



ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2000

Departamento de Tacna

*Instituto Nacional de
Estadística e Informática*

*Agencia de los Estados
Unidos para el Desarrollo
Internacional
(USAID)*

*Fondo de las Naciones
Unidas para la Infancia
(UNICEF)*

*Measure/DHS+, Macro
International Inc.*

**Lima - Perú
Setiembre del 2001**

El programa de Encuestas de Demografía y Salud (ahora conocido como Measure/DHS) proporciona asistencia a instituciones gubernamentales y privadas en la planeación y ejecución de encuestas nacionales en países en vías de desarrollo. Con financiamiento proveniente de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el programa DHS es implementado por Macro International Inc., con sede en Maryland, USA. Los objetivos de este programa son a) proporcionar bases de datos y análisis a los organismos ejecutivos en el campo de la población para facilitar la consideración de alternativas y la toma de decisiones bien informadas; b) expandir la base internacional de datos en los campos de población y salud materno-infantil; c) aportar avances en la metodología de encuestas por muestreo; y d) consolidar la capacidad técnica y los recursos para la realización de encuestas demográficas complejas en los países participantes. Para información adicional sobre el programa DHS favor dirigirse a:

Programa DHS/Macro International Inc.
11785 Beltsville Drive
Calverton Maryland 20705 USA
Teléfono: (301) 572-0200
Telefax: (301) 572-0999.

Dentro del marco de las encuestas DHS, el INEI ha levantado cuatro encuestas nacionales de demografía y salud: ENDES 1986, ENDES 1991-1992, ENDES 1996 y ENDES 2000. La financiación de los costos locales de la ENDES 2000 estuvo a cargo de INEI; USAID (Washington y Perú) a través del programa DHS de Macro International Inc; y, el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Para información adicional sobre las encuestas favor dirigirse a:

Instituto Nacional de Estadística e Informática
Av. General Garzón No 658
Jesús María, Lima 11
Perú
Teléfono: (511) 433-8284/433-3104
Fax: (511) 433-3159

Preparado	:	Por la Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Impreso en los Talleres de la Oficina Técnica de Administración (OTA) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Diagramación	:	Centro de Edición del INEI
Edición	:	100 Ejemplares
Domicilio	:	Av. Gral. Garzón N° 658 Jesús María, Lima 11
Orden N°	:	642-OTA-INEI
Depósito Legal	:	N° 1501132001-3731

PRESENTACION

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), presenta el **Informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2000)** del departamento de Tacna, el cual provee información actualizada sobre la situación demográfica, los aspectos de salud reproductiva y de salud materno infantil del departamento de Tacna.

El objetivo del documento es el de proporcionar la información que permita apoyar la toma de decisiones, la formulación y evaluación de planes y proyectos a nivel descentralizado.

La ejecución de la **ENDES IV**, ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Washington y USAID/Perú) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Parte importante del éxito del estudio se debe a la asistencia técnica de Macro International Inc. y a la activa participación de los jefes departamentales del INEI y los representantes de organismos públicos y privados, nacionales e internacionales que participaron en la concepción de esta importante investigación nacional.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, expresa su más profundo reconocimiento a las mujeres de Tacna, seleccionadas al azar, que proporcionaron sus datos y a todas las instituciones y personas que contribuyeron al desarrollo de la encuesta, especialmente a las Supervisoras y Entrevistadoras que recorrieron los confines del país en búsqueda de las viviendas seleccionadas y cuyo esfuerzo hizo posible culminar la ardua fase de recolección de datos para la presentación de este informe.

Lima, Setiembre del 2001

Gilberto Moncada Vigo

Jefe

Instituto Nacional de Estadística
e Informática

PRESENTACION	3
RESUMEN GENERAL	11
DATOS BASICOS	15
I. INTRODUCCION	19
1.1 Antecedentes y Objetivos de la Encuesta	19
Antecedentes y Justificación	19
Objetivos de la Encuesta	19
1.2 Aspectos Metodológicos	20
Población Bajo Estudio	20
Diseño y Tamaño de la Muestra para la ENDES 2000	20
Cuestionarios y Principales Temas Investigados	20
1.3 Aspectos Operativos de la Encuesta	22
Entrenamiento del Personal	22
Recolección de los Datos	22
Consistencias y Procesamiento de Datos	22
1.4 Contexto Económico y Políticas de Población y Salud	23
Perú: Economía, Programa Nacional de Población y Programa de Salud al año 2000	23
Economía	23
Política y Programa Nacional de Población	24
Plan Nacional de Población 1998 - 2002	24
Salud Reproductiva y Programa de Planificación Familiar 1996-2000	24
Programas y Prioridades de Salud	25
Acciones en Favor de la Mujer	25
Erradicación de la Violencia Contra la Mujer	26
1.5 Nivel Departamental	26
1.5.1 Tacna: Aspectos Geográficos y Políticos Administrativos	26
Aspectos Geográficos	26
Aspectos Políticos Administrativos	28
Población	28
Economía	28
1.5.2 Tacna: Tamaño de la Muestra de la ENDES IV	28

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN	31
2.1 Características de la Población del Departamento de Tacna	31
Población por Edad, Sexo y Residencia Urbana-Rural	31
Nivel de Educación y Asistencia a Centros de Enseñanza Regular	32
Asistencia Escolar	34
Composición de los Hogares	35
2.2 Características de las Viviendas	36
Disponibilidad de Bienes de Consumo Duradero y Medio de Transporte	38
III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES	41
3.1 Entrevistadas por Edad, Estado Conyugal y Area de Residencia	41
3.2 Nivel de Educación	42
3.3 Acceso a los Medios Masivo de Comunicación	44
3.4 Situación Laboral	45
3.5 Decisiones sobre Aspectos importantes en el Hogar	48
IV. FECUNDIDAD	57
4.1 Niveles, Tendencias y Diferenciales de la Fecundidad	57
4.2 Fecundidad Acumulada	60
4.3 Intervalos entre Nacimientos	61
4.4 Edad de la Madre al Nacimiento del Primer Hijo	62
4.5 Fecundidad de Adolescentes	64
V. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	67
5.1 Conocimiento de Métodos	67
5.2 Uso de Métodos Anticonceptivos	69
El Uso Pasado	69
Prevalencia Actual del Uso de Métodos	70
Diferenciales en los Niveles de Uso Actual	71
Número de Hijos al Iniciar el Uso de Anticonceptivos	73
Conocimiento del Período Fértil	73
Fuentes de Suministro de Métodos Modernos	74

5.3	Discontinuación del Uso de Métodos y Uso Futuro	76
	Razones de Discontinuación del Uso de Métodos Anticonceptivos	76
	Intenciones de Uso en el Futuro	77
5.4	Mensajes sobre Planificación Familiar: Exposición y Aceptabilidad	79
	Discusión sobre la Planificación Familiar entre parejas	81
VI.	OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD	85
6.1	Estado Conyugal Actual	85
6.2	Edad a la Primera Unión Conyugal	87
6.3	Edad a la Primera Relación Sexual	88
6.4	Actividad Sexual Previa y Reciente	89
6.5	Infertilidad Postparto	90
6.6	Exposición al Riesgo de Embarazo entre las Mujeres de 30 y Más Años	92
VII.	PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD	95
7.1	El Deseo de Más Hijos	95
7.2	La Necesidad Insatisfecha y la Demanda de Servicios de Planificación Familiar	98
	La Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar	98
	La Demanda Total de Planificación Familiar	98
7.3	Número Ideal de Hijos	100
7.4	Planificación de la Fecundidad	101
7.5	Tasas de Fecundidad Deseada	103
VIII.	MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD EN LA NIÑEZ	107
8.1	Mortalidad Infantil y en la Niñez	107
	Niveles y Tendencias de la Mortalidad Infantil y en la Niñez	107
8.2	Diferenciales de la Mortalidad Infantil y en la Niñez	108
8.3	La Mortalidad Perinatal	109
8.4	Grupos de Alto Riesgo Reproductivo	110

