



**Reducir  
la mortalidad en  
la infancia**



**Meta 5**

Reducir la mortalidad de los niños y las niñas menores de 5 años en dos terceras partes entre 1990 y el 2015.

Asegurar que, en el 2015, por lo menos 95% de los niños y las niñas de 1 año hayan recibido al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión.

**Cuadro 9****Mortalidad en la infancia**

	1986-1996	1990-2000	Meta al 2015
Razón de mortalidad infantil <sup>1</sup>	50	43	17
Razón de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años	68	60	23

Fuente: ENDES 1996 y 2000

**Cuadro 10****Niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión**

	1992	2000	Meta al 2015
Información de registros administrativos (MINSa)	n.d.	93,0%	95,0%
Información de encuestas (ENDES)	74%	71,9%	95,0%

Fuente: ENDES 1992 y 2000. MINSa 2000

**SITUACIÓN ACTUAL****Mortalidad en la infancia**

En un contexto de disminución sostenida de la mortalidad en la infancia, diversos estudios publicados en la década de 1990 enfatizan la persistencia de las brechas entre las clases socioeconómicas en el país<sup>2</sup>. Un análisis exhaustivo de la evidencia disponible muestra que las razones de mortalidad infantil y de los niños y niñas menores de 5 años<sup>3</sup> — así como indicadores complementarios como razón de mortalidad perinatal, proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva, prevalencia de desnutrición crónica en me-

nores de 5 años y de anemia en menores de 2 años, y cobertura de inmunización de sarampión— aún se concentran en los segmentos más pobres, residentes en zonas rurales y con menores niveles de escolaridad, los cuales presentan la mayor carga de enfermedad y el menor acceso a los servicios. La mortalidad perinatal sigue teniendo un peso importante en la mortalidad en la infancia y sus principales causas están relacionadas con enfermedades y desnutrición de la madre que afectan al feto y/o al recién nacido.

La razón de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años disminuyó de 64 por mil nacidos vivos en el período 1982-1992 a 43 por mil en el período 1990-2000. Si bien dicha reducción es significativa, la des-

<sup>1</sup> La información sobre las razones de mortalidad infantil y de la niñez se recopila para los 10 años anteriores a la fecha de la encuesta. De esta manera, las encuestas realizadas en el 2000 recogen información para el período 1990-2000. La información consignada en el cuadro 9 corresponde al año medio del período de 10 años contemplado. Así, 1990 es el año medio para la encuesta realizada en 1996, mientras que 1995 se aproxima a la media de la encuesta realizada en el 2000.

<sup>2</sup> Véase, por ejemplo, MINSa (1995) “Análisis de la situación de salud del Perú (ASIS 1995)”, Informe Técnico N° 1; Vallenat, O.G. (1997) *Perú: Estimaciones de la mortalidad infantil en los distritos*, Lima, INEI; UNICEF e INEI (1997) *Perú 1997. La salud de la niñez. Una evaluación de los niveles de exclusión*, Lima.

<sup>3</sup> Cf. Valdivia, M. y J. Mesinas (2002) *Evolución de la equidad materno infantil en el Perú*, Lima, INEI.

agregación de los datos muestra un panorama menos alentador para algunas zonas y grupos focalizados. En particular, brechas sustanciales determinadas por área de residencia, nivel de pobreza y nivel de escolaridad de los padres:

- Las niñas y los niños (menores de 5 años) rurales tienen una razón de mortalidad casi 2,2 veces mayor (85 por cada mil en el período 1990-2000) que la de sus semejantes en zonas urbanas (39 por cada mil en el período 1990-2000).
- Las razones más altas en el período 1990-2000 se concentran en la Sierra (81 por mil) y Selva (75 por mil), especialmente en los departamentos más deprimidos: Cusco y Huancavelica (108 por mil

cada uno), Apurímac y Huánuco (93 por mil cada uno) y Puno (85 por mil).

