

MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

La ENDES 2012 al igual que las encuestas anteriores, investigó la historia de nacimientos, de cada una de las mujeres entrevistadas, respecto al sexo, fecha de nacimiento, edad actual y la condición de sobrevivencia de cada hija/hijo nacido vivo. En el caso de los nacidos vivos que fallecieron, se registró la edad a la que había ocurrido el deceso, con tres variantes:

- En días para niños y niñas que murieron durante el primer mes de vida;
- En meses para los que perecieron entre uno y 23 meses; y
- En años para los que fallecieron después de cumplir los dos años.

Estos datos permiten calcular, para períodos determinados, las siguientes probabilidades de morir^{1/}:

- Mortalidad neonatal: probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN);
- Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida (${}_1q_0$);
- Mortalidad post-infantil: probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario (${}_4q_1$);
- Mortalidad en la niñez: probabilidad de morir antes de cumplir cinco años (${}_5q_0$).

Las tasas de mortalidad se expresan por mil nacidos vivos, excepto la Tasa de Mortalidad Post-Infantil la cual se expresa por mil niños que han alcanzado los 12 meses de edad.

La mortalidad, al igual que otras variables demográficas, está sujeta a errores de declaración. La confiabilidad de las estimaciones de la mortalidad depende de los niveles de omisión de hijos e hijas que han fallecido al poco tiempo de nacer, especialmente cuando la defunción ha ocurrido bastante tiempo antes de la encuesta. Es importante, de igual manera, la calidad diferencial de la declaración de las fechas de nacimiento de hijas e hijos sobrevivientes e hijas e hijos muertos. Otro error que puede ocurrir es la declaración errónea de la edad al morir o de la fecha de defunción del infante. En encuestas de otros países, se ha observado una tendencia en las madres a redondear hacia “un año” (12 meses) como edad de la hija o hijo al morir, aún cuando la niña o niño hubiera fallecido no exactamente a los 12 meses sino en meses próximos a esa edad. Este redondeo hace que en el mes 12 se produzca una gran concentración de defunciones. Cuando el traslado de las muertes ocurridas a los 10 u 11 meses de vida, hacia el año (12 meses), es grande, se origina una subestimación de la mortalidad infantil y la sobreestimación de la mortalidad post-infantil.

7.1 NIVELES Y TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

En el Cuadro 7.1, se presentan estimaciones de la mortalidad infantil y en la niñez para los tres quinquenios anteriores a las encuestas, calculadas utilizando métodos directos de estimación a partir de la historia de nacimientos y defunciones obtenidas en las entrevistas a mujeres en edad reproductiva.

1/ Las estimaciones de mortalidad en las ENDES no son, en estricto, tasas sino probabilidades calculadas siguiendo los procedimientos estándar para construcción de tablas de mortalidad del llamado *método directo* de estimación. Para cada período calendario se tabulan las muertes y las personas expuestas para los intervalos de edad en meses: 0, 1-2, 3-5, 6-11, 12-23, 24-35, 36-47 y 48-59, para luego calcular probabilidades de sobrevivencia en cada intervalo de edad. Finalmente, se calculan las probabilidades de morir multiplicando las respectivas probabilidades de sobrevivir y restando de 1. Una descripción detallada del método para calcular las probabilidades de morir se encuentra en Shea Rutstein. 1984. *Infant and Child Mortality: Levels, Trends and Demographic Differentials*. Rev. ed. Estudios Comparativos WFS No. 43. Voorburg, Netherlands: International Statistical Institute.

Especial atención debe prestarse a la mortalidad durante el primer mes de vida (mortalidad neonatal), pues cuando desciende la mortalidad infantil y en la niñez, se espera que los riesgos tiendan a concentrarse en el primer mes de vida, por provenir fundamentalmente, de razones congénitas. En cambio, las causas de las defunciones a partir del segundo mes de vida son atribuibles principalmente a los condicionantes de salud y socioeconómicos imperantes en los hogares y en su entorno.

Para efectos de obtener indicadores más robustos de las estimaciones de la mortalidad neonatal, infantil y en la niñez, que se presenta en este capítulo, corresponde a la información recopilada en los años 2011 y 2012.

