

En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York en el año 2000, los 189 jefes de Estados y de Gobierno miembros de las Naciones Unidas reafirmaron su compromiso de reducir la pobreza a nivel mundial, así como sus causas y manifestaciones. Fue esta una oportunidad histórica para enfrentar los desafíos del nuevo siglo y en este sentido, como consecuencia principal de la Cumbre se encuentra la Declaración del Milenio en el que se plasman los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

El Estado peruano ha desarrollado esfuerzos para avanzar en cada una de las metas y ha reforzado sus compromisos, incorporando los ODM en todas las principales políticas y estrategias nacionales de desarrollo. Por ello, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) da cuenta de importantes progresos en varios indicadores, especialmente en lo referido al cumplimiento de las metas de reducción de la mortalidad infantil y en la niñez; así como, el descenso de la desnutrición que a menudo es «invisible» e imperceptible para las personas que la padecen y limita su potencial de desarrollo físico e intelectual a la vez que restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez.

Asimismo, otro avance se presentó en el mejoramiento de la salud materna, a través de la disminución de la mortalidad materna y el aumento de los partos atendidos por el personal de salud capacitado, es decir, que las mujeres que dieron a luz recibieron servicios médico-obstétricos de calidad, y otros servicios de protección social que pudieran contribuir a un embarazo sano.

Por otro lado, la responsabilidad de alcanzar la meta del acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015 de los ODM, se evidencia en la ENDES a través de los indicadores: Tasa de uso de anticonceptivos, incidencia del embarazo adolescente, cobertura de atención prenatal y satisfacción de la demanda de métodos anticonceptivos en materia de planificación familiar.

Por último, para el seguimiento de la meta se asumió combatir el VIH a través del uso de preservativo en la última relación sexual y que la población de mujeres en edad reproductiva tengan conocimientos amplios y correctos sobre el VIH, para el año 2015.

13.1 NUTRICIÓN DE LAS NIÑAS Y NIÑOS

La salud de la población infantil constituye un componente básico del desarrollo humano y de la sociedad. Conocer las consecuencias de la nutrición en niñas y niños es nuestro compromiso, con los ODM, para reducir a la mitad, entre los años 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen de hambre. En el Cuadro 13.1 y Gráfico 13.1 se incluye la desnutrición global según sexo, área de residencia, región natural y nivel de educación. El Cuadro 13.2 muestra las niñas y niños con desnutrición crónica por el indicador antropométrico: talla para la edad. En ambos cuadros la clasificación del estado nutricional ha sido hecha con el patrón de referencia del NCHS/OMS, con el fin de tener información comparable con los resultados presentados en los informes anteriores de las ENDES.

Desnutrición global (Cuadro 13.1 y Gráfico 13.1)

- De los menores de cinco años de edad en la ENDES 2011, el 6,3 por ciento padecía de desnutrición global (deficiencia del peso para la edad). Este indicador mostró una disminución, de 3,0 puntos porcentuales entre la ENDES 1991-1992 y la ENDES 1996; de 0,7 punto porcentual entre las ENDES 1996 y 2000; y de 0,8 punto porcentual al comparar los años 2000 y 2011. Este comportamiento indica que se alcanzaría la meta de reducir a 5,4 por ciento la insuficiencia ponderal o desnutrición global para el año 2015.
- Según la ENDES 1991-1992 y la ENDES 2011 la desnutrición global ha descendido entre los menores de cinco años de edad de madres sin educación (6,4 puntos porcentuales), en las niñas y niños que residen en el área rural (5,4 puntos porcentuales), así como en la región Sierra (5,1 puntos porcentuales). Al comparar por sexo, se observó una mayor reducción en los niños menores de cinco años de edad (5,8 puntos porcentuales) que en las niñas (3,2 puntos porcentuales).
- El 6,7 por ciento de las niñas y el 5,8 por ciento de los niños tuvieron insuficiencia ponderal en el año 2011; sin embargo, se espera alcanzar un 5,0 por ciento, para las niñas menores de cinco años de edad con desnutrición global en el año 2015; y en el caso de los niños, la desnutrición alcanzó un porcentaje similar a la meta (5,8 por ciento).
- De acuerdo con el lugar de residencia, en el año 2011, los mayores porcentajes de niñas y niños con desnutrición global se encontraron en el área rural (12,3 por ciento) y en la Selva (11,5 por ciento); y se estima para el año 2015 una disminución de 3,4 y 3,3 puntos porcentuales, respectivamente. En tanto, los menores porcentajes se ubicaron en Lima Metropolitana (1,8 por ciento) y en Resto Costa (2,3 por ciento); para alcanzar la meta del año 2015 tendría que disminuir en 0,4 punto porcentual, en el primer caso, mientras que, en el segundo caso se superó la meta de 3,6 por ciento.
- Las madres sin educación (17,2 por ciento) y con educación primaria (11,5 por ciento) tuvieron un mayor porcentaje de niñas y niños con desnutrición global en relación con las de educación secundaria (4,2 por ciento) y superior (1,6 por ciento). Con respecto al año 2015, se estima alcanzar la meta de 11,8 y 7,3 por ciento de desnutrición global en niñas y niños de madres sin educación o con educación primaria, respectivamente.