- Los datos contrastan con la razón de mortalidad en los niños y las niñas menores de 5 años de 23 por mil en Lima Metropolitana para el mismo período.
- De manera similar, en mujeres sin educación la razón de mortalidad de los menores de 5 años fue de 106 por mil nacidos vivos en 2000, mientras que en mujeres con educación superior la razón fue de 24 por mil nacidos vivos para 1990-2000.

En el Perú nacen 628 mil niños anualmente. Más de 20 mil de ellos mueren antes de cumplir el primer año de vida y 8 mil antes de la primera semana de nacidos<sup>4</sup>. La razón de mortalidad infantil —de 43 por mil

## ESTADÍSTICAS

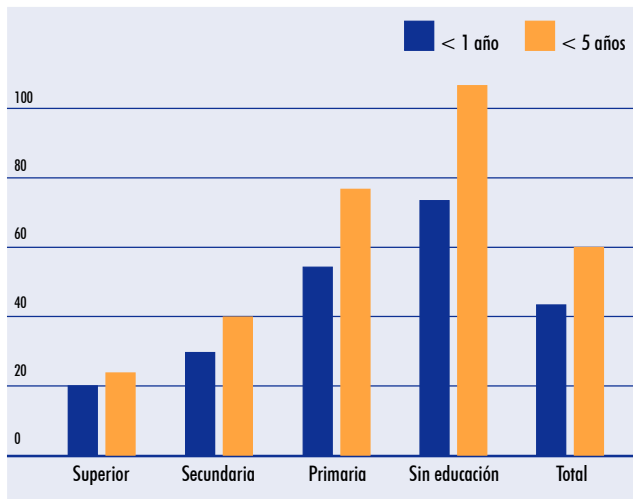
El Perú ha avanzado significativamente en la cantidad y la calidad de la información en salud, particularmente en lo referido a las encuestas nacionales ENDES y ENAHO y el sistema de Análisis de la Situación de Salud del Perú (ASIS) del MINSA. El análisis de la información disponible indica, sin embargo, que los sistemas de información están rezagados en su rol de interactuar recíprocamente con las políticas. Si bien teóricamente la buena información y la política pública son aliados naturales, a menudo van por caminos diferentes. Algunas dificultades son las siguientes:

- Alto subregistro de datos en servicios de salud, especialmente rurales, y dificultades en la corrección de estos subregistros.
- Baja calidad de la toma y registro de ciertos datos, especialmente en zonas rurales.
- Registro de una sola causa de muerte en la base de datos del MINSA.
- Predominio de los aspectos biológicos y médicos en las encuestas nacionales y los registros del MINSA.
- Baja disponibilidad de información sobre progreso e impacto de ciertas políticas.
- Demoras en el procesamiento y el reporte de datos.
- Gran cantidad de información potencialmente útil recogida y nunca procesada o interpretada en el contexto de las implicaciones de las políticas.
- Carencia de un censo de población reciente.

A pesar de la limitación de las dificultades existentes, es posible desarrollar un sistema responsable de indicadores de progreso tanto cuantitativos como cualitativos. Para ello se requiere que el MINSA establezca metas específicas (por ejemplo, metas intermedias en el PNAIA), defina un grupo de indicadores factibles de obtener, asigne los recursos necesarios para el monitoreo y defina las responsabilidades pertinentes.

<sup>4</sup> Véase UNICEF (2004) *El estado de la niñez en el Perú*, Lima, UNICEF – INEI.