Niveles de la mortalidad (Cuadro 7.1; Gráfico 7.1)

- De cada 1 000 niñas y niños que nacieron en Perú durante los 0 a 4 años anteriores a la encuesta (fecha central: julio 2009), 17 murieron durante el primer año en comparación con 23 para el período 5 a 9 años anteriores (fecha central: julio 2004) y 31 para el período 10 a 14 años anteriores (fecha central: julio 1999). Las estimaciones se consideran razonables si se tiene en cuenta el aumento del acceso de la población a los servicios de salud, principalmente en las áreas rurales.
- La mortalidad en la niñez, medida como muertes antes del quinto cumpleaños por cada 1 000 nacidos vivos, alcanzó durante el último quinquenio la cifra de 21; mientras que para el quinquenio inmediatamente anterior fue de 30; y, el quinquenio 10 a 14 años anteriores fue de 42 niños por cada mil nacidos vivos.
- Los descensos observados en los tres últimos quinquenios son igualmente importantes en la mortalidad neonatal (de 15 a 9 defunciones por mil nacidos vivos) y post-neonatal (de 16 a 7 defunciones por cada mil nacidos vivos). Estos resultados, especialmente la mortalidad neonatal, tendrían mayor relación con las condiciones de salud imperantes en el entorno.
- La disminución de la fecundidad también ha tenido un rol importante en la baja de la mortalidad, pues ha descendido la proporción de embarazos de alto riesgo.

CUADRO N° 7.1
PERÚ: TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL, POST-NEONATAL, INFANTIL, POST-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, SEGÚN PERÍODOS DE CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, 2011-2012

Períodos de cinco años antes de la encuesta	Fecha central 1/	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal 2/ (MPN)	Mortalidad infantil (iq ₀)	Post-infantil (iq ₁)	En la niñez (iq ₀)
0-4	Julio 2009	9	7	17	5	21
5-9	Julio 2004	13	10	23	7	30
10-14	Julio 1999	15	16	31	11	42

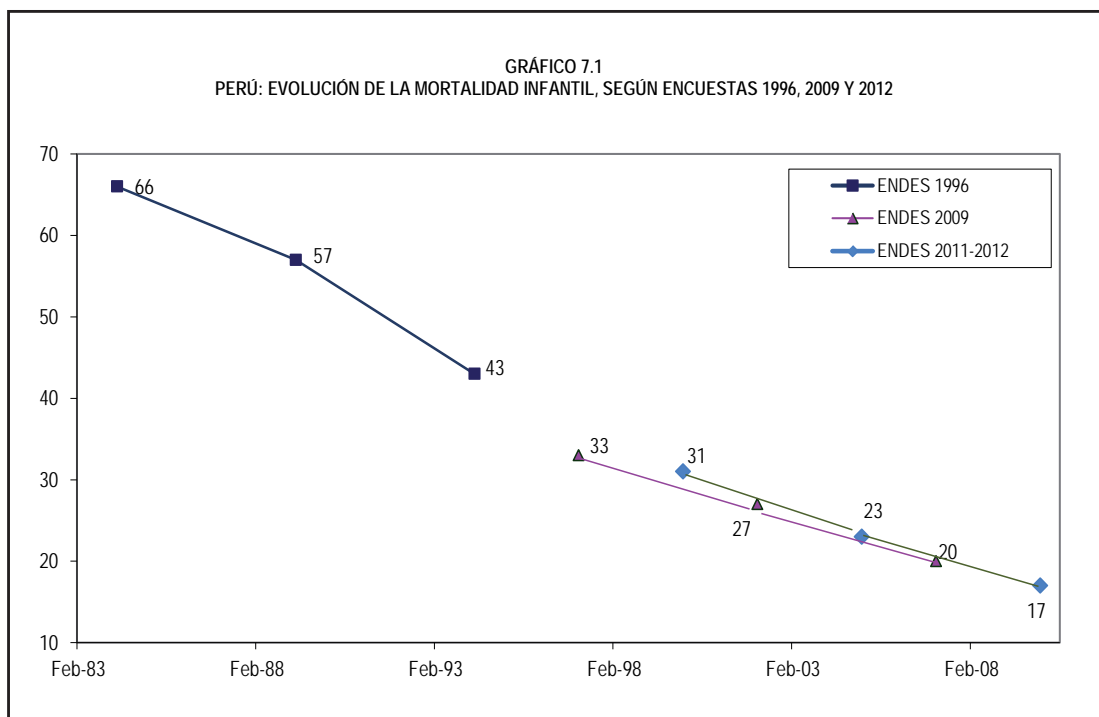
1/ Como el trabajo de campo se realizó entre marzo y diciembre del 2011, y, marzo y diciembre del 2012, las tasas para el período 0-4 años antes de la encuesta tienen como fecha central: julio 2009. En forma similar para los otros períodos.

