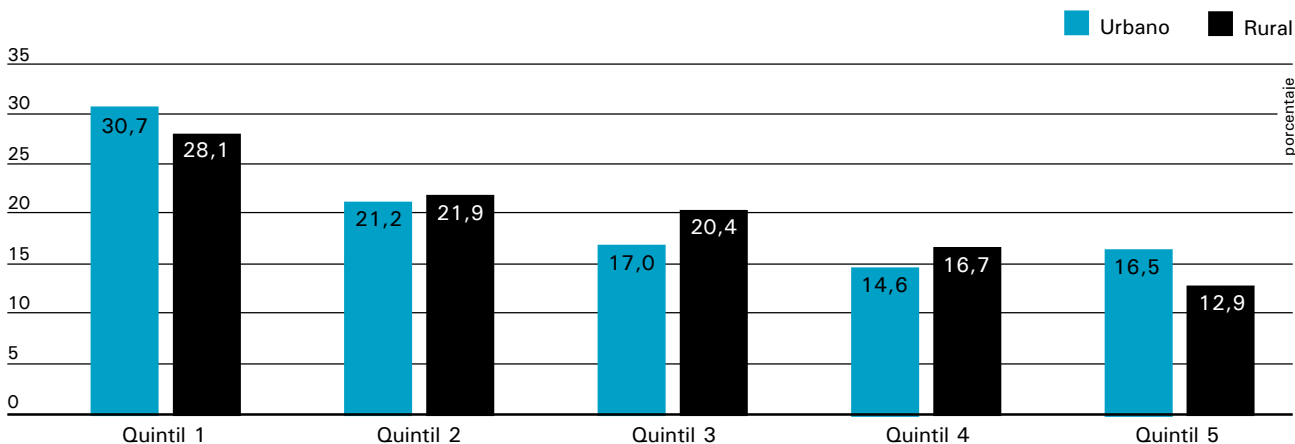
Incidencia de diarrea según nivel socioeconómico^{1/} y área de residencia



^{1/} Los quintiles fueron calculados sobre la base de la muestra de niños, y se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

Gráfico 14
Incidencia de neumonía según nivel socioeconómico^{1/} y área de residencia



^{1/} Los quintiles fueron calculados sobre la base de la muestra de niños, y se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
 Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

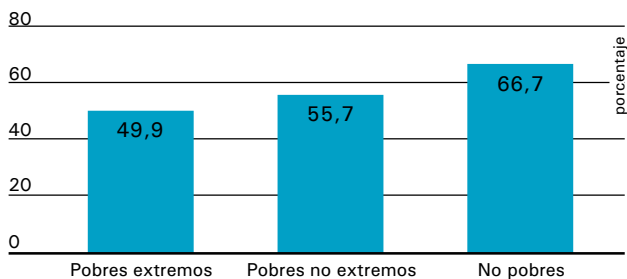
3.8. Control del crecimiento y desarrollo

El propósito del control de crecimiento y desarrollo consiste en monitorear o hacer un seguimiento individual de la evolución del estado nutricional del niño en forma periódica y secuencial. Este monitoreo se realiza en los establecimientos de salud. Aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda un control mensual durante los 2 primeros años, la norma de MINSA establece siete controles para el primer año y cuatro para el segundo. La cobertura de estos controles en poblaciones rurales es muy baja, particularmente a partir del primer año de vida, debido al escaso acceso a servicios de calidad en estas zonas y al desconocimiento de las madres acerca de la importancia de los mismos. De aquí que cuando se evalúan estas coberturas, la razón por la cual las madres llevan al niño está más asociada a la aparición de una enfermedad que a la necesidad de realizar el control de crecimiento y desarrollo.

De acuerdo con la información proporcionada por ENNIV 2000, el 6,7% de la población menor de 3 años acudió a su control de crecimiento durante las últimas cuatro semanas («Control del niño sano»). El 5,1% de los niños menores de 3 años que viven en condiciones de pobreza extrema contó con esta atención, mientras que entre los pobres no extremos y los no pobres, el porcentaje

que tuvo la atención de «niño sano» fue de 8,3% y 5,9%, respectivamente. Sin embargo, 58,6% de los niños menores de 3 años fueron llevados a consulta por otros motivos.

Gráfico 15
Consulta de salud de niños menores de 3 años según grado de pobreza



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

3.9. Estimulación del desarrollo

Durante los primeros 3 años, cada momento en la vida del niño representa una oportunidad de estímulo para que su cerebro pueda hacer las conexiones necesarias y apropiadas para su óptimo desarrollo. Si se pierden estas oportunidades de estímulo, las consecuencias serán tan impor-

tantes como las que ocasionan las condiciones desfavorables de nutrición y salud. La lactancia materna, el establecimiento de lazos afectivos entre el bebé y la madre-cuidadora, las prácticas de cuidado, la protección contra daños físicos y emocionales son componentes esenciales en el desarrollo de la inteligencia y de comportamientos positivos, así como de un desarrollo físico, emocional y social saludable.

La lactancia materna, además de proveer todos los nutrientes que el cerebro del niño requiere, permite establecer una relación íntima entre la madre y el bebé, reduce el estrés y protege contra infecciones agudas y crónicas. El establecimiento de lazos afectivos entre el bebé y la madre ayuda a que las conexiones del cerebro se realicen en la mejor forma posible; asimismo, permite que el niño adquiera habilidades para manejar el estrés, reducir la ansiedad y absorber fácilmente nueva información y nuevas experiencias. En ausencia de la madre, el establecimiento de una relación afectiva saludable con un adulto puede determinar la diferencia en el avance del bebé.

El afecto se convierte en algo tan esencial para el niño como comer y dormir. La primera lección que los niños aprenden de los padres es que hay personas en las que se puede confiar. Al responder a sus llantos por hambre, frío, incomodidad, deseo de compañía, de comunicación, así como a sus risas, sonidos o gestos, los padres le están enseñando al niño a confiar, a sentir que hay alguien que se preocupa por él y que, pase lo que pase, siempre estará a su lado para ayudarlo.

El cuidado que estimula al niño se basa en el conocimiento que la madre-cuidadora tiene de él, y que le permite aprender a leer sus signos y señales, así como responder a sus demandas con oportunidad, ternura y afecto. La mejor forma de conocer y cuidar al niño es estar físicamente cerca de él; protegerlo contra las enfermedades, la violencia y el rechazo; ver y entender qué es lo que lo pone ansioso o feliz; saber lo que le despierta curiosidad o lo que le representa un reto.

Los padres son los «lentes» a través de los cuales los niños ven el mundo. Ellos proveen las experiencias y las interacciones que construyen un ambiente familiar saludable, en el cual puede en-

marcarse todo el proceso de aprendizaje del niño. Los niños aprenden mejor cuando se les enseña con afecto lo que pueden hacer; cuando son apoyados y orientados para descubrir, a su propio ritmo, el mundo que los rodea; y cuando sus progresos en la adquisición de nuevas habilidades son reconocidos y celebrados. De esta manera, el niño emitirá nuevas señales de demanda, las cuales generarán respuestas rápidas y fortalecerán el desarrollo del aprendizaje, la autoestima, la identidad y la creatividad.

Para proveer el cuidado necesario, las familias requieren recursos esenciales y prácticas adecuadas que dependen, en gran parte, del nivel educativo, la autonomía sobre el uso de los recursos, el conocimiento y la información, el tiempo disponible, y la salud física y emocional de la madre. En la gran mayoría de las comunidades periurbanas y rurales del Perú, las familias carecen de los recursos esenciales y su acceso a información relevante es muy limitado. En áreas rurales, más de 50% de las madres son analfabetas y disponen de muy poco tiempo para el cuidado del bebé. En los departamentos andinos, el bebé es envuelto rígidamente y está impedido de realizar movimientos durante muchas horas. Aunque la práctica de llevar al niño en la espalda favorece la cercanía con la madre, entre ella y el bebé hay muy poca comunicación, gestos de afecto o manifestaciones de estímulo.

Aunque el niño pequeño tiene muy poca prioridad en la familia pobre, las prácticas de cuidado carentes de estímulo no significan una despreocupación de los padres sino más bien un desconocimiento de la trascendencia que tienen en el desarrollo. Por esto, las acciones que se emprenden para promover el crecimiento y el desarrollo temprano deben tener un enfoque integral e involucrar activamente a los padres, para que ellos puedan responder mejor a las necesidades de la primera infancia.

El programa Wawa Wasi y el programa de educación inicial que se implementan en el país constituyen una contribución importante a la promoción del desarrollo temprano en áreas periurbanas. Sin embargo, debido a la limitación de recursos, su cobertura es muy baja y la atención se concentra en niños mayores de 3 años.



MORBILIDAD

Las infecciones diarreicas y respiratorias son las de mayor prevalencia en poblaciones que viven en pobreza.

4. Morbilidad

4.1. Morbilidad infantil: diarreas y neumonía

Los niños son los más afectados por la falta de higiene en el hogar. Ellos son los miembros de la familia que presentan mayor vulnerabilidad frente al riesgo de adquirir enfermedades infecciosas tales como la diarrea. La década pasada, una epidemia de cólera afectó principalmente a los niños de las zonas más deprimidas del país. En la actualidad, la incidencia del cólera ya ha sido controlada; sin embargo, otras enfermedades infecciosas causadas por las malas condiciones de higiene —tal como la diarrea— todavía subsisten. La deshidratación puede llevar —sobre todo a los niños— a la muerte. Las diarreas aún son la cuarta causa de mortalidad infantil. Otra importante causa de morbilidad es la neumonía, enfermedad infecciosa que afecta severamente a la infancia, sobre todo a los más pobres, y es la segunda

causa de mortalidad infantil. El Perú es un país con una gran variedad de climas, muchos de los cuales registran bajas temperaturas durante todo el año, mientras que otros presentan un gran porcentaje de humedad. Estas condiciones climáticas facilitan la propagación de enfermedades infecciosas del sistema respiratorio: una vez más, los niños son los grandes afectados.

En el gráfico 13 de la página 39, se presenta la incidencia de diarrea en las zonas urbanas y rurales por quintiles del índice de activos en el hogar.