IX. SALUD MATERNO-INFANTIL	115
9.1 Atención Prenatal y Asistencia en el Parto	115
Atención Prenatal	115
Toxide Antitetánico	119
9.2 Asistencia del Parto	120
Lugar de Ocurrencia del Parto	120
Tipo de Asistencia Durante el Parto	121
Características del Parto	122
9.3 Cuidado Postnatal de las Madres	124
9.4 Síntomas que Llevan a Buscar Ayuda Médica	126
9.5 Vacunación	127
Vacunación en Cualquier Momento	127
Vacunación a la Edad Apropiaada	129
9.6 Enfermedades Respiratorias Agudas	129
9.7 Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea	131
Prevalencia de la Diarrea	131
Conocimiento del Cuidado de la Diarrea	132
Formas de Eliminación de las Deposiciones de los Niños	135
X. LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑOS Y MADRES	139
10.1 Iniciación de la Lactancia	139
10.2 Lactancia y Alimentación Suplementaria según Edad del Niño	141
10.3 Duración de la Lactancia según Características Socioeconómicas	143
10.4 Tipo de Alimentación Complementaria según Meses desde el Nacimiento	144
10.5 Nutrición de los Niños	147
Prevalencia de la Desnutrición Crónica	147
Prevalencia de la Desnutrición Aguda o Emaciación	147
Prevalencia de la Desnutrición Global o General	147
10.6 Nutrición de las Mujeres	148
Estatura de las Mujeres en Edad Fértil	149
Peso y Masa Corporal de las Mujeres	150

10.7 Anemia en Niños y Mujeres	151
Introducción	151
Prueba de Anemia	152
Resultados	153
XI. CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y OTRAS ETS	157
11.1 Conocimiento de VIH/SIDA y Formas de Evitar el Contagio	157
11.2 Conocimiento de Asuntos Relacionados con el VIH/SIDA	160
11.3 Conocimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)	162
11.4 Prevalencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual	163
11.5 Conducta Sexual, Uso de Condón y Acceso al Condón	166
XII. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS NIÑOS	171
12.1 Violencia Verbal del Esposo contra la Mujer	171
12.2 Violencia Física contra la Mujer	173
12.3 Solicitud de Ayuda y Denuncia del Maltrato	175
12.4 Maltrato a los Niños	178
ANEXO	183
APÉNDICE A: DISEÑO Y COBERTURA DE LA MUESTRA	197
A.1 Introducción	197
A.2 Diseño y Selección	197
Unidades de Muestreo	197
Marco Muestral	197
Composición de la Muestra	198
Selección de la Muestra	198
Rendimiento de la Muestra	201
Metodología de Estimación	201
APÉNDICE B: LOS ERRORES DE MUESTREO	205
APÉNDICE C: LISTA DE CUADROS	213
LISTA DE GRAFICOS	218

RESUMEN General

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

El departamento de Tacna se encuentra ubicado en la zona Sur del territorio peruano. Su población proyectada al 2000 es de 277188 habitantes. La mayoría de la población vive en el área urbana (85%), es decir, en localidades de 2 mil o más habitantes.

La población de Tacna es joven los menores de 15 años representan el 31 por ciento de la población total del departamento y los menores de 25 años el 52 por ciento. La población en edad de trabajar (15-64 años) representa el 65 por ciento del total de la población del departamento y las personas de la tercera edad llegan a 4 por ciento.

En la ENDES 2000 se observó que la mediana de años de estudios de la población de 6 años y más; es 8.9 años para los hombres y 7.4 años para las mujeres.

El 98 por ciento de la población de 6-15 años asiste a una escuela o centro de educación, siendo ligeramente mayor en los hombres (98%) que en las mujeres (97%).

El 75 por ciento de los hogares del departamento de Tacna tiene como jefe del hogar a un varón y uno de cuatro hogares es jefaturado por una mujer.

CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS Y LOS HOGARES

Con relación a la disponibilidad de servicios básicos dentro de las viviendas, el 92 por ciento de los hogares cuentan con energía eléctrica en su vivienda, el 90 por ciento se provee de agua por red pública, ya sea dentro

o fuera de la vivienda, y el 91 por ciento tiene algún tipo de servicio higiénico. Un 18 por ciento tiene letrina o pozo ciego o negro.

La radio y la televisión son bienes que tienen la mayoría de los hogares en el departamento de Tacna, (93% y 88% respectivamente). La refrigeradora es un bien que sólo tiene el 43 por ciento de los hogares.

CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

Las mujeres en edad fértil (MEF) constituyen el 28 por ciento de la población total y el 56 por ciento de la población femenina del departamento de Tacna.

Más de la mitad de las mujeres en edad fértil es menor de 30 años (54%). El 54 por ciento de las mujeres se encuentran unidas (31% casadas y 23% en unión libre o convivencia). Mas de una tercera parte de las mujeres son solteras (37%), proporción que se ha reducido en dos puntos porcentuales respecto a 1996.

El nivel educativo de las MEF evidencia un ligero mejoramiento: de un lado la proporción de mujeres con estudios postprimarios ha aumentado de 75 a 78 por ciento, se observa una disminución de las mujeres sin educación de 4 a 2 por ciento, en los últimos 4 años.

El 74 por ciento de las MEF han trabajado en los últimos doce meses y más de la mitad (63%) continúa laborando. El 46 por ciento son trabajadoras del comercio y servicio. La mayoría (75%) de las mujeres decide cómo gastar el dinero que gana y un 11 por ciento cubre todos los gastos del hogar.

Más del 66 por ciento de las MEF en unión tienen la última palabra en las decisiones que tienen que ver con el cuidado de su salud, las compras diarias y lo que se debe cocinar cada día, las grandes compras, y la visita a la familia la deciden con la pareja (45% y 53% respectivamente).

FECUNDIDAD

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es de 2.0 hijos por mujer para el período de 1997-2000, lo cual representa una disminución de 0.5 hijos por mujer de lo estimado en la ENDES 1996. El promedio de hijos nacidos vivos en las mujeres de 40-49 años de edad es de 3.6 hijos.

En el área urbana la TGF es de 2.0 hijos por mujer y en el área rural de 2.1. El número promedio de hijos nacidos vivos en las mujeres de 40-49 años de edad es de 3.5 y 4.6 en dichas áreas.

El nivel de fecundidad en el Departamento de Tacna presenta diferencias importantes por nivel de educación y lugar de residencia de la mujer. Con los niveles actuales de fecundidad, las mujeres con primaria tendrían más hijos que aquéllas con educación superior (2.7 en comparación con 2.0), con una brecha entre la fecundidad de uno y otro nivel de 0.7 hijos.

A nivel nacional, las mujeres del departamento de Tacna presenta la más baja TGF (2.0 hijos por mujer), seguida por Lima, Moquegua y Arequipa (con 2.1 y 2.2 hijos por mujer respectivamente).

NUPCIALIDAD Y EXPOSICION AL RIESGO DEL EMBARAZO

El 54 por ciento de las mujeres de 15-49 vive en estado de unión conyugal: casadas el 31 por ciento y en situación de convivencia el 23 por ciento. El 37 por ciento son solteras, proporción menor a la observada en 1996 (39%).

La edad mediana a la primera unión de las mujeres de 25-49 es 21.3 años. Este indicador casi no ha variado en los últimos 25 años, pero entre las mujeres menores de 30 años hay indicios de una ligera tendencia a unirse más tardíamente, pues la edad mediana a la primera unión es 21.8 años para las mujeres de 25-29 años.

Sin embargo, la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25-49 es 19.2 años, 2 años antes que la edad mediana a la primera unión conyugal. Dicho promedio está por debajo de los departamentos de Lima, Arequipa, Piura, y Lambayeque, (20.6, 20.4, 20.2 y 20 años respectivamente).

Con respecto a las preferencias de fecundidad en el departamento de Tacna. El 70 por ciento de las mujeres en unión no desean tener más hijos en el futuro (incluyendo mujeres esterilizadas). El no deseo de más hijos es elevado y en casi la misma proporción entre las mujeres que residen en el área urbana y rural (70 y 69 por ciento respectivamente).

El número ideal de hijos para las MEF es 2.2 hijos. Del total de nacimientos ocurridos en los últimos cinco años, el 55 por ciento de los nacimientos no eran esperados cuando la madre quedó embarazada.