2/ Calculada como la diferencia entre la Tasa de Mortalidad Infantil y la de mortalidad neonatal.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Cabe señalar que las probabilidades de morir a las diferentes edades consideradas son especialmente susceptibles a errores y variaciones aleatorias propias de las encuestas por muestreo, dada la baja frecuencia de estos eventos en la población total. Esta situación conlleva la necesidad de ser cautelosos en la interpretación de las tendencias observadas, sean éstas dadas por una encuesta en particular o establecidas mediante la comparación de valores puntuales derivados de diferentes investigaciones. Los intervalos de confianza de las estimaciones de mortalidad se presentan en el Apéndice B.

Con el fin de ilustrar lo señalado en el párrafo anterior, se presentan en el Gráfico 7.1 las probabilidades de morir durante el primer año de vida, resultantes para los tres quinquenios que precedieron a las encuestas (2011-2012) y para períodos similares referentes a las encuestas realizadas en el país en 1996 y 2009.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

7.2 DIFERENCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Las estimaciones presentadas en el Cuadro 7.2 por características seleccionadas como área de residencia, región natural, educación de la madre y quintiles de riqueza y en el Cuadro 7.3 por características demográficas, se reseñan para un período de cinco años. Los niveles de la mortalidad infantil y en la niñez se resumen en el Gráfico 7.2 por área de residencia, región natural y nivel de educación de la madre.

Mortalidad por características seleccionadas (Cuadro 7.2; Gráfico 7.2)

- La Tasa de Mortalidad Infantil rural fue 22 y la urbana 14 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. Con respecto a las Tasas estimadas en la ENDES 2009 (27 en el área rural y 17 en el área urbana), se ha producido un descenso de 18,5 por ciento en el área rural y 17,6 por ciento en el área urbana. La mortalidad en la niñez también fue mayor en el área rural 29 contra 17 por mil en el área urbana.
- Por región natural, el riesgo de mortalidad infantil continúa siendo mayor en la Sierra y la Selva que en Lima Metropolitana. Las niñas y niños que nacen en aquellas regiones tenían tasas más altas de mortalidad infantil de 21 y 20 por mil, respectivamente; en tanto en Lima Metropolitana fue 10 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. La mortalidad en la niñez en Lima Metropolitana alcanza el nivel más bajo (13 por mil); sin embargo, es mayor en las otras regiones siendo las tasas más altas las de la Sierra y Selva (28 por mil, cada una).

- El nivel educativo de la madre establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: los niños de madres sin educación tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (32 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios superiores (16 por mil).

CUADRO N° 7.2

PERÚ: MORTALIDAD NEONATAL, POST-NEONATAL, INFANTIL, POST-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (FECHA CENTRAL JULIO 2009), SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2011-2012