CUADRO N° 13.1
PERÚ: PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD
CON INSUFICIENCIA PONDERAL O DESNUTRICIÓN GLOBAL, SEGÚN
(Peso para la edad)

Característica seleccionada	ENDES	ENDES	ENDES	ENDES	Metas al 2015
	1991-1992	1996	2000	2011	
Sexo					
Hombre	11,6	8,1	6,9	5,8	5,8
Mujer	9,9	7,4	7,2	6,7	5,0
Área de residencia					
Urbana	6,4	3,9	3,2	3,0	3,2
Rural	17,7	13,7	11,8	12,3	8,9
Región natural					
Lima Metropolitana 1/	2,7	1,0	0,7	1,8	1,4
Resto Costa	7,2	3,7	3,7	2,3	3,6
Sierra	14,6	11,5	10,5	9,5	7,3
Selva	16,4	15,4	12,1	11,5	8,2
Nivel de educación 2/					
Sin educación	23,6	16,8	16,5	17,2	11,8
Primaria	14,5	11,4	10,9	11,5	7,3
Secundaria	6,2	3,8	3,3	4,2	3,1
Superior	2,5	1,8	1,6	1,6	1,3
Total	10,8	7,8	7,1	6,3	5,4

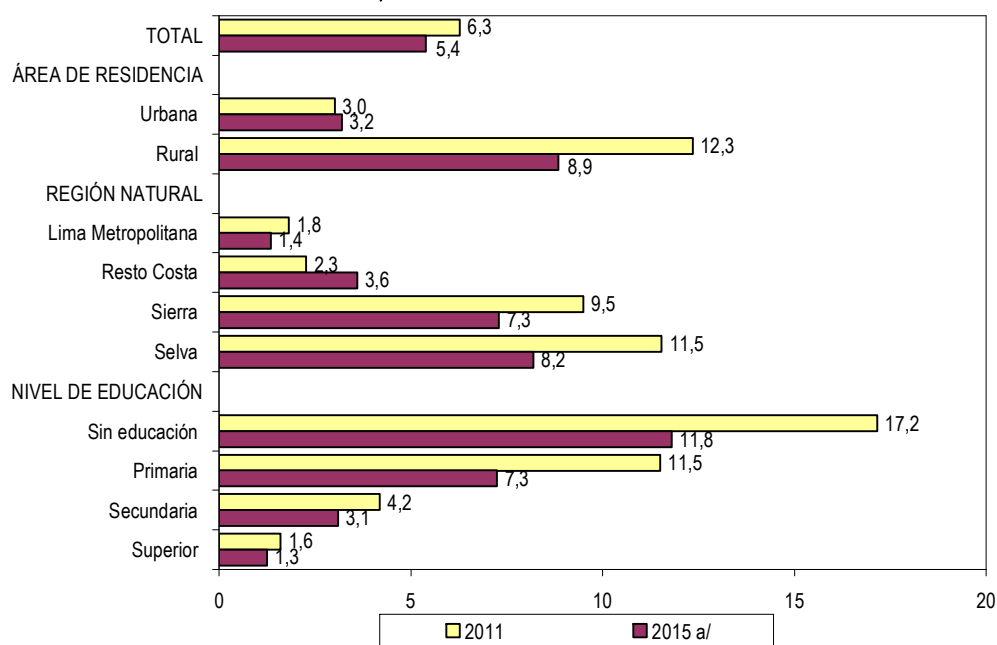
Nota: Las estimaciones se refieren a niñas y niños nacidos en el periodo 0-59 meses anteriores a la encuesta. Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media del patrón internacional utilizado por la NCHS/CDC/OMS. Las niñas y niños se clasifican como desnutridos si están por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) de la media de la población de referencia. El cuadro se basa en niñas y niños con fechas completas de nacimiento y mediciones de peso.

1/ Comprende: Provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

2/ Para las mujeres que no fueron entrevistadas, la información fue tomada del Cuestionario de Hogar. Excluye niñas y niños cuyas madres no fueron listadas en el cuestionario de hogar.

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

GRÁFICO N° 13.1
PERÚ: DESNUTRICIÓN GLOBAL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA 2011 Y 2015



a/ Metas al 2015 ODM.

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Desnutrición crónica (Cuadro 13.2)

- En el año 2011, el 15,2 por ciento de las niñas y niños menores de cinco años de edad padecía de desnutrición crónica, es decir, presentaron retardo en el crecimiento de la talla para la edad. En el transcurso de 20 años de análisis el porcentaje de menores con déficit alimenticio se redujo en 21,3 puntos porcentuales, entre las ENDES 1991-92 y 2011, como consecuencia de las intervenciones entre sectores y niveles de gobierno; y de la aplicación del Programa Articulado Nutricional (PAN). Asimismo, este resultado superó la meta de 18,3 por ciento para el año 2015.
- El porcentaje de los menores de cinco años de edad, con nutrición insuficiente disminuyó en los niños al pasar de 37,1 por ciento (ENDES 1991-92) a 15,1 por ciento en la ENDES 2011; y en las niñas de 35,8 a 15,4 por ciento, en los periodos de referencia.
- Con respecto al periodo 1991-92 y 2011 disminuyó en la Sierra (26,5 puntos porcentuales) y en el área rural (23,4 puntos porcentuales), respectivamente; asimismo, desde la ENDES 1996 hasta el año 2011, el porcentaje en niñas y niños con desnutrición crónica se redujo en la Sierra y área rural (12,7 y 10,4 puntos porcentuales, respectivamente). Estas cifras representan un avance en la reducción de la tasa de desnutrición crónica, puesto que se estimaría bajar en el área rural 3,3 puntos porcentuales y en la Selva 0,5 punto porcentual para alcanzar las metas en el año 2015, en tanto, en la Sierra decreció la desnutrición crónica en niñas y niños superando las ODM.
- En el caso de los menores de cinco años de edad con madres que alcanzaron educación primaria, se observó que ha disminuido de 48,5 por ciento en la ENDES 1991-92 a 28,4 por ciento en la ENDES 2011; estimándose bajar a un 24,3 por ciento en el año 2015. Cabe destacar, que a pesar de seguir disminuyendo el porcentaje en niñas y niños con madres sin educación representa el mayor reto para alcanzar la meta.