**Gráfico 17**  
**Razones de mortalidad de menores de 1 y 5 años según nivel educativo de los padres, 1990-2000**



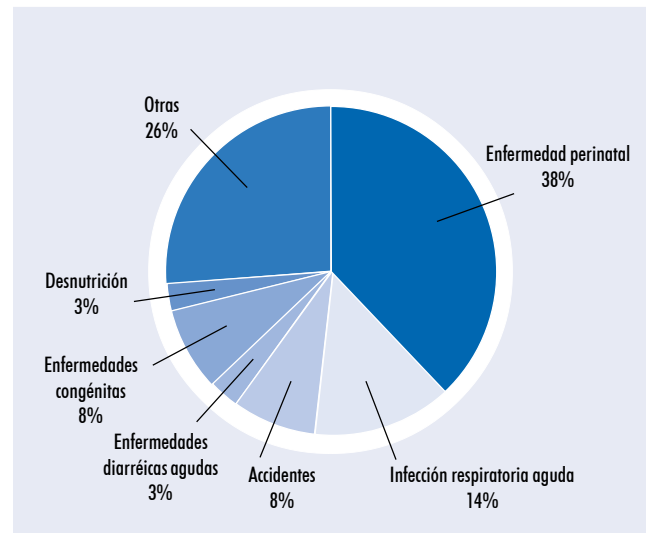
Fuente: ENDES 2000

entre 1990 y 2000— disminuyó 33% con respecto al decenio comparativo anterior, lo cual muestra avances con respecto a valores promedio nacionales de 64 por mil en 1980-1990. Sin embargo, las grandes brechas concomitantes con el mapa de pobreza y funcionales a los niveles de educación permanecen casi inalteradas. Por ejemplo, en Cusco la razón llega a 84 muertes por cada mil nacidos vivos, y en Huancavelica y Apurímac a 71 en el período 1990-2000.

La mayor parte de muertes infantiles (38%) ocurre durante el período perinatal y las causas principales son asfixia, prematuridad e infecciones. Estos altos niveles de mortalidad en el recién nacido son directamente atribuibles a la baja cobertura de atención del parto en los establecimientos de salud y a la falta de atención inmediata del recién nacido (incluyendo la reanimación del niño/a que nace deprimido). La mortalidad perinatal es igualmente elevada en medios urbanos y rurales y casi no se ha reducido en los últimos años, a diferencia de otras causas de mortalidad infantil, debido a las escasas intervenciones desarrolladas con este propósito específico.

La razón de mortalidad perinatal fue de 23 por mil embarazos de 7 o más meses para el período 1990-2000. Las escasas intervenciones desarrolladas con el propósito específico de reducirla explican el hecho de

**Gráfico 18**  
**Causas de mortalidad infantil, 2002**



Fuente: MINSA

que se haya mantenido casi inalterada en los últimos años. Las diferencias por dimensión geográfica son menores (19 por mil en el área urbana; 28 por mil en el área rural), pero aún se mantienen en función de las brechas de pobreza, educación y acceso a servicios de salud. Así, las razones de mortalidad perinatal fueron más altas en Cusco (48 por mil) y Pasco (40 por mil), en contraste con Lima Metropolitana (15 por mil).

La mayoría de las causas de muerte en la infancia son tratables y/o minimizables a costos relativamente bajos.

Como se aprecia en el gráfico, la estadística nacional otorga un peso relativamente bajo a la desnutrición como causa de mortalidad. A pesar de ello, se insiste en la necesidad de contemplar indicadores nutricionales en el examen de la mortalidad infantil y de la niñez:

- De acuerdo con la ENDES, entre 1992 y 2000 el porcentaje de niño/as menores de 6 meses que recibieron lactancia materna creció de 19,5% a 57%. Reconociendo dicho incremento, se debe anotar que la lactancia en zonas andinas y selváticas no es fácil de evaluar debido a la práctica común de introducir mates y otros preparados líquidos tempranamente.

- En relación con la desnutrición crónica en niños menores de 5 años (presentada en la sección referida a la meta de reducción del hambre), su prevalencia disminuyó de 48,8% en 1990 a 25,6% en 1996. Dicho valor se mantuvo hasta inicios de la presente década. Su desagregación geográfica revela, nuevamente, disparidades entre lo urbano (13,4%) y lo rural (40,1%).
- La prevalencia de anemia por deficiencia de hierro se redujo mínimamente entre 1996 y 2000. Ésta fue de 57% en niños menores de 5 años y 68% en niños menores de 2 años en el año 2000.