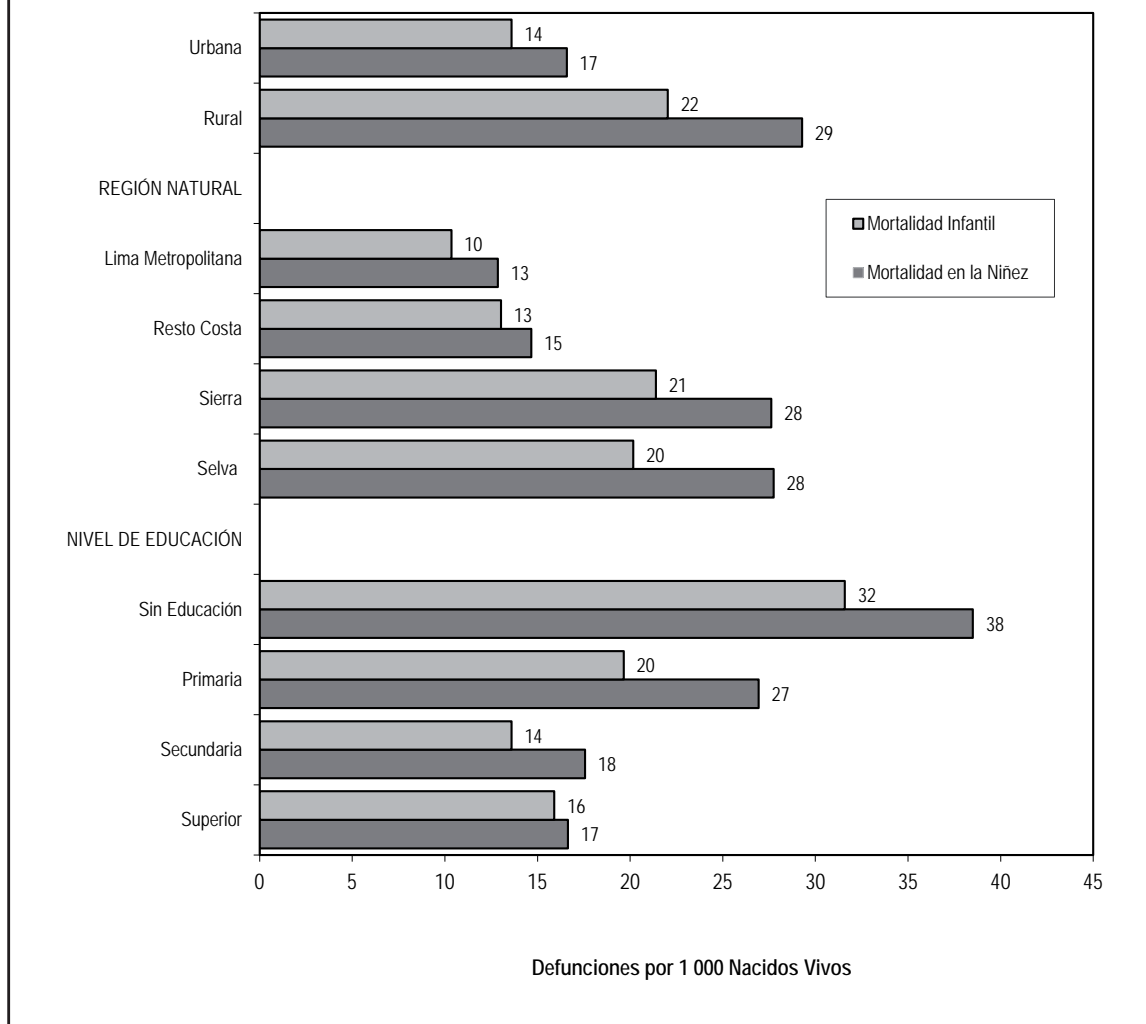
Característica seleccionada	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal 1/ (MPN)	Mortalidad infantil (${}_1q_0$)	Post-infantil (${}_4q_1$)	En la niñez (${}_5q_0$)
Área de residencia					
Urbana	8	5	14	3	17
Rural	11	11	22	7	29
Región natural					
Lima Metropolitana	6	4	10	3	13
Resto Costa	7	6	13	2	15
Sierra	11	10	21	6	28
Selva	13	8	20	8	28
Educación de la madre					
Sin educación	18	14	32	7	38
Primaria	11	9	20	7	27
Secundaria	8	5	14	4	18
Superior	8	8	16	1	17
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	13	10	23	7	30
Segundo quintil	9	9	18	8	25
Quintil intermedio	11	5	16	2	18
Cuarto quintil	7	3	10	2	12
Quintil superior	5	7	12	0	13
Total	9	7	17	5	21

1/ Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad neonatal.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

- La situación económica de los hogares es determinante en la mortalidad infantil: el nivel de mortalidad infantil fue elevado en el quintil inferior de riqueza (23 por mil) y 12 por mil en el quintil superior de riqueza. Similar comportamiento se presenta en la mortalidad de la niñez: en el quintil inferior fue 30 defunciones por mil nacidos vivos, y en el quintil superior 13 por mil.

GRÁFICO N° 7.2
PERÚ: DIFERENCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, POR LUGAR DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, 2011-2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Mortalidad por características demográficas (Cuadro 7.3)

- La Tasa de Mortalidad Infantil de los varones (19 por mil) fue mayor en cinco puntos que la Tasa de Mortalidad infantil de las mujeres (14 por mil). De forma similar, la Tasa de Mortalidad en la Niñez de los varones fue 24 por mil y de las mujeres 18 por mil. También existen algunas diferencias en la mortalidad según la edad de la madre, el orden del nacimiento del niño y la amplitud del tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro..
- Al analizar los resultados por edad de la madre, se encuentra un alto riesgo de mortalidad infantil para los niños de madres adolescentes (20 por mil); y un menor riesgo de mortalidad para aquellos cuyas madres tenían entre 20 y 39 años de edad.
- Igualmente, se observa un patrón de riesgo con respecto al número de orden de los nacimientos, así para el primer nacimiento, la Tasa de Mortalidad Infantil fue 12 por mil; en tanto que para los nacimientos de orden 7 y más la Tasa llegó a 23 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

- La duración del período intergenésico permite apreciar otro aspecto en el que se vinculan estrechamente la fecundidad y la mortalidad infantil, estableciendo además las mayores diferencias entre las características demográficas: de cada mil niñas y niños nacidos vivos pertenecientes a intervalos intergenésicos menores a dos años, 21 mueren antes del primer año de vida, frente a 15 por mil para los niños y niñas cuyas madres tuvieron un intervalo intergenésico de cuatro y más años.