PLANIFICACION FAMILIAR

Todas las mujeres actualmente unidas conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo, siendo los métodos modernos más conocidos: el DIU y la inyección seguido de la pildora (98%).

El 79 por ciento de las mujeres en unión son usuarias de algún método anticonceptivo: el 60 por ciento de un método moderno y el 19 por ciento de un método tradicional, con respecto a 1996 el porcentaje de usuarias de algún método se mantiene igual. Se observa además que las usuarias de métodos modernos aumentaron en 7 puntos porcentuales en tanto que las usuarias de métodos tradicionales disminuyeron en cerca de 8 puntos porcentuales.

La inyección y DIU son los métodos modernos de mayor uso entre las mujeres unidas: 21 y 13 por ciento, respectivamente.

MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil para el quinquenio de 1995-2000 es de 13 defunciones por cada mil nacidos vivos, evidenciando una disminución del 60 por ciento respecto a la estimada para el período de 1990-1995 (33 por mil). Este descenso se relaciona con los cambios producidos en los principales indicadores demográficos y de salud obtenidos en la encuesta.

La probabilidad de que un niño muera antes de cumplir los 5 años de vida ha disminuido de 45 a 22 defunciones por mil nacidos vivos entre 1990-1995 y 1995-2000, disminución que es del orden de 51 por ciento.

SALUD MATERNO INFANTIL

Vacunación contra el tétano neonatal

El 67 por ciento de las mujeres entrevistadas recibió protección contra el tétano neonatal y el 36 por ciento de ellas tuvo dos o más dosis.

Lugar de Parto

El 82 por ciento de los nacimientos ocurrieron en un servicio de salud, 13 puntos más con respecto a la ENDES de 1996 (69%).

El 22 por ciento del total de nacimientos de los últimos 5 años fue por cesárea, proporción que se ha incrementado en 9 puntos porcentuales respecto a la observada en 1996 (13%)

Vacunación

La cobertura promedio de los programas de inmunización es relativamente alta. El 78 por ciento de los niños de 18 a 29 meses han recibido todas las vacunas recomendadas, el 86 por ciento recibió todas las dosis de DPT, el

84 por ciento todas las dosis de la Polio y un 91 por ciento fue vacunado contra el Sarampión.

Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea

El 7 por ciento de los niños menores de 5 años tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, proporción que es menor en tres puntos porcentuales a la observada en 1996 (9 por ciento).

LACTANCIA Y NUTRICION

La lactancia es una práctica generalizada en el departamento de Tacna, puesto que el 98 por ciento de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la ENDES 2000, ha lactado alguna vez. Un 43 por ciento de los niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido y esta proporción se incrementa a 85 por ciento dentro del primer día.

Al momento de la encuesta, el 96 por ciento de los niños menores de 6 meses estaba siendo amamantado.

Nutrición de los Niños

El 5 por ciento de los niños menores de 5 años en el Departamento de Tacna padecen de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento (talla para la edad), nivel que es menor al observado en 1996, en 5 puntos porcentuales.

Anemia en Niños y Mujeres

El 39 por ciento de las mujeres en edad fértil y el 63 por ciento de niños entre 6 - 59 meses de nacidos padecen de algún grado de anemia.

CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA

En el departamento de Tacna el 95 por ciento del total de mujeres entrevistadas declaran haber oído hablar de la infección por VIH o de la enfermedad llamada SIDA. El 13 por ciento de las MEF conoce el VIH/SIDA, pero no sabe como evitarla y 48 por ciento conoce alguna

forma válida de evitar infectarse con esta enfermedad. Entre las formas válidas más conocidas para evitar el VIH/SIDA destacan "limitando el número de compañeros sexuales" y "mediante el uso del condón", (54% y 47% respectivamente).

Los medios de comunicación masiva son las principales fuentes de información del conocimiento que sobre el SIDA tienen las mujeres entrevistadas: la televisión (73%), radio (43%) los trabajadores de salud (42%) mientras que los periódicos y revistas (36%).

Al indagar si usaron condón en la última relación sexual, el 6 por ciento lo usó el mes pasado y 2 por ciento antes del mes pasado. El 2 por ciento manifestó que aunque lo usa como método de planificación familiar, sin embargo, no lo usó en la última relación sexual.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS NIÑOS

El 49 por ciento de las mujeres alguna vez unidas han sido agredidas físicamente por su esposo o compañero, la mayoría de ellas

algunas veces (80%) y el 18 por ciento frecuentemente. Las mujeres que son o han sido "frecuentemente agredidas" por su esposo o compañero, en mayor e igual proporción son mujeres de 30 a 34 años de edad, con educación primaria (23%) y residentes en el área rural (22%).

Las MEF que han sufrido violencia por otra persona, en mayores proporciones identifican tanto al padre como a la madre como la fuente de violencia (56 % en ambos casos).

El 86 por ciento de las mujeres alguna vez unidas, reportó la "reprimenda verbal" como la forma de castigo más frecuente que el esposo o compañero utiliza para corregir a sus niños. Un 34 por ciento acude a los golpes y 14 por ciento a las palmadas. La forma de castigo de las mujeres a sus hijos es similar a la de sus compañeros: 86 por ciento los reprime verbalmente, 38 por ciento los castiga con golpes y 23 por ciento con palmadas.

El 28 por ciento de las MEF cree que para educar a los hijos es necesario usar algunas veces el castigo físico.

DATOS BÁSICOS Tacna

Indicadores Demográficos, 2000 (Instituto Nacional de Estadística e Informática)

Población total (en miles)	277
Mujeres en edad fértil (en miles)	82

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

Población de la muestra

Mujeres de 15 a 49 años	951
Niños nacidos en últimos 5 años	296
Sobrevivientes menores de 5 años	290
Niños vivos de 18-29 meses	55

Características básicas¹

Porcentaje urbano	87.5
Porcentaje con secundaria o más	78.2

Matrimonio y otros determinantes de la fecundidad

Porcentaje de mujeres actualmente unidas	53.5
Porcentaje que han estado unidas alguna vez	63.2
Para mujeres 25-49 años:	
Edad mediana a la primera unión	21.3
Edad mediana al primer nacimiento	21.9
Duración media de la amenorrea (en meses) ²	12.9
Duración media de la abstinencia (en meses) ²	5.7

Fecundidad

Tasa Global de Fecundidad ³	2.0
Nacidos vivos a mujeres 40-49 años	3.6

Preferencias reproductivas

Porcentaje de mujeres actualmente unidas:	
Que no desea tener más hijos (incluyendo las mujeres esterilizadas)	69.6
Que desea postergar el nacimiento siguiente más de 2 años	15.7
Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años	2.2

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Porcentaje de las mujeres actualmente unidas:	
Que conoce algún método moderno	100.0
Que actualmente usa un método	79.4
Píldora	5.9
Esterilización femenina	11.6
Esterilización masculina	0.8
DIU	12.8
Condón	6.5
Inyecciones	21.4
Métodos vaginales	0.6
Abstinencia periódica	16.7
Retiro	2.0
Otros métodos tradicionales/folclóricos	0.6

Mortalidad y salud materno-infantil

Tasa de mortalidad infantil ⁴	13.3
Tasa de mortalidad de menores de cinco años ⁴	22.2

Atención materna

Porcentaje de últimos nacimientos cuyas madres recibieron: ⁵	
Atención de un médico, obstetrix, enfermera, auxiliar o sanitario durante el embarazo	95.0
Atención de un médico, obstetrix, enfermera, auxiliar o sanitario durante el parto	87.2

Vacunación

Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad con tarjeta de vacunación	69.1
Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad que ha tenido al menos una dosis de vacuna	98.6
Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad que ha recibido ⁶	
BCG	98.2
DPT (las tres dosis)	85.5
Polio (las tres dosis)	83.6
Antisarampionosa	90.9
Todas las vacunas ⁷	78.2

Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años

Porcentaje de niños con diarrea ⁸	6.6
Porcentaje de niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral SRO	36.8
Porcentaje de niños enfermos con IRA ⁹	28.6

