CAPÍTULO

10

LACTANCIA, NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (DIT) DE NIÑAS Y NIÑOS Y NUTRICIÓN DE MUJERES

10. LACTANCIA, NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (DIT) DE NIÑAS Y NIÑOS Y NUTRICIÓN DE MUJERES

El estado nutricional es el resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes[1]. En este sentido, los esquemas o patrones de alimentación influyen en la nutrición de las niñas y niños y a su vez, condicionan su potencial de desarrollo y crecimiento. La práctica de la lactancia materna provee los nutrientes adecuados y sirve de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la infancia.

El inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando se hace sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a las niñas y niños en contacto con sustancias contaminadas. Los malos hábitos de lactancia y alimentación complementaria están relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte, así como con el grado de nutrición.

Asimismo, la alimentación inadecuada y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes en el crecimiento de las niñas y niños. Por ello, la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles de las condiciones de vida.

En este capítulo se presenta la información relacionada con el estado nutricional de las niñas y niños menores de cinco años de edad, la práctica de alimentación de las niñas y niños, incluyendo la lactancia y el complemento con otras comidas, así como la nutrición de las mujeres en edad fértil en los aspectos de estatura y peso. Igualmente, se presenta información sobre los principales indicadores del desarrollo infantil temprano de niñas y niños de 9 a 18 meses de edad.

10.1 INICIACIÓN DE LA LACTANCIA

Se muestran los porcentajes de niñas y niños nacidos en los cinco años anteriores a la ENDES 2019, que recibieron lactancia materna, el momento en el cual se inició la lactancia después del nacimiento: aquellas/aquellos que empezaron a lactar dentro de la primera hora de nacido y el porcentaje que empezó durante el primer día de nacido. También se incluye el porcentaje de niñas y niños que en los tres primeros días de nacidos recibieron otro alimento antes de la leche materna.

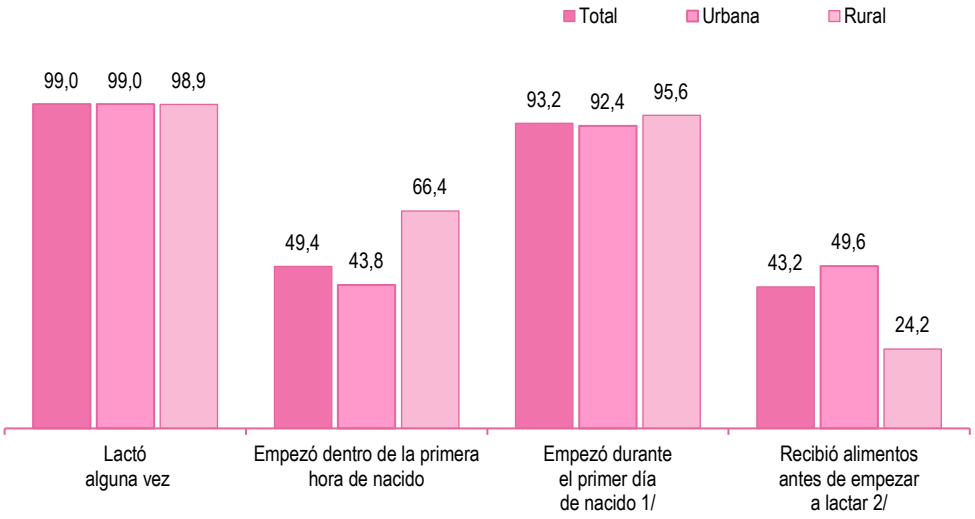
1 HODGSON, María Isabel. Evaluación del Estado Nutricional. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Lactancia inicial y alimentación suplementaria

El 99,0% de las niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la ENDES 2019, han lactado alguna vez, sin diferencia entre el área urbana y el área rural (99,9% y 98,9%, respectivamente). El 49,4% de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacimiento. La proporción ascendió a 93,2% si empezó a lactar dentro del primer día y el 43,2% recibió alimentos antes de empezar a lactar.

En el área rural se observa mayores porcentajes de iniciación de la lactancia, tanto en la primera hora (66,4%) como durante el primer día de nacido (95,6%). En cambio, entre las niñas y niños que recibieron alimentos antes de empezar a lactar, el porcentaje fue mayor en el área urbana (49,6%) en comparación al área rural (24,2%).

GRÁFICO N° 10.1
PERÚ: LACTANCIA MATERNA INICIAL Y ALIMENTACIÓN SUPLEMENTARIA DE NIÑAS Y NIÑOS NACIDOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2019
(Porcentaje)

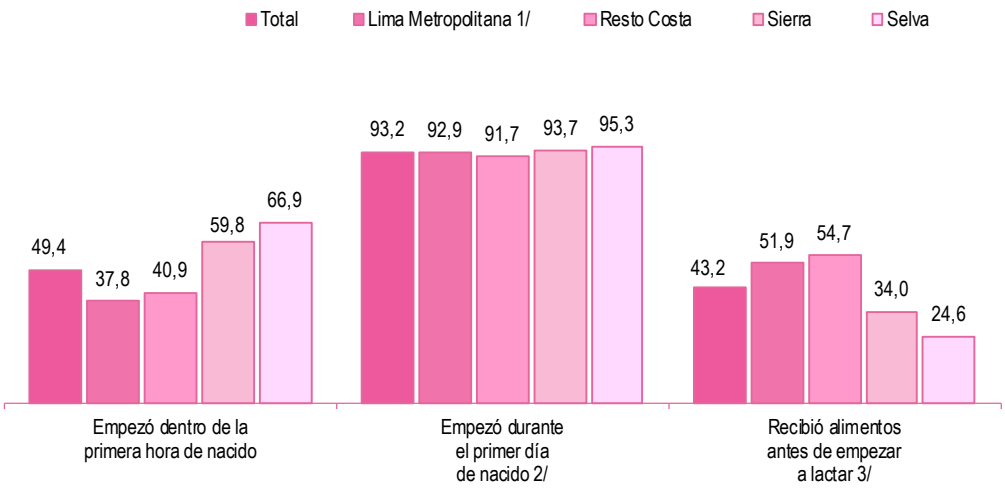


Nota:
Las estimaciones se refieren a niñas y niños nacidos, de las mujeres de 15 a 49 años de edad, en los cinco años que precedieron la encuesta sin importar si estaban o no vivos al momento de la encuesta.
Cuadro base: Cuadro 10.2 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Incluye las niñas y niños que empezaron la lactancia durante la primera hora de nacido.
2/ Niñas y niños a quienes se les dio algún alimento diferente de la leche materna durante los primeros tres días de nacidos antes que la madre empezara a amamantarlos de manera regular.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Por otro lado, según región natural, la Selva y la Sierra superan los porcentajes de lactancia dentro de la primera hora de nacido en comparación al resto de regiones (66,9% y 59,8%, respectivamente). En cambio, no hay diferencia importante si las niñas/niños empezaron a lactar durante el primer día de nacida/o.

En las regiones de Lima Metropolitana (51,9%) y Resto Costa (54,7%), más de la mitad de las niñas y niños empezaron a recibir alimentos antes de empezar a lactar.

GRÁFICO N° 10.2
PERÚ: LACTANCIA MATERNA INICIAL Y ALIMENTACIÓN SUPLEMENTARIA DE NIÑAS Y NIÑOS NACIDOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Las estimaciones se refieren a niñas y niños nacidos, de las mujeres de 15 a 49 años de edad, en los cinco años que precedieron la encuesta sin importar si estaban o no vivos al momento de la encuesta.
Cuadro base: Cuadro 10.2 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
2/ Incluye las niñas y niños que empezaron la lactancia durante la primera hora de nacido.
3/ Niñas y niños a quienes se les dio algún alimento diferente de la leche materna durante los primeros tres días de nacidos antes de que la madre empezara a amamantarlos de manera regular.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

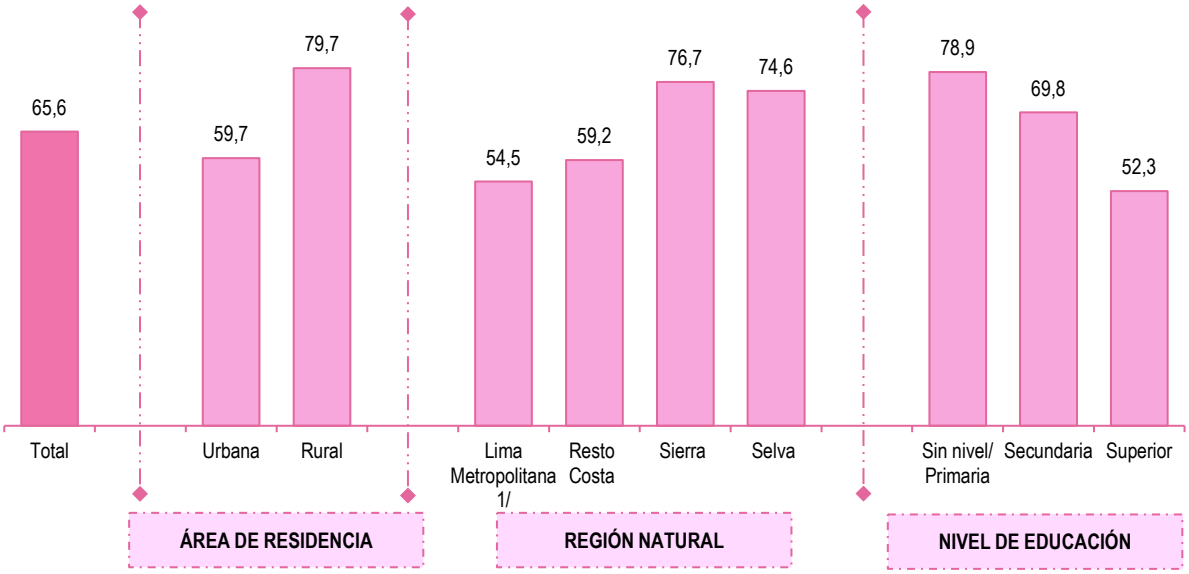
10.2 LACTANCIA MATERNA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE SEIS MESES DE EDAD

El desarrollo de la niña o niño está estrechamente vinculado con la nutrición, por ello, es importante contar con información de la prevalencia de lactancia materna. Las organizaciones internacionales y nacionales recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo durante los primeros seis meses de edad y proveer alimentos complementarios seguros y apropiados desde los seis meses, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más.

Lactancia de las niñas o niños menores seis meses de edad

En el año 2019, el 65,6% de niñas y niños menores de seis meses tuvieron lactancia materna. Los que alcanzaron mayores porcentajes fueron las/los residentes en el área rural (79,7%), en las regiones naturales Sierra y la Selva (76,4% y 74,6%, respectivamente) y según educación de las mujeres, en aquellas/llos con un nivel educativo de primaria o menos (78,9%).

GRÁFICO N° 10.3
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE SEIS MESES DE EDAD CON LACTANCIA MATERNA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.3B del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende la Provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

10.3 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales de las niñas y niños, es preciso añadir otros alimentos a su dieta[2], es decir, deberían recibir alimentación complementaria adecuada desde el punto de vista nutricional, que cubra el periodo que va de los 6 a los 24 meses de edad, intervalo en el que la niña y el niño es muy vulnerable.

La alimentación complementaria es tal vez uno de los procesos con mayor vulnerabilidad para el estado nutricional de la población menor de dos años de edad. Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de las niñas y niños.

Se presenta el porcentaje de niñas y niños menores de tres años de edad que recibieron alimentos en las últimas 24 horas, por los distintos tipos de comidas: alimentos líquidos, sólidos, semisólidos y alimentos hechos con aceite o mantequilla, diferenciados según situación de lactancia de la niña o niño.