### Cobertura de vacuna contra el sarampión

La información sobre la cobertura de la vacuna antisarampionosa es extremadamente dispar. Por un lado, los datos basados en los registros de las Direcciones de Salud del MINSA muestran que la cobertura fue 93% en el 2000 (94% en 2004). De acuerdo con esta información, la meta casi ha sido alcanzada. Por otro lado, la información recogida por la ENDES<sup>5</sup> muestra que aún hay una brecha de casi 30% en la cobertura de la vacuna contra el sarampión, que correspondería a zonas rurales, de extrema pobreza y que concentran a poblaciones indígenas. La importancia de la información presentada por la ENDES es que permite hacer inferencias acerca de la calidad de la información administrativa. Entre otras posibilidades, la ausencia de un censo nacional desde 1993 puede haber provocado distorsiones en la base teórica poblacional de los registros de MINSA.

De acuerdo con la información de MINSA, la cobertura de la vacunación contra el sarampión en niños y niñas de un año de edad se mantiene en un nivel ligeramente superior al 90% desde el 2000. Este buen nivel de cobertura explica que no se han notificado casos de sarampión en los últimos tres años dado el fortalecimiento del sistema de vigilancia de enfermedades febriles eruptivas. Sin embargo, la cobertura aún no es óptima en las áreas rurales extremas e indígenas,

donde vive la población más pobre del país, debido a la escasa presencia de los servicios de salud. Adicionalmente, hay un grave deterioro de la “cadena de frío” para la conservación de vacunas debido a su antigüedad, la falta de reposición y la existencia de una multiplicidad de marcas que hacen inviable su adecuado mantenimiento. Ello lleva a que sea necesario priorizar la inversión en este componente para garantizar la calidad de las vacunas, especialmente en las áreas rurales e indígenas del país.

### CONTEXTO INSTITUCIONAL

La protección del niño y la niña es un mandato constitucional del Estado peruano, y sus principios, reglas y lineamientos están incluidos en una serie de normas de diversa jerarquía. La Constitución Política establece que el Estado está obligado a proteger la salud de la población y particularmente la del niño (Art. 4). Reconoce, además, el derecho universal y progresivo a la seguridad social y el libre acceso a las prestaciones de salud (Arts. 11 y 12).

El objetivo de reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad de los menores de 5 años se encuentra recogido en 7 de las 29 Políticas de Estado del Acuerdo Nacional. Las Políticas de Estado X, XI, XII y XIX están referidas a diversos aspectos relacionados con el bienestar de la población; la XIII, al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social; la XV, a la promoción de la seguridad alimentaria y la nutrición; y la XVI, al fortalecimiento de la familia y a la protección y promoción de la niñez, adolescencia y juventud.

De acuerdo con la Ley General de Salud (Ley N° 26842, 1997), el Estado es responsable de vigilar, controlar y atender los problemas del niño/a, así como de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población. Por otra parte, los Lineamientos de Política del Sector Salud 2002-2012 del Ministerio de Salud (2002) establecen, dentro de los objetivos estratégicos para el período 2002-2006, la reducción sustancial de la morbi-

<sup>5</sup> Utilizando una metodología de recordación de la madre y/o presentación del carnet de vacunación.

mortalidad infantil, especialmente en los sectores más pobres, aunque no se proponen metas específicas. Dichos lineamientos de política sectorial mencionan como innovaciones la ampliación de la cobertura del seguro integral de salud, la reducción de la mortalidad infantil, la atención integrada, la participación, la promoción de la salud y el monitoreo de los indicadores de progreso.