Lactancia infantil y nutrición en la niñez

Duración media de la lactancia (en meses) ²	20.8
Porcentaje de niños menores de 6 meses amamantados	96.2
Porcentaje de niños de 6 a 9 meses amamantados	83.3
Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica ¹⁰	5.4

Nutrición de las mujeres en edad fértil

Porcentaje de madres con talla menor de 145 cms	8.6
---	-----

¹ Mujeres en edad fértil

² Estimación con el método de prevalencia-incidencia con los nacimientos en los 36 meses antes de la encuesta

³ Tomando como base los nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años durante los tres años que precedieron la encuesta (1997-2000 aproximadamente)

⁴ Defunciones por cada 1.000 nacidos vivos para el período de cinco años precedentes a la encuesta (1995-2000 aproximadamente)

⁵ Tomando como base los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta

⁶ Información obtenida del carné de vacunación y de la información proporcionada por la madre

⁷ Incluye BCG, tres dosis de polio, tres dosis de DPT, y antisarampionosa

⁸ Niños menores de cinco años cuyas madres declararon que aquellos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta

⁹ Niños enfermos con tos acompañada de respiración agitada, durante las dos semanas que precedieron la encuesta

¹⁰ Porcentaje de niños con talla inferior a la esperada para su edad, basado en una distribución estándar



I. INTRODUCCION

I. INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA ENCUESTA

Antecedentes y Justificación

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2000 (ENDES IV o ENDES 2000) es una investigación que se realiza en el marco de la fase IV del Programa Mundial de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS). ENDES IV continúa los esfuerzos de la Encuesta Mundial de Fecundidad (1977-1978) y de la Encuesta de Prevalencia de Anticonceptivos (1981), para obtener información actualizada y efectuar análisis del cambio, tendencias y determinantes de la fecundidad, mortalidad y la salud en los países en vías de desarrollo.

En el Perú, con la realización de la Encuesta Demográfica Nacional (EDEN-PERU, 1975) y el levantamiento de las encuestas ENDES I, ENDES II y ENDES III (1986, 1991-1992 y 1996 respectivamente) se ha tenido la oportunidad de conocer aproximadamente cada cinco años, el nivel, tendencia y diferenciales de la fecundidad, mortalidad, prevalencia anticonceptiva y de la salud familiar, conocimiento fundamental para el diseño y orientación de las políticas y programas de población.

Con la ampliación de las actividades y programas de planificación familiar se hace imprescindible contar con información actualizada que permita la evaluación de estos programas que se han venido aplicando en nuestro país en el último decenio.

En esta oportunidad, la ENDES IV realizada en el año 2000, proporcionará valiosa información sobre tratamiento y prevalencia de las enfermedades diarreicas, las

infecciones respiratorias, la vacunación y el estado nutricional de madres y niños. Asimismo, sobre la mortalidad infantil, el conocimiento y actitudes hacia el SIDA y la accesibilidad a los servicios de salud materno-infantil gubernamentales y/o privados.

Objetivos de la Encuesta

El objetivo general de la ENDES 2000 es proveer información actualizada del Perú y sus departamentos sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños menores de 5 años, que permita la evaluación y formulación de los programas de población y salud familiar en nuestro país.

Objetivos Específicos

- a) Brindar información actualizada acerca de la salud materna e infantil, prevalencia anticonceptiva, fecundidad, salud y mortalidad en el primer año de vida.
- b) Estudiar las tendencias y cambios en la salud materna e infantil, en prevalencia anticonceptiva, mortalidad y en fecundidad durante los últimos 15 años sobre la base de información de la ENDES IV y encuestas especializadas similares.
- c) Proporcionar al Ministerio de Salud y otras instituciones información concerniente a los patrones de salud materno e infantil, prevalencia de anticonceptivos, mortalidad y fecundidad de la población peruana.
- d) Dar información necesaria para la formulación de planes y programas educativos sobre planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional y departamental.

- e) Brindar información sobre los factores que influyen el nivel de fecundidad en la población peruana, que permitan efectuar comparaciones a nivel internacional.
- f) Dar información sobre el estado nutricional de las madres y sus niños menores de 5 años, a partir de la evaluación de sus medidas antropométricas: peso y talla en relación con la edad.
- g) Dar información sobre el grado de defensa del organismo de las madres y sus niños menores de 5 años, a partir del examen de su nivel de hemoglobina para determinar si están anémicos o no.
- h) Reforzar la capacidad del INEI para implementar encuestas y analizar la información dentro del marco general del Programa de Encuestas de Demografía y Salud que se realiza a nivel internacional.

la ENDES 2000 en la primera etapa de selección proviene de los Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1993. En la segunda y tercera etapa de selección, el Marco de Unidades Secundarias y Terciarias de Muestreo procede de la Actualización Cartográfica y el Directorio de Viviendas y Establecimientos realizado en 1999 con motivo de los Censos Nacionales del 2000.

Para el Estudio de la Reproducción y Salud Materno Infantil

a. Tamaño muestral a nivel nacional:

- 33,046 hogares particulares seleccionados.
- 29,423 mujeres de 15 a 49 años elegibles para entrevista en hogares seleccionados.

b. Niveles de inferencia:

- Nacional, urbano y rural
- Regiones naturales: Costa, Sierra y Selva
- Lima Metropolitana
- Cada uno de los 24 departamentos del país
- Grandes ciudades y Resto urbano, cada uno como dominio independiente

1.2 ASPECTOS METODOLOGICOS

Población bajo Estudio

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2000) tiene como población objetivo:

- Los hogares particulares y sus miembros: las personas que son residentes habituales y aquellas que no siendo residentes habituales pernoctaron en la vivienda la noche anterior al día de la entrevista.
- Todas las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años.

Diseño y Tamaño de la Muestra para la ENDES 2000

El diseño muestral de la ENDES 2000 es probabilístico, auto ponderado por departamentos y de áreas, estratificado, multietápico e independiente para cada departamento. El marco muestral utilizado para

Cuestionarios y Principales Temas Investigados

En el levantamiento de la ENDES 2000 se aplicaron dos cuestionarios:

- Un cuestionario del hogar por cada vivienda seleccionada
- Un cuestionario individual para cada una de las mujeres entre 15 y 49 años

Cuestionario del Hogar

Parentesco con el jefe del hogar, sexo, edad, cobertura de los seguros de salud, condición de actividad económica, nivel de educación alcanzado, matrícula escolar en 1999 y 2000, asistencia escolar, y supervivencia y

residencia de los padres. Asimismo, el tipo de abastecimiento de agua del hogar, la disponibilidad de servicio sanitario, la posesión de electrodomésticos, de algún medio de transporte, combustible que usan para cocinar, habitaciones del hogar, habitaciones usadas para dormir, material predominante en el piso, pared y techo de la vivienda, prueba de yodo y marca de la sal, y prueba de cloro residual en el agua que utilizan para cocinar.

Cuestionario Individual de Mujeres

En este cuestionario, cuyos temas de investigación están distribuidos en doce secciones, se incluyeron los siguientes tópicos:

Sección 1. Antecedentes de la Entrevistada

Lugar de residencia en la niñez, tiempo de residencia en la localidad actual, mes y año de nacimiento, nivel de educación, asistencia escolar y razones de discontinuidad, alfabetismo, periodicidad en la lectura de periódicos, ver televisión y oír radio e idioma o dialecto materno.

Sección 2. Reproducción

Total de hijos e hijas nacidos vivos, mes y año de nacimiento de cada uno de sus hijos, sobrevivencia de los mismos y edad al fallecer si no sobrevivió. Embarazo actual, embarazos terminados en aborto o nacidos muertos y conocimiento de los días fértiles.

Sección 3. Anticoncepción

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y fuentes de suministro: si el uso fue informado, si el método fue elegido, quién decidió el uso del método, opinión respecto a la información recibida cuando recibió el método y razón del no uso de algún método anticonceptivo para evitar o postergar el embarazo.

Sección 4A. Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia

Atención prenatal y del parto (personal y lugar de atención), cobertura antitetánica, peso del bebé al nacer, control postparto y lactancia materna.