CUADRO N° 7.3

PERÚ: MORTALIDAD NEONATAL, POST-NEONATAL, INFANTIL, POST-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (FECHA CENTRAL JULIO 2009), SEGÚN CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA SELECCIONADA, 2011-2012

Característica demográfica seleccionada	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal 1/ (MPN)	Mortalidad infantil (${}_1q_0$)	Post-infantil (${}_4q_1$)	En la niñez (${}_5q_0$)
Sexo del niño					
Hombre	11	8	19	4	24
Mujer	8	6	14	5	18
Edad de la madre al nacimiento					
<20	13	7	20	6	26
20-29	9	7	15	3	18
30-39	9	7	16	6	22
40-49	8	11	19	8	27
Orden de nacimiento					
1	7	5	12	3	16
2-3	10	7	17	4	20
4-6	11	11	22	7	29
7 y más	12	11	23	12	35
Intervalo con nacimiento previo					
<2	10	11	21	6	26
2 años	14	10	24	5	29
3 años	11	6	17	6	23
4 y más años	8	7	15	5	20
Total	9	7	17	5	21

1/ Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad neonatal.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

7.3 MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, Y ESTATUS DE LA MUJER EN EL HOGAR

Se indagó acerca de ciertos aspectos que caracterizan las relaciones de parejas en el hogar y que podrían mostrar el nivel de decisión de la mujer con respecto a diversas situaciones que pueden influir de alguna manera en el comportamiento de la mortalidad infantil como el hecho de tomar decisiones en cuanto a una serie de tópicos como el cuidado de la salud, la compra de bienes, educación de los hijos, uso de anticonceptivos, entre otros.

Asimismo, se preguntó si los esposos tenían suficiente justificación para golpear a su cónyuge en situaciones como salir de la casa sin comunicarle al esposo o descuidar a los hijos o negarse a tener relaciones sexuales con él, si éste tiene una ITS, o si ella sabe que él tiene relaciones sexuales con otra mujer, si ha dado a luz recientemente, si está cansada, si él la golpea o está bajo los efectos del alcohol.

Para ciertas características es suficiente proporcionar estimaciones confiables para un período de cinco años, sin embargo, para otras, es recomendable ampliar el período de referencia hacia los 10 años anteriores a la encuesta, debido a que el tamaño de la muestra puede ser insuficiente para proporcionar estimaciones confiables cuando se considera un período de cinco años.

El Cuadro 7.4 muestra la variación de los niveles de mortalidad infantil y en la niñez, para los diez años anteriores a las encuestas (2011-2012), según indicadores del nivel de empoderamiento de la mujer, como el número de decisiones en las cuales la mujer tiene la última palabra, el número de razones por las cuales la mujer puede rehusarse a tener relaciones con su pareja, y el número de razones por las cuales la entrevistada cree que se justifica que el hombre golpee a su pareja. Se asume que a mayor empoderamiento de la mujer, mejor es el nivel de salud y sobrevivencia de sus niños.

Mortalidad según status de la mujer (Cuadro 7.4)

- Cuando la mujer tenía la última palabra en al menos tres o más decisiones, la mortalidad infantil fue más baja (21 por mil para tres o cuatro razones y 18 por mil para cinco razones), en comparación con aquellas madres que tenían la última palabra en una a dos decisiones en el hogar (27 por mil).
- La mortalidad de menores de cinco años disminuye a medida que la mujer manifiesta más razones que justifican negarse a tener relaciones sexuales con su pareja.
- El comportamiento diferencial de la mortalidad infantil es más evidente cuando se comparan los niveles en relación a si un esposo o compañero tiene justificaciones válidas para golpear a su esposa: fue menor la mortalidad infantil en mujeres que consideran que no hay justificación de ser golpeadas por su compañero (20 por mil), que en aquellas que consideran que si hay una o dos razones que justifican que sean maltratadas o golpeadas por sus compañeros (28 por mil).

