

En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York en el año 2000, los 189 jefes de Estado y de Gobierno, miembros de las Naciones Unidas, reafirmaron su compromiso de reducir la pobreza enfatizando en 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 emitió 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. En este contexto, 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 constató en el mejoramiento de la salud materna, a través de la disminución de la mortalidad materna y el aumento de los partos atendidos por 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 pudieron 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 y de la 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)

- El 5,3 por ciento de los niños menores de cinco años de edad en la ENDES 2012, 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; y de 0,7 punto porcentual al comparar los años 2009 y 2012. Este comportamiento indica que se alcanzó la meta de reducir a 5,4 por ciento la insuficiencia ponderal o desnutrición global para el año 2015.

- Según la ENDES 2009 y la ENDES 2012 la desnutrición global ha disminuido entre los menores de cinco años de edad que residen en la región Selva (3,1 puntos porcentuales), hijas y/o hijos de madres sin educación (2,1 puntos porcentuales); así como, en las niñas y niños que residen en el área rural (1,9 puntos porcentuales). Al comparar por sexo, se observó una mayor reducción en los niños menores de cinco años de edad (1,3 puntos porcentuales) que en las niñas (0,2 punto porcentual).
- El 5,6 por ciento de las niñas y el 4,9 por ciento de los niños tuvieron insuficiencia ponderal en el año 2012; 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 disminuyó en 0,9 punto porcentual respecto a la meta (5,8 por ciento).
- De acuerdo con el lugar de residencia, en el año 2012, los mayores porcentajes de niñas y niños con desnutrición global se encontraron en el área rural (9,1 por ciento) y en la Selva (7,7 por ciento); no obstante, se estima para el año 2015 una disminución de 0,2 punto porcentual en el área rural. Mientras que, en la Selva existiría la ventaja de 0,5 punto porcentual frente al ODM. Por otro lado, el menor porcentaje se ubicó en Lima Metropolitana (1,7 por ciento); y para alcanzar la meta del año 2015 tendría que disminuir en 0,3 punto porcentual.
- Las madres sin educación (14,6 por ciento) y con educación primaria (9,2 por ciento) tuvieron un mayor porcentaje de niñas y niños con desnutrición global en relación con las de educación secundaria (4,1 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 CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-92, 1996, 2000, 2009, 2012 Y 2015
(Peso para la edad)

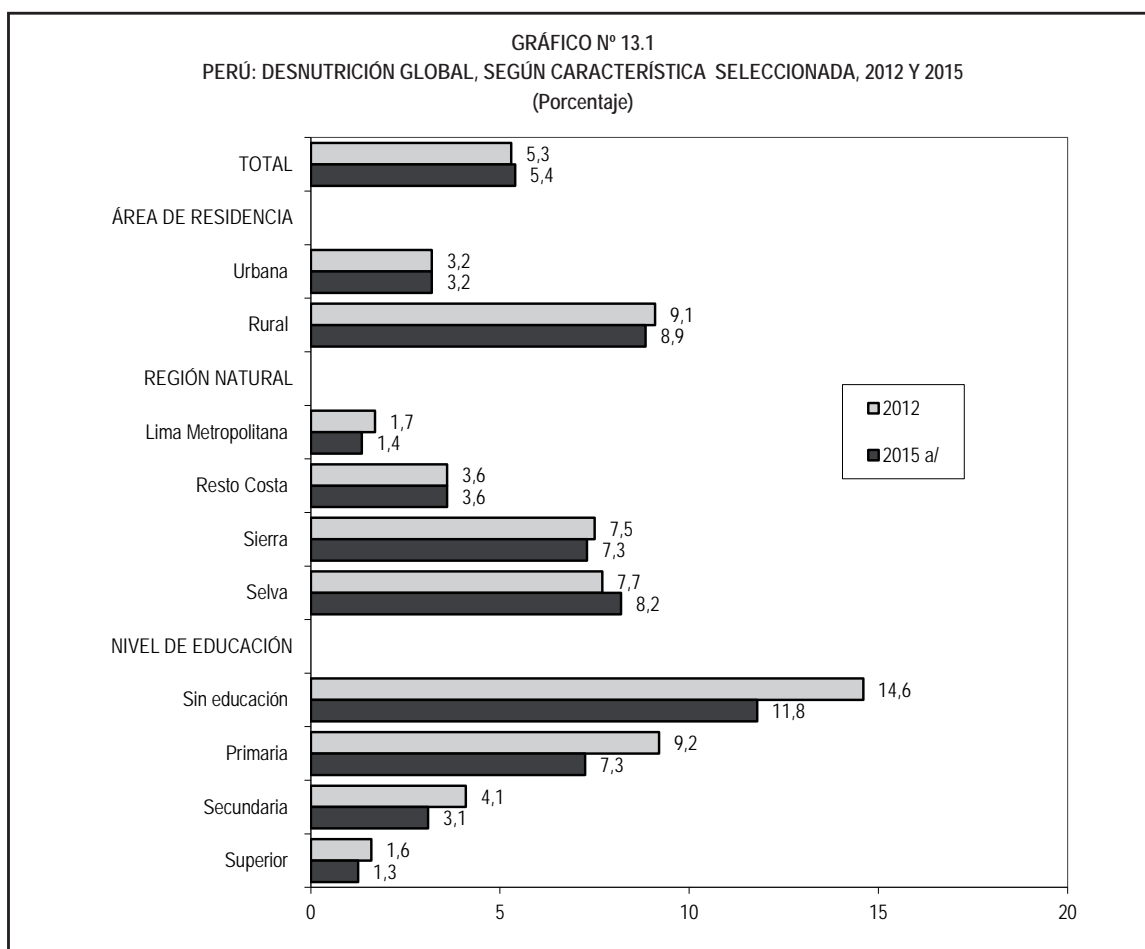
Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2012	Metas al 2015
Sexo						
Hombre	11,6	8,1	6,9	6,2	4,9	5,8
Mujer	9,9	7,4	7,2	5,8	5,6	5,0
Área de residencia						
Urbana	6,4	3,9	3,2	3,1	3,2	3,2
Rural	17,7	13,7	11,8	11,0	9,1	8,9
Región natural						
Lima Metropolitana 1/	2,7	1,0	0,7	0,9	1,7	1,4
Resto Costa	7,2	3,7	3,7	3,0	3,6	3,6
Sierra	14,6	11,5	10,5	8,6	7,5	7,3
Selva	16,4	15,4	12,1	10,8	7,7	8,2
Nivel de educación 2/						
Sin educación	23,6	16,8	16,5	16,7	14,6	11,8
Primaria	14,5	11,4	10,9	10,2	9,2	7,3
Secundaria	6,2	3,8	3,3	3,5	4,1	3,1
Superior	2,5	1,8	1,6	1,4	1,6	1,3
Total	10,8	7,8	7,1	6,0	5,3	5,4