4.2. Morbilidad general de los niños

La situación de la salud de los niños no es equitativa. Si bien en el cuadro 17 se observa que hay un mayor reporte de malestar o enfermedad entre

Cuadro 17

Estado de la salud de la niñez según pobreza y zona de residencia
(en porcentaje)

| | Pobre extremo | Pobre | No pobre | Urbano | Rural | Total |
|---|---------------|-------|----------|--------|-------|-------|
| Proporción de enfermedad reportada | 23,0 | 24,8 | 28,3 | 25,9 | 25,6 | 25,7 |
| Proporción reportada de inactividad | 6,7 | 7,0 | 8,2 | 7,5 | 7,2 | 7,2 |
| Consulta institucional | 49,5 | 59,6 | 64,5 | 66,4 | 50,4 | 59,8 |
| Afiliación a un seguro de salud ^{1/} | 31,0 | 38,9 | 49,8 | 52,6 | 25,5 | 41,3 |

^{1/} Sólo se considera a algún seguro privado, el seguro social u otro militar.
Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

los niños no pobres, hay que tener en cuenta que este patrón se debe a la percepción subjetiva de los padres, que es recogida por las encuestas de hogares. Es decir, es probable que las personas más pobres, cuyo nivel educativo es menor, presenten mayores dificultades que las no pobres para identificar cuál es su verdadero estado de salud, o probablemente no reportan la enfermedad por no disponer de recursos económicos para acercarse a un servicio de salud. A pesar de esta subjetividad, son los más pobres los que se encuentran con mayores limitaciones para acceder a un servicio de salud adecuado. Sólo 5 de cada 10 niños en situación de pobreza extrema son llevados a un establecimiento de salud cuando sus

padres consideran que tienen alguna enfermedad. Este resultado contrasta con el 65% que se observa entre los no pobres. Asimismo, la afiliación a un seguro presenta una gran brecha según el nivel de pobreza y la zona de residencia.

Por otro lado, es clara la mayor vulnerabilidad de los más pequeños. Por ejemplo, en el cuadro 18 se observa que se reportaron enfermedades de 38% de los menores de 5 años, en comparación con el 19% de los adolescentes de entre 14 y 17 años. Sin embargo, son los menores los que presentan una mayor probabilidad de acudir a una consulta en caso de presentar una enfermedad.

Cuadro 18

Estado de la salud según edad

(en porcentaje)

| | 0-4 | 5-11 | 12-13 | 14-17 | Adultos | Total |
|---|------|------|-------|-------|---------|-------|
| Proporción de enfermedad reportada | 38,0 | 23,6 | 19,3 | 18,5 | 24,2 | 24,8 |
| Proporción reportada de inactividad | 11,3 | 6,8 | 6,3 | 4,3 | 6,8 | 7,0 |
| Consulta institucional | 66,5 | 56,6 | 56,8 | 52,3 | 52,5 | 55,5 |
| Afiliación a un seguro de salud ^{1/} | 25,5 | 48,2 | 46,7 | 44,2 | 27,9 | 33,3 |

^{1/} Sólo se considera a algún seguro privado, el seguro social u otro militar.
Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.



EDUCACIÓN: INASISTENCIA, ATRASO ESCOLAR Y RESULTADOS

«Educar a una niña es
educar a toda una familia».

Kofi A. Annan
Secretario General de las Naciones Unidas

5. Educación: inasistencia, atraso escolar y resultados

Como se observa en el cuadro 19, la tasa de promoción escolar ha aumentado entre el período 1990-1991 y el 1999-2000 de 76,7% a 88,2%, y de 81,5% a 88,7% en educación primaria y secundaria, respectivamente. Las tasas de repetición y deserción han disminuido en forma significativa durante el mismo período. Las tasas de promoción y deserción son ligeramente mayores en el caso de la educación secundaria. Como es de esperar, hay un mayor costo de oportunidad durante la adolescencia, que atenta, entre otros aspectos, contra el derecho a la educación,

dado que se abren ventanas de trabajo e ingresos temporales importantes para apoyar los gastos del hogar.

Sin embargo, los esfuerzos realizados durante la década del noventa han sido insuficientes. Muchos de los indicadores de educación muestran grandes inequidades que afectan sobre todo a los niños más pobres. Las niñas, así como los niños y niñas rurales y pobres, suelen presentar mayores tasas de atraso escolar, repitencia y deserción.

Cuadro 19

Tasas de promoción, repetición y deserción según nivel educativo: 1990-2000

(en porcentaje)

| | 90-91 | 91-92 | 92-93 | 93-94 | 94-95 | 95-96 | 96-97 | 97-98 | 98-99 | 99-00 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Educación primaria | | | | | | | | | | |
| Promoción | 77 | 77 | 79 | 80 | 81 | 84 | 86 | 86 | 87 | 88 |
| Repetición | 18 | 17 | 15 | 15 | 15 | 12 | 11 | 11 | 10 | 9 |
| Deserción | 5,5 | 6,2 | 6,0 | 4,3 | 3,8 | 3,6 | 3,5 | 3,3 | 3,0 | 3,0 |
| Educación secundaria | | | | | | | | | | |
| Promoción | 82 | 81 | 82 | 84 | 85 | 86 | 86 | 87 | 88 | 89 |
| Repetición | 10 | 10 | 10 | 10 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 7 |
| Deserción | 8,0 | 8,2 | 7,8 | 6,6 | 6,2 | 5,6 | 5,1 | 4,9 | 4,6 | 4,0 |

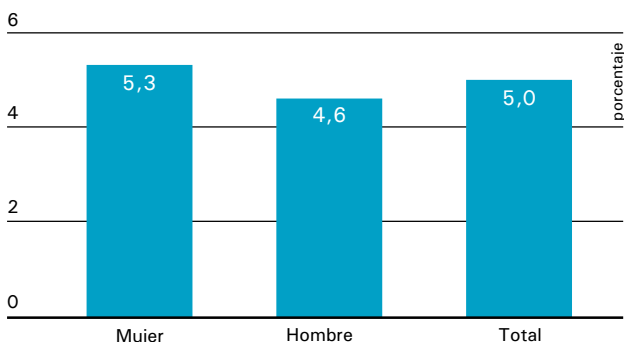
Fuente: Ministerio de Educación-Unidad de Estadística Educativa.^{1/} | Elaboración propia.

^{1/} Tomado de Instituto Cuánto, 2000a, cuadros 6.2 y 6.3, página 296.

5.1. La inasistencia

Se observan mejoras en los promedios a escala nacional, pero hay diferencias por sexo, niveles de pobreza y lugar de residencia, entre otros. En el año 2000, el 4,8% de los niños de entre 6 y 17 años de edad no asistió a un centro educativo. Una de las principales preocupaciones de los responsables de política es la discriminación por sexo que existe, por parte de los padres, en la inversión educativa. En el Perú existe un ligero sesgo en favor de la educación de los hombres. El 4,6% de los hombres de entre 6 y 17 años de edad que no han culminado la secundaria no asisten a un centro educativo, en comparación con el 5,3% de las mujeres (ver gráfico 16).

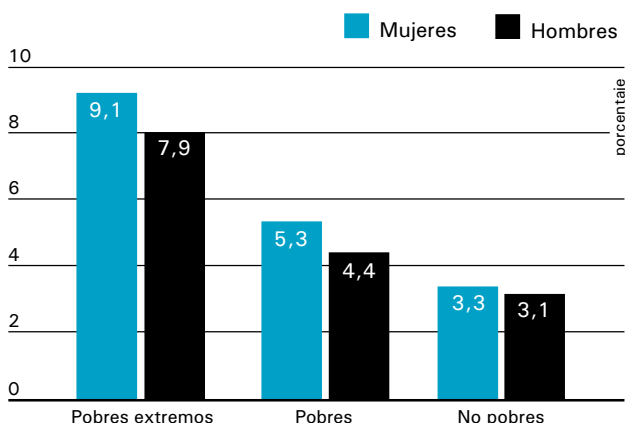
Gráfico 16
Inasistencia escolar según sexo



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

La inasistencia escolar se encuentra positivamente relacionada con el nivel de pobreza. El porcentaje de niños de 6 a 17 años que pertenecen a hogares de pobreza extrema y no han culminado sus estudios secundarios ni asisten a un centro educativo es de 8,4%, mientras que entre los niños no pobres se reduce a 3,2%. Este resultado indica que la educación se ve favorecida por la existencia de mejores condiciones de vida. Asimismo, los niños presentan una mayor asistencia que las niñas. En el gráfico 18 se observa la brecha en la tasa de inasistencia de los niños y las niñas según nivel de pobreza: en todos los niveles de pobreza, ellos presentan una menor tasa de inasistencia que ellas, siendo mayor la brecha entre los más pobres. Así, se encuentra que entre los pobres extremos, la diferencia en la tasa de inasistencia escolar por sexo

Gráfico 17
Inasistencia escolar según pobreza y sexo

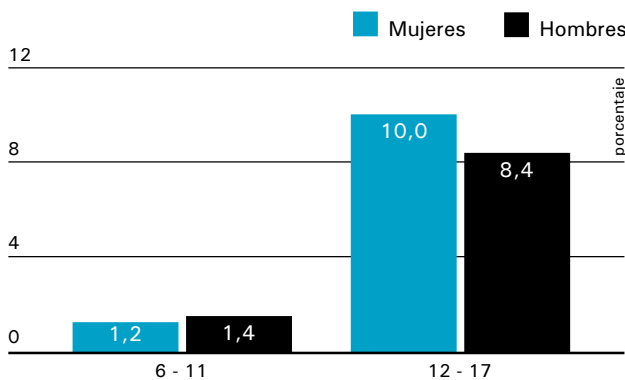


Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

es de 1,2 puntos porcentuales, mientras que entre los no pobres esta diferencia es de 0,2 puntos porcentuales.

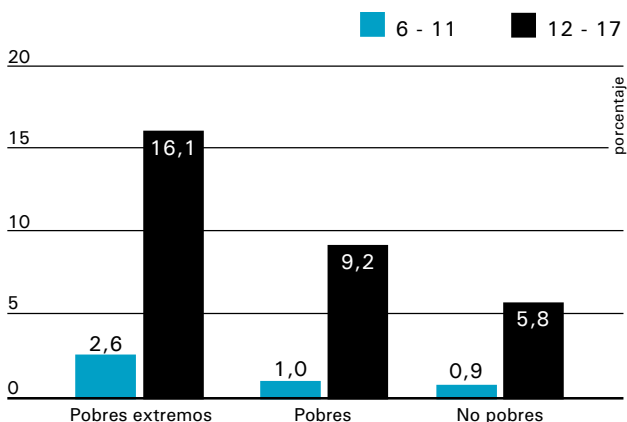
Se debe destacar que la inasistencia constituye, principalmente, un problema de los adolescentes, sobre todo de las mujeres. Así, en el gráfico 18, en el caso de las niñas se puede apreciar que 1,2% de las que están en el grupo de 6 a 11 años no asiste a la escuela, mientras que en el caso de las adolescentes la inasistencia llega a 10%. Este patrón podría ser explicado por una tendencia de los adolescentes —especialmente de los que pertenecen a familias pobres— a optar por trabajar. También podría entenderse como una

Gráfico 18
Inasistencia escolar según edad y sexo



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Gráfico 19
Inasistencia escolar según nivel de pobreza y edad



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

respuesta de las familias ante la baja calidad de la enseñanza. De otro lado, la menarquia induce también a la inasistencia y deserción, debido al temor que sienten los padres frente a la posibilidad de un embarazo temprano y no deseado de sus hijas.