Sección 4B. Inmunización y Salud

Cobertura de las vacunas: BCG, Polio, DPT y Sarampión. Prevalencia y forma de tratamiento de la diarrea y de las infecciones respiratorias agudas. Opinión sobre conocimiento de síntomas que debe tener un niño para decidir llevarlo al establecimiento de salud. Alimentación del niño en los últimos siete días y en las últimas veinticuatro horas.

Sección 5. Nupcialidad

Estado conyugal de la mujer, tiempo de exposición al riesgo del embarazo. Fecha de la última relación sexual, uso del condón y conocimiento de lugares de obtención. Edad a la que tuvo su primera relación sexual.

Sección 6. Preferencias de Fecundidad

Deseo de tener más hijos. Opinión de las usuarias respecto al uso de métodos anticonceptivos en los próximos doce meses. Número ideal de hijos que le hubiera gustado tener a la madre y opinión de ella respecto al número deseado por su esposo. Cobertura de los mensajes de planificación familiar.

Sección 7. Antecedentes del Cónyuge y Trabajo de la Mujer

Edad, educación, actividad económica del actual o más reciente esposo o compañero. Experiencia laboral de la entrevistada, tipo de remuneración que percibe. Quién cuida a sus hijos menores de 5 años mientras ella trabaja.

Sección 8. El SIDA y Otras Enfermedades Transmitidas Sexualmente (ETS)

ETS que conoce y síntomas que le permiten identificar a una persona con alguna enfermedad de transmisión sexual. Formas de evitar infectarse con el SIDA, autopercepción del riesgo de contraer el SIDA y por qué, opinión respecto al SIDA y las personas infectadas.

Sección 9. Mortalidad Materna

Sexo, edad, total de hijos tenidos y año de la defunción, de ser el caso, de todos los hermanos y hermanas maternas de la entrevistada. Momento de la defunción de las hermanas: Durante el embarazo, el parto o después de un aborto.

Sección 10. Violencia Familiar

Prevalencia de la violencia física y psicológica en mujeres de 15 a 49 años de edad, antecedentes de violencia entre los padres de la entrevistada y forma de corregir u orientar a los hijos cuando se equivocan, a quien pidió ayuda si sufrió acto de violencia y razones por la que no pidió ayuda cuando sufrió acto de violencia.

Sección 11. Peso y Talla

Peso y talla de los niños nacidos desde Enero de 1995 y de sus madres.

Sección 12. Anemia

Nivel de hemoglobina de todas las mujeres de 15 a 49 años y de los nacidos vivos desde Enero de 1995.

El Cuestionario Individual de Mujeres también incluyó el uso de un calendario donde se efectuó un registro mensual detallado de los principales eventos demográficos de la entrevistada, desde Enero de 1995, en cuatro columnas: (1) nacimientos, embarazos y uso de anticonceptivos, (2) motivo de la discontinuidad

de uso anticonceptivo, (3) estado actual y cambio del estado marital, (4) localidad y cambio de residencia.

1.3 ASPECTOS OPERATIVOS DE LA ENCUESTA

Entrenamiento del Personal

Para el entrenamiento del personal de campo se realizaron dos cursos de capacitación. El primero de ellos, dirigido a la formación de las entrevistadoras en el conocimiento de los cuestionarios y de las instrucciones para su aplicación. El segundo curso de capacitación estuvo dirigido a la formación de las supervisoras en la organización y conducción del equipo de trabajo y la revisión y crítica de los cuestionarios.

Recolección de los Datos

La recolección de datos tuvo una duración de cuatro meses. Se inició el 18 de Julio en forma simultánea en los veinticuatro departamentos del país y culminó el 22 de Noviembre del 2000.

El trabajo fue realizado por 29 equipos, cada uno de ellos integrado por siete miembros: una supervisora, una revisora de cédulas, cuatro entrevistadoras y un chofer.

Consistencia y Procesamiento de Datos

La crítica de los cuestionarios se inició en el trabajo de campo, donde la revisora de cuestionarios verificaba la consistencia de la información recogida y posteriormente, lo hacía la supervisora. En la Sede Central los cuestionarios fueron codificados y consistenciados en su cobertura básica teniendo el conglomerado como unidad de trabajo.

La digitación y crítica de los datos (realizado entre el 11 de Agosto y el 6 de Diciembre), se ejecutó con el Sistema Integrado para Análisis de Encuestas (ISSA). El ISSA es un

sistema lógico para micro computadoras diseñado con exclusividad para el Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS), que permite agilizar el ingreso de la información, crítica, corrección y elaboración de las tabulaciones en encuestas complejas de diseños jerárquicos como la ENDES 2000. Para minimizar los errores los cuestionarios de cada conglomerado fueron digitados dos veces en un cien por ciento.

Ingresados los datos, estos fueron consistenciados en forma automatizada con programas especialmente preparados para ejecución con el ISSA. Una vez detectados los errores, estos fueron evaluados y corregidos por las analistas, en dos vueltas de consistencia, llevando a la revisión de los cuestionarios cuando fue necesario.

1.4 CONTEXTO ECONOMICO Y POLITICAS DE POBLACION Y SALUD

Antes de presentar la información de la ENDES 2000 para cada departamento, se da a continuación una visión general, a nivel nacional, del contexto actual de la economía, de los objetivos y metas de los programas de población y de los programas sociales en favor de la mujer y la niñez, en aspectos relacionados a los temas investigados por la ENDES.

Perú: Economía, Programa Nacional de Población y Programa de Salud al año 2000

Economía

En el período de 1990 al 2000, la actividad económica en el país empezó a revertir la situación observada en la década de los ochenta, la cual se caracterizó por una prolongada crisis económica: contracción

Cuadro 1.1 Composición del producto bruto interno

Distribución del producto bruto interno (PBI) por tipo de actividad económica, Perú 1999

Actividad	Porcentaje
Agricultura, caza y silvicultura	9,6
Pesca	0,6
Explotación de minas y canteras	6,1
Industrias Manufactureras	16,1
Construcción	2,3
Electricidad, gas y agua	6,1
Comercio	15,6
Productores de servicios gubernamentales	6,9
Otros servicios	36,8

Fuente: INEI, Agregados Macroeconómicos de la Oferta y Demanda Global 1991 - 99

significativa de la inversión, aceleración de la inflación, deterioro de los salarios reales, expansión de la informalidad e incremento de la tasa de desempleo.

Con relación al comportamiento del PBI por ramas de actividad en la década del 90, el INEI¹ ha calculado que a nivel nacional ha variado desde -0.4% en 1992 a 1.4 %, en 1999*, presentando su punto más alto en 1994 (12.8%).

Asimismo, como se aprecia en el Cuadro 1.1, a precios básicos de 1994 sin incluir impuestos y derechos de importación, el PBI más alto por actividad económica se registró en las ramas de servicios y comercio (59.3% en 1999).

Según datos preliminares del INEI**, entre Enero y Diciembre del 2000, el PBI global ha variado de 5.5% en Enero a -1.8% en Diciembre, respecto a los mismos meses del año anterior. En estos datos se registra que todas las actividades de la economía decrecieron, excepto la actividad agropecuaria que pasó de 1.7% a 7.5%.

¹ Para los cálculos recientes de PBI, el INEI ha tomado como año base 1994, porque se ha considerado que este año es representativo de las características estructurales de la economía, del comportamiento de los precios relativos y porque además en este año se tiene los resultados de la mayor cantidad de información estadística (para mayor información ver INEI, "Agregados macroeconómicos de la Oferta y Demanda Global 1991-1999")

* Valor estimado

** Variación mensual del PBI, 1991-2001; INEI - DTIE-DEIP

Política y Programa Nacional de Población

El Perú cuenta con una Ley de Política Nacional de Población desde el 5 de Julio de 1985 que es antecedida por un conjunto de lineamientos y dispositivos legales de política de población. Destacan entre ellas, el inicio de la regulación jurídica de la anticoncepción en el Código Sanitario que fuera aprobado en 1969, los Lineamientos de Política de Población dados en 1976, la creación del Consejo Nacional de Población en 1980, el inicio de la prestación de Servicios Públicos de Planificación Familiar a cargo del Ministerio de Salud en 1983.