Nota: Las estimaciones se refieren a niñas y niños nacidos en el período 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/ Proveedor de salud calificado: incluye médico, obstetrix y enfermera.

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



a/ Metas al 2015 ODM.

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

Desnutrición crónica (Cuadro 13.2)

- En el año 2012, el 13,5 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 21 años de análisis el porcentaje de menores con déficit alimenticio se redujo en 23,0 puntos porcentuales, entre las ENDES 1991-92 y 2012, 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 12,9 por ciento en la ENDES 2012; y en las niñas de 35,8 a 14,0 por ciento, en los periodos de referencia.
- Con respecto al periodo 1991-92 y 2012 descendió en la Sierra (29,2 puntos porcentuales) y en el área rural (28,8 puntos porcentuales); asimismo, desde la ENDES 1996 hasta el año 2012, el porcentaje en niñas y niños con desnutrición crónica se redujo en la Selva y área rural (17,1 y 15,8 puntos porcentuales, respectivamente). Estas cifras representan un avance en la reducción de la tasa de desnutrición crónica superando los 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 25,8 por ciento en la ENDES 2012; 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, 2009, 2012 Y 2015
 (Talla para la edad)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2012	Metas al 2015
Sexo						
Hombre	37,1	26,4	25,2	18,2	12,9	18,6
Mujer	35,8	25,1	25,6	18,4	14,0	17,9
Área de residencia						
Urbana	25,9	16,2	13,4	9,9	7,3	13,0
Rural	53,4	40,4	40,2	32,8	24,6	26,7
Región natural						
Lima Metropolitana 1/	11,2	10,1	7,3	4,8	2,6	5,6
Resto Costa	29,3	17,0	16,4	8,3	8,3	14,7
Sierra	51,6	37,8	38,6	30,1	22,4	25,8
Selva	41,4	33,0	30,2	22,2	15,9	20,7
Nivel de educación 2/						
Sin educación	65,0	50,1	51,6	49,3	36,4	32,5
Primaria	48,5	36,0	37,4	30,2	25,8	24,3
Secundaria	25,5	16,1	15,0	11,4	8,7	12,8
Superior	9,0	5,3	6,9	5,3	3,9	4,5
Total	36,5	25,8	25,4	18,3	13,5	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: Instituto Nacional de Estadística e Informática - 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 2011-2012, se observa que durante los cinco años anteriores a la encuesta la mortalidad infantil en promedio fue 17 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos; en tanto, la ENDES 2009 reveló que fue 20 defunciones, observándose una reducción de 15,0 por ciento en el periodo analizado.