Las zonas con mayor tasa de inasistencia escolar —7,5%— son las rurales, en especial la costa y la selva rural, cuya tasa de inasistencia es de 7,9% y 13,1%, respectivamente. La inasistencia en las

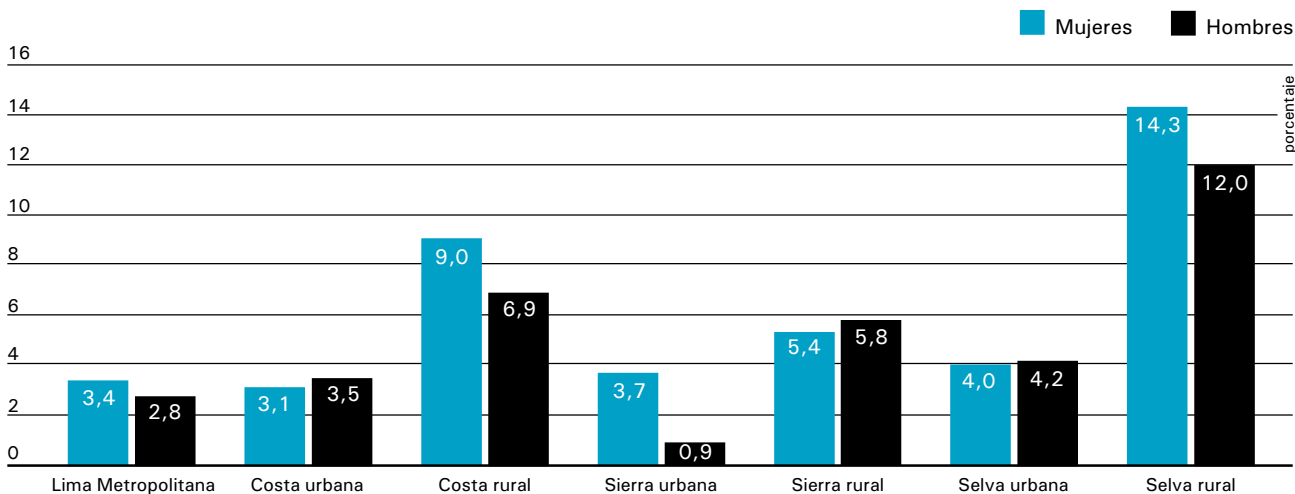
zonas urbanas es significativamente menor y más homogénea: Lima Metropolitana presenta 3,4% de inasistencia; la costa urbana, 3,1%; la sierra urbana, 3,7%; y la selva urbana, 4%. Parte de este problema se explica por la baja calidad y la insuficiencia en la infraestructura educativa en estas regiones, y las condiciones de pobreza de los hogares. Estos resultados se presentan en el gráfico 20.

El gráfico 21 ilustra el problema de la alta tasa de inasistencia escolar entre los adolescentes, evidenciándose con claridad que el problema es más agudo en las zonas rurales, en primer lugar en la selva, luego en la costa y finalmente en la sierra. Mientras en la sierra urbana la diferencia entre la tasa de inasistencia escolar de los niños y los adolescentes es de 2,4 puntos porcentuales, en la selva rural esta diferencia es 10 veces mayor: 24,4 puntos porcentuales.

5.2. El atraso escolar

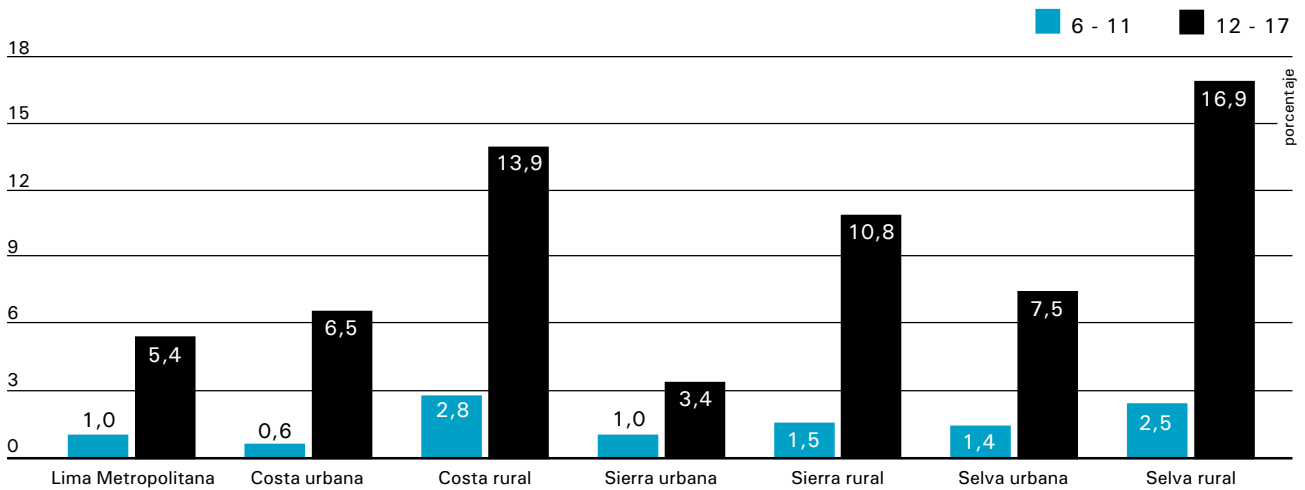
El atraso escolar es uno de los graves problemas que enfrenta la educación en el Perú. Este problema está asociado con dos factores: un mal desempeño escolar —traducido en la repetición del año— y el ingreso tardío a la escuela. Como se aprecia en el gráfico 22, un alto porcentaje de

Gráfico 20
Inasistencia escolar según dominio geográfico y sexo



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Gráfico 21
Inasistencia escolar según dominio geográfico y edad



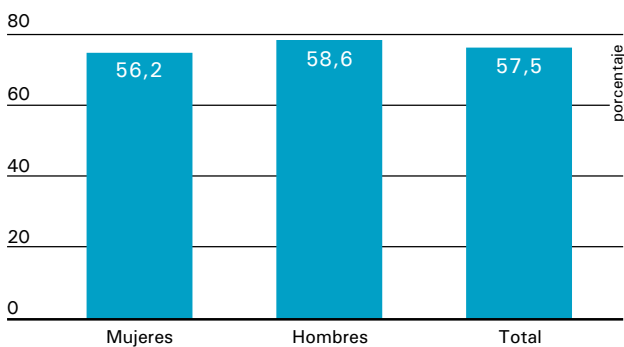
Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

niños presenta este problema: 58,6% y 56,2% de los niños y niñas, respectivamente, tienen al menos un año de atraso escolar.

Como era de esperar, hay una relación directamente proporcional entre pobreza y atraso escolar. Casi tres cuartas partes del total de niños que viven bajo condiciones de pobreza extrema se encuentran con retraso escolar, mientras que ello ocurre en la mitad de los niños no pobres (ver gráfico 23). Este resultado está asociado con la falta de recursos económicos, que impide cubrir los gastos de transporte y de útiles.

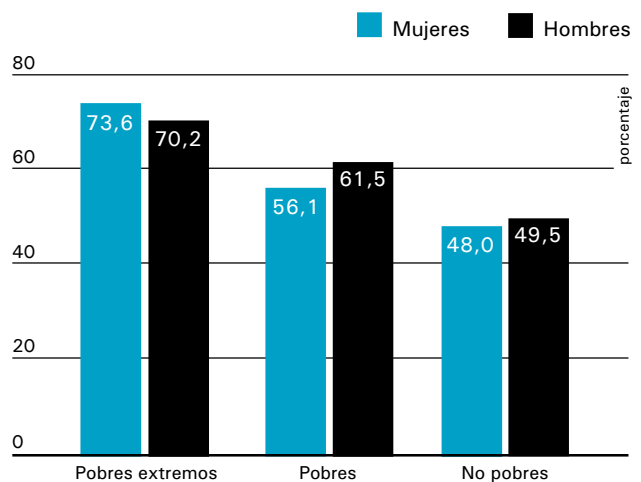
La diferencia entre el atraso escolar de las zonas rurales y urbanas es significativa. Mientras que en las zonas urbanas el porcentaje de niños con atraso escolar es de 50%, en las zonas rurales este porcentaje sube a 65%. La sierra urbana es la región con el menor porcentaje de niños con algún año de atraso escolar: 46%, seguida por Lima Metropolitana y la costa urbana con 53% cada una. Por otro lado, 75% de los niños de la selva rural presentan atraso escolar, mientras que

Gráfico 22
Atraso escolar según sexo



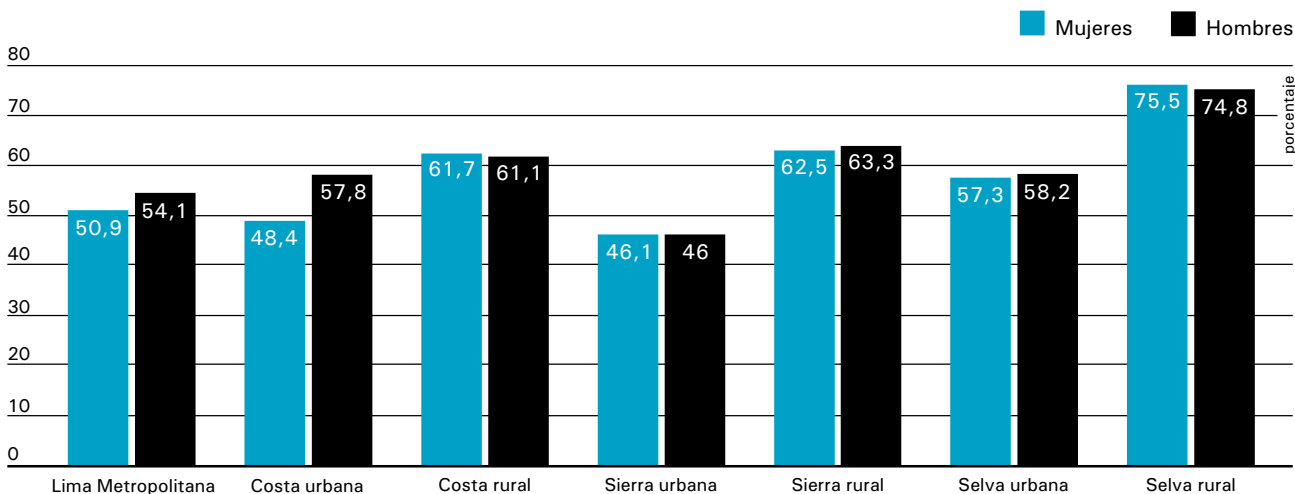
Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Gráfico 23
Niños y niñas con atraso escolar según pobreza



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Gráfico 24
Niños y niñas con atraso escolar según dominio geográfico



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

los de la sierra y la costa rural tienen 63% y 61%, respectivamente. Sin embargo, las zonas urbanas son las que presentan características de atraso escolar menos homogéneas; por ejemplo, en la costa urbana la diferencia de las tasas de atraso escolar entre los niños y las niñas es de 9,4 puntos porcentuales. El gráfico 24 muestra estos resultados.