CUADRO N° 13.2
PERÚ: PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-92, 1996, 2000, 2011 Y 2015
 (Talla para la edad)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2011	Metas al 2015
Sexo					
Hombre	37,1	26,4	25,2	15,1	18,6
Mujer	35,8	25,1	25,6	15,4	17,9
Área de residencia					
Urbana	25,9	16,2	13,4	7,4	13,0
Rural	53,4	40,4	40,2	30,0	26,7
Región natural					
Lima Metropolitana 1/	11,2	10,1	7,3	4,0	5,6
Resto Costa	29,3	17,0	16,4	7,7	14,7
Sierra	51,6	37,8	38,6	25,1	25,8
Selva	41,4	33,0	30,2	21,2	20,7
Nivel de educación 2/					
Sin educación	65,0	50,1	51,6	46,4	32,5
Primaria	48,5	36,0	37,4	28,4	24,3
Secundaria	25,5	16,1	15,0	9,4	12,8
Superior	9,0	5,3	6,9	3,7	4,5
Total	36,5	25,8	25,4	15,2	18,3

Nota: Las estimaciones se refieren a niñas y niños nacidos en el periodo 0-59 meses anteriores a la encuesta. Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media del patrón internacional utilizado por la NCHS/CDC/OMS. Las niñas y niños se clasifican como desnutridos si están por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) de la media de la población de referencia. El cuadro se basa en niñas y niños con fechas completas de nacimiento y mediciones de talla.

1/ Comprende: Provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

2/ Para las mujeres que no fueron entrevistadas, la información fue tomada del Cuestionario de Hogar. Excluye niñas y niños cuyas madres no fueron listadas en el cuestionario de hogar.

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

13.2 MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Los estudios realizados, sobre la mortalidad infantil y de las niñas y niños menores de cinco años de edad evidencian que aún se concentran en los segmentos más pobres, residentes en el área rural, los cuales presentan la mayor carga de enfermedad y el menor acceso a los servicios. Así también, se muestra en los Cuadros 13.3 y 13.4 que los resultados van decreciendo, lo cual significa un avance en la meta a cumplir del Objetivo de Desarrollo Milenio para el año 2015, es decir, reducir en dos terceras partes, la mortalidad de las niñas y niños menores de cinco años de edad.

Mortalidad en niñas y niños menores de un año de edad (Cuadro 13.3)

- Según la ENDES 2011, se observa que durante los cinco años anteriores a la encuesta la mortalidad infantil en promedio fue 16 defunciones por cada mil nacidos vivos; en tanto, la ENDES 1991-92 reveló que fue 55 defunciones, observándose una reducción de 70,9 por ciento en el periodo analizado.
- La tasa de mortalidad infantil en el área rural fue 26 y en la urbana 11 defunciones por cada mil nacidos vivos. A pesar de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad durante el primer año de vida, aún se mantienen las brechas al interior del país, es decir, que las defunciones en el área rural fueron 2,4 veces más que en el área urbana.
- De acuerdo con los resultados de la ENDES 2011, la tasa de mortalidad en niñas y niños menores de un año de edad superó la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, estimada para el año 2015 (16 frente a 18 defunciones por cada mil nacidos vivos).
- Entre la ENDES 1991-1992 y 2011, la tasa de mortalidad infantil en el área rural, descendió en 66,7 por ciento; igualando la meta de 26 defunciones por cada mil nacidos vivos para el año 2015. En el área urbana, esta disminución fue de 72,5 por ciento, superando la meta del ODM de 13 defunciones por cada mil nacidos vivos.

CUADRO N° 13.3
PERÚ: TASA DE MORTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA,
1991-1992, 1996, 2000, 2011 Y 2015.
(Para los cinco años anteriores a la encuesta)

Área de residencia	ENDES 1991-1992 (agosto 1989)	ENDES 1996 (mayo 1994)	ENDES 2000 (abril 1998)	ENDES 2011 (enero 2009)	Metas al 2015
Urbana	40	30	24	11	13
Rural	78	62	45	26	26
Total	55	43	33	16	18

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Mortalidad en niñas y niños menores de cinco años de edad (Cuadro 13.4 y Gráfico 13.2)

- La mortalidad en menores de cinco años de edad, durante los cinco años anteriores a la encuesta del año 2011, en promedio fue 21 defunciones por cada mil nacidos vivos (3,7 veces menos que en el periodo 1991-92). Esta tendencia de descenso continuó con la ENDES 1996, siendo 2,8 veces menor, y comparada con el año 2000 disminuyó en 2,2 veces.
- En relación con los resultados de la ENDES 2011, la tasa de mortalidad en la niñez superó la meta ODM para el año 2015 (21 frente a 26 defunciones por cada mil nacidos vivos).

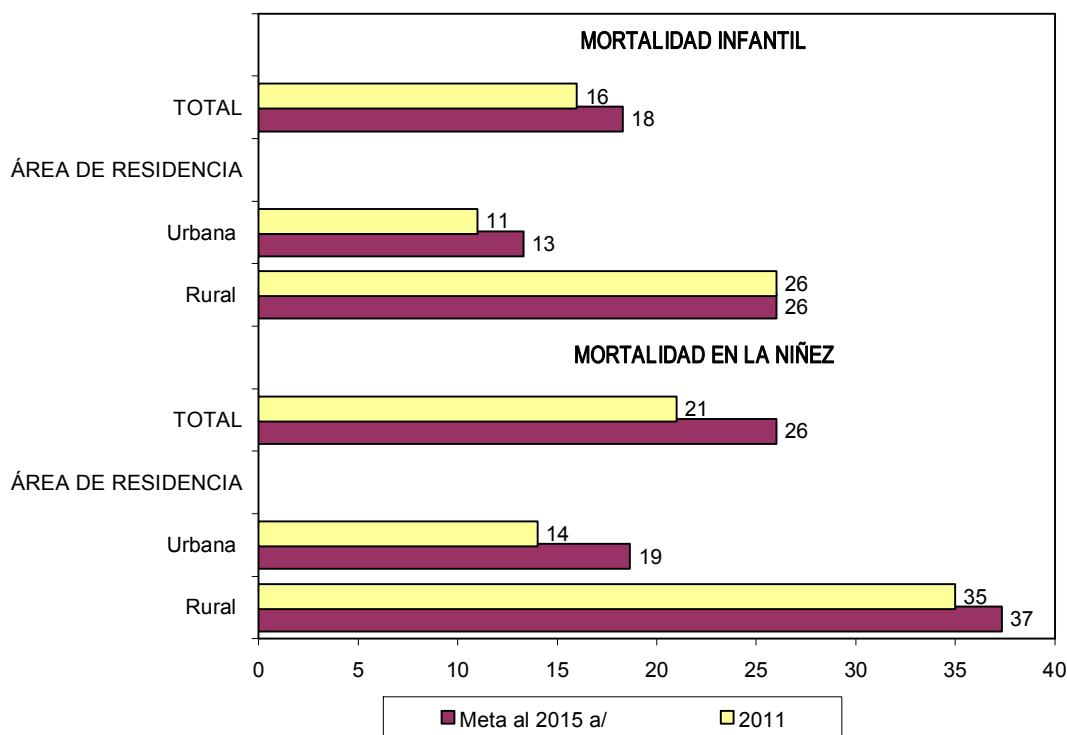
- Según área de residencia, se observa que en el área rural, la mortalidad en la niñez ha disminuido de manera sostenida desde la ENDES 1991-92 de 112 defunciones hasta 35 defunciones por cada mil nacidos vivos, en la encuesta realizada en el año 2011; mientras, que en el área urbana pasó de 56 a 14 defunciones por cada mil nacidos vivos, entre los años mencionados. En relación con los ODM, se puede apreciar, que tanto en el área urbana como en la rural se ha superado la meta que se espera alcanzar en el año 2015 (37 y 19 defunciones por cada mil nacidos vivos, en cada caso).