- La tasa de mortalidad infantil en el área rural fue 22 y en la urbana 14 defunciones por cada 1 000 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 alcanzando 8,0 puntos porcentuales entre los años 2011-2012.
- De acuerdo con los resultados de la ENDES 2011-2012, 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 (17 frente a 18 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos).
- Entre la ENDES 2009 y 2011-2012 la tasa de mortalidad infantil en el área rural (22 defunciones), descendió en 33,3 por ciento; cifra menor a la meta de 26 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos para el año 2015. Por el contrario, en el área urbana esta disminución fue de 17,6 por ciento; no obstante, esta tasa fue mayor comparado con la meta del ODM de 13 defunciones por cada 1 000 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, 2009, 2011-2012 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 2009 (febrero 2007)	ENDES 2011-2012 (julio 2009)	Metas al 2015
Urbana	40	30	24	17	14	13
Rural	78	62	45	27	22	26
Total	55	43	33	20	17	18

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - 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 periodo 2011-2012, en promedio fue 21 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos (2,7 veces menos que en el periodo 1991-92). Esta tendencia de descenso continuó con la ENDES 2000, siendo 1,2 veces menor, y comparada con el año 2009 disminuyó en 0,2 veces.
- En relación con los resultados de la ENDES 2011-2012, la tasa de mortalidad en la niñez superó la meta ODM para el año 2015 (21 frente a 26 defunciones por cada 1000 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 29 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, en la encuesta realizada en el año 2011-2012; mientras que, en el área urbana pasó de 56 a 19 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, entre los años mencionados. En relación con los ODM, en el área urbana como en la rural se ha superado la meta para el año 2015 (17 y 29 defunciones por cada 1 000 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, 2009, 2011-2012 Y 2015

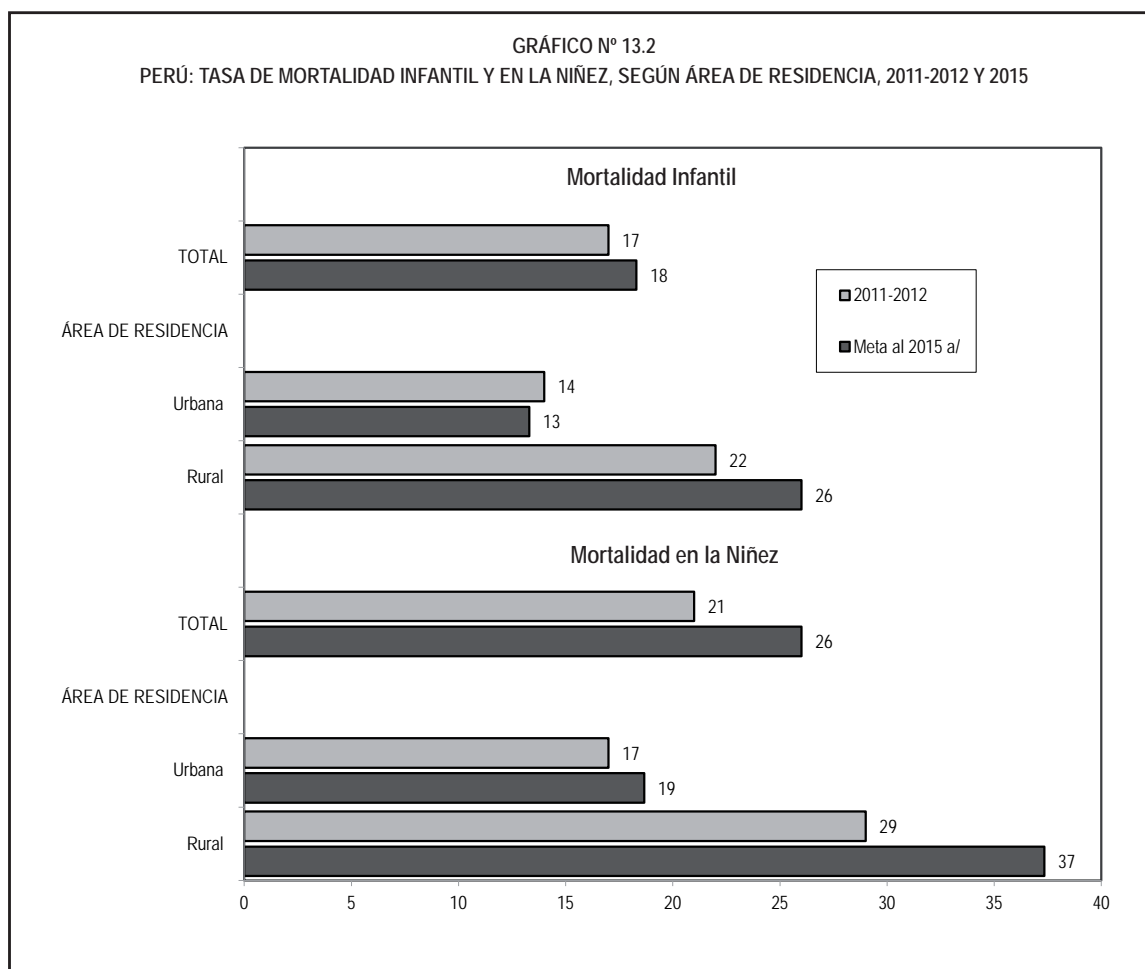
(Para los cinco años anteriores a la encuesta)