5.3. Los resultados educativos

Si bien las tasas de aprobación de los centros educativos son altas —95,5% entre los niños de 6 a 17 años matriculados en 1999 según ENNIV 2000—, las pruebas de aprendizaje ejecutadas por el Ministerio de Educación muestran resultados que cuestionan estas tasas. En primer lugar, esta situación evidencia la baja calidad educativa en el Perú, en especial en las zonas de exclusión económica y social. Por otro lado, una alta proporción de los niños con débiles capacidades de lectura, escritura y matemáticas aprueba los años académicos. Hay una baja capacidad del sistema educativo de evaluar adecuadamente el aprendizaje de los niños.

Aunque es verdad que los adolescentes presentan mayores tasas de inasistencia, su

rendimiento escolar es mejor que el de los niños: 4,8% de los niños desaprobó el año académico de 1999, en comparación con 3,3% de los adolescentes. En la primera etapa (de 6 a 11 años), las mujeres presentan ligeramente un mayor porcentaje, mientras que entre los adolescentes (de 12 a 17 años), los hombres tienen una proporción mayor de desaprobación. Asimismo, en el cuadro 20 se observa que los niños residentes en zonas rurales y los matriculados en escuelas públicas presentan los más bajos niveles de rendimiento escolar. Con ello se evidencia la necesidad de garantizar una educación de calidad a los más excluidos.

Cuadro 20
Desaprobación escolar
(en porcentaje)

| | Niñas | Niños |
|-----------------|-------|-------|
| Urbano | 2,8 | 3,0 |
| Rural | 5,6 | 6,0 |
| 6-11 años | 4,9 | 4,7 |
| 12-17 años | 2,8 | 3,7 |
| Escuela privada | 1,4 | 1,4 |
| Escuela pública | 3,3 | 5,9 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.



EL TRABAJO INFANTIL Y ADOLESCENTE

Uno de cada cuatro niños participa en el mercado laboral o realiza actividades de producción en el hogar.

ENNIV 2000, Cuánto S. A.

6. El trabajo infantil y adolescente

Las condiciones económicas del hogar obligan al niño y al adolescente a insertarse en el mercado laboral o realizar actividades de producción en el hogar, aunque las consecuencias de ese hecho en la formación de capital humano pueden ser negativas.

En el Perú, una de cada cuatro personas menores de 18 años trabaja. Esta cifra justifica el interés de estudiar con mayor detenimiento los aspectos asociados con los determinantes que han llevado a esta situación. El trabajo infantil es un tema complejo, no sólo porque es producto de numerosos factores sino por sus diversas consecuencias en la salud y la educación. No es extraño encon-

trar que el trabajo infantil afecta con mayor intensidad a los niños más pobres.

El 62% de los niños y adolescentes se encuentra en situación de pobreza; 12% de ellos están clasificados como niños y adolescentes pobres extremos, según ENNIV 2000.

6.1. Diferencias por sexo y edad

En el cuadro 22 se observa que 16,5% de los niños cuyas edades oscilan entre los 5 y 11 años participan en el mercado laboral; esta proporción es ligeramente menor en el caso de las mujeres:

Cuadro 21

Indicadores del mercado laboral infantil

| | Niños | Niñas | Total |
|---|---------|---------|---------|
| Miles y porcentaje de niños y adolescentes | 3.709,7 | 3.564,4 | 7.274,1 |
| | 51,0% | 49,0% | 100% |
| Miles de niños y adolescentes trabajadores | 1.042,4 | 747,0 | 1.789,4 |
| Participación laboral | 28,1% | 20,9% | 24,6% |
| Salario promedio mensual (en dólares) | 61,6 | 59,7 | 61,1 |
| Miles y porcentaje de niños y adolescentes trabajadores que obtienen una remuneración | 262,6 | 96,2 | 357,8 |
| | 25,1% | 12,8% | 20,0% |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

14,8%, aunque la diferencia se acrecienta a medida que aumenta la edad. Por ejemplo, mientras que 42,4% de los adolescentes varones cuyas edades oscilan entre los 14 y 17 años se encuentran laborando, 29,9% de las adolescentes mujeres están en la misma situación.

Cuadro 22

Trabajo infantil según sexo y grupo etario

(en porcentaje)

| | Hombres | Mujeres |
|------------------|---------|---------|
| De 5 a 11 años | 16,5 | 14,8 |
| De 12 a 13 años | 29,1 | 26,8 |
| De 14 a 17 años | 42,4 | 29,9 |
| De 18 a más años | 79,2 | 56,2 |
| Total | 57,5 | 42,8 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Cuadro 23

Horas de trabajo^{1/} según sexo y grupo etario

(horas de trabajo a la semana)

| | Hombres | Mujeres | Total |
|------------------|---------|---------|-------|
| De 5 a 11 años | 14,1 | 12,1 | 13,1 |
| De 12 a 13 años | 14,5 | 18,1 | 16,4 |
| De 14 a 17 años | 23,5 | 24,7 | 24,2 |
| De 18 a más años | 39,1 | 50,8 | 45,7 |
| Total | 35,9 | 46,1 | 41,7 |

^{1/} Promedio de horas de trabajo a la semana entre las personas que trabajan.
Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Los niños cuyas edades oscilan entre los 5 y 11 años trabajan en promedio 14,1 horas a la semana; en el caso de las niñas, el promedio desciende a 12,1 horas. Esta situación cambia para los grupos etarios superiores: los adolescentes varones de 12 y 13 años trabajan en promedio 14,5 horas a la semana, mientras que las mujeres, 18,1 horas.

6.2. El nivel de pobreza y el trabajo infantil

Los niños más pobres tienen mayores probabilidades de participar en el mercado laboral. Los

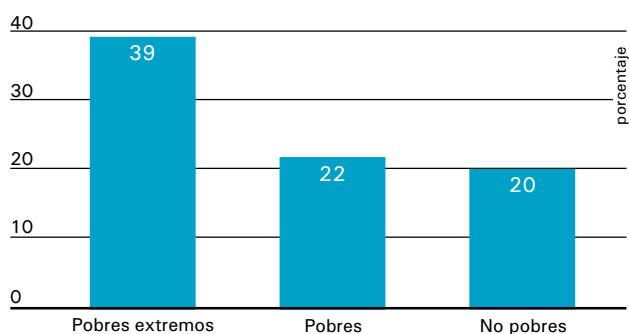
limitados recursos del hogar pobre crean las condiciones para el trabajo infantil.

En el Perú, 14,4% de la población se encuentra en situación de pobreza extrema, mientras que 38,9% son pobres no extremos. En consecuencia, el porcentaje de familias que se encuentran en condición de pobreza, ya sea extrema o no extrema, lleva a que muchos de sus miembros menores de edad entren al mercado laboral en forma precoz, sacrificando otros aspectos de su desarrollo, como son la educación y la salud.

El trabajo infantil esta asociado con la pobreza del hogar: 39% de los niños de hogares pobres extremos trabajan, mientras que en las familias pobres no extremas lo hace 22% de los niños, y 20% en las familias no pobres.

Gráfico 25

Participación laboral infantil según grado de pobreza



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: Cortez y Gil, 2001.

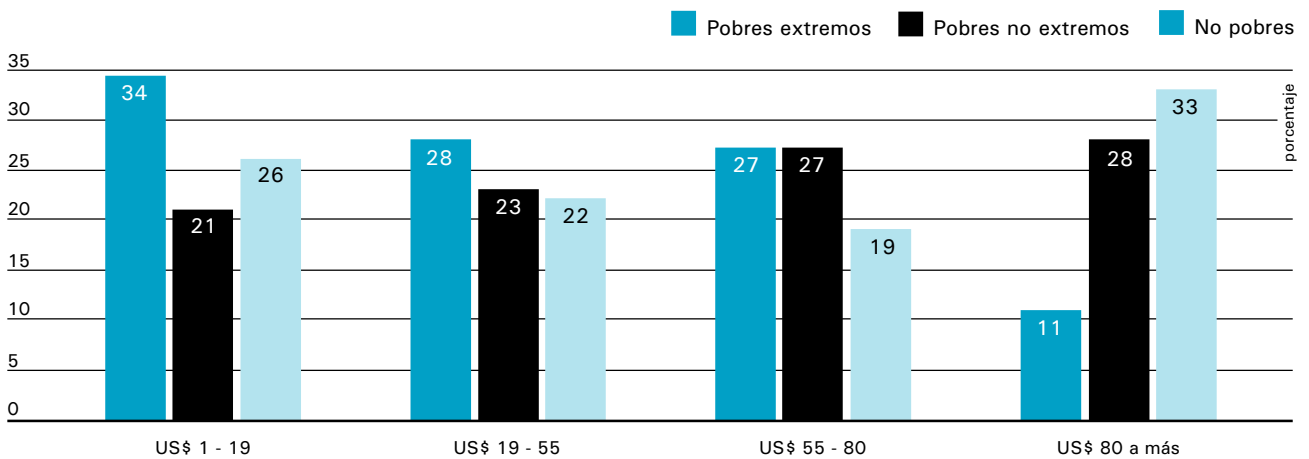
El 33% de los niños y adolescentes no pobres que se encuentra trabajando recibe un ingreso mayor a 80 dólares; en el caso de los niños pobres extremos, el porcentaje de niños que recibe este ingreso llega a 11%.