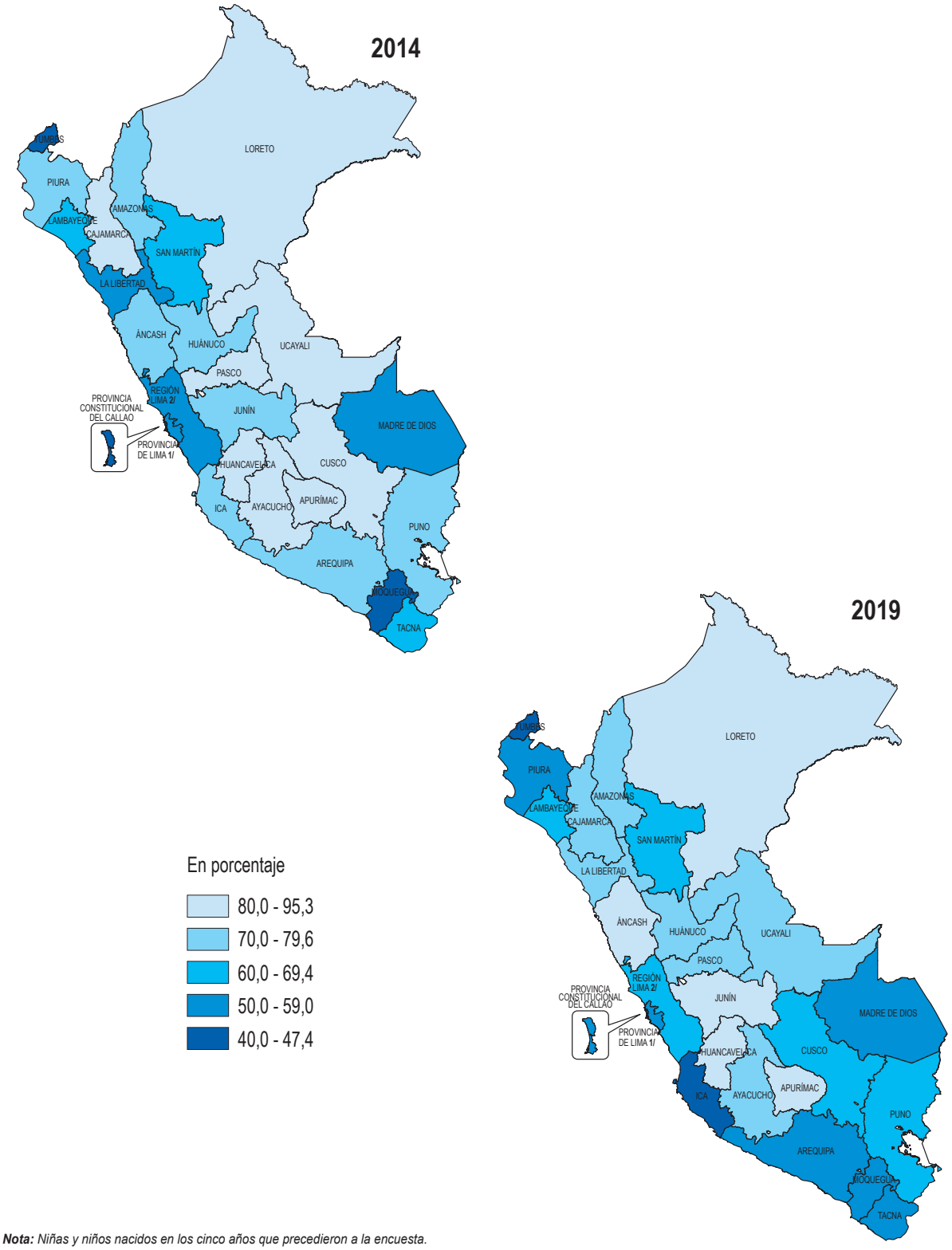
Asimismo, se muestra información de las niñas y niños menores de tres años de edad que viven con la madre y que consumieron alimentos ricos en vitamina A y hierro en las últimas 24 horas.

2 Organización Mundial de la Salud - OMS. Programa de Salud y Desarrollo del Niño y Adolescente.

MAPA Nº 10.1

PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE SEIS MESES DE EDAD CON LACTANCIA MATERNA, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2014 Y 2019

(Porcentaje)



Nota: *Niñas y niños nacidos en los cinco años que precedieron a la encuesta.*
1/ *Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima*
2/ *Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos*

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley Nº 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

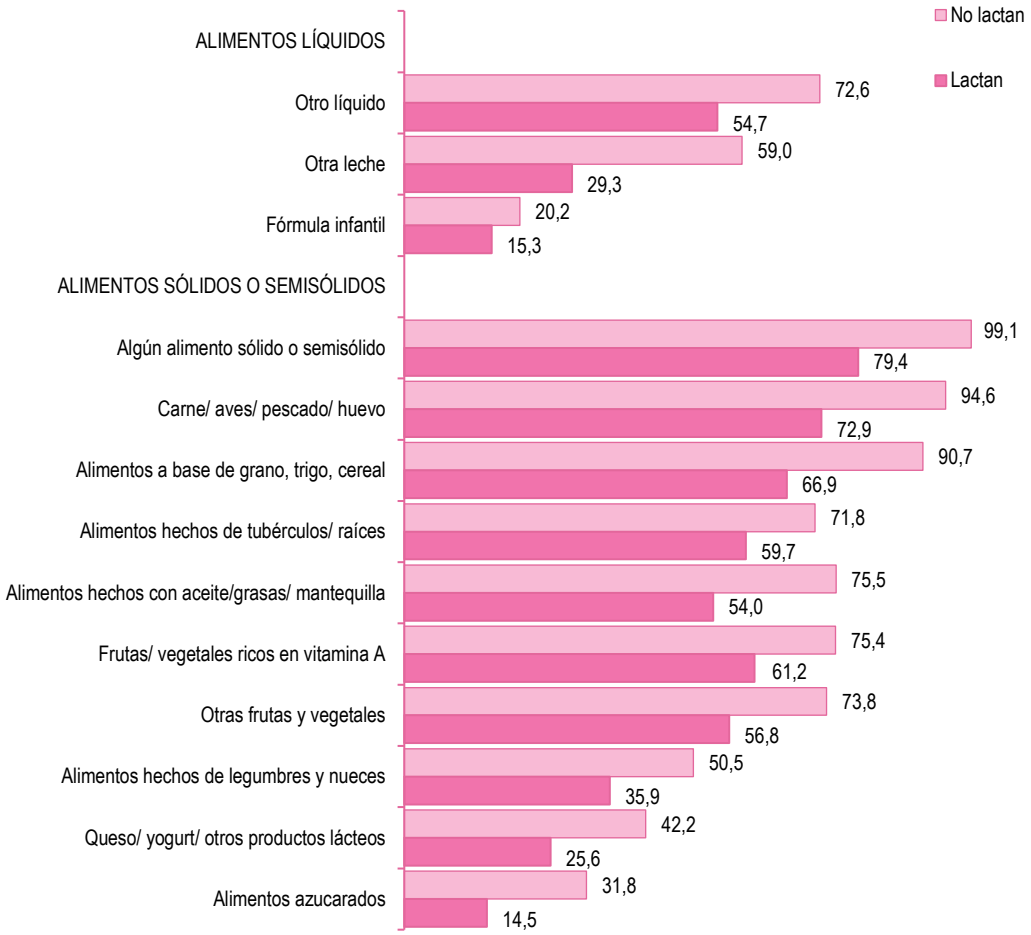
Tipo de comidas recibidas por situación de lactancia

Entre las niñas y niños menores de 3 años, que recibían leche materna, más de la mitad recibieron otro líquido (54,7%) en las últimas 24 horas; el 29,3% recibió otro tipo de leche (incluye leche fresca o en polvo, de vaca u otro animal), el 15,3% fórmula infantil.

El consumo de alimentos sólidos o semisólidos es mayor entre las niñas y niños menores de tres años de edad que no están lactando; los mayores porcentajes se aprecian en el consumo de algún alimento sólido o semisólido (99,1%), le siguen alimentos con carne, aves, pescado, huevo (94,6%) y alimentos en base a grano, trigo, cereal (90,7%).

Por otro lado, el 79,4% de niñas y niños menores de tres años de edad que estuvieron lactando recibieron algún alimento sólido o semisólido, destacando los alimentos preparados a base de carne / aves / pescado / huevo (72,9%), seguido de los preparados de grano, trigo o cereal (66,9%), de preparados de frutas / vegetales ricos en vitamina A (61,2%), y de tubérculos / raíces (59,7%).

GRÁFICO N° 10.4
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DE EDAD QUE VIVEN CON LA MADRE (MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD), SEGÚN SITUACIÓN DE LACTANCIA Y TIPOS DE ALIMENTOS, 2019
(Porcentaje de niñas y niños)

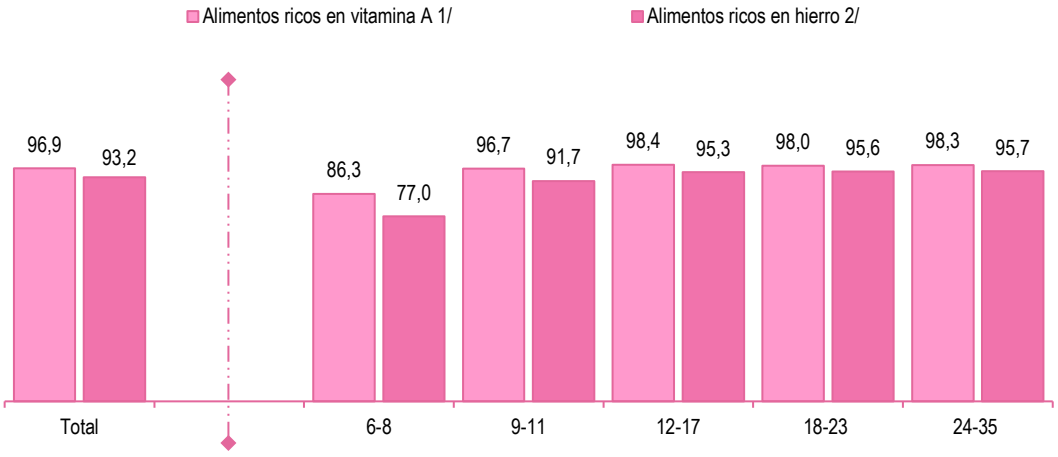


Nota:
La situación de lactancia y el alimento consumido se refieren al periodo de 24 horas comprendido entre el día y la noche anterior a la entrevista.
Cuadro base: Cuadro 10.6 del Informe principal de la ENDES 2019.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

Alimentos ricos en vitamina "A" y hierro

El 96,9% de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad, que viven con la madre, recibieron alimentos ricos en vitamina A y el 93,2% consumieron alimentos ricos en hierro durante las 24 horas anteriores a la entrevista. Para ambos casos, se precisa que las menores proporciones fueron en niñas y niños entre seis y ocho meses de edad (86,3% y 77,0%, respectivamente).

GRÁFICO Nº 10.5
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE CONSUMIERON ALIMENTOS RICOS EN VITAMINA "A" Y HIERRO DURANTE LAS ULTIMAS 24 HORAS, SEGÚN EDAD EN MESES, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Los porcentajes representan a la ingesta de alimentos en las últimas 24 horas de las niñas y niños menores de tres años y que viven con la madre en los últimos siete días.
Cuadro base: Cuadro 10.9 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Incluye carnes, aves, pescado, huevo y los alimentos ricos en vitamina A.
2/ Incluye; carne (carne de órganos), pescado, aves y huevos.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

10.4 INGESTA DE MICRONUTRIENTES

La deficiencia de micronutrientes, en especial del hierro es consecuencia de múltiples factores entre los cuales destaca de manera directa la dieta pobre en vitaminas y minerales. La anemia por deficiencia de hierro se relaciona con alteraciones del desarrollo cognitivo, principalmente si la anemia se presenta en el periodo crítico de crecimiento y diferenciación cerebral. En consecuencia, la suplementación con micronutrientes para prevenir la anemia es una intervención de comprobada eficacia para la reducción de la prevalencia de anemia en menores de 36 meses y según recomendaciones de la OMS, es implementada en países con niveles de prevalencia de anemia, en menores de 3 años, que superen el 20,0% [3].

Niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que consumieron suplemento de hierro

En el año 2019, la proporción niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días (anteriores a la entrevista) fue de 34,5%, sin diferencia significativa entre el área rural y el área urbana (37,6 y 33,4%, respectivamente).