Otras políticas específicas e intervenciones intersectoriales orientadas a la reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años se despliegan claramente en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2002-2010, formulado en función de los compromisos internacionales asumidos y ratificados por el país, que tienen como eje la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. El PNAIA es el documento marco de acciones, programas y estrategias a ser asumidos y ejecutados por los sectores gubernamentales y la sociedad civil para lograr el cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas. El PNAIA propone metas cuantitativas específicas que coinciden con los indicadores generales y complementarios del ODM 4:

- Razón de mortalidad perinatal no superior a 15 por mil nacidos vivos como promedio nacional, ni superior a 22 por mil en ninguna provincia excluida.
- Razón de mortalidad infantil no superior a 20 por mil nacidos vivos como promedio nacional, ni superior a 27 por mil en ninguna provincia excluida.
- Razón de mortalidad en menores de 5 años que no exceda 30 por mil.

Sin embargo, no cuenta con una línea de base, metas intermedias ni recursos específicos para el monitoreo y evaluación de sus avances.

El proceso de descentralización política y administrativa del país incluye al sector salud en el marco de la Ley del Sistema Nacional de Coordinación y Descentralización de la Salud (Ley N° 27813, 2002). Dicha



ley provee las guías para coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud. En armonía con el empoderamiento de lo regional y lo local, se crea el Consejo Nacional de Salud —órgano consultivo del MINSA que coordina el sistema en su conjunto— y los Consejos Regionales y Provinciales de Salud. Se considera que este nuevo proceso es atractivo para la introducción de procesos de planificación participativa que permitan mejorar la focalización del gasto social en salud y fortalecer el compromiso de los actores locales.

El establecimiento del Seguro Integrado de Salud (SIS) en el 2000 es un paso importante en los esfuerzos para reducir las inequidades en la prestación de servicios de salud a la madre y al niño. Sin embargo, investigaciones recientes muestran problemas de focalización (la afiliación al SIS tiende a concentrarse en los quintiles poblacionales de mayores ingresos)<sup>6</sup> y fil-

<sup>6</sup> Cf. Vera, I.T.J. (2003) *Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú*, Serie Cuadernos de Trabajo, Lima, Foro Salud (julio).

tración<sup>7</sup>. Por otra parte, su expansión relativamente acelerada, sin contar con los recursos necesarios, ha llevado a grandes déficits presupuestales y a dificultades en la gestión local de las intervenciones, lo cual hace difícil que se alcancen los objetivos previstos en el corto plazo<sup>8</sup>. El incremento sostenido de la cobertura de atención de parto institucional es un supuesto que no se ajusta a las observaciones de estudios desarrollados en el período<sup>9</sup>.

Entre las políticas sociales complementarias a las políticas de salud, el PRONAA —establecido en la década de 1990— alivió el hambre de muchas familias, pero no tuvo beneficios nutricionales para los niños pequeños. A partir de 2000, este programa ha sido modificado progresivamente para tratar de convertirlo en

un programa nutricional específico para niños menores de 5 años y madres gestantes.

Las agencias de cooperación y las organizaciones no gubernamentales invirtieron recursos y esfuerzos importantes en materia de salud durante la década de 1990. Los programas Salud Dos Mil (USAID) y Salud y Nutrición Básica (Banco Mundial) fueron los más notorios por sus altos presupuestos, aunque poco se conoce sobre su contribución específica al mejoramiento de los indicadores de morbi-mortalidad en la niñez. La contribución futura de estas organizaciones al cumplimiento del ODM será importante en la medida en que sus esfuerzos sean canalizados y orientados hacia objetivos comunes, evitando la dispersión y la duplicidad de recursos.

<sup>7</sup> Cf. Vásquez, E. (2003) “¿Cuán lejos estamos de los pobres?” En: Vásquez, E. y Q.D. Winkelried (ed.) [*Buscando el bienestar de los pobres*] ¿Cuán lejos estamos?, Lima, Universidad del Pacífico.