El 4,1% de los niños de 5 a 11 años participa en el mercado laboral, mientras que dicho porcentaje se incrementa drásticamente a 11,4% cuando se analiza al grupo de adolescentes de 12 a 13 años. Sin embargo, lo más destacable es la diferencia entre las zonas urbanas y rurales. En el

cuadro 24 se observa que 4% de los niños de 5 a 11 años de zonas urbanas trabaja, mientras que este porcentaje supera el 30% entre los niños de zonas rurales. Estos resultados evidencian patrones de conducta distintos, ya que en las zonas rurales el trabajo infantil es común y «tradicional», y es considerado como parte de la educación de los niños.

En la zona rural, una niña cuya edad oscila entre 5 y 11 años trabaja en promedio 14,2 horas a la semana; en las zonas urbanas, esta cifra se reduce a 12,3. En el caso de los niños del mismo grupo etario, en las zonas rurales laboran en promedio 13,8 horas por semana, mientras que en las zonas urbanas 11 horas a la semana.

Gráfico 26
Participación laboral infantil según salarios y pobreza



Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: Cortez y Gil, 2001.

Cuadro 24**Participación laboral infantil según área de residencia y sexo**

(en porcentaje de personas por grupos de edades)

| | Urbano | | Rural | |
|------------------|---------|---------|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| De 5 a 11 años | 4,13 | 4,17 | 32,34 | 29,13 |
| De 12 a 13 años | 11,45 | 11,89 | 59,24 | 45,46 |
| De 14 a 17 años | 23,25 | 15,62 | 73,81 | 54,48 |
| De 18 a más años | 73,06 | 49,12 | 92,82 | 73,84 |
| Total | 51,14 | 36,31 | 69,18 | 55,94 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Cuadro 25**Horas de trabajo^{1/} según grupos etarios y área de residencia**

(horas a la semana)

| | Urbano | | Rural | |
|------------------|---------|---------|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| De 5 a 11 años | 11,0 | 12,3 | 13,8 | 14,2 |
| De 12 a 13 años | 19,0 | 17,8 | 15,8 | 14,0 |
| De 14 a 17 años | 25,0 | 24,6 | 26,7 | 21,9 |
| De 18 a más años | 52,7 | 47,4 | 41,3 | 35,3 |
| Total | 50,7 | 39,8 | 40,0 | 30,5 |

^{1/} Promedio de horas de trabajo a la semana entre las personas que trabajan.

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.



MALTRATO Y VIOLENCIA INFANTIL

El problema de la violencia en contra de los niños radica, principalmente, en las consecuencias que estos actos tienen sobre su desarrollo.

7. Maltrato y violencia infantil

Durante muchos años, la violencia doméstica fue un problema al cual no se le prestaba mayor atención. Sin embargo, las consecuencias que los hechos de violencia han tenido sobre las víctimas han despertado el interés de la sociedad por este tema, que no sólo afecta a las mujeres, pues en la mayor parte de los casos, los niños son los más perjudicados. Asimismo, es necesario tener en cuenta que casi todas las personas asocian el concepto de violencia al contacto físico, por lo que la represión psicológica que los padres ejercen en contra de los hijos —método de castigo muy común en los hogares peruanos— no es considerada como un acto violento.

La importancia del problema de la violencia en contra de los niños radica, principalmente, en las consecuencias que estos actos tienen sobre su desarrollo. Cabe resaltar que, en los niños, las secuelas de las agresiones psicológicas son tan nefastas como las generadas por las agresiones físicas. Si bien cuando se agrede psicológicamente a un niño no se produce contacto físico, el impacto recae plenamente sobre su autoestima, y las consecuencias de ello pueden ser irreparables. Por otro lado, las consecuencias de las agresiones físicas no sólo se remiten al daño corporal que le ocasionan al niño sino que también tienen un impacto psicológico. Al igual que en el caso de las agresiones psicológicas, la autoestima del niño se ve seriamente afectada.

En términos generales, es necesario destacar el hecho de que las consecuencias psicológicas son tanto o más graves que las consecuencias físicas, las cuales —en caso de que no conduzcan a la muerte del menor— pueden ser superadas en gran parte de los casos. Por el contrario, el efecto sobre la autoestima de un niño puede llegar a ser irreparable y a alterar su normal desarrollo en diferentes aspectos de la vida, tales como el desempeño educativo, el laboral, el proceso de socialización, entre otros.

¿Pero qué características tienen los hogares en los que se desarrollan los hechos de violencia, ya sea física o psicológica? La pobreza es uno de los principales factores para que la violencia se desencadene. A su vez, ésta se encuentra asociada al bajo nivel educativo de los padres, y en particular de la madre. Así, no resulta sorprendente que más de 50% de las madres que emplean la violencia física para castigar a sus hijos pertenezcan a los dos quintiles más pobres. En el caso de la violencia psicológica, su empleo no es exclusivo de las madres más pobres sino que también es común en hogares ricos.

En esta parte del análisis, cobra mayor importancia el nivel educativo de los padres. En particular, tal como se ha mencionado en varias oportunidades, la pobreza está asociada al bajo nivel educativo de los miembros de la familia. Es así que el empleo de

Cuadro 26**Forma en que la madre castiga a sus hijos según nivel socioeconómico^{1/}**

(en porcentajes)

| | Palmadas | Reprimenda verbal | Prohibición de algo que le gusta | Violencia física | Violencia psicológica |
|-----------------------|----------|-------------------|----------------------------------|------------------|-----------------------|
| Quintil 1 (más pobre) | 19,4 | 23,1 | 6,6 | 31,8 | 20,7 |
| Quintil 2 | 20,3 | 21,2 | 13,1 | 23,3 | 19,4 |
| Quintil 3 | 20,8 | 20,5 | 23,1 | 19,2 | 21,3 |
| Quintil 4 | 21,2 | 19,5 | 31,0 | 14,8 | 22,2 |
| Quintil 5 (más rico) | 18,3 | 15,8 | 26,1 | 11,0 | 16,4 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

^{1/} Los quintiles fueron calculados sobre la base de la muestra de niños, y se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

violencia, tanto física como psicológica, se ve impulsado por la falta de conocimiento de las graves consecuencias que ésta tiene sobre el desarrollo del niño. Es razonable pensar que padres con un menor nivel educativo recurrirán con mayor frecuencia a la violencia física para castigar a sus hijos. Las diferencias en los métodos de castigo que la madre emplea de acuerdo con su nivel educativo son evidentes. Según la ENDES 2000, el 56,3% de las madres sin educación que «castigan a sus hijos» lo hacen a golpes, mientras que entre las madres con educación superior, 25% recurre a este método. Sin embargo, estos últimos resultados no son consistentes con la percepción que tienen estas mismas madres sobre el uso del castigo físico en la educación de sus hijos: 66% de las madres considera que el castigo físico nunca es necesario, siendo este porcentaje de 54% en las

zonas rurales. Aunque sí resultan consistentes con la experiencia de ellas, ya que 56% de estas mujeres también fueron golpeadas durante su niñez.

Para denunciar un caso de maltrato físico o psicológico no sólo hace falta reconocerlo como tal sino también confiar en la institución en la que se va a realizar la denuncia y tener una situación económica autónoma. De esta forma, en los hogares en los que la situación económica es precaria, el deseo de la madre de denunciar los hechos de violencia ejercidos por la pareja o el esposo —ya sea en contra de ella o de sus hijos— podría verse mermado por el hecho de que ella no cuenta con los recursos propios suficientes para mantenerse a sí misma y a sus hijos en caso de que la relación se disuelva.

De acuerdo con la ENDES 2000, del total de casos de mujeres que reportaron haber sido agredidas por su esposo o pareja, solamente 28% fueron denunciados. El hecho de denunciar una agresión es el primer paso importante en el proceso de detener la violencia doméstica. Poco más de 72% de los padres que emplean violencia física para corregir a sus hijos biológicos provienen de familias en las que, en algún momento, la madre también fue víctima de la violencia pero no denunció el hecho. Dicho porcentaje se reduce drásticamente (28%) en los casos en los que la mujer denunció el hecho ante las autoridades.

Cuadro 27**Empleo de violencia física y psicológica como castigo según nivel educativo de la madre**

(en porcentaje)

| | Violencia física | Violencia psicológica |
|------------|------------------|-----------------------|
| Ninguno | 56,3 | 4,5 |
| Primaria | 50,9 | 5,1 |
| Secundaria | 36,5 | 5,2 |
| Superior | 24,9 | 5,9 |
| Total | 40,8 | 5,3 |

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

Cuadro 28**Violencia física empleada por el padre según nivel socioeconómico^{1/} y denuncia de la madre**

(en porcentajes por realización de denuncia)

| Nivel socioeconómico | Mujer agredida que denuncia | Padre que emplea violencia física para castigar a sus hijos |
|-----------------------|-----------------------------|---|
| Quintil 1 (más pobre) | 18,3 | 19,69 |
| Quintil 2 | 22,5 | 24,69 |
| Quintil 3 | 21,6 | 30,18 |
| Quintil 4 | 19,6 | 22,63 |
| Quintil 5 (más rico) | 16,0 | 28,41 |

^{1/} Los quintiles fueron calculados sobre la base de la muestra de niños, y se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.

Fuente: ENDES 2000, INEI. | Elaboración propia.

Los niños también se encuentran expuestos a la violencia sexual, que no es exclusiva de los hogares pobres. Este tipo de violencia se ha manifestado de manera más perversa en el grupo de los niños que presentan algún tipo de discapacidad mental o intelectual, que se ha convertido así en el más vulnerable. El riesgo se incrementa si los menores no cuentan con los recursos físicos o emocionales para enfrentar el abuso y comunicar este tipo de incidentes. Los datos que se han obtenido al respecto en tres localidades —Lima, Trujillo y San Martín— permiten suponer que, en 50% de los casos, el agresor pudo sostener la situación de abuso durante mucho tiempo debido a que era un miembro de la familia. En el caso de los menores discapacitados, el abuso está rodeado de mitos que tienden a subestimar sus capacidades como seres humanos y a reforzar la idea de que cualquier esfuerzo por ayudarlos es inútil. Así, por ejemplo, se piensa que un niño con discapacidad que es abusado sexualmente olvida y supera la experiencia, o que

se trata de personas que no se desarrollan sexualmente, por lo que no necesitan orientación sobre el tema. Se piensa que sólo las mujeres corren el riesgo de ser agredidas sexualmente; sin embargo, el número de varones abusados demuestra todo lo contrario.