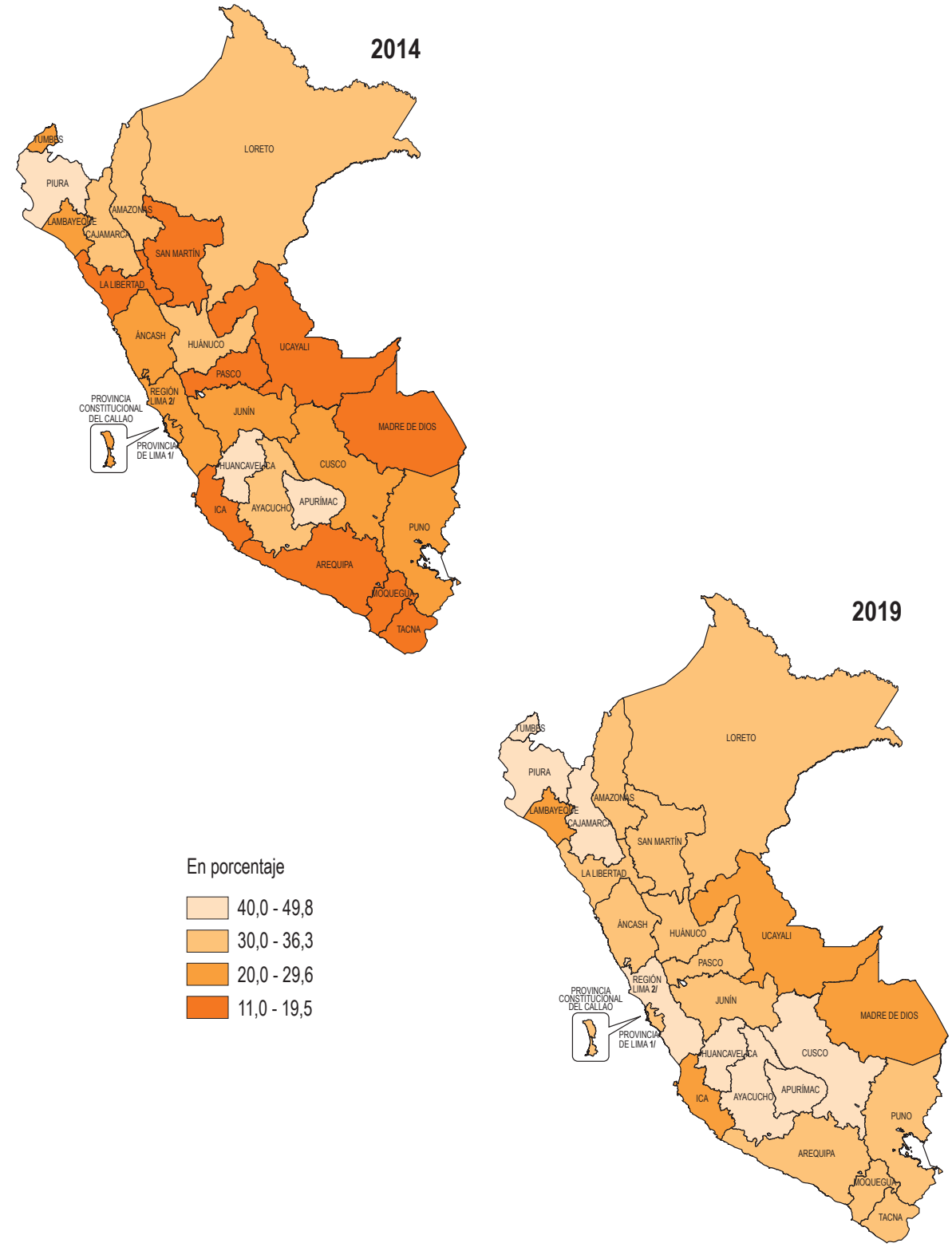
Por Región natural, el porcentaje de niñas y niños que consumieron suplemento de hierro fue menor en la Selva (31,4%) en comparación con la Sierra (40,0%) que alcanzó los mayores porcentajes.

3 DIRECTIVA SANITARIA Nº 056 -MINSA/DGSP. V.01

MAPA Nº 10.2

PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE CONSUMIERON SUPLEMENTO DE HIERRO EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2014 Y 2019

(Porcentaje)

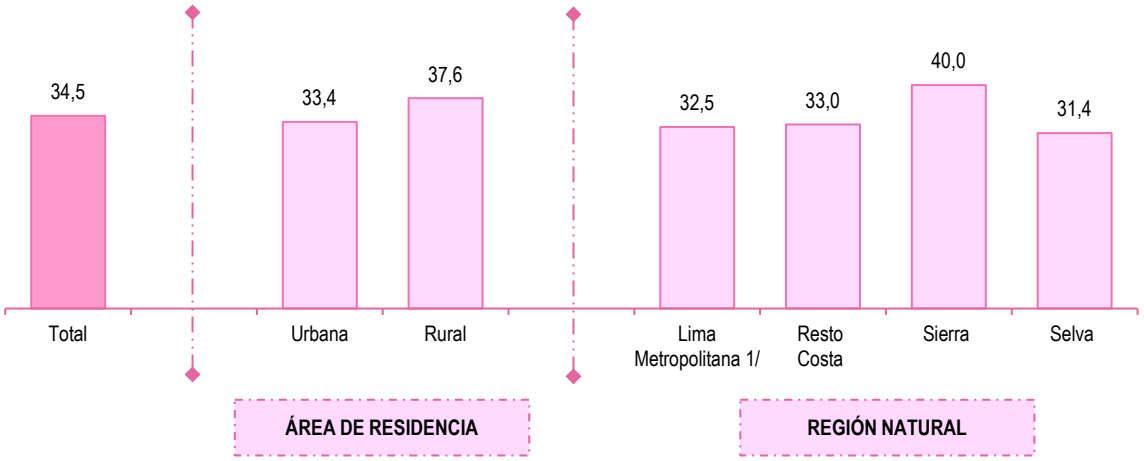


1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima
2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley Nº 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

GRÁFICO N° 10.6
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE CONSUMIERON SUPLEMENTO DE HIERRO EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, SEGUN ÁREA DE RESIDENCIA Y REGIÓN NATURAL, 2019
(Porcentaje)



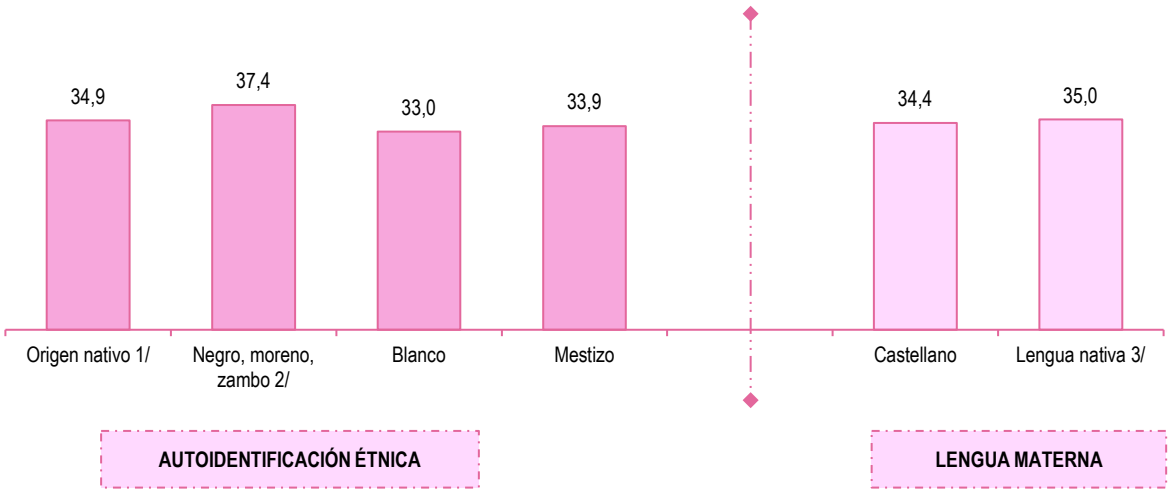
Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.10B del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende: provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Etnicidad y consumo de hierro en los últimos 7 días

El consumo de hierro en los últimos 7 días en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad fue mayor en aquellas/os cuyas madres se autoidentificaron con los grupos de origen étnico negro, moreno, zambo (37,4%), seguido por los de madres que se consideran parte del grupo nativo (34,9%).

Por otro lado, según lengua materna el consumo de hierro en los últimos 7 días de las niñas y niños de 6 a 35 meses de edad fue mayor en aquellas que aprendieron en su niñez alguna lengua nativa (35,0%).

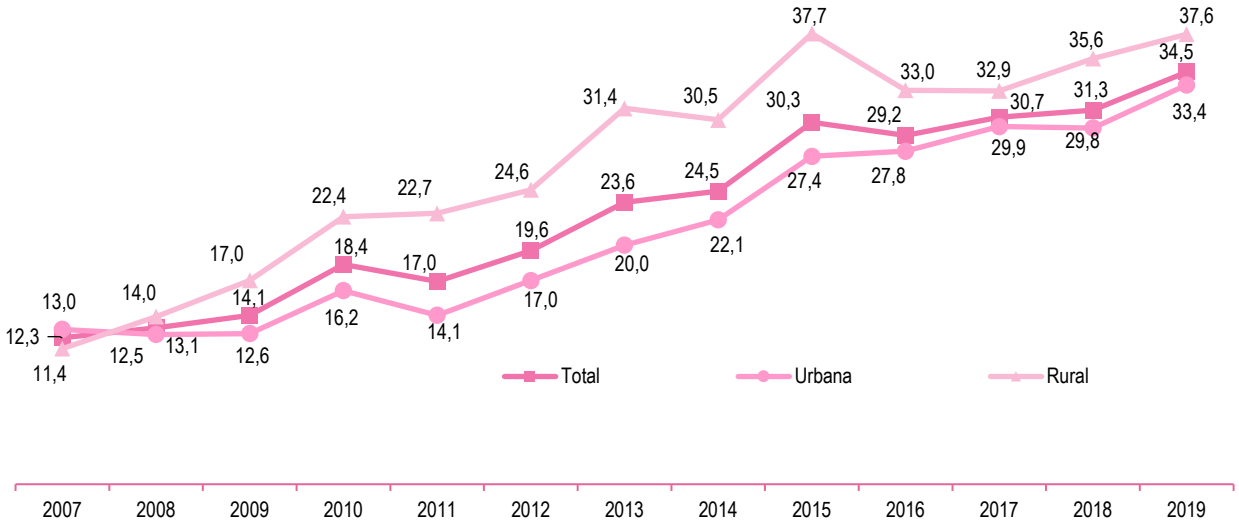
GRÁFICO Nº 10.7
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE CONSUMIERON SUPLEMENTO DE HIERRO EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.10B del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.
2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la selva u otra lengua nativa.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La evolución del consumo del suplemento de hierro muestra que en el año 2007 el porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días fue de 12,3%; porcentaje que tendió al aumento a través de los años y que en el año 2019 alcanzó los mayores porcentajes a nivel nacional (34,5%).

GRÁFICO Nº 10.8
PERÚ: EVOLUCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 A 35 MESES DE EDAD, QUE CONSUMIERON SUPLEMENTO DE HIERRO EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2007-2019
(Porcentaje)



Nota:
El tema suplemento de hierro es objeto de investigación a partir del año 2007. A partir del año 2013 el suplemento de hierro comprende: hierro en pastillas o jarabe, hierro en polvo como chispitas o estrellitas, hierro en gotas y en otra presentación.
Cuadro base: Cuadro 10.10A del Informe principal de la ENDES 2019.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

10.5 ANEMIA EN NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES

La prueba para determinar anemia en mujeres, niñas y niños constituye uno de los mayores esfuerzos que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar viene realizando desde 1996[4]. La prueba de anemia, en una muestra de sangre capilar, se realiza de manera continua para las niñas y niños menores de 6 años y para las mujeres entre 15 a 49 años de edad.

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altura. La hemoglobina, un congregado de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, que existe una deficiencia de hierro. Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia.

La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia. De este modo, puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de hierro en las madres, niñas y niños y se efectúa con la finalidad de fortalecer las políticas de salud pública para la prevención y manejo de la anemia nutricional, como estrategia de intervención a fin de mejorar la salud materna e infantil.

4 La ENDES 1996, incluyó un módulo de antropometría y medición de hemoglobina que se aplicó a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad y a las niñas y niños menores de seis años de edad.

La anemia con un nivel de hemoglobina por debajo de 11,0g/dl* al nivel del mar, está asociada con una disminución del transporte de oxígeno a los tejidos y a una menor capacidad física y mental y probablemente con reducción en la resistencia contra las infecciones. Las mujeres anémicas son menos tolerantes a la pérdida de sangre durante el parto, particularmente cuando los niveles de hemoglobina descienden a menos de 8,0 g/dl. En casos más severos de anemia, las mujeres experimentan fatiga y un incremento del ritmo cardíaco en reposo. La tensión proveniente del parto, el aborto espontáneo y otras complicaciones mayores pueden resultar en la muerte materna. Una detección temprana de la anemia nutricional puede ayudar a prevenir complicaciones severas durante el embarazo y el parto. En el caso del infante, la anemia puede afectar su desarrollo psicomotor. El empleo de hierro complementario/adicional para mujeres, niñas y niños con deficiencia de hierro puede mejorar la salud materno infantil en general.

Métodos

Una técnica simple y confiable para la detección fotométrica de hemoglobina es el uso del sistema HemoCue. Esta técnica es usada ampliamente para detección de anemia en varios países y en el Perú esa técnica, también ha sido escogida como el método básico para la medición de la hemoglobina desde 1996.

La clasificación de la anemia en severa, moderada o leve se hace con los siguientes puntos de corte para las mujeres, niñas y niños menores de cinco años de edad.

Anemia severa:	< 7,0 g/dl
Anemia moderada:	7,0-9,9 g/dl
Anemia leve:	10,0-11,9 g/dl (10,0-10,9 para las mujeres embarazadas y para las niñas y niños).