Área de residencia	ENDES 1991-1992 (agosto 1989)	ENDES 1996 (mayo 1994)	ENDES 2000 (abril 1998)	ENDES 2009 (febrero 2007)	ENDES 2011-2012 (julio 2009)	Metas al 2015
Urbana	56	40	32	21	17	19
Rural	112	86	64	35	29	37
Total	78	59	47	26	21	26

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - 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, 2011-2012 Y 2015



a/ Metas del 2015 ODM.

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

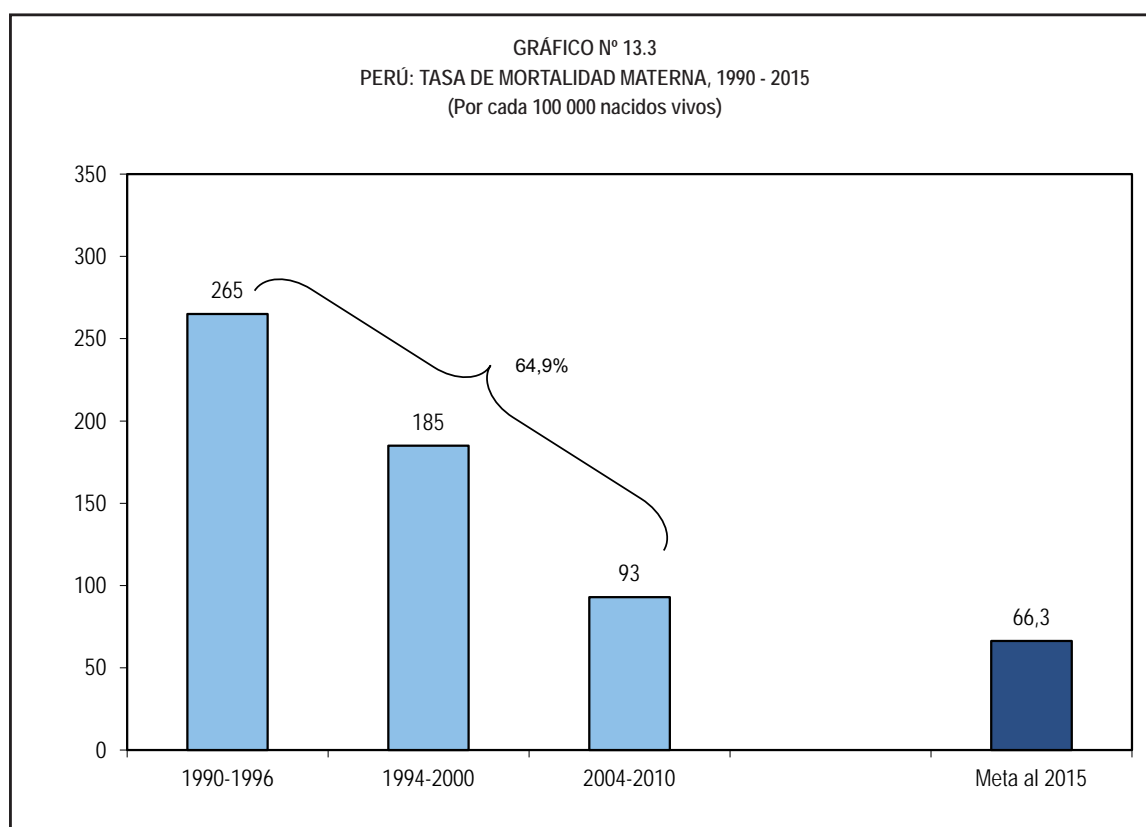
13.3 MORTALIDAD MATERNA Y ATENCIÓN DEL PARTO

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.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - 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 por 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 son importantes para la garantía de la salud y la vida de las mujeres gestantes.