<sup>8</sup> Véase por ejemplo Anderson, J. (2001) *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y los proveedores de los servicios de salud*, Lima, Movimiento Manuela Ramos; Tejada, P.D. (2003) *Marco general y elementos básicos para la acción defensorial en el ejercicio del derecho a la salud*, Informe de Consultoría, Lima, Defensoría del Pueblo (setiembre); Yamin, A.E. (2003) *Castillos de arena en el camino hacia la modernidad. Una perspectiva desde los derechos humanos sobre el proceso de reforma del sector salud en el Perú (1990-2000) y sus implicancias en la muerte materna*, Lima (julio).

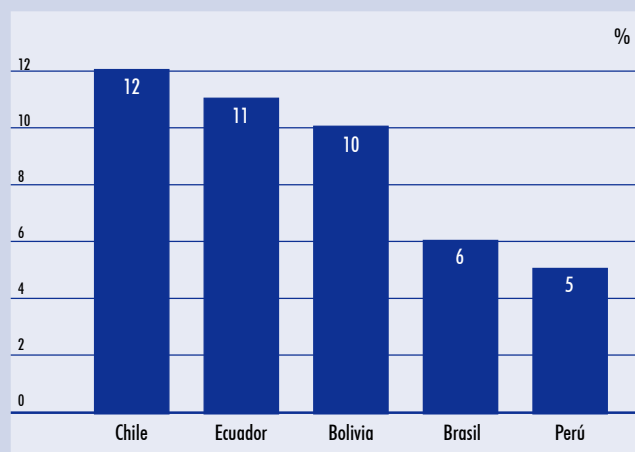
<sup>9</sup> Vicuña, O.M., S.J. Ampuero y J.P. Murillo (2000) “Análisis de la demanda potencial y su relación con el modelo de gestión de de los establecimientos de salud del primer nivel de atención”, Serie de Informes Técnicos N° 5, MINSa, Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. El trabajo de Vicuña, “Efecto de las intervenciones del estado en la utilización de los servicios de salud maternos en el Perú, 1991-2000: cambios y factores asociados”, Lima (octubre 2002), por ejemplo, se basa en ENDES para demostrar que, a pesar de los enormes esfuerzos y recursos movilizados en el período 1992-2000, los avances en la cobertura del parto institucional (de 58,3% en 1992 a 63,8% en el 2000) son mínimos y que la velocidad de los cambios en los segmentos excluidos es un proceso muy lento.

## DESAFÍOS

### Inversión social en salud

Para lograr un nivel óptimo de crecimiento y desarrollo en la infancia, los servicios de salud deben contar con el presupuesto suficiente para atender la demanda adecuadamente y satisfacer las necesidades de las poblaciones excluidas. Comparado con el resto de América Latina, en el Perú el Gobierno Central asigna muy poco de su inversión (5% promedio) al sector salud. De acuerdo con algunos estudios sobre el tema de la niñez, el volumen de la inversión en salud en la infancia alcanzó los US\$ 100 millones en el 2002, equivalente a poco menos del 15% de la inversión total en el sector.

**Gráfico 19**  
**Porcentaje de inversión del Gobierno Central asignada al sector salud, 1992-2001**



Fuente: UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2004*

### Fortalecimiento institucional

Las políticas descritas son una evidencia de que a pesar de que existe un marco institucional importante en materia de salud infantil, esto no ha sido suficiente para disminuir la mortalidad en la infancia. En efecto, la salud de los niños no es necesariamente bien servida por una política de salud adecuadamente formulada o negociada, a menos que sus intereses sean protegidos por regulaciones y mecanismos claros de los organismos públicos y privados que participan en la formulación. La historia del progreso del país en temas como la reducción acelerada de la mortalidad infantil, la eliminación virtual de los desórdenes por deficiencia de yodo y el incremento significativo de la infraestructura de servicios de salud, indica que cuando las políticas están acompañadas de metas específicas que responden a necesidades concretas de la población excluida, los logros pueden ser posibles.