CUADRO N° 13.4
PERÚ: TASA DE MORTALIDAD DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA,
1991-1992, 1996, 2000, 2011 Y 2015
 (Para los cinco años anteriores a la encuesta)

Área de residencia	ENDES 1991-1992 (agosto 1989)	ENDES 1996 (mayo 1994)	ENDES 2000 (abril 1998)	ENDES 2011 (enero 2009)	Metas al 2015
Urbana	56	40	32	14	19
Rural	112	86	64	35	37
Total	78	59	47	21	26

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

GRÁFICO N° 13.2
PERÚ: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2011 Y 2015



a/ Metas al 2015 ODM.

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

13.3 MORTALIDAD MATERNA Y ATENCIÓN DEL PARTO

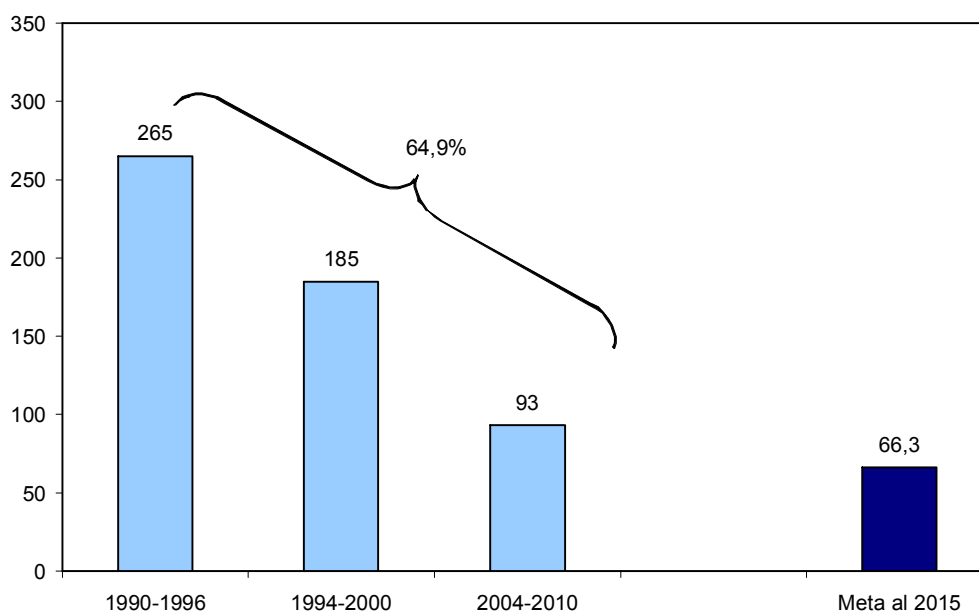
Mejorar la salud materna es fundamental para tratar algunas causas subyacentes de la mortalidad materna; la cual a nivel mundial constituye un problema de salud pública, pues representa un importante indicador de desarrollo humano para los países.

En esta perspectiva, el reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes es uno de los principales Objetivos de Desarrollo del Milenio, debido a la incidencia de muertes maternas ocasionadas por complicaciones del embarazo o parto. Por esta razón, se monitorea el avance de los resultados, en las ENDES, obtenidos como consecuencia de políticas y estrategias nacionales de desarrollo. En el Gráfico 13.3 se puede apreciar la razón de la mortalidad materna y en el Cuadro 13.5 el porcentaje de partos atendidos según el personal capacitado, área de residencia, región natural y nivel de educación.

Mortalidad materna (Gráfico 13.3)

- La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en un 64,9 por ciento, entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos).
- Asimismo, se estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7 por ciento entre los años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente, estos resultados muestran un descenso continuo a favor de la salud materna.

GRÁFICO Nº 13.3
PERÚ: TASA DE MORTALIDAD MATERNA, 1990 - 2015
(Por cada 100 000 nacidos vivos)



Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Partos con asistencia de personal de salud calificado (Cuadro 13.5)

A pesar de las mejoras significativas de la salud materna durante los últimos años, todavía se encuentran grandes desigualdades entre lugar de residencia y nivel de educación, sobre todo entre las mujeres que viven en la región de la Selva y en el área rural. La atención calificada en el parto hace la diferencia entre la vida y la muerte. Es por ello, que las políticas de calidad de los servicios de salud materna juegan un papel vital en la garantía de la salud y la vida de las mujeres gestantes.