CUADRO N° 7.4

PERÚ: MORTALIDAD INFANTIL, POST-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (FECHA CENTRAL ENERO 2007), SEGÚN INDICADOR DE ESTATUS DE LA MUJER, 2011-2012

Indicador de estatus de la mujer	Mortalidad infantil (₁₉₀)	Post-infantil (₁₉₁)	En la niñez (₁₉₀)
Número de decisiones en que la mujer tiene la última palabra 1/			
0	29	10	39
1-2	27	13	40
3-4	21	7	28
5	18	5	22
Número de razones que justifican que la mujer se niegue a tener relaciones			
0	16	21	37
1-2	24	6	30
3	20	6	26
Número de razones que justifican que se le pegue a la esposa			
0	20	6	25
1-2	28	12	39
3-4	*	*	*
5	*	*	*

Nota: - Los indicadores de estatus de la mujer se definen en detalle en el Capítulo 2, Cuadros N° 2.11 y 2.12.

- Las tasas basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Puede ser ella misma o conjuntamente con otros.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

7.4 MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener conocimiento de la atención prenatal, durante el parto y postparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y el entorno en que vive.

Tanto los nacidos muertos como las defunciones neonatales muy tempranas son difíciles de identificar y es por ello que el cálculo de este indicador es complicado cuando no son suficientes los datos precisos. A esto se suma el hecho de no contar con un buen sistema de estadísticas vitales que proporcione información confiable, de allí que las estimaciones de la tasa de mortalidad perinatal dependen de encuestas como las ENDES.

La distinción entre un nacido muerto y una muerte neonatal no es fácil de hacer y requiere que la madre recuerde a menudo signos débiles de vida después del parto. Las causas de mortinatos y muertes neonatales están correlacionadas, y si sólo se examina una de ellas se puede subestimar el nivel de la mortalidad perinatal. Por esta razón, las muertes alrededor del alumbramiento se combinan en la tasa de mortalidad perinatal.

En las ENDES se recolecta información sobre los mortinatos de los últimos cinco años, mediante el calendario reproductivo incluido al final del cuestionario. En el Cuadro 7.5 se incluye el número de nacidos muertos (muertes fetales en embarazos de 7 o más meses de duración), las muertes neonatales tempranas (aquellas ocurridas entre nacidos vivos durante la primera semana), el número de embarazos de 28 semanas (7 meses) o más de gestación y la Tasa de Mortalidad Perinatal. Ésta se calcula como la suma de nacidos muertos y muertes neonatales tempranas dividida por los embarazos de siete o más meses de duración. Los resultados se presentan por características seleccionadas.

CUADRO N° 7.5

PERÚ: NÚMERO DE MORTINATOS, MUERTES NEONATALES TEMPRANAS Y TASA DE MORTALIDAD PERINATAL PARA EL PERÍODO DE CINCO AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA (FECHA CENTRAL ENERO 2010), SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2011-2012

Característica seleccionada	Número de mortinatos 1/	Número de muertes neonatales tempranas 2/	Tasa de mortalidad perinatal 3/	Número de embarazos de 7 o más meses de duración
Edad de la madre al nacimiento				
<20	16	21	15	2 494
20-29	50	66	14	8 416
30-39	54	41	17	5 656
40-49	19	4	28	804
Intervalo con el embarazo previo en meses				
Primer embarazo	34	32	12	5 390
<15	1	7	15	554
15-26	22	27	19	2 518
27-38	20	18	17	2 217
39+	63	49	17	6 690
Área de residencia				
Urbana	81	83	14	11 360
Rural	58	49	18	6 009
Región natural				
Lima Metropolitana	16	27	10	4 329
Resto Costa	41	25	17	3 966
Sierra	61	56	19	6 173
Selva	21	24	15	2 901
Educación de la madre				
Sin educación	8	6	24	570
Primaria	65	43	21	5 083
Secundaria	48	55	13	7 764
Superior	19	27	12	3 952
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	46	34	19	4 191
Segundo quintil	37	30	17	4 049
Quintil intermedio	36	35	18	3 889
Cuarto quintil	8	21	10	2 982
Quintil superior	12	12	11	2 259
Total	140	132	16	17 369

1/ Mortinatos: muertes fetales en embarazos de 7 o más meses de duración.

2/ Muertes neonatales tempranas son aquellas que ocurren durante los primeros siete días (0-6 días completos), entre niños nacidos vivos.