El nivel requerido de hemoglobina en la sangre depende de la presión parcial de oxígeno en la atmósfera. Como el Perú es un país en el que un gran número de personas vive en altura donde la presión de oxígeno es reducida en comparación con la del nivel del mar, se requiere un ajuste a las mediciones de hemoglobina para poder evaluar el estado de anemia, es decir, el nivel mínimo requerido de hemoglobina dada la disponibilidad de oxígeno en la atmósfera. Hay dos formas de ajuste para la evaluación del estado de anemia: cambiando los límites de los niveles mínimos de hemoglobina según la elevación sobre el nivel del mar o llevando a nivel del mar la medición observada. Esto se hace restando de la medición el incremento que se observa en la hemoglobina como resultado de vivir a mayores alturas. La segunda alternativa es la más utilizada para los cálculos en la Encuesta 2019.

El aumento en los niveles de hemoglobina con la altura fue estudiado en el Perú en 1945 por Hurtado. También ha sido estudiado en los Estados Unidos por el Pediatric Nutrición Surveillance System (CDC/PNSS) y en el Ecuador por Dirren y colaboradores. Los ajustes basados en estos estudios están expresados en un cuadro de valores preparado por Hurtado o en fórmulas cuadráticas del CDC/PNSS y Dirren. Comparaciones realizadas para la preparación de otros informes en el programa DHS muestran una gran coherencia entre las tres variaciones de ajuste, dando confianza en el ajuste utilizado para las observaciones de la Encuesta 2019.

Para este informe se ha adoptado la fórmula de CDC / PNSS y Dirren. Las mediciones iniciales del nivel de hemoglobina han sido llevadas a nivel del mar con el siguiente procedimiento:

Nivel ajustado	=	nivel observado - ajuste por altura
Ajuste	=	-0,032*(alt) + 0,022*(alt*alt)
Donde (alt) es	:	[(altura en metros)/1 000]*3,3

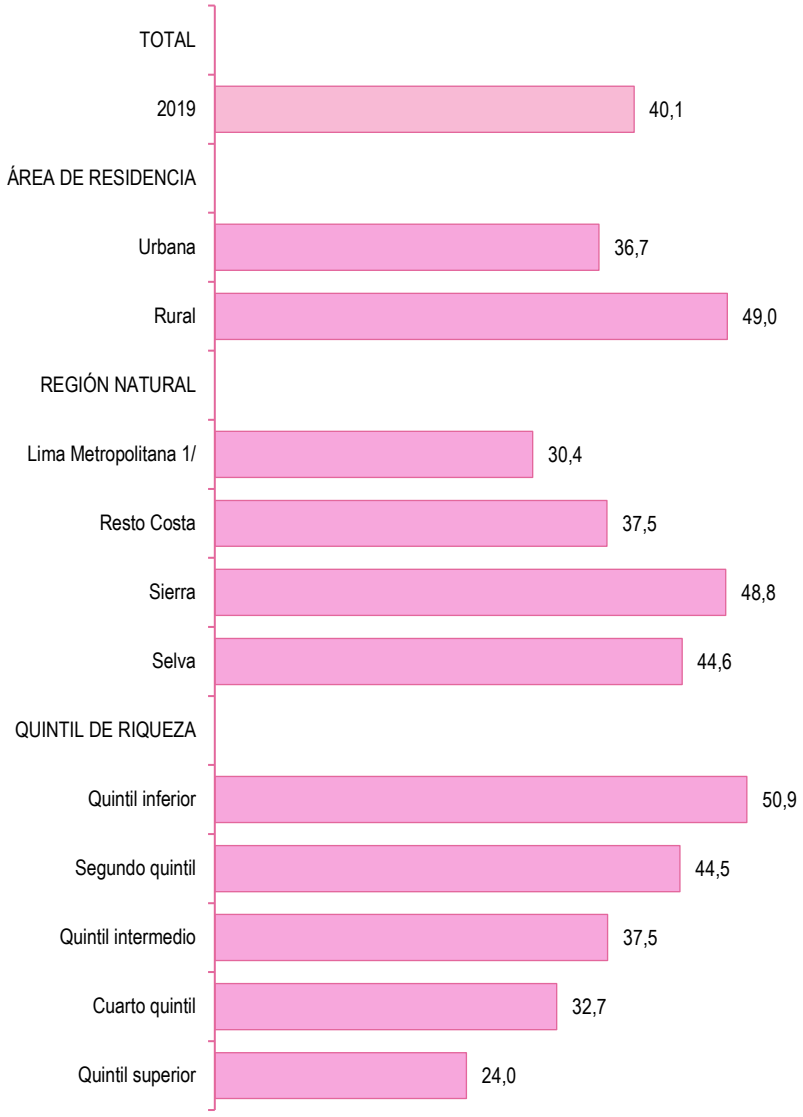
* Gramos por decilitro

Anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad

Según el área de residencia, el porcentaje de las niñas y niños con anemia es mayor en los que residen en el área rural (49,0%) que en el área urbana (36,7%).

Según región natural, la proporción de niñas y niños con anemia se presentó en mayor porcentaje en los que se ubican en la región natural Sierra (48,8%) y aquellas o aquellos cuyas madres se sitúan en el quintil inferior de riqueza (50,9%).

GRÁFICO Nº 10.9
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD CON PREVALENCIA DE ANEMIA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 Y 2019
(Porcentaje)



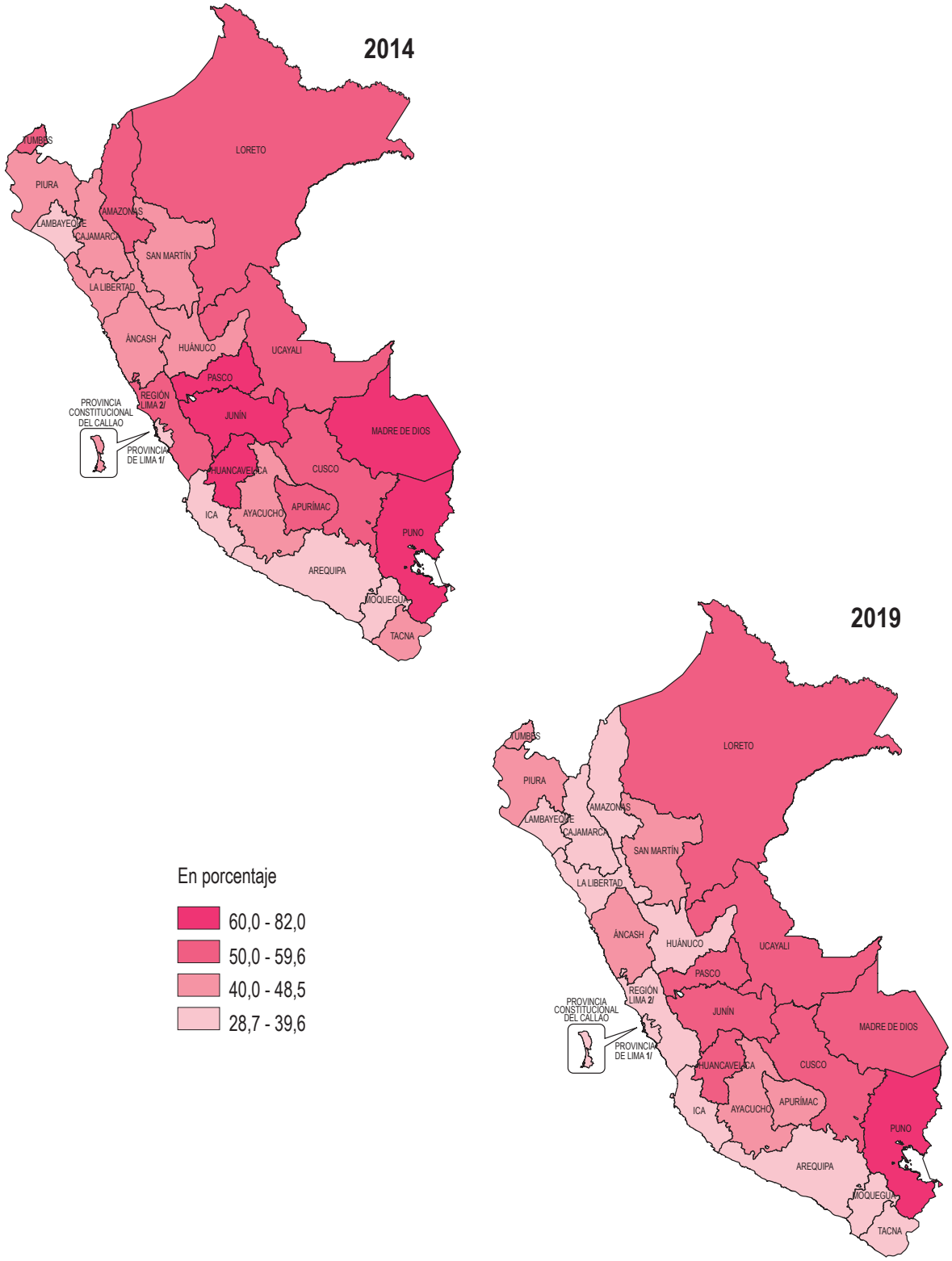
Nota:
Cuadro base: Cuadros 10.13A y 10.14B del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende: Provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

En el año 2000, el porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que padecía anemia fue 60,9%, disminuyó hasta 41,6% en el año 2011; porcentaje que aumentó hasta en 5,2 puntos porcentuales en el año 2014 (46,8%) y en el año 2019 alcanzó 40,1%.

MAPA Nº 10.3

PERÚ: PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2014 Y 2019

(Porcentaje)



1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima
2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos

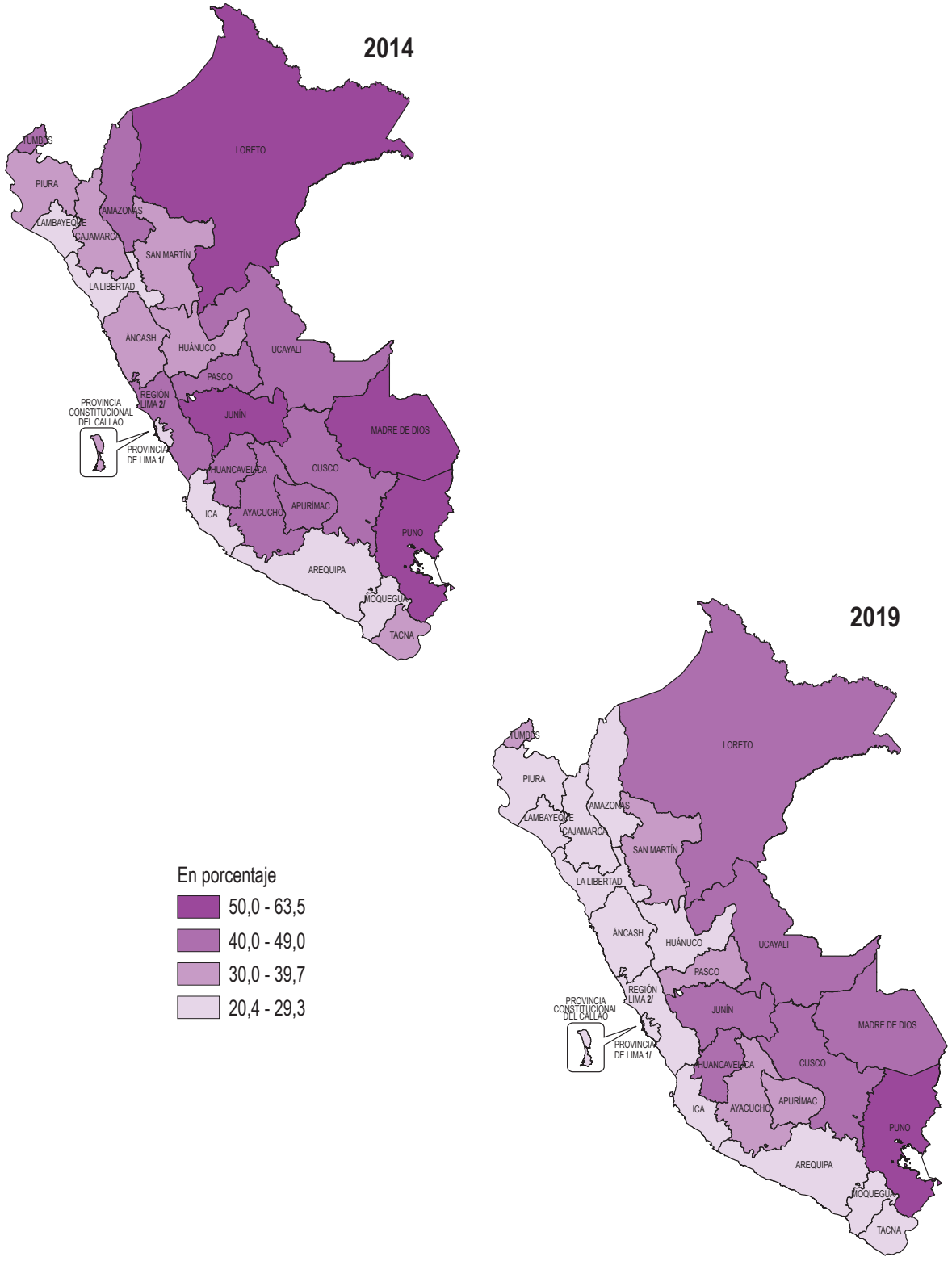
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley Nº 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