- La ENDES 2011, señaló que el 85,0 por ciento, de partos fueron asistidos por personal de salud calificado, es decir, por un médico, obstetrix o enfermera; cobertura que se mantuvo sobre el 52,0 por ciento desde el periodo 1991-92.
- A través de las encuestas anteriores se observa que, a nivel nacional, se lograron avances importantes en la asistencia del parto, es decir, el porcentaje de mujeres que recibió atención de personal calificado se incrementó significativamente en 25,7 puntos porcentuales, en el periodo 2000 al 2011. Mientras, que entre la ENDES 1996 y 2000 solo aumentó en 2,9 puntos porcentuales; y en el periodo 1991-92 y 1996 en 3,9 puntos porcentuales. Esta tendencia refleja un mayor acceso de la atención en el parto por un profesional de la salud; así como un acercamiento a la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, relativo a la mortalidad materna.
- Después de 20 años, en el área rural, el porcentaje de partos atendidos por profesional de salud calificado se ha incrementado fuertemente en 45,7 puntos porcentuales al pasar de 18,7 a 64,4 por ciento, y en el área urbana en 21,6 puntos porcentuales (de 74,4 a 96,0 por ciento). En los últimos 11 años, este aumento fue más pronunciado, 35,7 puntos porcentuales en el área rural y 11,0 puntos porcentuales en el área urbana (ENDES 2000 y ENDES 2011).
- Las encuestas realizadas en los años 1991-92, 1996, 2000 y 2011, mostraron una tendencia de incremento progresivo de partos atendidos por personal capacitado, en cada una de las regiones naturales. En el periodo 1991-92 y 1996 se incrementó en Resto Costa (6,2 puntos porcentuales) y en la Sierra (3,6 puntos porcentuales). Entre los años 1996 y 2000, las regiones más beneficiadas con la atención recibida durante el parto fueron la Selva (36,6 a 41,6 por ciento) y Resto Costa (72,8 a 77,0 por ciento). Sin embargo, el aumento más significativo se dio en el periodo 2000 al 2011, donde destaca la Sierra con 41,0 puntos porcentuales, seguido por la Selva con 21,5 puntos porcentuales.
- Según los resultados de las ENDES, se observa que se lograron avances en cada uno de los niveles de educación de las mujeres que dieron a luz y que fueron atendidas por profesional de la salud; siendo el mayor incremento en las mujeres sin educación (37,4 puntos porcentuales en el mismo periodo).
- Sin embargo, a pesar del aumento de partos atendidos por profesionales de la salud, las mujeres residentes de la Selva, del área rural y las que no tienen educación presentaron los menores porcentajes.

CUADRO Nº 13.5
PERÚ: PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL DE LA SALUD CALIFICADO, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000 Y 2011
 (Porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000 a/	ENDES 2011
Área de residencia				
Urbana	74,4	80,6	85,0	96,0
Rural	18,7	21,5	28,7	64,4
Región natural				
Lima Metropolitana	94,3	93,2	94,3	99,0
Resto Costa	66,6	72,8	77,0	93,9
Sierra	30,6	34,2	38,3	79,3
Selva	36,7	36,6	41,6	63,1
Nivel de educación				
Sin educación	15,7	17,0	17,5	54,9
Primaria	29,8	33,6	34,0	67,3
Secundaria	74,3	78,9	80,5	92,6
Superior	94,7	93,7	96,4	98,4
Total	52,5	56,4	59,3	85,0

Nota: Se incluye el último nacimiento de la entrevistada. Si la mujer mencionó más de una persona, solo se considera la más capacitada (médico, obstetrista y enfermera).

a/ Incluye sanitario y promotor.

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

13.4 PREVALENCIA DE USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS

Para lograr, en el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva se medirá los avances en el Objetivo de Desarrollo del Milenio, a través de la tasa de uso de anticonceptivo -debido a que en las mujeres unidas en edad fértil aún preexisten embarazos no deseados-, cobertura de atención prenatal, y satisfacción de la demanda de métodos anticonceptivos. Los diversos servicios de salud en nuestro país reconocen la falta de conocimiento preciso sobre las necesidades y uso real de las técnicas de planificación familiar, a la vez que las mujeres, por su parte, tienen un conocimiento diferencial de las características y efectos de los distintos métodos, y de la fisiología y anatomía de su propio cuerpo. El detalle de los resultados por características seleccionadas se presenta en los Cuadros 13.6, 13.7, 13.8 y 13.9.

Uso actual de anticonceptivos en las mujeres unidas (Cuadro 13.6)

- El uso actual de anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil presenta una tendencia ascendente en los últimos 20 años de análisis: así se incrementó en 5,2 puntos porcentuales entre las ENDES 1991-92 (59,0 por ciento) y la ENDES 1996 (64,2 por ciento); en 4,7 puntos porcentuales entre los años 1996 (64,2 por ciento) y 2000 (68,9 por ciento); y en 6,5 puntos porcentuales en el periodo 2000 al 2011. Esta tendencia estaría contribuyendo con los ODM, que significa lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva.
- Similar comportamiento, se aprecia por área de residencia, así en el área rural se incrementó en promedio en 11,0 puntos porcentuales, entre cada encuesta. En el área urbana este aumento fue menor, 2,8 y 2,9 puntos porcentuales, en los periodos comprendidos entre las ENDES 1996, 2000 y 2011.
- Según región natural, el mayor incremento en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil se presentó en la Sierra (25,8 puntos porcentuales) al pasar de 49,5 a 75,3 por ciento entre las ENDES 1991-92 y 2011. Le sigue la Selva con 23,5 puntos porcentuales, entre las dos encuestas mencionadas.

- Con respecto al nivel de educación, se observa que si bien el uso de anticonceptivos se incrementó en casi todos los niveles educativos en los 20 años de análisis, ésta fue mayor en las mujeres sin educación, a partir del año 2000. Así, entre los años 1996 y 2000, el aumento fue 11,9 puntos porcentuales; mientras que entre la ENDES 2000 y la ENDES 2011, el incremento llegó a 18,6 puntos porcentuales.
- Por otro lado, entre las mujeres en edad fértil con educación primaria, el porcentaje de uso de anticonceptivos se mantuvo relativamente estable en los años analizados, en un rango que va de 51,3 a 73,5 por ciento.