Posteriormente, en 1987 se constituyó la Comisión Presidencial de Población encargada de elaborar el Programa Nacional de Población 1987-1990. Más adelante, en octubre de 1990, se plantea el apoyo político del Gobierno para llevar adelante un Programa de Población, el mismo que orientó la formulación del Programa Nacional de Población 1991-1995 y llevó a la denominación del año 1991 como el Año de la Planificación Familiar.

Plan Nacional de Población 1998-2002

Los lineamientos y estrategias del Plan Nacional de Población 1998-2002 están enmarcados en la tarea de mejorar la calidad de vida de todas las personas, principalmente de los grupos vulnerables. De esta manera, propone como estrategias específicas desarrollar programas en: Población y Pobreza; Educación, Salud Sexual y Reproductiva; Equidad de Género; Adolescentes y Jóvenes, y Población, Medio ambiente y Desarrollo.

Algunas metas propuestas en el mencionado Plan son: generar una demanda adecuada e informada de servicios de salud sexual y reproductiva usando los medios de comunicación de alcance nacional y local, con una cobertura de 100% de la población peruana y 80% de la población rural; disminuir la mortalidad materna en un 50% respecto a la observada en 1996; mejorar la calidad de atención en el 100% de los servicios públicos de salud reproductiva; contribuir a la reducción de los embarazos no deseados en la población adolescente en un 25% con relación a 1996.

El Plan Nacional de Población 1998-2002* establece que los organismos responsables de formular, ejecutar, coordinar y evaluar los programas de su competencia son: el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Instituto de Seguridad Social (hoy ESSALUD). El Ministerio de la Presidencia y los gobiernos locales participan en el ámbito regional y local. Participan también los sectores No Gubernamentales y las Universidades. El INEI participa en la recolección, procesamiento y difusión de la información estadística demográfica.

Salud Reproductiva y Programa de Planificación Familiar 1996-2000

La Salud Reproductiva fue definida por la CIPD como "La condición de completo bienestar físico, mental y social que los hombres y las mujeres requieren para desarrollar con seguridad las funciones del proceso de la reproducción durante los periodos de la vida"² y establece que:

* Este plan guarda concordancia con la Ley de Política Nacional de Población (Decreto Legislativo N° 346 y su modificatoria Ley N° 26530), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), y las recomendaciones dadas en la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995).

2 "Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar". Programa de Salud Reproductiva-MINSA, 1999; "Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000"

- El ejercicio individual del potencial reproductivo en forma responsable, segura, libre y satisfactoria contribuye a una mejor calidad de vida, ayudando a alcanzar la equidad en el desarrollo social y contribuye al equilibrio de la sociedad con su medio ambiente.
- El cuidado de la salud reproductiva implica también la preservación de una buena salud sexual, cuyo objeto es el desarrollo de la vida y las relaciones interpersonales. Es decir, que los individuos y las familias sean capaces de tener una vida sexual segura, satisfactoria y responsable, libre de temor o contagio de enfermedades de transmisión sexual.

El objetivo General del Programa de Planificación Familiar 1996-2000 es "contribuir a mejorar el estado de la salud reproductiva como acción fundamental para impulsar el desarrollo humano de la población, que permita a los individuos alcanzar el máximo de sus potencialidades y el mejor uso de sus capacidades, mejorando la esperanza y calidad de vida de los hombres y mujeres por igual".

Algunas metas que establece el Programa de Planificación Familiar al 2000 son: disminuir la Tasa de Mortalidad Materna a un nivel no mayor de 100 por 100000 nacidos vivos, elevar a 46% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros en mujeres en edad fértil, para asegurar una Tasa Global de Fecundidad de 2.5 hijos por mujer y reducir en 50% la Tasa de Mortalidad Perinatal.

Programas y Prioridades de Salud

El principal proveedor de servicios de salud es el Estado a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Sus líneas de acción son la promoción, protección y recuperación de la salud con tendencia a la gratuidad en las zonas urbano-marginales y rurales, priorizando la

atención a la madre y al niño mediante el Programa de Atención Integral de Salud.

Los Lineamientos de Política de Salud 1995-2000 establecen que la población de mayor prioridad de atención son la mujer, los niños y las niñas, especialmente quienes se encuentran en situación vulnerable³.

Algunas metas de los Lineamientos de Política de Salud son:

- Reducir la tasa de mortalidad infantil a 34 por mil nacidos vivos.
- Disminución de la prevalencia de déficit de talla / edad en niños de 0 a 35 meses a menos del 10% en Lima, menos de 30% en zonas urbanas y menos del 40% en zonas rurales.
- Aumentar el porcentaje de niños que reciben lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes de vida, alcanzando 50% o más en zonas urbanas y 65% en las rurales.
- Mantener la prevalencia de bajo peso al nacer en menos de 10% en zonas urbanas y menos de 15% en zonas rurales.
- Disminuir la prevalencia de anemia en niños de 0-35 meses a menos del 30% en todos los dominios urbanos y menos del 50% en dominios rurales.
- 80% de hogares sepan reconocer la neumonía y busquen asistencia oportuna.

Acciones en Favor de la Mujer

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing del 8 al 15 de Setiembre de 1995, el Estado peruano se comprometió a asumir políticas a favor de la promoción de los derechos de la mujer. Los objetivos de la Plataforma de las Mujeres de esta Conferencia están enmarcados en el

³ Plan Nacional de Acción por la Infancia 1996-2000, Presidencia de la República.

compromiso de mejorar la situación de las mujeres, especialmente de los grupos más necesitados, en las múltiples esferas de la vida personal y social y en su realización plena como ciudadanas.

En respuesta a los compromisos asumidos en Beijing, en 1996 se creó el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH) como ente encargado de promover el desarrollo de la mujer y las familias peruanas⁴.

Estos son algunos compromisos asumidos por el Gobierno Peruano en la Conferencia de Beijing y en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994): mejorar la calidad de la educación y erradicar el analfabetismo en el Perú, particularmente en las mujeres campesinas; erradicar situaciones discriminatorias hacia las niñas, jóvenes, adolescentes y mujeres en el sistema educativo, especialmente en áreas rurales; velar por la vigencia y cumplimiento de la legislación contra toda forma de violencia hacia la mujer; implementar una estrategia integral de salud reproductiva.

Los compromisos asumidos por el Gobierno Peruano en estas conferencias han sido los que han orientado las acciones realizadas en favor de la mujer y es marco orientador del "Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2000-2005" en el que se establece seis áreas de trabajo: educación, salud, violencia, empleo, participación social y política, y comunicación.

Erradicación de la Violencia Contra la Mujer

La violencia es considerada como un problema de salud pública porque atenta contra los derechos fundamentales de las personas, daña la dignidad, autoestima y el desarrollo

social de quienes la sufren. Gracias a la lucha incesante de las organizaciones de mujeres, a los acuerdos de la Conferencia de Beijing y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), en la década del 90, las acciones para erradicar la violencia contra la mujer y la violencia familiar han tomado mayor importancia política y jurídica.

Algunos intentos por combatir la violencia contra la mujer, en el Perú, se remontan a 1988 cuando se crea la primera Comisaría de Mujeres. En 1993, se promulga la Ley de Violencia Familiar 26260. Esta Ley fue de suma importancia porque en ella se reconoce la violencia familiar como fenómeno social. En 1997, se aprobó el Texto Unico Ordenado de la Ley 26260 y en 1998 se aprobó su Reglamento.

El aumento de la violencia y el mayor número de denuncias de actos violentos de parte de las mujeres, se observan a través del indicador de denuncias registradas. En 1996, se registraron en la Policía Nacional del Perú de Lima Metropolitana 8,192 casos, en 1998 aumentaron a 27,936 y en 1993 las denuncias sobre violencia llegaron a 30,893⁵.

1.5 NIVEL DEPARTAMENTAL

1.5.1 Tacna: Aspectos Geográficos Políticos y Administrativos

Aspectos Geográficos

Ubicación y Superficie

El departamento de Tacna, se halla situado en el extremo sur del territorio peruano. La altura del territorio de Tacna oscila entre 175 m.s.n.m. (distrito Ite provincia de Tacna) y los 3415 m.s.n.m (distrito de Candarave provincia de Candarave).