MAPA Nº 10.4

PERÚ: PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2014 Y 2019

(Porcentaje)

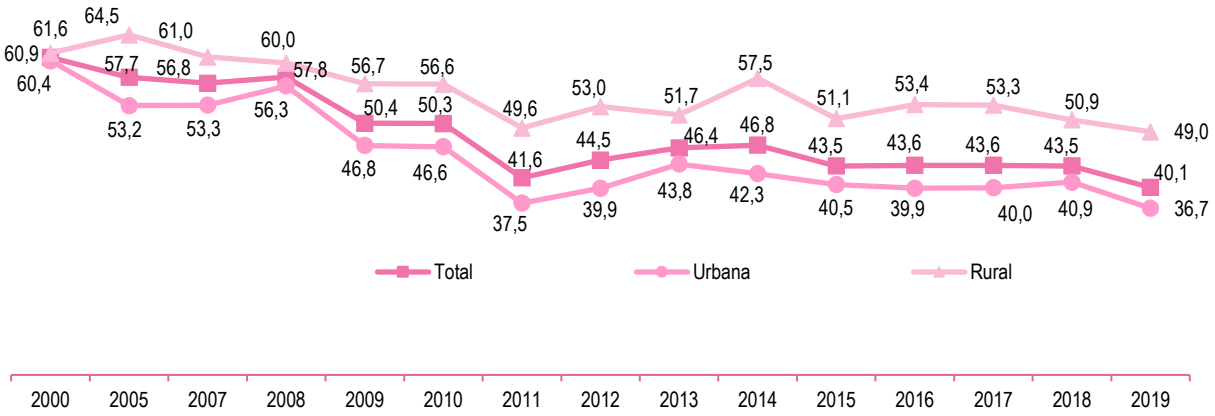


1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima
2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley Nº 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

GRÁFICO Nº 10.10
PERÚ: EVOLUCIÓN DE LA ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2000 - 2019
(Porcentaje)

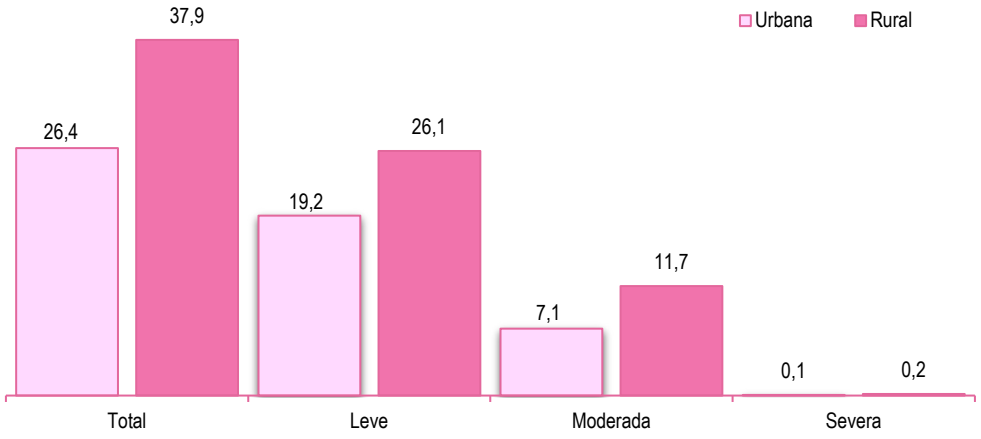


Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.14C del Informe principal de la ENDES 2019.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar .

Anemia en niñas y niños de 6 a 59 meses de edad

La anemia en niñas y niños de 6 a 59 meses afectó más a las niñas y niños del área rural (37,9%); del mismo modo, por tipo de anemia los porcentajes son mayores en el área rural.

GRÁFICO Nº 10.11
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD CON PREVALENCIA DE ANEMIA, POR TIPO, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2019
(Porcentaje)

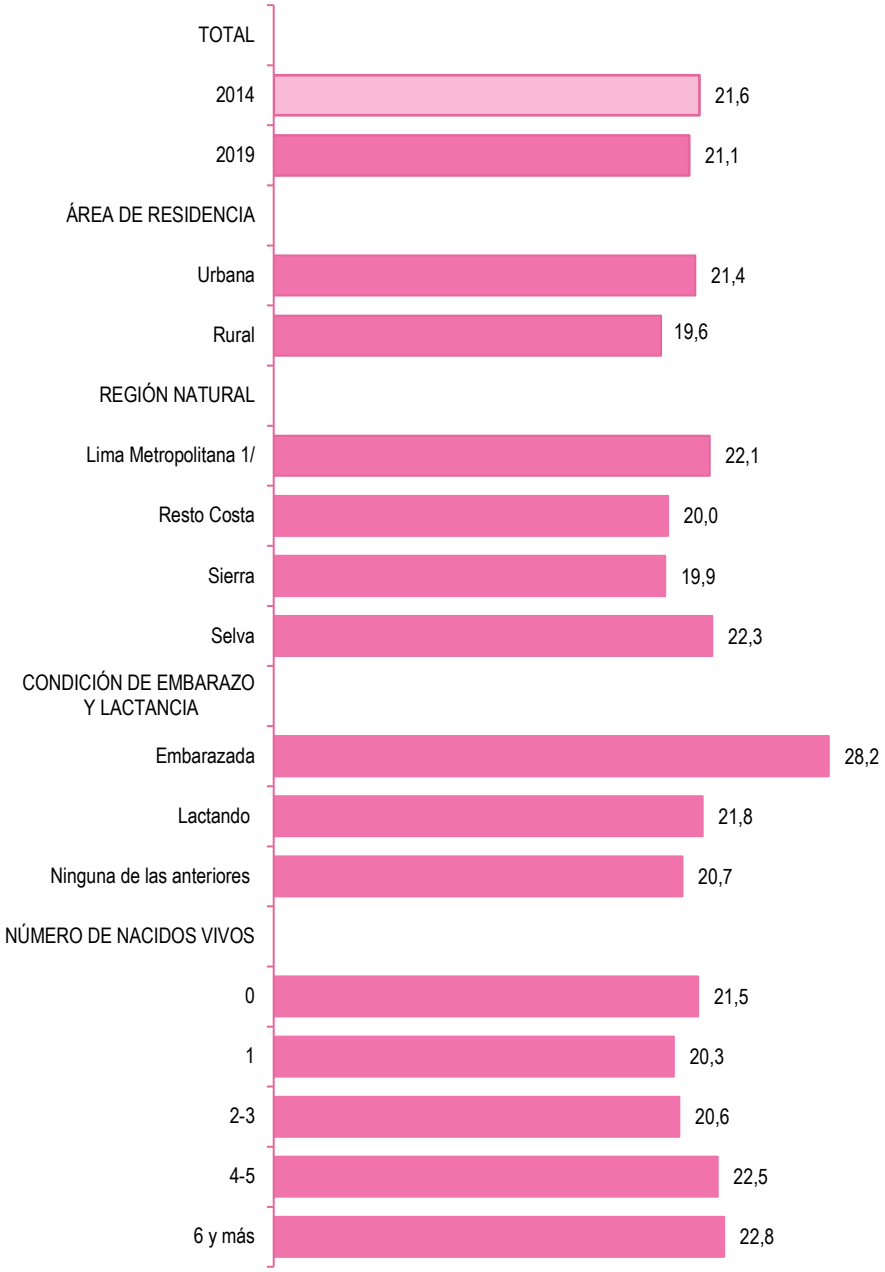


Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.14 del Informe principal de la ENDES 2019.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Anemia en mujeres de 15 a 49 años de edad

El 21,1% de las mujeres de 15 a 49 años de edad padeció de anemia, proporción cercana al valor reportado en el año 2014 (21,6%). Las mujeres embarazadas fueron las más afectadas (28,2%), le siguen las mujeres que tuvieron de 6 a más hijos nacidos vivos (22,8%); por área de residencia, afectó más a las mujeres del área urbana (21,4%) y a las residentes en la Región natural de la Selva (22,3%).

GRÁFICO Nº 10.12
PERÚ: PREVALENCIA DE ANEMIA EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 Y 2019
(Porcentaje)



Nota:
Cuadro base: Cuadros 10.15 y 10.16 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Etnicidad, lengua materna y anemia en mujeres de 15 a 49 años de edad

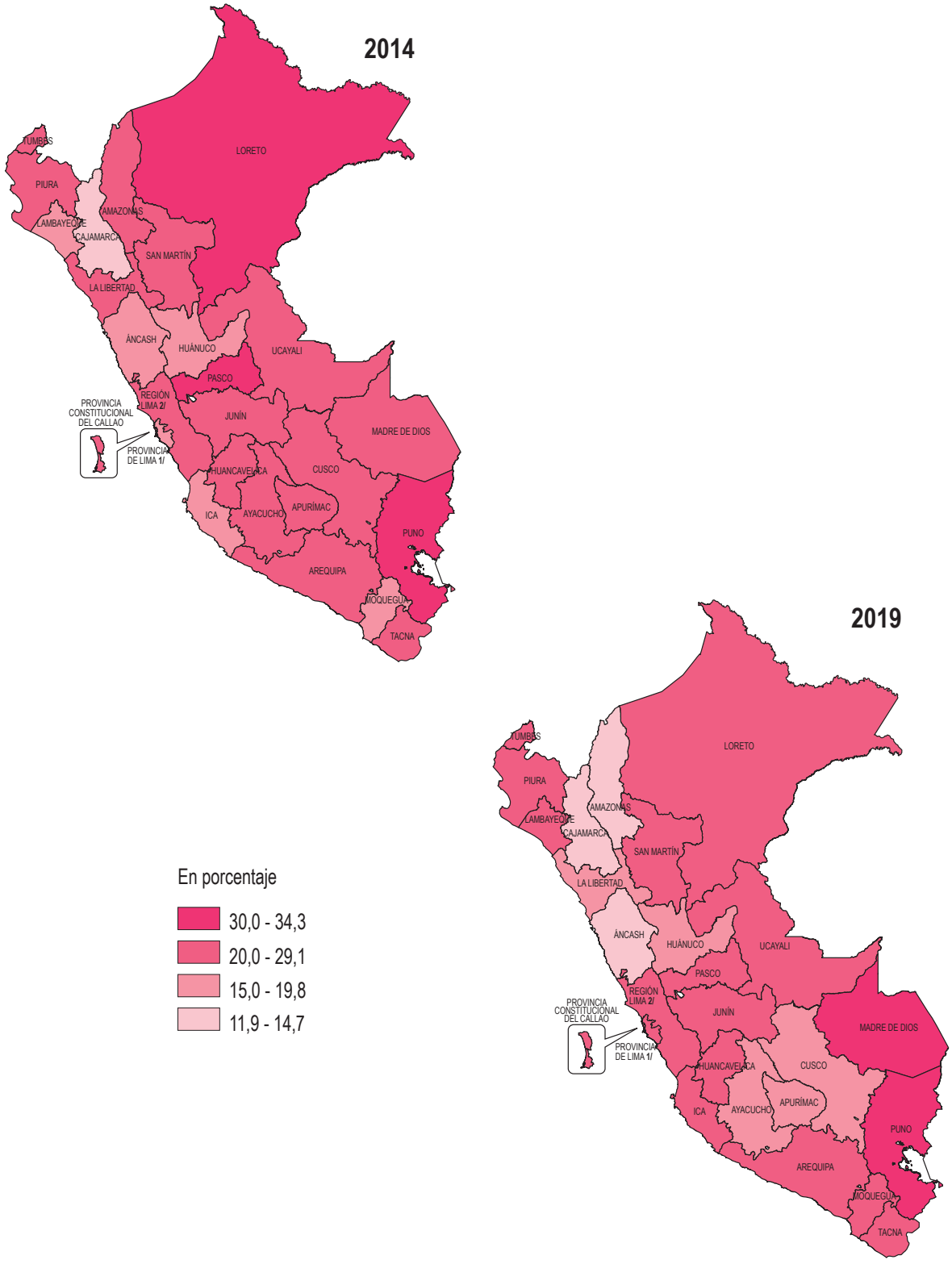
La anemia en mujeres en edad fértil es mayor en aquellas mujeres cuya autoidentificación de origen étnico fue con el grupo nativo (22,2%); le sigue las autoidentificadas con el grupo mestizo (21,1%).