CUADRO Nº 13.6
PERÚ: USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS POR MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000 y 2011
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2011
Área de residencia				
Urbana	66,1	70,2	73,0	75,9
Rural	41,1	51,2	61,5	74,2
Región natural				
Lima Metropolitana	72,7	71,6	73,4	76,8
Resto Costa	62,1	69,7	72,1	76,1
Sierra	49,5	56,7	63,9	75,3
Selva	48,3	58,1	66,9	71,8
Nivel de educación				
Sin educación	34,9	38,3	50,2	68,8
Primaria	51,3	59,0	63,5	73,5
Secundaria	65,6	70,2	74,6	78,2
Superior	73,2	75,4	75,5	74,0
Total	59,0	64,2	68,9	75,4

Nota: Si ha usado más de un método, solo se considera el más efectivo.

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Madres adolescentes por primera vez (Cuadro 13.7)

- A nivel nacional, las ENDES mostraron que el porcentaje de madres adolescentes o embarazadas por primera vez, al momento de la encuesta, aumentó en 1,1 puntos porcentuales, entre el periodo 1991-92 y 2011. Esta situación refleja una preocupación por alcanzar los ODM: acceso universal a la salud reproductiva, y además muestra la vulnerabilidad de la población femenina adolescente.
- Según área de residencia, el porcentaje de adolescentes, que tenían al menos una hija o hijo o estaban embarazadas por primera vez y que vivían en el área urbana, mostró una tendencia creciente de 8,0 por ciento en los años 1991-92 a 10,0 por ciento en el año 2011; cabe destacar que en el periodo 1996 y 2000 este porcentaje estuvo alrededor de 9,3 por ciento. Mientras, en el área rural dicho porcentaje se incrementó ligeramente en el periodo 1991-92 y 1996 y luego empieza a descender en forma sostenida hasta el año 2011.
- Los resultados de las ENDES indican que el porcentaje de las adolescentes madres o embarazadas por primera vez que viven en la Sierra y la Selva ha disminuido en 1,4 puntos porcentuales, en cada caso entre los años 1991-92 y 2011. En cambio, en Lima Metropolitana, desde el año 1991 se ha incrementado gradualmente esta cifra hasta alcanzar 8,3 por ciento en el año 2011 (3,9 puntos porcentuales más con respecto a la ENDES 1991-92).

- Durante los últimos 20 años de análisis, se observa que la fecundidad adolescente se incrementó en mujeres con educación primaria (6,3 puntos porcentuales), seguido por las de educación superior (5,9 puntos porcentuales) y educación secundaria (2,9 puntos porcentuales); tendencia que no favorece para alcanzar la meta del ODM. Sin embargo, disminuyó entre las mujeres sin educación al pasar de 38,6 por ciento (ENDES 1991-92) a 19,7 por ciento (ENDES 2011).

CUADRO Nº 13.7
PERÚ: MADRES ADOLESCENTES O EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ DE 15 A 19 AÑOS
DE EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000 Y 2011
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2011
Área de residencia				
Urbana	8,0	9,3	9,2	10,0
Rural	24,7	25,5	21,7	19,7
Región natural				
Lima Metropolitana	4,4	7,5	8,1	8,3
Resto Costa	10,8	11,6	9,3	10,5
Sierra	14,2	14,5	15,5	12,8
Selva	26,7	31,1	25,7	25,3
Nivel de educación				
Sin educación	38,6	55,5	36,9	19,7
Primaria	27,6	30,6	26,4	33,9
Secundaria	7,7	9,3	9,6	10,6
Superior	2,7	2,6	4,1	8,6
Total	11,4	13,4	13,0	12,5

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Cobertura de control prenatal (Cuadro 13.8)

- Entre los años 1991-92 y 2011, el control por parte del personal de salud calificado durante el embarazo ha tenido un incremento significativo de 31,5 puntos porcentuales, al pasar de 63,9 a 95,4 por ciento, respectivamente. Este avance permitiría lograr cumplir la meta del ODM en relación con la salud reproductiva.
- Según área de residencia, las mujeres en edad fértil que han tenido hijas(os), en los cinco años antes de la encuesta y que tuvieron acceso a algún control prenatal, presentaron una tendencia ascendente. En el área rural creció en 129,4 por ciento entre el periodo 1991-92 y 2011; y en el área urbana en 23,2 por ciento, en el mismo periodo.
- En la ENDES 2011, la atención prenatal superó el 94,0 por ciento de cobertura, en la mayoría de regiones naturales, Lima Metropolitana (100,0 por ciento), Resto Costa (98,4 por ciento), y Sierra (94,6 por ciento); con excepción de la Selva que obtuvo el 84,3 por ciento, a pesar de haber presentado importantes avances en los últimos años.
- De acuerdo con la atención prenatal, en las madres sin educación, se han registrado avances significativos, al pasar de 31,8 por ciento (ENDES 1991-92) a 81,2 por ciento (ENDES 2011), es decir, se incrementó en 49,4 puntos porcentuales; mientras, que en las mujeres embarazadas con educación primaria el aumentó fue de 43,1 puntos porcentuales, en los mismos años. Asimismo, durante los últimos 20 años, las diferencias en los niveles de atención prenatal han disminuido, entre las madres con educación superior y sin educación: de 64,9 puntos porcentuales en el año 1991-92 a 18,3 puntos porcentuales para el año 2011.