- La ENDES 2012 señaló que el 86,7 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 en 4,2 puntos porcentuales, entre los años 2009 y 2012. Entre la ENDES 1996 y 2009 aumentó en 26,1 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 21 años, en el área rural, el porcentaje de partos atendidos por profesional de salud calificado se ha incrementado fuertemente en 50,9 puntos porcentuales al pasar de 18,7 a 69,6 por ciento, y en el área urbana en 21,3 puntos porcentuales (de 74,4 a 95,7 por ciento). En los últimos 12 años, este aumento fue 40,9 puntos porcentuales en el área rural y 10,7 puntos porcentuales en el área urbana (ENDES 2000 y ENDES 2012).
- Las encuestas realizadas en los años 1991-92, 1996, 2009 y 2012, 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 aumentó en Resto Costa (6,2 puntos porcentuales) y en la Sierra (3,6 puntos porcentuales). Entre los años 1996 y 2009, las regiones más beneficiadas con la atención recibida durante el parto fueron la Sierra (34,2 a 72,8 por ciento) y Selva (36,6 a 64,3 por ciento). En tanto, entre los años 2009 al 2012, destaca la Sierra y la Selva con 8,1 puntos porcentuales en ambos casos.
- 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 con educación primaria (5,7 puntos porcentuales en el mismo periodo).
- Sin embargo, a pesar del aumento de partos atendidos por profesionales de la salud, las mujeres sin educación, residentes de la Selva, del área rural presentaron los menores porcentajes.

CUADRO N° 13.5
PERÚ: PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL DE LA SALUD CALIFICADO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA,
1991-1992, 1996, 2000, 2009 Y 2012
(Porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000 a/	ENDES 2009	ENDES 2012
Área de residencia					
Urbana	74,4	80,6	85,0	94,4	95,7
Rural	18,7	21,5	28,7	61,0	69,6
Región natural					
Lima Metropolitana	94,3	93,2	94,3	98,6	99,2
Resto Costa	66,6	72,8	77,0	94,5	93,2
Sierra	30,6	34,2	38,3	72,8	80,9
Selva	36,7	36,6	41,6	64,3	72,4
Nivel de educación					
Sin educación	15,7	17,0	17,5	54,8	57,3
Primaria	29,8	33,6	34,0	63,3	69,0
Secundaria	74,3	78,9	80,5	90,7	93,5
Superior	94,7	93,7	96,4	98,2	99,0
Total	52,5	56,4	59,3	82,5	86,7

Nota: Se incluye el último nacimiento de la entrevistada. Si la mujer mencionó más de una persona, solo se considera la más capacitada (médico, obstetrix o enfermera).
a/ Incluye sanitario y promotor.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - 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 actualmente unidas (Cuadro 13.6)

- El uso actual de anticonceptivos entre las mujeres actualmente unidas en edad fértil presenta una tendencia ascendente en los últimos 21 años de análisis. Entre las ENDES 1991-92 (59,0 por ciento) y la ENDES 1996 (64,2 por ciento) se incrementó en 5,2 puntos porcentuales; entre los años 1996 (64,2 por ciento) y 2009 (73,2 por ciento) en 9,0 puntos porcentuales y en el periodo 2009 al 2012 en 2,3 puntos porcentuales. 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 8,4 puntos porcentuales, entre cada encuesta. En el área urbana este aumento fue menor en 4,4 y 1,2 puntos porcentuales, en los periodos comprendidos entre las ENDES 1996, 2009 y 2012.

- Según región natural, el mayor incremento en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres actualmente unidas en edad fértil se presentó en la Sierra (25,9 puntos porcentuales) al pasar de 49,5 a 75,4 por ciento entre las ENDES 1991-92 y 2012. Le sigue la Selva con 24,5 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 21 años de análisis, esta fue mayor en las mujeres sin educación (30,7 puntos porcentuales). Así, entre los años 1996 y 2009, el aumento fue 22,2 puntos porcentuales; mientras que, entre la ENDES 2009 y la ENDES 2012, el incremento llegó a 5,1 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 75,1 por ciento.

CUADRO N° 13.6
PERÚ: USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS POR MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009 y 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2012
Área de residencia					
Urbana	66,1	70,2	73,0	74,6	75,8
Rural	41,1	51,2	61,5	70,0	74,8
Región natural					
Lima Metropolitana	72,7	71,6	73,4	76,6	77,1
Resto Costa	62,1	69,7	72,1	74,8	75,5
Sierra	49,5	56,7	63,9	70,6	75,4
Selva	48,3	58,1	66,9	70,5	72,8
Nivel de educación					
Sin educación	34,9	38,3	50,2	60,5	65,6
Primaria	51,3	59,0	63,5	71,5	75,1
Secundaria	65,6	70,2	74,6	74,4	76,9
Superior	73,2	75,4	75,5	75,4	75,0
Total	59,0	64,2	68,9	73,2	75,5

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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - 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 1,8 puntos porcentuales, entre el periodo 1991-92 y 2012. 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/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 10,2 por ciento en el año 2012. En el área rural dicho porcentaje disminuyó en 3,2 puntos porcentuales en el periodo de referencia.