3/ La suma del número de mortinatos y muertes neonatales tempranas dividida por el número de embarazos de siete o más meses de duración.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Mortalidad perinatal según características seleccionadas (Cuadro 7.5)

- En el país, la Tasa de Mortalidad Perinatal fue 16 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, con un componente algo mayor de nacidos muertos que de muertes tempranas. La mortalidad perinatal para los nacimientos de madres que tenían 40 a 49 años en el momento del nacimiento fue 28 por mil, y en las de 20 a 29 años de edad (14 por mil).
- Entre las mujeres sin nivel educativo los riesgos de tener una muerte perinatal fue el doble de aquellas con educación superior (24 y 12 por mil, respectivamente).
- Se presenta una mayor Tasa de Mortalidad Perinatal en el quintil inferior de riqueza (19 por mil); y la menor en el quintil superior de riqueza (11 por mil).

7.5 GRUPOS DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO

Con el fin de sintetizar los diversos aspectos antes presentados, el estudio de la mortalidad también puede emprenderse a través de las categorías de alto riesgo de mortalidad en la población, no sólo desde el punto de vista de las niñas y niños nacidos vivos, sino también desde el punto de vista del grupo de mujeres cuyas hijas e hijos se encuentran en categorías de riesgo de mortalidad en el futuro. El Cuadro 7.6 contiene el porcentaje de infantes nacidos en los últimos cinco años en grupos de alto riesgo de mortalidad, y el porcentaje de mujeres en unión en riesgo de concebir una niña o niño con alto riesgo de mortalidad, según categorías de riesgo. La *razón de riesgo* en la segunda columna del Cuadro 7.6, se define como el cociente de (1) la proporción de niñas o niños muertos entre aquellos nacidos en una categoría específica de riesgo, y (2) la proporción de niñas o niños muertos entre aquellos nacidos de mujeres en *ninguna categoría* de riesgo elevado. Los primeros nacimientos de mujeres entre 18 y 34 años constituyen una categoría especial de *riesgo no evitable*.

Normalmente se consideran como grupos de riesgo elevado los nacimientos que ocurren en las siguientes condiciones:

- La madre tiene menos de 18 años al momento del nacimiento de la niña o niño;
- La madre tiene más de 34 años al momento del nacimiento del niña o niño;
- El intervalo intergenésico es menos de 24 meses;
- El orden del nacimiento es mayor de 3.

Tomando en cuenta estos grupos se construyen categorías especiales de riesgo combinando dos o más de ellos. Por otro lado, las mujeres se asignan a una categoría dada dependiendo de la situación en que se encontrarían en el momento del nacimiento de la niña o niño si fuese concebido en el mes de la entrevista: edad actual menor de 17 años y 3 meses; edad actual mayor de 34 años y 3 meses; el nacimiento anterior ocurrió hace menos de 15 meses; el nacimiento anterior fue de orden 3 o superior. Las mujeres y niñas y niños en diferentes categorías de riesgo reproductivo se presentan en el Cuadro 7.6 y se resumen en el Gráfico 7.3.

Categorías de alto riesgo reproductivo (Cuadro 7.6 y Gráfico 7.3)

- El 40,1 por ciento de los nacimientos se encuentran en alguna categoría de riesgo evitable; mientras que el 32,7 por ciento en ninguna categoría de riesgo.
- Cuatro categorías concentran el 32,1 por ciento de los nacimientos: aquellos nacimientos de orden mayor a tres (10,1 por ciento), la combinación de mujer mayor a 34 años con orden de nacimiento mayor a tres (9,1 por ciento), madre mayor de 34 años (7,0 por ciento) y madre menor de 18 años (5,9 por ciento).

- La razón de riesgo más alto (1,8 veces el riesgo normal), se presenta para los nacimientos ocurridos de madres que han tenido un orden de nacimiento mayor de tres, y para los nacimientos de madres de edad menor de 18 años e intervalo de nacimiento menor de 24 meses.
- El 63,4 por ciento de las mujeres actualmente unidas están en posibilidad de concebir hijos o hijas con alto riesgo reproductivo evitable. Un 17,9 por ciento de ellas presentaron riesgo elevado por tener más de 34 años, y cuando se trata de una categoría de riesgo combinada, un 25,6 por ciento de mujeres unidas fueron susceptibles de tener hijas o hijos con riesgo elevado de morir por ser mayores de 34 años y haber tenido más de tres hijas y/o hijos.