CUADRO N° 13.8
PERÚ: COBERTURA DE CONTROL PRENATAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE
TUVIERON HIJOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000 Y 2011
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000 a/	ENDES 2011
Área de residencia				
Urbana	80,3	81,4	92,3	98,9
Rural	38,4	46,8	72,0	88,1
Región natural				
Lima Metropolitana	94,5	87,7	96,4	100,0
Resto Costa	76,1	78,5	88,8	98,4
Sierra	48,0	56,5	78,3	94,6
Selva	49,2	48,9	70,7	84,3
Nivel de educación				
Sin educación	31,8	38,5	57,9	81,2
Primaria	47,1	52,4	74,3	90,2
Secundaria	80,9	81,5	91,4	97,5
Superior	96,7	95,0	98,5	99,5
Total	63,9	67,3	83,8	95,4

Nota: Las mujeres recibieron atención prenatal de proveedor de salud calificado: médico, obstetrix o enfermera y, si se mencionó más de una fuente de atención prenatal, solo es considerada la más calificada.

a/ Incluye sanitario y promotor.

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Necesidad insatisfecha de planificación familiar (Cuadro 13.9)

- A nivel nacional, se puede observar que el porcentaje de mujeres en edad fértil con necesidad insatisfecha de planificación familiar ha mostrado una tendencia descendente en los años analizados, siendo menor en 10,1 puntos porcentuales en el año 2011 (6,1 por ciento), con respecto a la ENDES 1991-92 (16,2 por ciento). Estas cifras permitirían conocer el avance por alcanzar el ODM.
- Con respecto al área de residencia, en el área rural, la proporción de las mujeres con capacidad para espaciar y limitar sus nacimientos ha descendido en 19,2 puntos porcentuales, entre los años 1991-92 y 2011, y en 6,5 puntos porcentuales en el área urbana, en el mismo lapso de tiempo. Asimismo, la brecha entre ambos se ha ido reduciendo en el transcurso de los últimos 20 años.
- En la ENDES 1991-92, la necesidad insatisfecha de planificación familiar fue 22,3 por ciento en la región de la Sierra, cifra que disminuyó significativamente en 15,8 puntos porcentuales para el año 2011 (6,5 por ciento), y en la Selva en 11,2 puntos porcentuales. Este comportamiento también se observa entre las mujeres del Resto Costa y Lima Metropolitana, pero en menor proporción.
- La necesidad de espaciar los nacimientos o limitar la familia ha disminuido, en forma sostenida, entre las mujeres sin educación durante el periodo 1991-92 y 2011 en 19,8 puntos porcentuales; asimismo, disminuyó la demanda insatisfecha, en las mujeres con educación primaria al pasar de 20,4 a 7,5 por ciento, en el mismo periodo.

CUADRO N° 13.9
PERÚ: NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LAS MUJERES UNIDAS
EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000 Y 2011
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2011
Área de residencia				
Urbana	12,0	8,6	7,6	5,5
Rural	26,7	19,6	14,9	7,5
Región natural				
Lima Metropolitana	8,0	7,8	7,2	5,0
Resto Costa	14,8	9,3	7,8	4,8
Sierra	22,3	16,5	13,4	6,5
Selva	20,9	15,1	12,6	9,7
Nivel de educación				
Sin educación	30,1	23,3	16,5	10,3
Primaria	20,4	15,1	13,5	7,5
Secundaria	13,1	9,8	8,5	6,0
Superior	7,5	5,2	4,7	4,1
Total	16,2	12,1	10,2	6,1

Nota: La necesidad insatisfecha para limitar incluye mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que no desean más hijas e hijos. Necesidad insatisfecha para espaciar: mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo sí fue deseado, pero más tarde y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que sí desean más hijas e hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años.

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

13.5 ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL VIH Y USO DEL CONDÓN COMO FORMA DE PREVENCIÓN

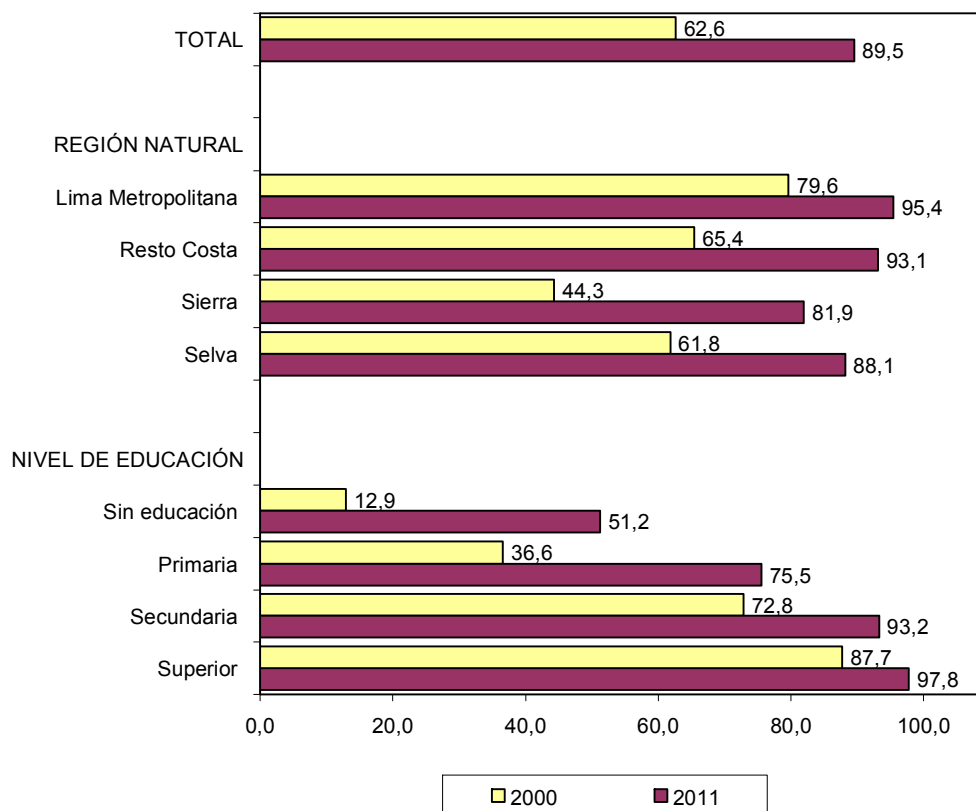
A lo largo de 29 años de identificado el VIH y el sida, se han realizado notables avances que han permitido conocer la magnitud del problema, es decir, mejorar el tratamiento antirretroviral, brindar atención adecuada, en cuidar a las personas viviendo con VIH/sida; y en prevenir la transmisión del virus, lo cual es el primer paso para evitar la infección y promueve la defensa de la salud materna a través del uso del condón. Sin embargo, todavía se presenta un elevado número de casos notificados, por ello, otra meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es el de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida.