- Los resultados de las ENDES indican que el porcentaje de mujeres residentes en la Sierra ha disminuido en 1,8 puntos porcentuales, entre los años 1991-92 y 2012. En cambio, en Lima Metropolitana, desde el año 1991 se ha incrementado gradualmente esta cifra hasta alcanzar 7,7 por ciento en el año 2012 (3,3 puntos porcentuales más con respecto a la ENDES 1991-92).
- Durante los últimos 21 años de análisis, se observa que la fecundidad adolescente se incrementó en mujeres sin educación (18,1 puntos porcentuales), seguido por las de educación primaria (7,3 puntos porcentuales) y educación secundaria (3,9 puntos porcentuales); tendencia que no favorece el avance de la meta del ODM relativo a los derechos reproductivos.

CUADRO N° 13.7
PERÚ: MADRES ADOLESCENTES O EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009 Y 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2012
Área de residencia					
Urbana	8,0	9,3	9,2	10,6	10,2
Rural	24,7	25,5	21,7	22,2	21,5
Región natural					
Lima Metropolitana	4,4	7,5	8,1	8,1	7,7
Resto Costa	10,8	11,6	9,3	11,2	13,3
Sierra	14,2	14,5	15,5	15,2	12,4
Selva	26,7	31,1	25,7	27,2	27,5
Nivel de educación					
Sin educación	38,6	55,5	36,9	47,9	56,7
Primaria	27,6	30,6	26,4	32,5	34,9
Secundaria	7,7	9,3	9,6	11,8	11,6
Superior	2,7	2,6	4,1	6,4	4,5
Total	11,4	13,4	13,0	13,7	13,2

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

Cobertura de control prenatal (Cuadro 13.8)

- Entre los años 1991-92 y 2012, el control por parte del personal de salud calificado durante el embarazo ha tenido un incremento significativo de 32,1 puntos porcentuales, al pasar de 63,9 a 96,0 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 y/o hijos, 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 134,4 por ciento entre el periodo 1991-92 y 2012; y en el área urbana en 23,2 por ciento, en el mismo periodo.

- En la ENDES 2012, la atención prenatal superó el 94,0 por ciento de cobertura, en la mayoría de regiones naturales, Lima Metropolitana (99,8 por ciento), Resto Costa (98,6 por ciento), y Sierra (94,9 por ciento); con excepción de la Selva que obtuvo el 88,5 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 83,9 por ciento (ENDES 2012), es decir, se incrementó en 52,1 puntos porcentuales; mientras que, en las mujeres embarazadas con educación primaria el aumento fue 43,3 puntos porcentuales, en los mismos años. Asimismo, durante los últimos 21 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 15,9 puntos porcentuales para el año 2012.

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, 2009 Y 2012 (Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000 a/	ENDES 2009	ENDES 2012
Área de residencia					
Urbana	80,3	81,4	92,3	97,9	98,9
Rural	38,4	46,8	72,0	87,1	90,0
Región natural					
Lima Metropolitana	94,5	87,7	96,4	99,3	99,8
Resto Costa	76,1	78,5	88,8	97,5	98,6
Sierra	48,0	56,5	78,3	93,4	94,9
Selva	49,2	48,9	70,7	83,2	88,5
Nivel de educación					
Sin educación	31,8	38,5	57,9	88,9	83,9
Primaria	47,1	52,4	74,3	87,8	90,4
Secundaria	80,9	81,5	91,4	96,5	97,9
Superior	96,7	95,0	98,5	99,1	99,8
Total	63,9	67,3	83,8	94,3	96,0

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: Instituto Nacional de Estadística e Informática - 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 8,0 puntos porcentuales en el año 2012 (8,2 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 17,2 puntos porcentuales, entre los años 1991-92 y 2012, y en 4,4 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 21 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 13,4 puntos porcentuales para el año 2012 (8,9 por ciento), y en la Selva en 10,4 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 2012 en 21,2 puntos porcentuales; asimismo, disminuyó la demanda insatisfecha, en las mujeres con educación primaria al pasar de 20,4 a 8,9 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 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2012
Área de residencia					
Urbana	12,0	8,6	7,6	6,5	7,6
Rural	26,7	19,6	14,9	8,7	9,6
Región natural					
Lima Metropolitana	8,0	7,8	7,2	5,6	7,1
Resto Costa	14,8	9,3	7,8	6,3	7,3
Sierra	22,3	16,5	13,4	8,6	8,9
Selva	20,9	15,1	12,6	8,3	10,5
Nivel de educación					
Sin educación	30,1	23,3	16,5	9,6	8,9
Primaria	20,4	15,1	13,5	9,1	8,9
Secundaria	13,1	9,8	8,5	7,3	8,7
Superior	7,5	5,2	4,7	4,3	6,5
Total	16,2	12,1	10,2	7,2	8,2

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.