Dentro de este contexto, es imperativo que se analice cuidadosamente las características comunes del sector: políticas fluctuantes en el tiempo guiadas por una percepción inconstante de su efectividad y factibilidad; débil focalización de las intervenciones y ausencia de especificidad de los mecanismos a través de los cuales son entregadas a la población de menores recursos; alta rotación del personal; y baja capacidad de los trabajadores para entender el contexto sociocultural en el cual trabajan. Este análisis debe partir de una mayor comprensión de aspectos particulares que generan los problemas de salud: cambios rápidos ocurridos en las circunstancias que rodean la gestación, nacimiento y crecimiento de los niños; incremento de los hogares cuya cabeza es la mujer; incremento en la proporción de madres adolescentes; e incremento de niños que viven en hogares pobres.

### Reducción de factores de riesgo

El ritmo de reducción de las razones de mortalidad en la infancia observado hasta el año 2000<sup>10</sup>, ha sido considerado uno de los más acelerados de la región. Este logro ha sido influenciado principalmente por el

<sup>10</sup> Según el estudio de Ahmad, O., A. López y M. Inoue (2000) "Reevaluación de la disminución de la mortalidad infantil", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 78, N° 10; pp. 1175-1191.

éxito de la estrategia de rehidratación oral y las campañas intensivas de vacunación. Proyectando a futuro el mismo ritmo de disminución de la mortalidad (13,8% por quinquenio), se esperaría una razón de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de 34,4 por mil nacidos vivos en el año 2015, lo cual corresponde al 72% de la meta de reducción propuesta, esto es, dos tercios del indicador al inicio del período. Puesto que el uso de las tecnologías de rehidratación oral y vacunación ha rendido ya su máximo beneficio, mantener la tendencia de reducción e incluso lograr el 100% de la meta propuesta implicaría reducir los factores de riesgo que tienen más peso en la mortalidad y que aún enfrentan las poblaciones que viven en la pobreza. Estos riesgos están principalmente asociados a las condiciones sanitarias (agua potable y alcantarillado), la seguridad nutricional y el acceso a servicios de salud de calidad en igualdad de oportunidades, dando prioridad a los períodos que son más críticos como el embarazo, el nacimiento y los primeros tres años de vida.

Si bien algunos de los cambios requeridos son estructurales y demandan una cantidad sustancial de recursos adicionales difíciles de obtener en el corto y mediano plazo, hay otros que son factibles y viables con los recursos disponibles pero que requieren una reforma en las decisiones del Estado para priorizar y focalizar las políticas y las intervenciones en las poblaciones donde se concentra la mortalidad en la infancia. Esta reforma debe tener como punto de partida una mejor comprensión de las tendencias en la salud de los niños y de que sus necesidades y la forma de satisfacerlas no son exclusivamente temas médicos sino que tienen que ver también con el complejo contexto social y ambiental de la pobreza. Específicamente, la reforma necesaria para alcanzar la meta de reducción propuesta implicaría, entre otras cosas, lo siguiente:

- Voluntad política manifiesta de reducir las desigualdades en la prestación de salud y servicios complementarios y de mejorar la naturaleza, la calidad y la disponibilidad del acceso. Además del marco legal, la política debe estar acompañada de los marcos económico/presupuestal y técnico con la especificidad necesaria.
- Reasignación de recursos, identificando las provincias o bolsones donde se concentran las razones más altas de mortalidad en la niñez y de los indicadores complementarios.
- Incorporación de estrategias y metodologías apropiadas para resolver las necesidades de salud no satisfechas, utilizando el conocimiento disponible, involucrando diversas disciplinas y dando prioridad a los aspectos preventivos y promocionales.
- Reorientación de los incentivos económicos, de la estabilidad y la capacitación del personal de salud, de la organización de los servicios y de los mecanismos de entrega de las intervenciones.
- Formulación de metas e indicadores específicos de corto y mediano plazo e implementación de un sistema eficiente de evaluación y monitoreo de su cumplimiento. ■