Conocimientos de formas programáticas de evitar el VIH (Gráfico 13.4)

- De acuerdo con los resultados de las ENDES, el porcentaje de las mujeres unidas en edad fértil que sabe como evitar la transmisión de VIH aumentó en 26,9 puntos porcentuales, en los últimos 11 años.
- Como se observa, las mujeres que viven en la Sierra y la Selva presentaron los menores porcentajes de conocimientos de cómo evitar la transmisión del VIH; sin embargo, alcanzaron uno de los más altos incrementos (37,6 y 26,3 puntos porcentuales, respectivamente) entre los años 2000 y 2011.
- En el periodo de análisis, el mayor acceso a la información sobre la forma de evitar la transmisión del VIH fue en las mujeres con educación primaria (36,6 a 75,5 por ciento) y sin educación (12,9 a 51,2 por ciento); mientras, que la menor proporción se presentó en las mujeres con educación superior (87,7 a 97,8 por ciento).

- Es preciso señalar que en todas las regiones del país se implementó al menos un centro de atención integral, donde se brinda tratamiento permanente y gratuito. El costo de medicamentos en el Perú es uno de los más bajos de Latinoamérica y el Caribe, debido al mecanismo de compra corporativa¹.

GRÁFICO N° 13.4
PERÚ: MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE SABEN COMO EVITAR LA TRANSMISIÓN DE VIH,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2000 Y 2011
 (Porcentaje)



Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

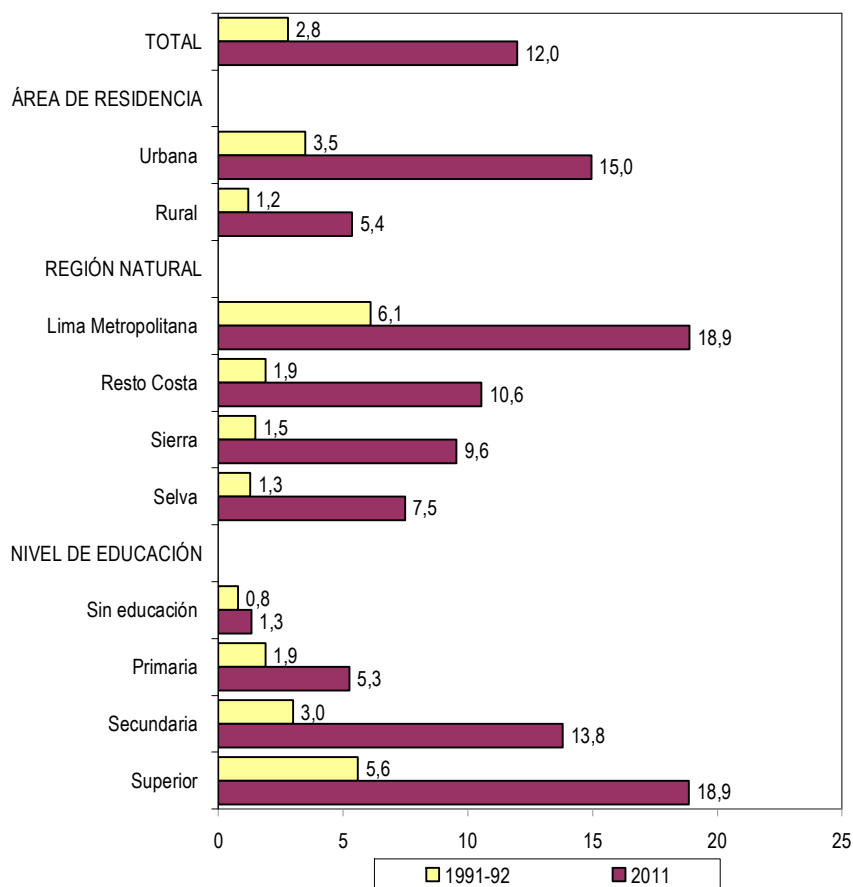
Uso del condón para prevenir el VIH (Gráfico 13.5)

- Una de las medidas más eficaces para la reducción de la transmisión del VIH en personas sexualmente activas es el uso del condón. Es así, la importancia del condón como método de planificación familiar que a la vez puede evitar la transmisión del virus de la madre a la niña(o).
- A nivel nacional, el uso del condón entre las mujeres unidas en edad fértil, creció al pasar de 2,8 por ciento en el periodo 1991-92 a 12,0 por ciento para el año 2011. Por área de residencia aumentó en 11,5 puntos porcentuales en el área urbana y 4,2 puntos porcentuales en el área rural, durante el mismo periodo.
- Según Región natural, se observa mayor incremento en el uso del condón en mujeres actualmente unidas, que vivían en Lima Metropolitana al pasar de 6,1 a 18,9 por ciento en el periodo 1991-92 y 2011, seguido por Resto Costa (8,7 puntos porcentuales); y la menor expansión fue en la Selva al pasar de 1,3 a 7,5 por ciento, respectivamente.

1/ Presidencia del Consejo de Ministros. Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – Perú 2008. Pág. 28.

- En los 20 años de análisis, el uso actual del condón, mostró una tendencia ascendente, entre las mujeres actualmente unidas con educación secundaria, en 4,6 veces más con respecto de los años 1991-92, seguida por las mujeres con educación superior (3,4 veces); en cambio, en las mujeres sin educación esta relación fue 1,6 veces.

GRÁFICO N° 13.5
PERÚ: USO DEL CONDÓN ENTRE LAS MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-92 Y 2011
 (Porcentaje)



Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