A la luz de los hechos expuestos líneas arriba, se aprecia que el problema de la violencia contra los niños es de magnitudes preocupantes. Los diversos factores que están vinculados a la violencia determinan que no exista un camino único para combatirla, más aún cuando es un problema que no afecta sólo a determinado grupo sino que se manifiesta en todos los sectores de la población. Esta exclusión social generalizada impide el desarrollo óptimo de estas personas y el de su comunidad, fortaleciendo el entrampamiento en un proceso de transferencia intrageneracional de la violencia, que se inicia con los niños y las madres y se reproduce cuando éstos llegan a la edad adulta.



INVERSIÓN PRIVADA EN EDUCACIÓN Y SALUD DE LOS NIÑOS

La inversión de las familias en la salud y la educación de sus hijos es clave para su desarrollo.

8. Inversión privada en educación y salud en niños

La inversión de las familias en la salud y la educación de sus hijos es clave para su desarrollo. Sin embargo, la situación de pobreza limita significativamente esta inversión. Por ejemplo, en el caso de la salud, el gasto promedio de un no pobre en una consulta de salud es de 8,7 nuevos soles,⁶ en comparación con el gasto de los pobres extremos: un nuevo sol. Esta diferencia podría explicarse porque los más pobres acceden a los servicios del Estado, pero también es un reflejo de la menor inversión de parte de ellos. Es decir, un pobre extremo tiene severas limitaciones para adquirir los medicamentos que le permitirán mejorar su estado de salud, mientras que un no pobre presenta menores restricciones

de este tipo. En el cuadro 30 se presentan estos resultados.

Igualmente, la inversión privada en educación difiere de acuerdo con el nivel de ingresos del hogar. El promedio de gasto en educación de un niño que realiza un hogar no pobre es 721 nuevos soles al año,⁷ mientras que una familia en extrema pobreza sólo invierte 50 nuevos soles. Si bien parte de la diferencia podría ser cubierta por el Estado, se puede decir que esta brecha constituye una de las explicaciones de los contrastes observados entre estos niños. Es decir, en el sistema educativo peruano, quien más paga accede a una mejor educación escolar para sus hijos.

Cuadro 29

Inversión mensual promedio en salud según pobreza

(nuevos soles del 2000)

| | Consulta | Análisis y similares | Hospitalización | Medicinas | Total |
|---------------|----------|----------------------|-----------------|-----------|-------|
| Pobre extremo | 0,12 | 0,02 | 0 | 0,81 | 0,96 |
| Pobre | 0,45 | 0,10 | 0 | 2,06 | 2,61 |
| No pobre | 2,37 | 0,65 | 0,31 | 5,36 | 8,69 |
| Total | 1,09 | 0,29 | 0,11 | 3,03 | 4,53 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A.

Elaboración: Vásquez, Enrique y Giovann Alarcón, «Los niños: una inversión necesaria». En: Vásquez y Mendizábal, 2002, p. 272.

⁶ Soles del 2000. ENNIV 2000, Cuánto S. A.

⁷ Soles del 2000. ENNIV 2000, Cuánto S. A.

Cuadro 30**Inversión anual promedio en educación según grado de pobreza^{1/}**

(nuevos soles del 2000)

| | Matrícula | Pensión y APAFA | Útiles y uniforme | Otros ^{2/} | Total |
|---------------|-----------|-----------------|-------------------|---------------------|-------|
| Pobre extremo | 2,1 | 5,2 | 46,3 | 15,8 | 69,4 |
| Pobre | 8,4 | 27,2 | 93,7 | 43,9 | 173,2 |
| No pobre | 57,6 | 328,4 | 203,6 | 131,8 | 721,3 |
| Total | 25,7 | 136,6 | 125,7 | 71,5 | 359,5 |

^{1/} Se considera el gasto de las familias en niños entre 3 y 17 años de edad.^{2/} Incluye refrigerios, transporte y otros gastos escolares.

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.



EL ACCESO DE LOS NIÑOS A LOS SERVICIOS BÁSICOS

...ha quedado comprobada
la rentabilidad social de
invertir en el capital humano
en edad temprana.

9. El acceso de los niños a los servicios básicos

9.1. Infraestructura básica del hogar

La conexión a las redes públicas de agua y desagüe es un factor muy importante que permite mantener las condiciones mínimas de salubridad que requiere el mantenimiento del hogar. Así, tanto las prácticas de alimentación como el estado de salud dependen, en gran medida, de este factor. La pobreza está asociada con la escasa utilización de sistemas apropiados de agua y desagüe. De esta manera, mientras que 82% de los niños no pobres acceden a servicios de agua de la red pública, sólo 41% de los pobres extremos puede utilizar este servicio; similar situación se presenta en el caso de los servicios de desagüe y electricidad.

Cuando el tema se enfoca desde la perspectiva del dominio geográfico, puede observarse una mayor inequidad. En el Perú, la distribución del acceso a estos servicios no es homogénea. Por ejemplo, mientras 90% de los niños de Lima Metropolitana acceden al servicio de desagüe de la red pública, sólo 6% de los niños de la selva rural lo hacen. Esta gran diferencia impacta directamente sobre su estado de salud, pues favorece la morbilidad y la desnutrición. La exclusión de los niños de las zonas rurales determina que ellos no puedan desarrollarse en igualdad de condiciones, con lo que se encuentra que la acumulación de capital humano no es la misma.

Cuadro 31
Acceso a servicios de agua, desagüe y electricidad según pobreza y dominio geográfico
(en porcentaje)

| | Agua | Desagüe | Electricidad |
|---------------------------|------|---------|--------------|
| Nivel de pobreza | | | |
| Pobre extremo | 41 | 24 | 43 |
| Pobre | 72 | 56 | 74 |
| No pobre | 82 | 68 | 86 |
| Dominio geográfico | | | |
| Lima Metropolitana | 89 | 90 | 97 |
| Costa urbana | 87 | 81 | 94 |
| Costa rural | 15 | 6 | 26 |
| Sierra urbana | 94 | 85 | 90 |
| Sierra rural | 53 | 17 | 54 |
| Selva urbana | 78 | 65 | 87 |
| Selva rural | 29 | 6 | 18 |
| Total | 69 | 54 | 72 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: Vásquez, Enrique y Giovann Alarcón, «Los niños: una inversión necesaria». En: Vásquez y Mendizábal, 2002.

9.2. Los programas sociales

Una parte importante del gasto social se concentra en programas de alimentación que han sido diseñados para aliviar el estado en el que se encuentran los grupos vulnerables de la población. Hay dos aspectos que se debe tener en cuenta cuando se quiere evaluar la efectividad del gasto social. El primero es la distribución de los fondos entre los distritos que compiten por acceder a ellos; en segundo lugar, la capacidad institucional del Estado para asignar recursos bajo un criterio de costo-efectividad.

El desempeño del Estado con relación a su objetivo de beneficiar a los más pobres, y en particular a la niñez, está siendo cuestionado: 50% de los niños receptores de los programas de alimentos en la zona urbana se encuentra en el primer quintil del índice de activos del hogar. En la zona rural, la focalización del gasto en alimentos es

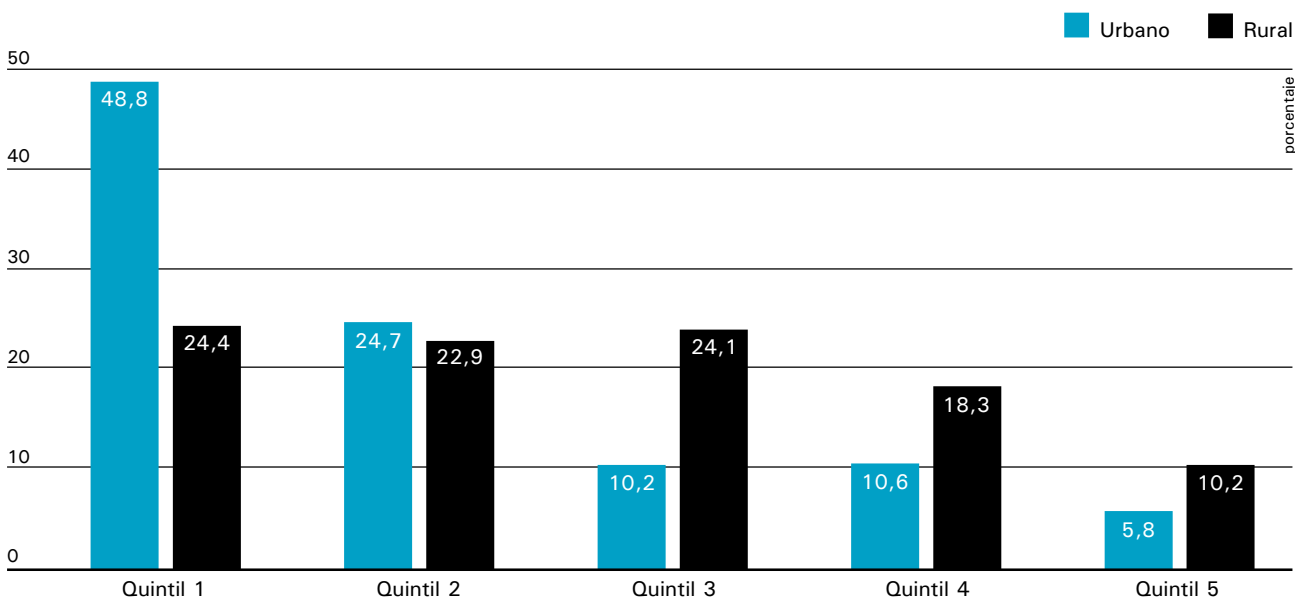
débil: sólo 24,4% de los niños beneficiarios se encuentran en el primer quintil de la distribución.

El sistema de focalización no llega a todos los que debería beneficiar y los niveles de filtración son altos. Hoy se tiene la misma proporción de pobres que hace 10 años y hay más pobres en términos absolutos que antes; esta situación se concentra más en los niños. Todo ello a pesar del esfuerzo de gasto público realizado durante la última década.

El cuadro 32 ilustra esta situación. La subcobertura del Programa de Desayunos Escolares bordea 67% y la filtración 29% a escala nacional. En la sierra —que es donde la pobreza incide en mayor proporción— la subcobertura bordea 62% y la filtración 26%. Similar tendencia se aprecia en otros programas como el Vaso de Leche y los comedores populares (cuadros 34 y 35, respectivamente).