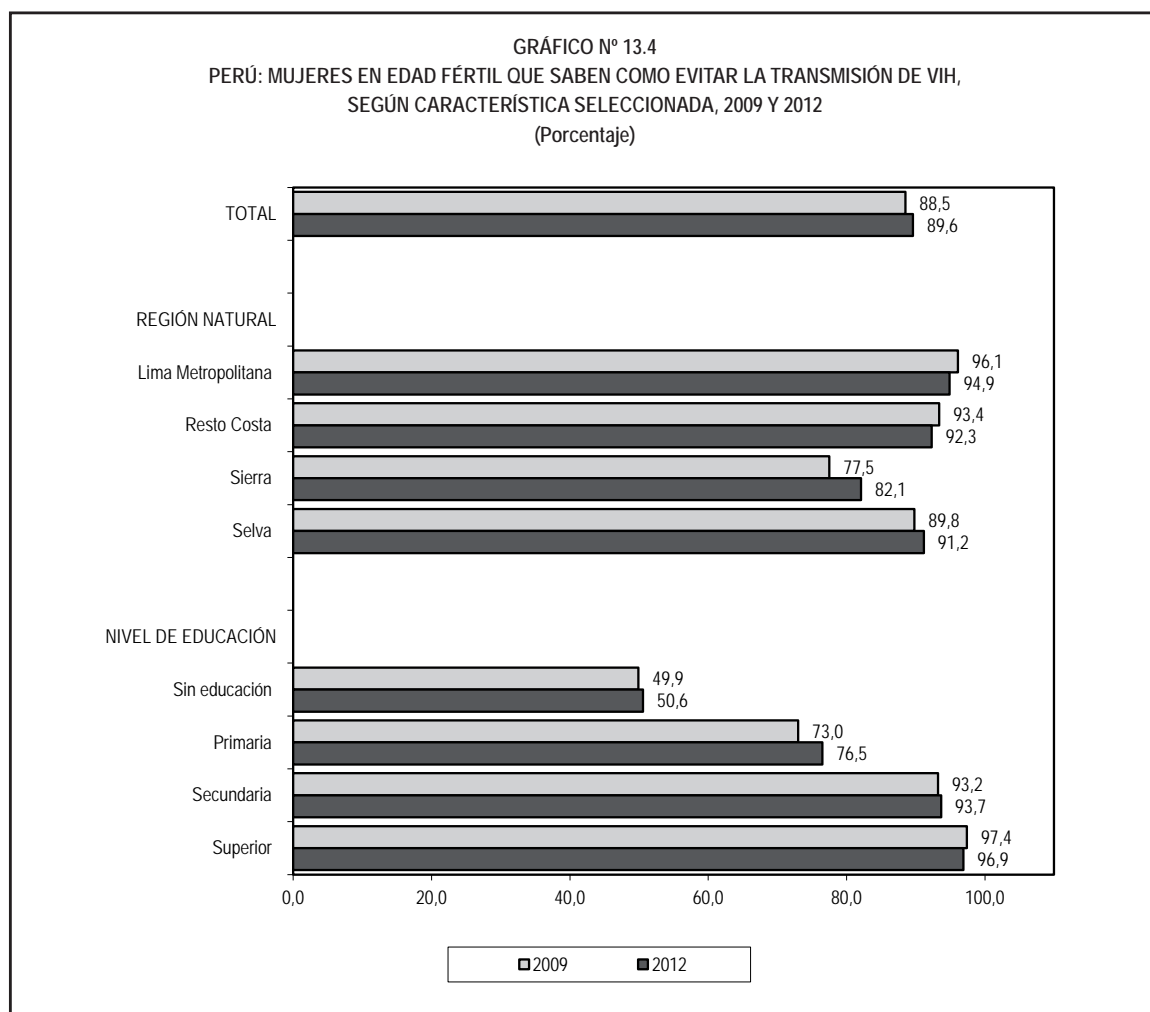
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

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, el 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 1,1 puntos porcentuales, en los últimos tres 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 (4,6 y 1,4 puntos porcentuales, respectivamente) entre los años 2009 y 2012.
- 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 al pasar de 73,0 a 76,5 por ciento, y sin educación de 49,9 a 50,6 por ciento; mientras que, la menor proporción se presentó en las mujeres con educación superior (97,4 a 96,9 por ciento respectivamente).
- 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 corporativa^{1/}.