Por otro lado, según legua materna, la prevalencia de anemia fue mayor en aquellas que aprendieron en su niñez alguna lengua nativa (23,0%), es decir: Quechua, Aimara o lengua originaria de la Selva u Otra lengua nativa.

MAPA Nº 10.5

PERÚ: PREVALENCIA DE ANEMIA EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2014 Y 2019

(Porcentaje)

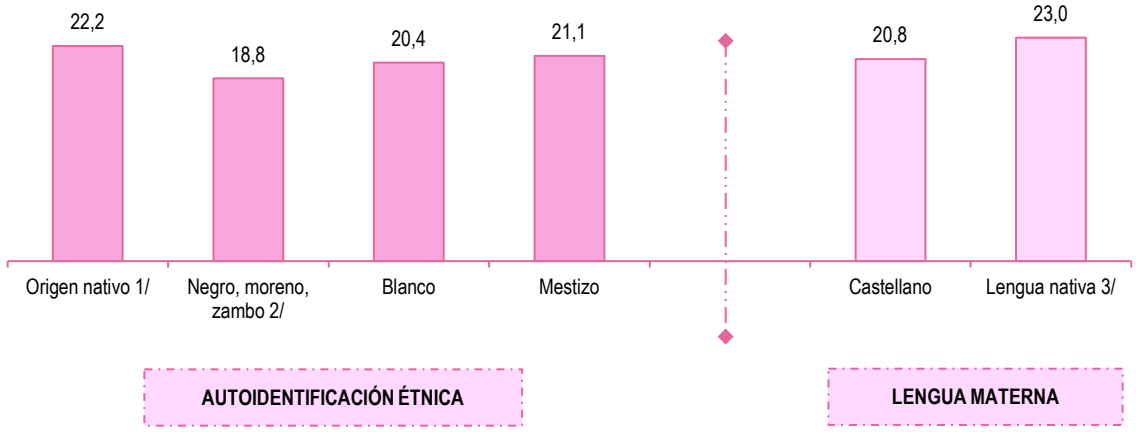


1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima
2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley Nº 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

GRÁFICO Nº 10.13
PERÚ: PREVALENCIA DE ANEMIA EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.10B del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.
2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la selva u otra lengua nativa.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

10.6 NUTRICIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS

El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar[5]. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras)[6] y está asociado a menores logros educativos.

Por estas razones, el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. El indicador sobre la mejora del estado nutricional infantil formó parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico[7] y, en la actualidad forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible[8]. En el Perú, la reducción de la pobreza y la desnutrición, específicamente la desnutrición crónica, son metas de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial.

La Encuesta 2019 brinda información sobre el estado nutricional de los menores de cinco años de edad a través de tres indicadores nutricionales de uso internacional: la desnutrición crónica, la desnutrición aguda y la desnutrición global, calculados a partir de la información del peso, talla, edad y sexo de las niñas y niños menores de cinco años de edad.

5 Black R, Allen L, Bhutta Z, CaulfieldL, De Onis M, Ezzati M, Mather C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition; 2008:5-22.
6 Victoria C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Ritcher L, Sachdev H, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition; 2008:23-40.
7 Lutter CK, Chaparro CM. La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio. Organización Panamericana de la Salud. Washington,D.C.2008
8 Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, 2016. Informe de la Nutrición Mundial 2016: De la promesa al impacto: terminar con la malnutrición de aquí a 2030. Washington, DC.

Uso del patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud

En el presente informe, al igual que desde la ENDES 2007, la clasificación del estado nutricional se ha realizado tomando como base el Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundido internacionalmente el año 2006. Este patrón de referencia fue elaborado sobre la base de niñas y niños que estuvieron en un entorno óptimo para el crecimiento: prácticas de alimentación recomendadas para lactantes, niñas y niños pequeños, buena atención de salud, madres no fumadoras y otros factores relacionados con los buenos resultados de salud[9].

El patrón empleado anteriormente, del National Center for Health Statistics (NCHS/CDC/OMS), se basaba en datos de una muestra limitada de niñas y niños de los Estados Unidos, y tenía ciertos inconvenientes técnicos y biológicos que lo hacían poco adecuado para el seguimiento de la rápida y cambiante tasa de crecimiento en la primera infancia, por lo que no proporciona una base sólida para la evaluación en función de pautas y normas internacionales[10].

Se presentan los resultados de la clasificación del estado nutricional, con el patrón de referencia de la OMS, según ámbito geográfico, características demográficas y socioeconómicas.

Desnutrición crónica

La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo[11].

La desnutrición crónica es el estado en el cual las niñas y niños tienen baja estatura con relación a una población de referencia. Refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas e infecciones respiratorias) y, de la interacción entre ambas.

Desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad

Según el patrón de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019, la desnutrición crónica afectó al 12,2% de niñas y niños menores de cinco años de edad; en comparación con el año 2014 disminuyó en 2,4 puntos porcentuales (14,6%).

Por área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (24,5%), es decir, 16,9 puntos porcentuales más que en los residentes en el área urbana (7,6%); en tanto que, por región natural, fue mayor en las niñas y niños residentes en la Sierra (20,3%), seguido por los de la Selva (17,7%).

Según intervalo de nacimiento en meses, la desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue de 24 a 47 meses (18,5%), le siguen aquellos con intervalos de nacimiento de menor a 24 meses (18,0%). Por otro lado, las niñas y niños cuyas madres se ubican en el quintil inferior fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (26,6%), comparados con los que se ubican en el quintil superior y cuarto quintil (3,1% y 4,6%, respectivamente).

9 WHO. WHO Child Growth Standards: Length / height for age, weight for age, weight for lenght, weight for height and body mass index for age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

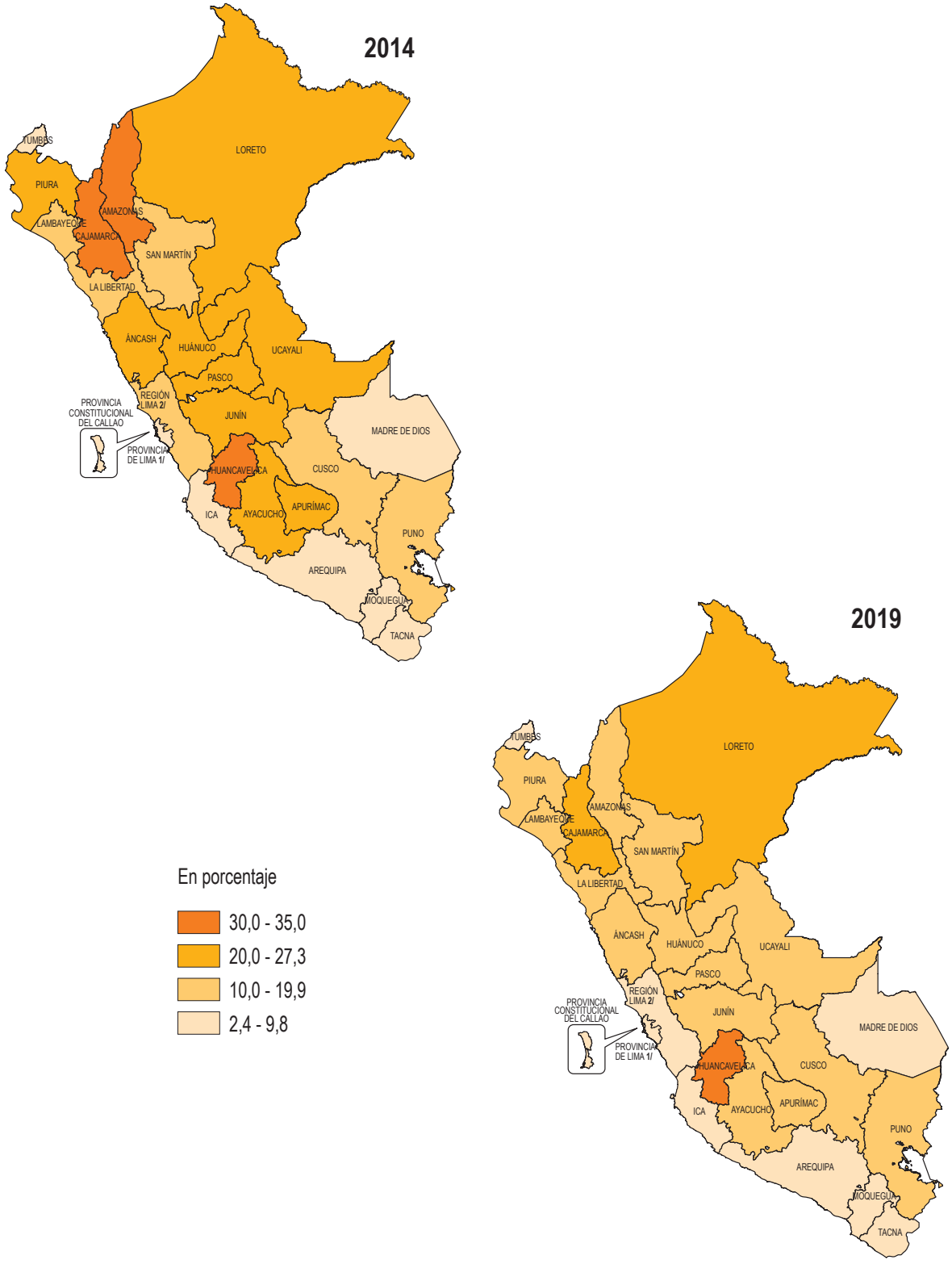
10 WHO. WHO Child Growth Standards: Length / height for age, weight for age, weight for lenght, weight for height and body mass index for age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

11 INEI. Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de Cinco Años a Nivel Provincial y Distrital, 2007, pág.7. Lima, 2019

MAPA Nº 10.6

PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA (PATRÓN OMS), SEGÚN DEPARTAMENTO, 2014 Y 2019

(Porcentaje)

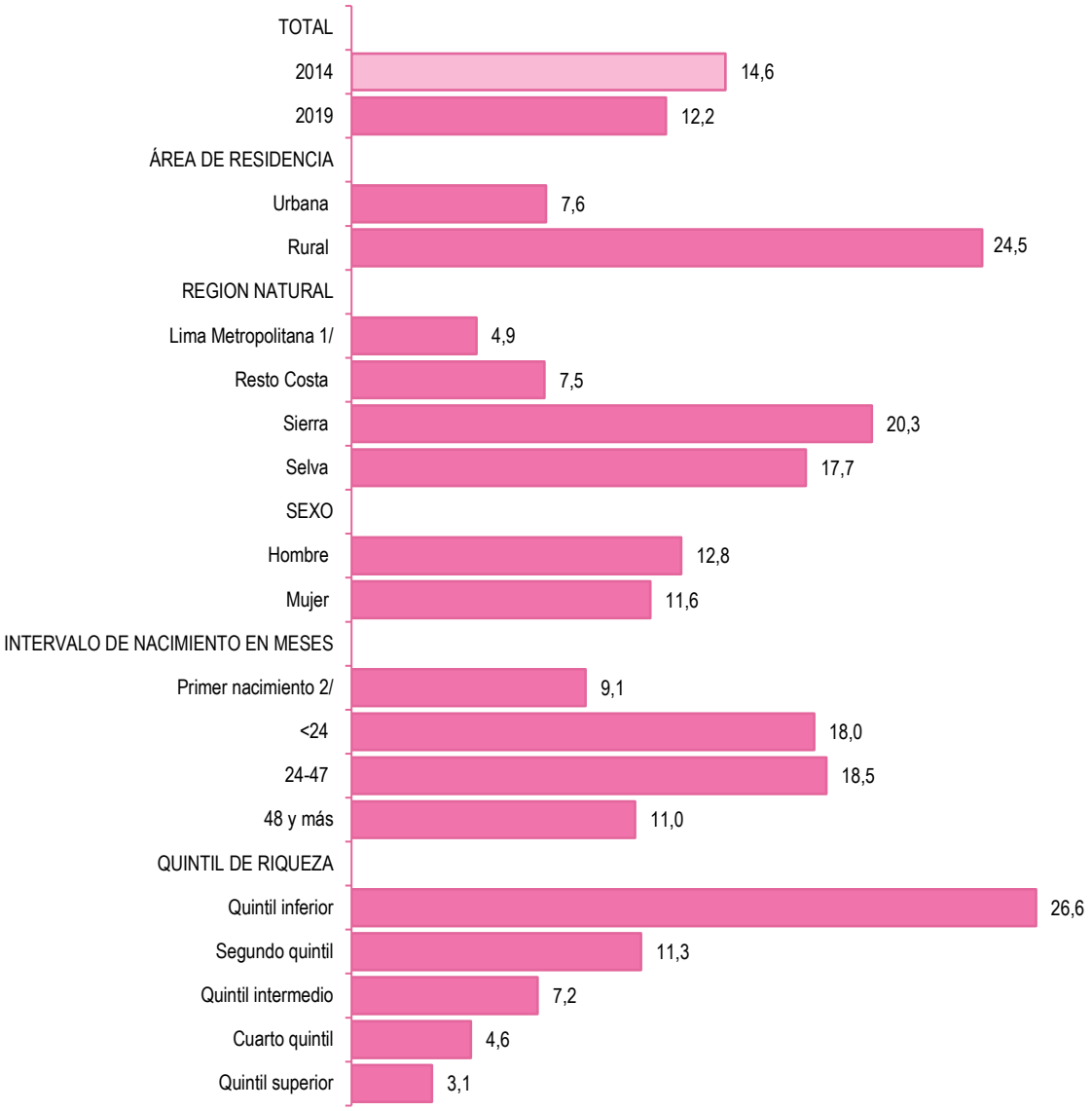


1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima
2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley Nº 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