CUADRO N° 7.6

PERÚ: NACIMIENTOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA Y MUJERES ACTUALMENTE CASADAS/UNIDAS, SEGÚN CATEGORÍA DE RIESGO DE MORTALIDAD DE LOS NIÑAS/NIÑOS, 2011-2012
(Distribución porcentual)

Categorías de riesgo ^{1/}	Nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta		Porcentaje de mujeres actualmente unidas
	Porcentaje de nacimientos	Razón de riesgo	
En ninguna categoría de riesgo	32,7	1,0	32,2 ^{a/}
Categorías de riesgo inevitable			
Nacimientos de orden 1 entre las edades 18 a 34	27,2	0,8	4,3
En una categoría de riesgo evitable	27,7	1,3	32,3
Madre menor de 18 años	5,9	1,1	0,4
Madre mayor de 34 años	7,0	0,7	17,9
Intervalo de nacimiento < 24 meses	4,8	1,3	6,8
Orden de nacimiento mayor de 3	10,1	1,8	7,2
En varias categorías de riesgo elevado	12,3	1,2	31,1
Edad <18 e intervalo de nacimiento <24 meses ^{2/}	0,3	1,8	0,3
Edad >34 e intervalo <24 meses	0,2	0,0	0,7
Edad >34 y orden de nacimiento >3	9,1	1,1	25,6
Edad >34 e intervalo <24 meses y orden de nacimiento >3	0,8	0,4	1,7
Intervalo <24 meses y orden de nacimiento >3	1,9	1,7	2,8
En alguna categoría de riesgo evitable	40,1	1,2	63,4
Total	100,0	na	100,0
Número de nacimientos/ mujeres	17 230	na	26 298

Nota: La tasa de riesgo es la razón de la proporción de muertes de nacimientos que están en categoría de riesgo entre la proporción de muertes de nacimientos que no están en ninguna categoría de riesgo.

na = No aplicable.

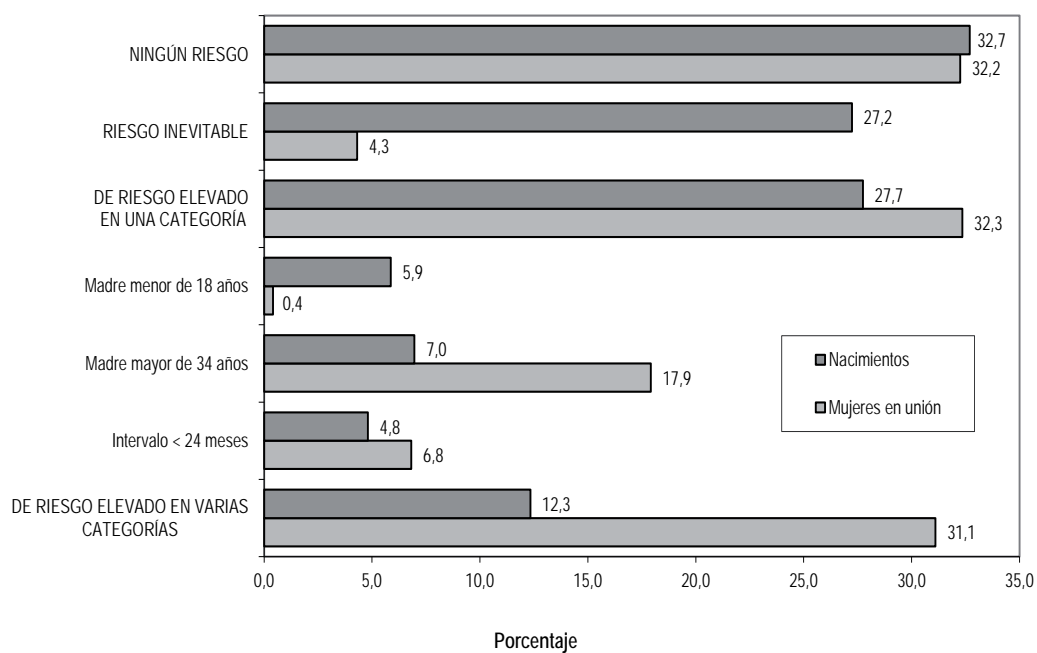
^{1/} Las mujeres son clasificadas en categorías de riesgo según el estado que tendrían al momento del nacimiento del hijo si fueran a concebir al momento de la encuesta: edad actual menos de 17 años y 3 meses, mayor de 34 años y 3 meses, el nacimiento anterior ocurrió hace menos de 15 meses; o, el último nacimiento fue de orden 3 ó más.

^{2/} Incluye la categoría <18 años de edad y orden de nacimiento >3.

^{a/} Incluye mujeres esterilizadas.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

GRÁFICO N° 7.3
 PERÚ: NACIMIENTOS EN ÚLTIMOS CINCO AÑOS Y MUJERES EN UNIÓN,
 SEGÚN CATEGORÍA DE RIESGO DE MORTALIDAD DE LOS NIÑOS, 2011-2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