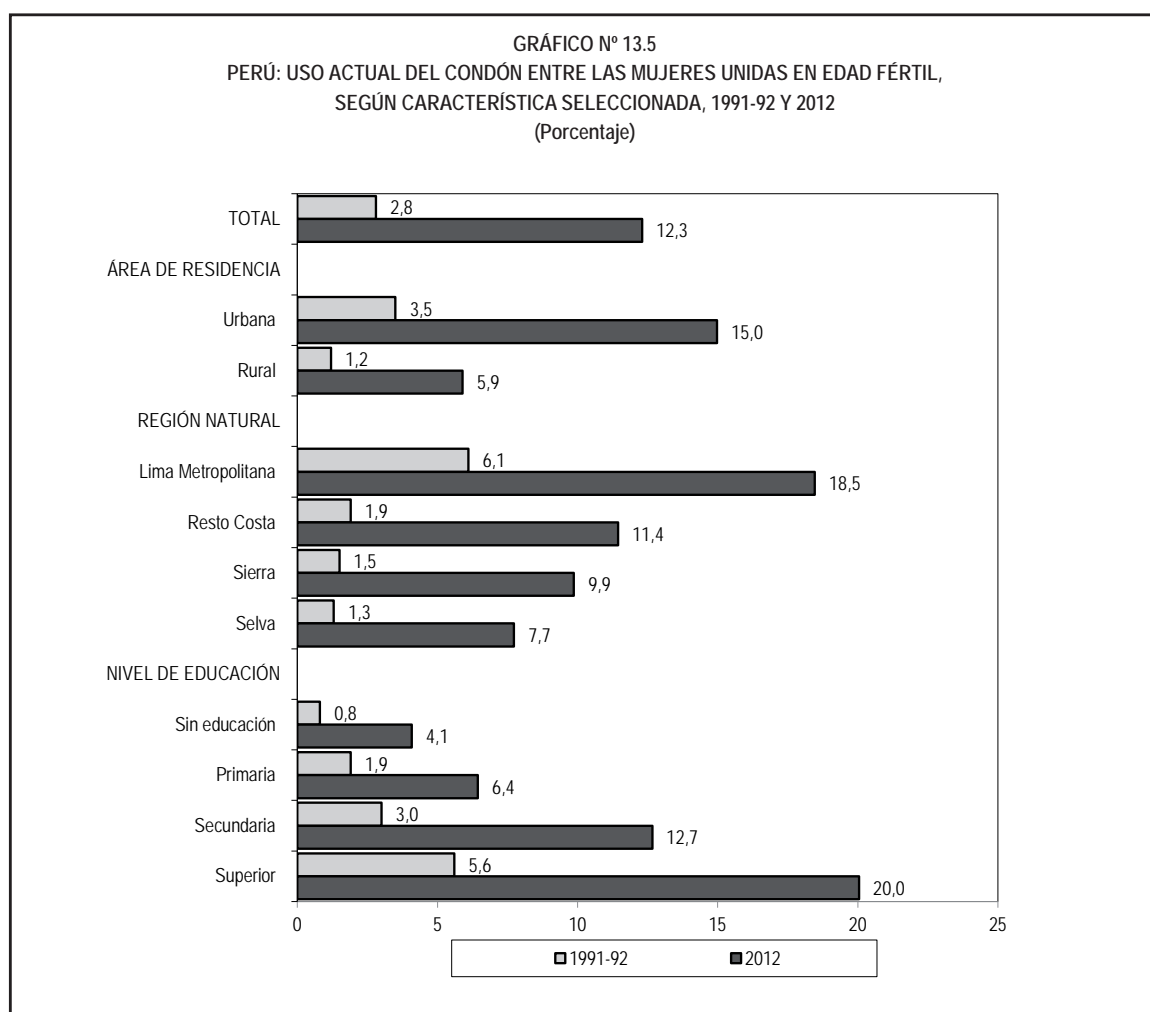


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

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

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 y/o niño.
- 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 12,3 por ciento para el año 2012. Por área de residencia aumentó en 11,5 puntos porcentuales en el área urbana y 4,7 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 18,5 por ciento en el periodo 1991-92 y 2012, seguido por Resto Costa de 1,9 a 11,4 por ciento; y la menor expansión fue en la Selva al pasar de 1,3 a 7,7 por ciento, respectivamente.
- En los 21 años de análisis, el uso actual del condón, mostró una tendencia ascendente, entre las mujeres actualmente unidas sin educación, en 4,1 veces más con respecto de los años 1991-92; seguida por las mujeres con educación secundaria (3,2 veces); en cambio, en las mujeres con educación primaria esta relación fue 2,4 veces.



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