Gráfico 27

Beneficiarios de programas alimentarios según nivel socioeconómico^{1/}



^{1/} Los quintiles fueron calculados sobre la base de la muestra de niños, y se construyen sobre la base del índice de activos del hogar propuesto por el Banco Mundial.
Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración propia.

Cuadro 32**Subcobertura y filtración del programa de desayunos escolares según región**

(niños y niñas pobres entre 5 y 14 años de edad, en miles)

| Desayuno escolar | Población objetivo (a) | Beneficiarios (b) | Población objetivo beneficiada (c) | Subcobertura (a-c) | | Filtración (b-c) | |
|------------------|------------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------|-------------|------------------|-------------|
| | | | | | % | | % |
| Lima | 534.784 | 221.966 | 147.048 | 387.736 | 72,5 | 74.918 | 33,8 |
| Costa | 535.595 | 236.990 | 166.122 | 369.473 | 69,0 | 70.868 | 29,9 |
| Sierra | 1.060.000 | 535.353 | 394.714 | 665.286 | 62,8 | 140.639 | 26,3 |
| Selva | 453.320 | 196.916 | 142.729 | 310.591 | 68,5 | 54.187 | 27,5 |
| Total | 2.583.699 | 1.191.225 | 850.613 | 1.733.086 | 67,1 | 340.612 | 28,6 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: Cortez, 2002.

Cuadro 33**Subcobertura y filtración del programa del Vaso de Leche según región**

| Vaso de leche | Población objetivo (a) | Beneficiarios (b) | Población objetivo beneficiada (c) | Subcobertura (a-c) | | Filtración (b-c) | |
|---|------------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------|-------------|------------------|-------------|
| | | | | | % | | % |
| Niños y niñas pobres menores de 7 años | | | | | | | |
| Lima | 605.540 | 264.421 | 170.217 | 435.323 | 71,9 | 94.204 | 35,6 |
| Costa | 614.451 | 267.186 | 185.043 | 429.408 | 69,9 | 82.143 | 30,7 |
| Sierra | 1.210.000 | 579.976 | 424.045 | 780.955 | 64,8 | 155.931 | 26,9 |
| Selva | 528.310 | 210.309 | 151.882 | 376.428 | 71,3 | 58.427 | 27,8 |
| Total | 2.953.301 | 1.321.892 | 931.187 | 2.022.114 | 68,5 | 390.705 | 29,6 |
| Madres gestantes pobres | | | | | | | |
| Lima | 22.751 | 3.365 | 3.365 | 19.386 | 85,2 | 0 | 0,0 |
| Costa | 23.317 | 1.529 | 764 | 22.553 | 96,7 | 765 | 50,0 |
| Sierra | 52.145 | 5.515 | 3.384 | 48.761 | 93,5 | 2.131 | 38,6 |
| Selva | 22.830 | 4.180 | 3.446 | 19.384 | 84,9 | 734 | 17,6 |
| Total | 121.043 | 14.589 | 10.959 | 110.084 | 90,9 | 3.630 | 24,9 |
| Madres lactantes pobres | | | | | | | |
| Lima | 131.783 | 15.140 | 11.356 | 120.427 | 91,4 | 3.784 | 25,0 |
| Costa | 87.571 | 8.944 | 7.415 | 80.156 | 91,5 | 1.529 | 17,1 |
| Sierra | 211.587 | 28.454 | 17.423 | 194.164 | 91,8 | 11.031 | 38,8 |
| Selva | 85.996 | 9.379 | 6.892 | 79.104 | 92,0 | 2.487 | 26,5 |
| Total | 516.937 | 61.917 | 43.086 | 473.851 | 91,7 | 18.831 | 30,4 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: Cortez, 2002.

Cuadro 34**Subcobertura y filtración del programa de comedores populares según región**

| Comedores populares | Población objetivo (a) | Beneficiarios (b) | Población objetivo beneficiada (c) | Subcobertura (a-c) | | Filtración (b-c) | |
|---|------------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------|-------------|------------------|-------------|
| | | | | | % | | % |
| Niños pobres de hasta 6 años de edad | | | | | | | |
| Lima | 605.540 | 7.991 | 7.991 | 597.549 | 98,7 | 0 | 0 |
| Costa | 614.451 | 11.505 | 8.944 | 605.507 | 98,5 | 2.561 | 22,3 |
| Sierra | 1.210.000 | 25.570 | 12.785 | 1.192.215 | 98,9 | 12.785 | 50,0 |
| Selva | 528.310 | 5.933 | 1.978 | 526.332 | 99,6 | 3.955 | 66,7 |
| Total | 2.953.301 | 50.999 | 31.698 | 2.921.603 | 98,9 | 19.301 | 37,8 |
| Pobres extremos mayores de 7 años | | | | | | | |
| Lima | 273.693 | 158.965 | 9.271 | 264.422 | 96,6 | 149.694 | 94,2 |
| Costa | 600.005 | 133.288 | 17.086 | 582.919 | 97,2 | 116.202 | 87,2 |
| Sierra | 1.470.000 | 158.812 | 22.938 | 1.451.062 | 98,4 | 135.874 | 85,6 |
| Selva | 573.659 | 28.371 | 1.978 | 571.681 | 99,7 | 26.393 | 93,0 |
| Total | 2.921.357 | 479.436 | 51.273 | 2.870.084 | 98,2 | 428.163 | 89,3 |

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. | Elaboración: Cortez, 2002.



CONCLUSIONES

...reducción de la tasa de mortalidad materna y perinatal, caída de la desnutrición crónica...

10. Conclusiones

A la luz de los resultados expuestos a lo largo del documento se puede concluir que el estado de la niñez en el Perú no responde a situaciones recientes, sino que es consecuencia de la acumulación —a lo largo de generaciones— de carencias económicas y barreras sociales que determinan que, desde el embarazo, se produzcan deficiencias en el desarrollo de la calidad de vida del niño. La pobreza y la falta de acceso a los servicios de salud dificultan la buena atención de los controles del embarazo y el parto; después del nacimiento, las barreras económicas, los malos hábitos alimenticios y la baja cobertura de salud atentan contra la nutrición del niño. Los niños que forman parte del sector social y económicamente excluido conforman, en términos generales, un grupo vulnerable cuya situación se caracteriza por la baja calidad de vida y la escasez de oportunidades.

En este contexto, el Estado cumple una función vital: la de asistir a los más necesitados de tal forma que todas estas carencias sean solucionadas. La situación actual de la niñez demuestra, sin embargo, que las políticas no han tenido los efectos esperados y la exclusión de los grupos más necesitados es evidente; por ello, se requiere un compromiso político que involucre no sólo al Estado sino también a la sociedad civil, las ONG, el sector privado, los donantes y los organismos internacionales. Los resultados de la calidad de vida de la niñez dan cuenta de la baja prioridad que se le ha asignado a este sector en el marco de la inversión de las entidades públicas que

—supuestamente— deben suplir las necesidades vinculadas a su desarrollo. Cuando esta asistencia se produce, viene acompañada con grandes deficiencias en la administración de los recursos disponibles, de tal forma que se beneficia a los niños menos necesitados y se excluye a los más pobres, quienes requieren con urgencia apoyo alimentario y cobertura de salud y educación.

A través del análisis del ciclo de vida del niño, se puede concluir que durante el período de gestación el pequeño sufre las consecuencias de la baja calidad de vida de su madre, particularmente las deficiencias en el acceso a los servicios de salud y la limitada cobertura de servicios públicos básicos tales como agua potable, desagüe y electricidad. Las gestantes más pobres tienden a realizar un número de controles del embarazo insuficientes para asegurar el desarrollo apropiado del feto, ya sea por dificultades económicas o de acceso a un establecimiento de salud cercano, por factores culturales o por falta de conocimiento de la importancia de realizar controles durante este período. Así, ya desde el embarazo, el nuevo ser es vulnerable a distintas enfermedades y problemas de crecimiento, lo cual se manifiesta por el bajo peso que presenta al nacer. Sin embargo, el problema no sólo proviene de la carencia de cuidados y atenciones que la madre gestante recibe sino también de sus prácticas. Asimismo, las dificultades que los niños de menores recursos tienen que atravesar continúan durante los primeros años de su vida. Al respecto, se ha

mencionado que la alimentación y el estímulo del niño durante esta etapa juegan un papel sumamente importante en la maduración del cerebro y el desarrollo normal de su vida futura.

Los resultados confirman la importancia que tiene invertir recursos en la educación del niño y la niña. Asimismo, es fundamental que los padres —y especialmente la madre— accedan a información relevante, ya que ésta juega un papel esencial en el tipo de cuidados que el niño recibirá no sólo durante el período de gestación sino también a lo largo de sus primeros años de vida. Los resultados expuestos en el terreno de la alimentación de los niños menores de 5 años muestran que la desnutrición incide con mayor fuerza sobre aquellos niños que provienen de familias más pobres y en las que los padres tienen un menor grado de educación. Las carencias educativas de los padres inciden directamente sobre los niveles de ingreso que el hogar percibe y de los recursos con los que cuenta para poder solventar las necesidades básicas de sus miembros.

Sin embargo, los problemas que afectan a la niñez van más allá de una ingesta de alimentos inadecuada o de la falta de acceso a los servicios de salud. En este sentido, cabe destacar el vínculo existente entre la precoz participación de los niños en el mercado laboral y su vínculo con el desempeño educativo. La pobreza en la que muchas familias viven el día a día determina que los padres promuevan el trabajo infantil, ya sea pidiéndoles ayuda en sus labores de forma no remunerada o incentivando su participación en el mercado laboral informal. Así, la asistencia y rendimiento del niño en el colegio se ven disminuidos y, por tanto, la acumulación de capital humano se ve afectada en el largo plazo, lo cual tiene un efecto negativo tanto en la capacidad del niño para percibir ingresos cuando sea adulto como en su calidad de vida en el presente y el futuro.

De igual forma, no sólo su participación en el mercado laboral o la falta de acceso a los servicios de salud impide un normal desarrollo del niño; también lo hace el empleo de la violencia en su contra, que se produce sobre todo en las zonas rurales y urbano marginales. La información que se ha presentado permite sostener que tanto

en las zonas rurales como en las urbanas, la incidencia de la violencia doméstica en contra de los niños se ha convertido en un tema de preocupación general. El Estado tiene una agenda pendiente respecto a cambiar la tendencia de agresiones contra los niños. La baja autoestima de un niño que es agredido influye negativamente sobre su desempeño en el colegio y en su vida diaria, y además contribuye al proceso intergeneracional de transmisión de la violencia.