⁴ Perú: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción del El Cairo. PROMUDEH, Mesa Tripartita de Seguimiento del CIDP; Lima 1999.

⁵ Compendio de Estadísticas Sociodemográficas 1999-2000; INEI.

Limita por el norte con el departamento de Moquegua y Puno, por el Este con la República de Bolivia; por el Sur con la República de Chile y por el Oeste con el Océano Pacífico o Mar de Grau.

Morfología

El relieve y la altitud constituyen los factores fundamentales de diferenciación. El rango geográfico más caracterizado de Tacna lo constituyen su valle, en el cual sobre una explanada se ubica la ciudad. Los rasgos geoeconómicos más importantes son el ubérrimo valle de las partes bajas parcialmente cultivado y hacia las alturas, la región volcánica de azufre Tacora.

En el departamento de Tacna se encuentran dos regiones ecológicas: Costa y Sierra.

En la región ecológica sierra de Tacna se ubica la zona de la cordillera que comprende los siguientes accidentes topográficos: la cordillera del barroso cuyos picos más altos se elevan hasta 5741 metros sobre el nivel del mar, la cadena de nevados aislados que termina en los nevados de Chupiquiña a 5788 metros con azufreras en su cumbre y ladera Este. Por su costado Oeste y cerca de la cumbre, pasa la línea fronteriza con Chile, trazada por la comisión de límites Peruano-Chilena; el nevado de Tacora, volcán extinguido con altura de 5982 m.s.n.m. En sus laderas y faldas se ubican las azufreras, que quedaron en territorio chileno por efecto de la delimitación de fronteras.

Superficie

El departamento de Tacna tiene una superficie de 16 075,89 Km² que incluye 0.16 Km² de superficie correspondiente al islote Ite ubicado frente al distrito de Ite en la provincia de Jorge Basadre.

Clima

El clima del valle de Tacna no es uniforme debido a que las dos terceras partes de su territorio corresponden a la faja semiárida de

la costa y una tercera parte se halla situada en las alturas de la cordillera. La temperatura promedio en el período de 23 años de observaciones, entre 1931 a 1954 es de 16,54 grados centígrados.

Las temperaturas más frías corresponden a los meses de Julio y Agosto, entre tanto las máximas temperaturas se registran entre los meses de Enero y Febrero, estas varían de 19,5 a 22 grados centígrados.

Los meses de invierno se caracterizan por la frecuencia de neblinas. No solo invaden los valles y la ciudad en los meses de Junio a Setiembre, sino que también se extienden a las pampas elevadas del Campo, de la Alianza, las neblinas en la ciudad de Tacna comienzan a disiparse por lo general de 10 a 11 a.m.

Con referencia a las lluvias, estas son muy escasas, varían grandemente de un año a otro. Generalmente se realizan en los meses de Julio a Octubre y al igual que las neblinas contribuyen al desarrollo de la vegetación en las lomas.

Demarcación política

El decreto del 25 de Abril de 1837 separó las provincias de Arica y Tacna del departamento de Arequipa, de acuerdo a "La Ley" Durante La Confederación Peruana-Boliviana, creando con ellas el departamento litoral.

A la provincia de Arica se le llamo por error, Tacna, por ser esta ciudad capital de provincia de Arica, según la ley del 2 enero de 1857 dio a Moquegua la categoría de Departamento, el que fue integrado por las siguientes provincias: Moquegua, Arica, Tacna y Tarapacá. La ley del 25 de junio de 1857 "independizó" la provincia de Moquegua, creo la provincia litoral del mismo nombre y dio al antiguo departamento de Moquegua el nombre de "Tacna" según artículo 2do de esta ley.

A su capital Tacna, se le dio el título de villa por ley del 19 de enero de 1923; la ley del 26 de Mayo de 1828, dispone en su artículo único "la villa de Tacna será nombrada heroica ciudad". El Decreto del 25 de Abril de 1837 fijó



como capital del "Departamento Litoral" a la heroica ciudad de Tacna. Esta ciudad, ha seguido hasta la fecha ostentando categoría de capital Departamental.

Aspectos Políticos Administrativos

El departamento de Tacna está constituido por 4 provincias y 26 distritos, las provincias y distritos son los siguientes: Tacna, Candarave, Jorge Basadre, Tarata y los Distritos de Candarave, Cairani, Camilaca, Curibaya, Huanuara, Quilahuani, Locumba, Ilabaya, Ite, Tacna, Alto de la Alianza, Calana, Inclan, Pachia, Palca, Pocollay, Sama, Ciudad Nueva, Tarata, Chucatanani, Estique, Estique-Pampa, Sitajara, Susapaya, Tarucachi, Ticaco.

Población

La población del departamento estimada al 2000 es de 277 188 habitantes. La densidad

es de 19.5 habitantes por km². La población que habita el área rural representa aproximadamente el 15 por ciento de la población total del departamento.

Economía

El departamento de Tacna tiene una estructura productiva basada en los sectores primarios de la economía, especialmente en el sector minero.

1.5.2 Tacna: Tamaño de la Muestra de la ENDES 2000

En el departamento de Tacna, la muestra fue de 1,067 hogares y 1,026 mujeres en edad fértil. Se obtuvo el 87.5 por ciento de entrevistas completas en hogares y el 92.6 por ciento en MEF.



II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACION

En cada una de las viviendas de la muestra seleccionada para la ENDES 2000 se aplicó el cuestionario del hogar en el cual se registraron las características más importantes de cada uno de los miembros del hogar: relación de parentesco con el jefe del hogar, tipo de residencia (de jure y de facto), sexo, edad, seguro de salud, condición de actividad, nivel de educación alcanzado, matrícula y asistencia escolar, y supervivencia y residencia de los padres. Asimismo, las características estructurales y servicios básicos de la vivienda y la disponibilidad de bienes de consumo duraderos en el hogar. Los datos que aquí se presentan se refieren mayormente a la residencia de facto, para hacerlos comparables con los que suministran los censos de población.

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE TACNA

Población por Edad, Sexo y Residencia Urbana-Rural

En el Cuadro 2.1 se presenta la distribución de la población del departamento de Tacna partir de los datos obtenidos en el cuestionario de hogar de ENDES 2000. Esta información, constituye el marco de referencia obligado para la adecuada interpretación de los cuadros y análisis que se incluyen en este informe.

Cuadro 2.1 y Gráfico 2.1

Población por edad y sexo

- La población del departamento de Tacna es relativamente joven, 31 por ciento es menor de 15 años. La población en edad de trabajar, 15 a 64 años, representa el 65 por ciento de la población total del departamento, concentrándose en mayor proporción entre los menores de 30 años.

- Las personas de 65 o más años de edad conforman el 4 por ciento de la población total del departamento; el porcentaje de mujeres es algo mayor que el de los hombres (4.7% y 3.9% respectivamente).
- Los varones constituyen el 49 por ciento de la población total y las mujeres el 51 por ciento.

Composición por edad según área de residencia

- El 85 por ciento de la población total de Tacna reside en el área urbana, el 15.4 por ciento restante en el área rural.
- Los menores de 15 años de ambos sexos que residen en el área urbana tienen similar proporción a los que viven en el área rural (31.0%).
- La población de 15 a 24 años de edad reside en mayor proporción en el área urbana que en la rural (22.1% frente a 14.9%).