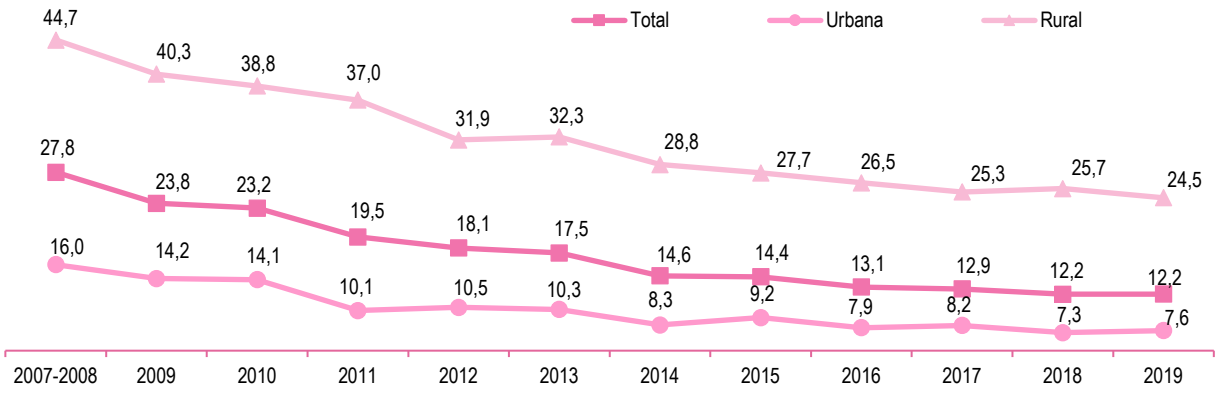
GRÁFICO Nº 10.14
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, (PATRÓN OMS), SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO Y CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 Y 2019
(Porcentaje)



Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.18 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
2/ Si el primer nacimiento es mellizo (trillizo, etc.) estos son contados como los primeros nacimientos porque no tienen intervalo con nacimiento anterior.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La desnutrición crónica, según el patrón OMS, tiende a disminuir a través de los años; es así que, según la ENDES 2007-2008 afectó a cerca de 3 niñas y niños de cada 10 (27,8%), y en el 2019 afectó a una/o de cada 10 (12,2%).

GRÁFICO Nº 10.15
PERÚ: EVOLUCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA (PATRON OMS), SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2007-2008, 2009 - 2019
(Porcentaje)

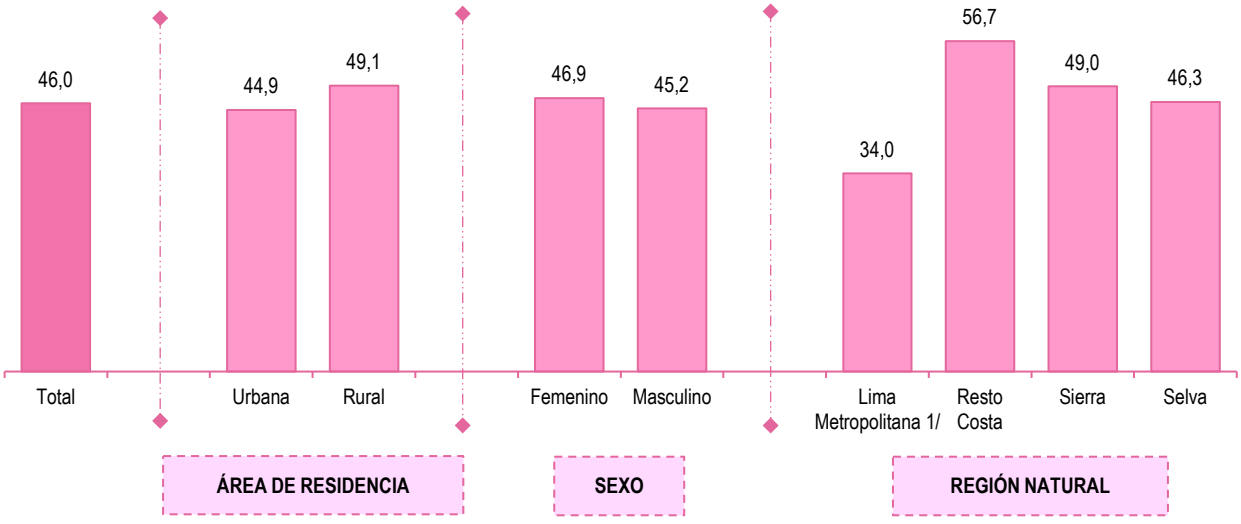


Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.18A del Informe principal de la ENDES 2019.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

10.7 DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN NIÑAS Y NIÑOS[12]

Menos de la mitad de niñas y niños entre 9 y 12 meses de edad tienen una adecuada interacción madre – hija/o. Por área de residencia, la adecuada interacción madre-hija/o en el área rural fue de 49,1% y de 44,9% en el área urbana. Asimismo, por región natural, la adecuada interacción madre-hija/o fue mayor en el Resto Costa (56,7%) en comparación a las demás regiones (34,0% en Lima Metropolitana, 49% en la Sierra y 46,3% en la Selva). Según sexo, la adecuada interacción madre-hija/o fue mayor en las niñas 46,9% en comparación a los niños 45,2%.

GRÁFICO N.º 10.16
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS ENTRE 9 Y 12 MESES DE EDAD QUE TIENE UNA ADECUADA INTERACCIÓN MADRE-HIJA/O COMO PRECURSOR DEL APEGO SEGURO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2019
(Porcentaje)

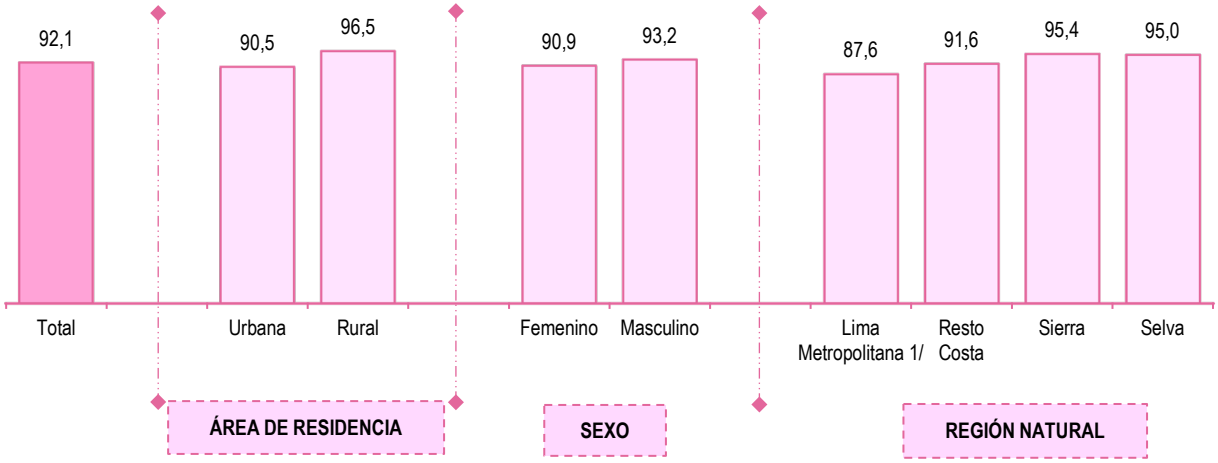


Nota:
Mujeres de 12 a 49 años de edad.
Cuadro base: Cuadro 10.27 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

12 Una publicación especial tratará este tema con mayor amplitud.

El 92,1% de niñas/os de 9 a 12 meses de edad tuvieron apego seguro. Según área de residencia, fue mayor en el área rural (96,5%). Asimismo, por región natural, el apego seguro para su edad fue mayor en la Sierra (95,4%).

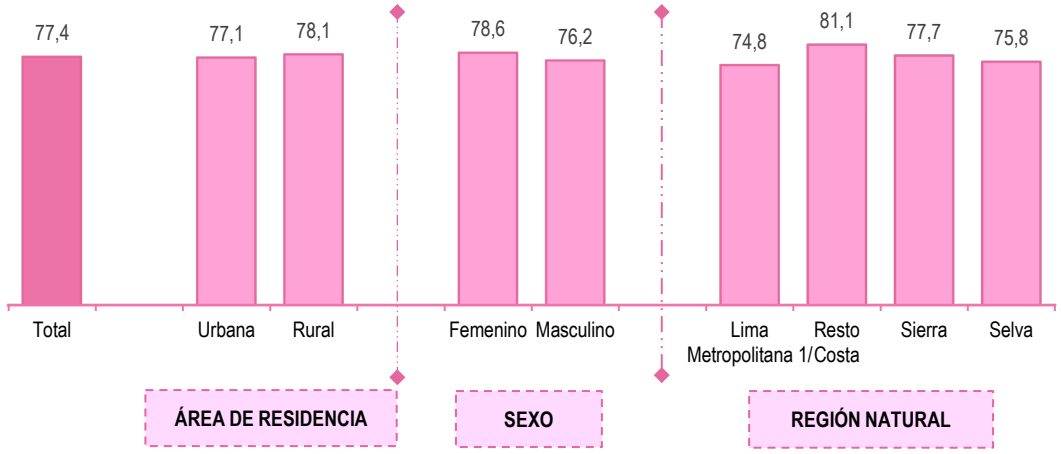
GRÁFICO N.º 10.17
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 9 A 12 MESES CON FACTORES ASOCIADOS AL RESULTADO DE APEGO SEGURO PARA SU EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Mujeres de 12 a 49 años de edad.
Cuadro base: Cuadro 10.28 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Más de tres cuartos de niñas y niños de 9 a 12 meses de edad, tuvieron comunicación verbal efectiva. El resultado de comunicación verbal efectiva, fue un tanto mayor en el área rural (78,1%) y en las niñas (78,6%). Asimismo, por región natural, la comunicación efectiva a nivel comprensivo y expresivo apropiada para su edad fue mayor en el Resto Costa (81,1%) en comparación con el resto de regiones.

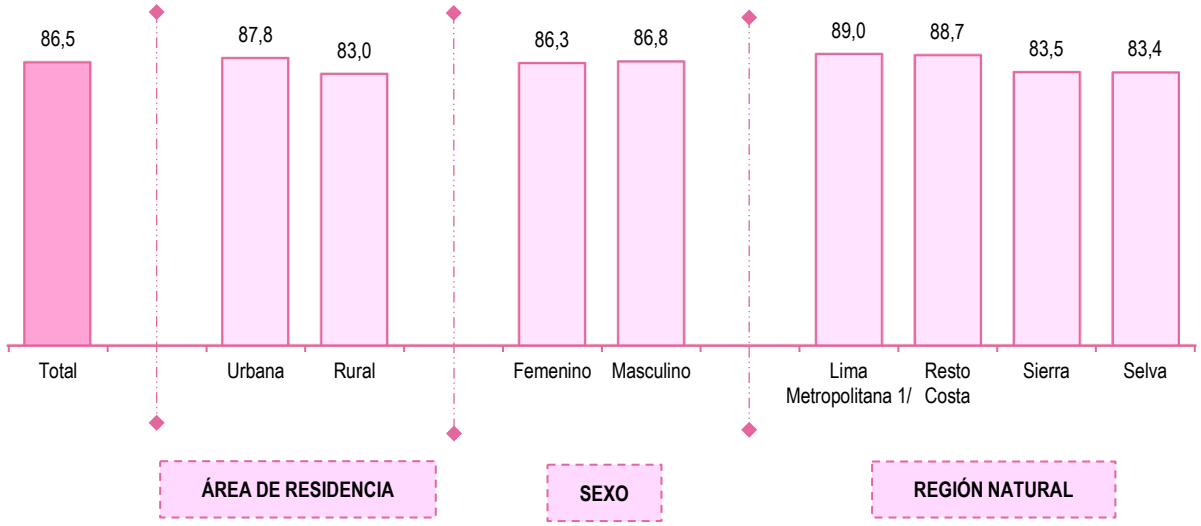
GRÁFICO N.º 10.18
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 9 A 12 MESES CON COMUNICACIÓN VERBAL EFECTIVA A NIVEL COMPRENSIVO Y EXPRESIVO APROPIADA PARA SU EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Mujeres de 12 a 49 años de edad.
Cuadro base: Cuadro 10.29 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Las madres de niñas y niños entre 9 y 18 meses de edad que verbaliza las acciones que realiza con su hija/hijo mientras las desarrolla, en el año 2019 fue 86,5%, siendo mayor en el área urbana (87,8%) que en la rural (83,0%). Asimismo, por región natural, en Lima Metropolitana (89,0%).