Todos estos factores tienen un vínculo común: la pobreza. En un hogar en el que los recursos son escasos, la probabilidad de que la madre no realice controles durante el embarazo y se alimente mal se incrementa drásticamente, la probabilidad de que un niño ingrese al mercado laboral es mayor, la probabilidad de que un niño reciba una dieta inadecuada es latente, y la posibilidad de que se produzcan actos de violencia se incrementa. Hay 6,5 millones de niños peruanos que viven en condiciones de pobreza, y revertir su situación debe constituirse en la agenda prioritaria de cualquier esfuerzo y estrategia de un buen gobierno, así como de una red de protección social que debe dar a los niños la primera prioridad en términos de inversión y gasto.

Si este proceso continúa tal como hasta ahora, es claro que en el futuro tendremos una fuerza laboral pobremente dotada para enfrentar los retos de un mercado cada vez más globalizado, que impone condiciones de competitividad en los sistemas productivos. En este contexto, los programas financiados por el Estado deberían concentrarse en cubrir las necesidades básicas de las familias de menores recursos y dotarlas, paulatinamente, de las condiciones que aseguren su desarrollo futuro.

Por otro lado, debemos mencionar que la capacidad del Estado de administrar y asignar recursos de manera equitativa a favor de los grupos vulnerables, entre ellos los niños, es una tarea pendiente. Se requiere el diseño y el monitoreo de esquemas de focalización que favorezcan a los niños más pobres, porque se observa que los recursos públicos son captados por los departamentos menos pobres, y hay altos niveles de filtración y subcobertura del gasto social. En este escenario, es difícil esperar que cambie la

situación de los niños. Por ello, la calidad de vida de los niños más pobres no ha mejorado sustancialmente a pesar de la magnitud de la inversión realizada durante la última década. Es indispensable que el Estado tome iniciativas tendentes a que los niños ejerzan su derecho a recibir los beneficios de los recursos públicos de manera eficaz y sostenida, para lo cual se requiere el consenso de todas las fuerzas políticas del país y una adecuada gestión que haga uso eficiente y equitativo de los recursos estatales de acuerdo con los objetivos sociales fijados.

El Estado peruano se ha propuesto alcanzar objetivos muy ambiciosos en lo que concierne a mejorar la calidad de vida de la mayor parte de la población menor de edad: reducción de la tasa de mortalidad materna a no más de 80 por 100 mil nacidos vivos, disminución de la tasa de mortalidad perinatal a no más de 15 por mil nacidos vivos, caída en 20% de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años, entre otros. El logro de estos objetivos, planteados por el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010, requiere un cambio en la forma como se administran y entregan los servicios básicos. En este sentido, se torna indispensable que las inversiones públicas en programas de asistencia a la población más necesitada den mayor prioridad a la niñez, bajo un enfoque de inversión que permita interrumpir y revertir la característica intergeneracional de la pobreza. Asimismo, es importante iniciar un proceso de reforma en el manejo de los programas sociales, que incorpore el concepto de redes de protección social a los grupos vulnerables, con especial énfasis en los infantes, las madres gestantes y los niños menores de 5 años.

Cabe señalar que se estima que 25% del presupuesto público se destina a la niñez (Vásquez y Mendizábal, 2002). Sin embargo, los resultados que se han expuesto a lo largo del documento han demostrado que este monto no está siendo distribuido y focalizado con equidad. En primer lugar, porque los niños representan uno de los grupos más pobres del país y la presencia de 6,5 millones de menores en condiciones de pobreza

requiere un cambio drástico en la distribución del gasto social. En segundo lugar, porque ha quedado comprobada la rentabilidad social de invertir en el capital humano en edad temprana. No sólo se requiere mayor gasto a favor de los niños sino también mejorar la calidad del gasto social, lo cual implica iniciar un proceso de diseño e implementación de una red de protección social a favor de los niños bajo un concepto de prevención, atenuación y reducción de los riesgos a los cuales ellos están expuestos.

El Estado debe diseñar e implementar sus políticas a favor de los niños como un conjunto de medidas integrales, y no permitir que cada una se asocie, independientemente, a programas de ayuda social dirigidos de manera aislada al resto de actividades estatales. En este sentido, la integración de los programas sociales en una red de protección social que, en forma coordinada, defina los esfuerzos de todas las entidades gubernamentales facilitaría la implementación de dichas medidas. Ha quedado demostrado que la puesta en marcha de programas de manera independiente no ha permitido que los niños mejoren su calidad de vida, deficiencia que se ha visto acentuada por los graves problemas de filtración y subcobertura en los programas sociales, así como por la regresividad del gasto público.

Constituir una red de protección social permitiría atender las necesidades de la población más pobre bajo el enfoque de riesgos. Esto facilitaría la implementación de medidas de prevención que favorezcan al sector más vulnerable, en este caso, a los niños. Durante las últimas décadas, la mayor parte de las medidas y los programas sociales no ha logrado atender a los niños de manera efectiva, dado que la mayor proporción del gasto se ha dedicado a tratar de solucionar problemas ya existentes, y no se ha previsto el surgimiento de otros. En este sentido, es necesario que el gasto del Estado en programas de asistencia a la niñez disponga de un porcentaje considerable de recursos para prevenir y atenuar posibles riesgos que atentan contra la calidad de vida de los menores.

Bibliografía

COMISIÓN NACIONAL POR LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES

1999 IV Conferencia Anual por los Derechos de los Niños. *De la exclusión a la inclusión: derecho a la participación y la educación*. Lima, Perú.

CORTEZ, Rafael

2001 «El gasto social y sus efectos en la nutrición infantil». Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, documento interno de trabajo N.º 38. Lima, Perú.

2002 «La nutrición de los niños en edad pre-escolar: aproximando los costos y beneficios de la inversión pública». Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, documento interno. Lima, Perú.

CORTEZ, Rafael y GIL, Ana

2001 «¿Qué obtienen los niños con su trabajo?». Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico - Universidad de Zaragoza, documento interno. Lima, Perú.

FEDERACIÓN DE MUJERES ORGANIZADAS EN CENTRALES DE COMEDORES POPULARES AUTOGESTIONARIOS Y AFINES DE LIMA Y CALLAO, UNICEF

2003 *Del Fogón a la Formación de Dirigentas Comunales*. FEMOCCPAALC. Lima, Perú.

INSTITUTO CUÁNTO

2000a *Perú en números 2000*. Lima, Perú.

2000b *Encuesta nacional de hogares sobre medición de niveles de vida 2000 (ENNIV 2000)*. Lima, Perú.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2000 *Encuesta demográfica y de salud familiar 2000 (ENDES 2000)*. Lima, Perú.

2002 *Encuesta nacional de hogares 2001 (ENAHO 2001)*. IV trimestre. Lima, Perú.

MINISTERIO DE SALUD, OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

2002 *Situación perinatal en el Perú*. Mimeo. Lima, Perú.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, UNICEF

2003 *La educación de todos los niños y niñas es nuestro compromiso*. Evaluación de las intervenciones para

la inclusión de las niñas y prevención del trabajo infantil en contextos urbano marginales y rurales (1995-2000). Elizabeth Munares, Roberto Barraza y Tomás Miranda. Lima, Perú.

PLAN BINACIONAL DE DESARROLLO DE LA REGIÓN FRONTERIZA PERÚ-ECUADOR, CAPÍTULO PERÚ, UNICEF, EMBAJADA DE FINLANDIA

2003 *Desarrollo Humano: desarrollo sostenible en el río Santiago*. Línea base. Lima, Perú.

POLLIT, Ernesto

2002 *Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

PROMUDEH

2002 Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010. Decreto Supremo 003-2002. Lima, Perú.

UNICEF

1999 *Los niños primero*. Declaración Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York.

— *The State of the World's Children*. Nueva York.

— *Exclusión social en el Perú*. Documento electrónico: http://www.unicef.org/peru/publicaciones2_00.html

2002 *Peru Case Study: A Human Rights Approach*. A Review of a UNICEF. Country Programme Based on Human Rights: The Case of Peru. Lima, Perú.

2003 *Estado Mundial de la Infancia 2004*. Nueva York.

UNICEF, USAID

2003 *Crecimiento y desarrollo temprano: prácticas y recursos*. Lima, Perú.

— *Promotores de Salud: trabajo y motivaciones*. Lima, Perú.

VÁSQUEZ, Enrique y MENDIZÁBAL, Enrique

2002 *¿Los niños... primero? El gasto público social focalizado en niños y niñas en el Perú: 1990-2000*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico - Save the Children. Lima, Perú.

Glosario

| | |
|----------|--|
| ENAHO | Encuesta nacional de hogares |
| ENDES | Encuesta demográfica y de salud familiar |
| ENI | Estado nacional de la infancia |
| ENNIV | Encuesta nacional de niveles de vida |
| INEI | Instituto Nacional de Estadística e Informática |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| PROMUDEH | Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (ahora Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social - MIMDES) |
| SMI | Seguro Materno Infantil |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |

Definiciones de indicadores

| | |
|------------------|--|
| Quintiles | Estadígrafo de posición que divide las observaciones (valor, dato o característica del estudio) en cinco parte iguales, las cuales han sido ordenadas previamente en orden ascendente o descendente. |
|------------------|--|

| | |
|--|--|
| Tasa de mortalidad de menores de 5 años | Probabilidad de muertes desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos. |
|--|--|

| | |
|------------------------------------|--|
| Tasa de mortalidad infantil | Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 1 año, expresada por cada 1.000 nacidos vivos. |
|------------------------------------|--|

| | |
|--|---|
| Tasa de alfabetización de adultos | Proporción de personas de 15 ó más años que pueden leer y escribir. |
|--|---|

| | |
|---------------------------|----------------------------------|
| Bajo peso al nacer | Un peso inferior a 2.500 gramos. |
|---------------------------|----------------------------------|

| | |
|--------------------------|---|
| Atención prenatal | Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que durante el embarazo fueron atendidas al menos una vez por personal de salud especializado (médico, enfermeras, o parteras). |
|--------------------------|---|

| | |
|--|---|
| Partos atendidos por personal especializado | Proporción de partos atendidos por médicos, enfermeras, parteras y agentes de atención primaria de salud calificados. |
|--|---|

| | |
|---|---|
| Tasa de mortalidad derivada de la maternidad | Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos. |
|---|---|