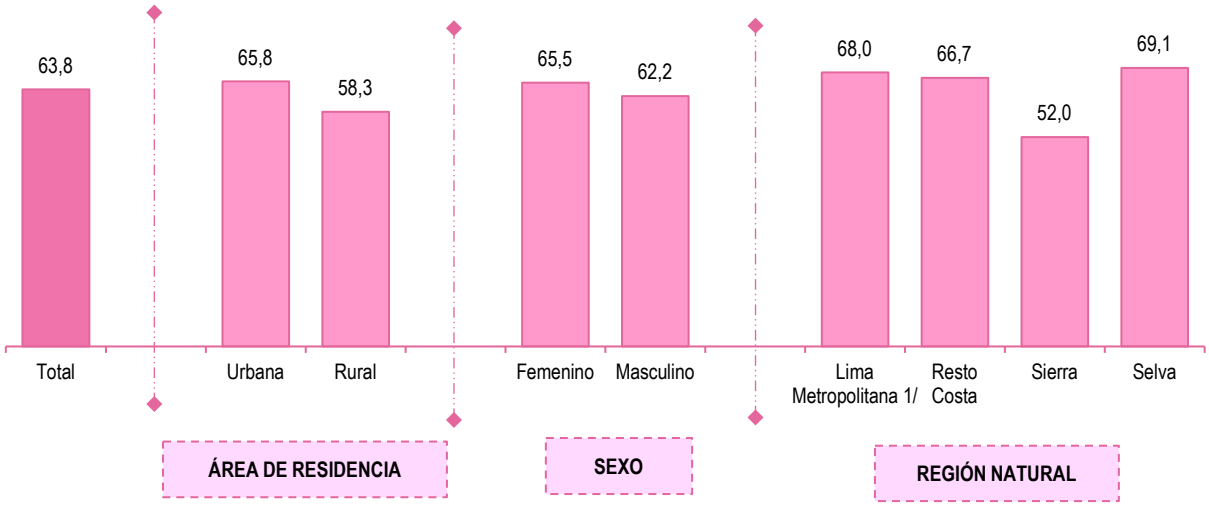
GRÁFICO N.º 10.19
PERÚ: MADRES DE NIÑAS Y NIÑOS ENTRE 9 Y 18 MESES DE EDAD QUE VERBALIZA LAS ACCIONES QUE REALIZA CON SU HIJA/O MIENTRAS LAS DESARROLLA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Mujeres de 12 a 49 años de edad.
Cuadro base: Cuadro 10.30 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

El 63,8% de niñas y niños de 12 a 18 meses caminan por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio. Fue mayor en el área urbana (65,8%) que en la rural (58,3%) y por región natural, en la Selva (69,1%).

GRÁFICO N.º 10.20
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 12 A 18 MESES QUE CAMINA POR PROPIA INICIATIVA SIN NECESIDAD DE DETENERSE PARA LOGRAR EL EQUILIBRIO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Mujeres de 12 a 49 años de edad.
Cuadro base: Cuadro 10.31 del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

10.8 NUTRICIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

El estado nutricional de la mujer determina su salud integral especialmente su fertilidad, el progreso de su embarazo, el parto, la recuperación y la lactancia. El estado nutricional de la madre también es un factor determinante en el peso del bebé al nacer. Esto es importante porque el peso bajo del neonato está asociado a la mortalidad infantil[13].

La salud y calidad de vida están fuertemente vinculadas al estado nutricional de las personas. En el caso de las mujeres, un adecuado estado nutricional tiene efecto directo sobre su propio bienestar y el de sus hijas e hijos, tanto al momento de nacer como en la vida adulta de ellas y ellos. Así, el estado nutricional deficiente de las mujeres antes y durante el embarazo, verificado a través de una estatura o peso inadecuado, es uno de los principales determinantes del bajo peso al nacer y de la muerte perinatal e infantil; asimismo, está asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la probabilidad de muerte materna[14]. De esta forma, el estado nutricional de las mujeres resulta un factor crucial en la reducción de importantes problemas sanitarios del país como son la mortalidad materna, infantil y perinatal.

Por otro lado, el exceso de peso corporal que se traducen en sobrepeso y obesidad, tiene efectos negativos en la salud y calidad de vida, tanto mujeres como hombres, ya que incrementa el riesgo de padecer diversas enfermedades crónicas y de morir como consecuencia de éstas[15].

En la Encuesta 2019, se ha incluido como indicadores del estado nutricional la estatura y el peso de las mujeres, así como la masa corporal a partir de la cual se determina la delgadez, el sobrepeso y la obesidad.

Estatura de las mujeres en edad fértil

En las personas adultas, la estatura refleja la interacción del potencial genético de crecimiento y los factores del contexto que influyen en la realización de ese potencial. En el conjunto de mujeres entrevistadas, la estatura refleja de manera indirecta la situación social y económica en la que viven y a la cual han sido expuestas por un largo periodo. De esta forma, su estatura final es producto del efecto acumulado en el tiempo de variables genéticas y ambientales tales como la alimentación, la salud, la educación, los ingresos económicos, entre otras.

La baja estatura materna está vinculada directamente a un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto; esto último debido principalmente a la desproporción entre el tamaño de la pelvis y la cabeza del feto. Por otro lado, la estatura materna también está asociada con el peso al nacer, la supervivencia infantil y la duración de la lactancia materna.

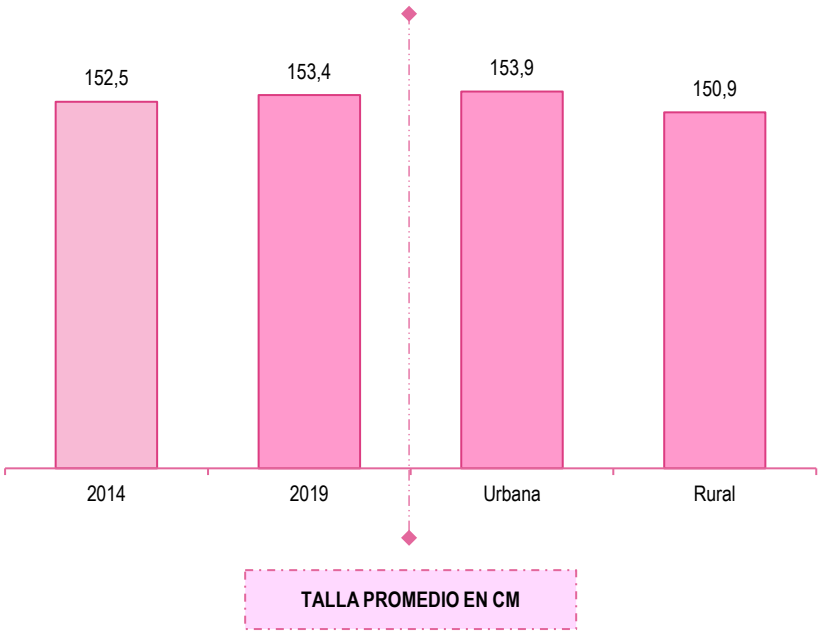
Estatura promedio de las mujeres en edad fértil

El promedio de estatura en las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) fue 153,4 centímetros, medida que refleja una ligera tendencia al aumento en comparación al año 2014, cuyo promedio de estatura fue 152,5 centímetros.

La estatura promedio de las mujeres en el área urbana (153,9 centímetros) es mayor en 3,0 cm que la del área rural (150,9 centímetros).

13 Jorge Miranda Massari y Michael González.Nutrición para las futuras madres. Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.
14 WHO. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes: A WHO Collaborative Study World Health Organ Suppl 1995; 73:32-37.
15 WHO. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Serie Informes Técnicos 916. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.

GRÁFICO Nº 10.21
PERÚ: TALLA PROMEDIO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2014 Y 2019



Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.23 del Informe principal de la ENDES 2019.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Peso y masa corporal de las mujeres

La disminución del peso corporal hasta el grado de delgadez afecta el rendimiento físico, lo cual se refleja en la disminución de la capacidad y la productividad en el trabajo, con consecuencias directas en los ingresos económicos.

Adicionalmente, para las mujeres en edad fértil, un peso adecuado antes de la gestación es un factor importante para que el embarazo culmine de manera adecuada. Las mujeres que inician la gestación con un peso adecuado tienen menor riesgo de parto prematuro. Asimismo, el peso corporal de la mujer previo a la gestación, está asociado al peso al nacer y a la mortalidad infantil.

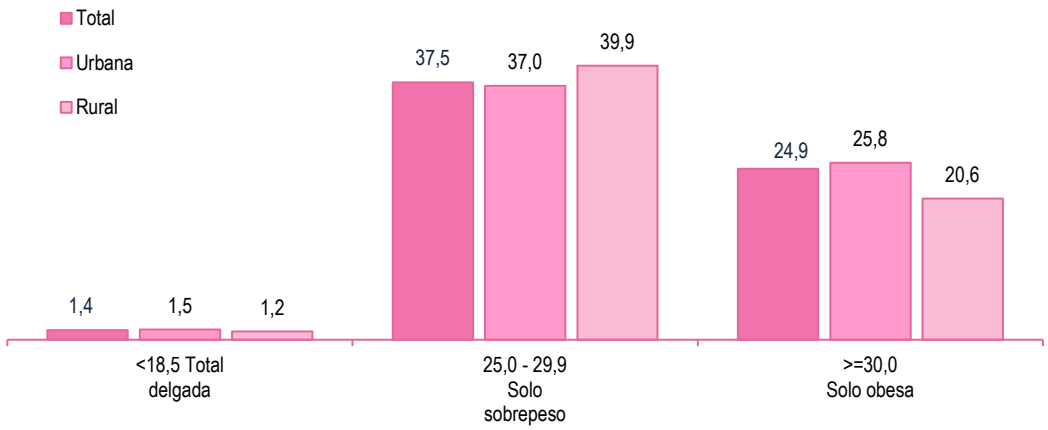
Por otro lado, el exceso de peso corporal, expresado como sobrepeso u obesidad, está asociado a un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer. Consecuentemente, el sobrepeso u obesidad están asociados a un mayor riesgo de mortalidad en la vida adulta.

Una forma sencilla de diagnosticar la delgadez, el sobrepeso y la obesidad es a través del Índice de Masa Corporal de Quetelet (IMC). Este índice se calcula dividiendo el peso corporal (en kilos) entre la estatura (en metros) elevada al cuadrado. Debido a que el IMC está influenciado por la edad de la madre, el tiempo de lactancia y el tiempo transcurrido desde el nacimiento anterior, para el presente informe, se han excluido de los cálculos a las mujeres embarazadas y a quienes tuvieron un nacimiento en los dos meses anteriores a la encuesta. El International Dietary Energy Consultive Group recomienda utilizar el valor 18,5 como punto de corte, lo que indicaría, a modo de ejemplo, que una mujer de 1,47 m de estatura estaría en el grupo de riesgo si su peso fuera menor que 40,0 Kg. Y en el caso de quienes midieran 1,60 m estarían en riesgo aquellas con peso inferior a 47,4 Kg.

Estado nutricional de las mujeres en edad fértil según Índice de Masa Corporal (IMC)

A nivel nacional, el porcentaje de delgadez en las mujeres fue 1,4%; en el área urbana 1,5% y en el área rural 1,2%. Por otro lado, en el grupo de las mujeres con sobrepeso se observa mayor porcentaje en las mujeres residentes en el área rural (39,9%); en tanto que, el porcentaje de mujeres en edad fértil con obesidad fue más alto en el área urbana (25,8%).

GRÁFICO Nº 10.22
PERÚ: ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL-IMC, 2019
(Porcentaje)



Nota:
Cuadro base: Cuadro 10.26 del Informe principal de la ENDES 2019.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.