Mujeres en edad fértil

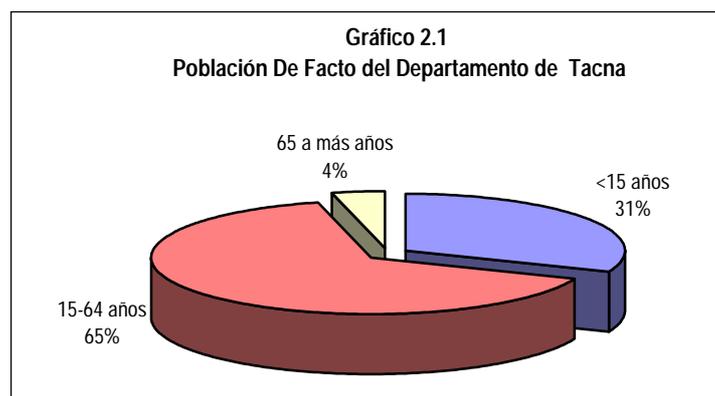
- Las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 28 por ciento de la población total del departamento y el 56 por ciento del total de mujeres. Hay considerables diferencias según el área de residencia: en el área urbana la proporción de mujeres en edad fértil es mayor en 11 puntos porcentuales que la del área rural (57% y 47% respectivamente).
- Las mujeres de 15 a 29 años constituyen el 31 por ciento del total de las MEF del departamento. Asimismo, el porcentaje de las MEF de las edades mencionadas, es mayor en el área urbana (31%) que en el área rural (25%).

Cuadro 2.1 Composición de la población total por edad, sexo y residencia urbana - rural

Distribución porcentual de la población de los hogares por grupos quinquenales de edad, según área de residencia y sexo, Tacna 2000

Grupos de Edad	Area Urbana			Area Rural			Total		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
0-4	9,3	8,1	8,7	6,1	10,9	8,4	8,8	8,5	8,7
5-9	11,7	10,5	11,1	9,9	13,5	11,6	11,4	10,9	11,2
10-14	9,9	11,4	10,7	10,9	10,2	10,6	10,1	11,3	10,7
15-19	11,7	11,5	11,6	8,2	5,6	7,0	11,1	10,7	10,9
20-24	10,3	10,6	10,5	8,2	7,5	7,9	10,0	10,2	10,1
25-29	9,9	9,2	9,6	8,9	11,7	10,2	9,8	9,6	9,7
30-34	8,1	7,5	7,8	9,6	6,4	8,1	8,3	7,3	7,8
35-39	6,3	6,6	6,5	6,8	5,6	6,3	6,4	6,5	6,4
40-44	5,0	6,7	5,9	4,1	4,5	4,3	4,9	6,4	5,6
45-49	4,8	5,2	5,0	4,1	5,3	4,7	4,7	5,2	5,0
50-54	4,1	4,2	4,1	6,1	5,3	5,7	4,4	4,3	4,4
55-59	3,3	2,1	2,7	3,4	3,4	3,4	3,3	2,3	2,8
60-64	2,4	1,8	2,1	5,8	4,1	5,0	2,9	2,2	2,5
65-69	1,4	1,9	1,7	2,0	3,0	2,5	1,5	2,1	1,8
70-74	1,1	1,2	1,1	1,7	0,4	1,1	1,2	1,1	1,1
75-79	0,3	0,6	0,4	1,7	0,4	1,1	0,5	0,5	0,5
80 +	0,3	0,8	0,6	2,4	2,3	2,3	0,7	1,0	0,8
Sin información /No sabe	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	1489	1574	3062	293	266	559	1782	1840	3621

Nota: población de facto.



Nivel de Educación y Asistencia a Centros de Enseñanza Regular

El nivel de educación es un indicador importante para medir el grado de desarrollo social y económico de la comunidad y de sus miembros. Estadísticamente está comprobado, por ejemplo, que las mujeres y las parejas mejor educadas tienen mayores probabilidades de planificar su familia y de mejorar el cuidado de salud de los niños.

Los cuadros 2.2 y 2.3 dan una lectura del nivel educativo de los habitantes del

departamento de Tacna, indican también el porcentaje de quienes no tienen ningún nivel educativo.

Cuadros 2.2 y 2.3

Nivel de educación

- La mediana de años de educación alcanzada por la población de 6 años a más del departamento es de 8.9 años de estudio en los hombres y 7.4 años en las mujeres. La diferencia por sexo en la mediana de años de estudio, es mayor en el área urbana (1.8 años) que en el área rural (1.5 años).

Cuadro 2.2 Nivel de educación de la población masculina de 6 años y más

Distribución porcentual de la población masculina de 6 años y más por nivel de educación alcanzado, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Nivel de educación							Total	Número de hombres	Mediana de años
	Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	NS/ sin información			
Edad										
6-9	26,4	73,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	163	0,9
10-14	0,0	46,1	26,1	26,7	0,6	0,6	0,0	100,0	180	5,1
15-19	0,0	1,5	4,0	55,1	32,8	6,6	0,0	100,0	198	9,4
20-24	0,6	1,7	1,1	11,8	50,6	33,1	1,1	100,0	178	10,7
25-29	0,0	2,3	1,7	13,2	47,1	35,6	0,0	100,0	174	10,7
30-34	0,0	3,4	7,4	14,9	32,4	40,5	1,4	100,0	148	10,7
35-39	0,9	7,9	14,9	13,2	34,2	28,9	0,0	100,0	114	10,4
40-44	1,1	3,4	16,1	11,5	34,5	32,2	1,1	100,0	87	10,4
45-49	1,2	13,1	23,8	17,9	28,6	14,3	1,2	100,0	84	8,4
50-54	1,3	21,5	26,6	3,8	19,0	25,3	2,5	100,0	79	6,0
55-59	3,4	15,3	25,4	8,5	20,3	22,0	5,1	100,0	59	8,5
60-64	9,6	32,7	32,7	9,6	5,8	7,7	1,9	100,0	52	5,2
65+	14,5	40,6	17,4	4,3	14,5	7,2	1,4	100,0	69	4,3
Sin información / No sabe	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0	-
Area de residencia										
Urbana	3,4	18,2	10,4	16,6	28,7	22,0	0,7	100,0	1316	10,0
Rural	7,4	26,8	18,6	22,7	15,2	7,8	1,5	100,0	269	5,8
Total	4,1	19,7	11,8	17,6	26,4	19,6	0,8	100,0	1585	8,9

Nota: Población de facto.

Cuadro 2.3 Nivel de educación de la población femenina de 6 años y más

Distribución porcentual de la población femenina de 6 años y más por nivel de educación alcanzado, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Nivel de educación							Total	Número de mujeres	Mediana de años
	Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	NS/ sin información			
Edad										
6-9	31,0	68,4	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0	158	0,8
10-14	0,5	44,0	21,3	33,3	1,0	0,0	0,0	100,0	207	5,3
15-19	0,0	3,6	7,1	56,1	29,1	4,1	0,0	100,0	196	9,2
20-24	1,1	3,2	7,5	16,0	34,2	38,0	0,0	100,0	187	10,6
25-29	0,0	9,7	6,8	20,5	31,2	30,1	1,7	100,0	176	10,4
30-34	2,2	7,4	8,9	21,5	31,1	28,9	0,0	100,0	135	10,3
35-39	2,5	18,5	11,8	13,4	28,6	25,2	0,0	100,0	119	10,1
40-44	3,4	14,5	17,9	14,5	33,3	14,5	1,7	100,0	117	9,3
45-49	8,3	18,7	20,8	10,4	24,0	15,6	2,1	100,0	96	6,4
50-54	11,2	43,7	15,0	6,2	7,5	13,7	2,5	100,0	80	3,9
55-59	33,3	31,0	14,3	0,0	9,5	9,5	2,4	100,0	42	3,1
60-64	20,0	32,5	22,5	5,0	15,0	5,0	0,0	100,0	40	5,0
65+	39,5	25,6	16,3	1,2	9,3	8,1	0,0	100,0	86	2,8
Sin información / No sabe	*	*	*	*	*	*	*	100,0	1	0,0
Area de residencia										
Urbana	6,8	20,9	11,1	20,2	22,9	17,5	0,6	100,0	1409	8,2
Rural	17,3	36,8	15,2	18,2	7,4	4,8	0,4	100,0	231	4,3
Total	8,3	23,1	11,7	19,9	20,7	15,7	0,6	100,0	1640	7,4

Nota: Población de facto.

*: Menos de 20 casos.

- La mediana de estudios de los hombres que residen en el área urbana (10 años) es mayor que la de los hombres del área rural (5.8 años). En las mujeres del área urbana la mediana de años de estudios alcanzados (8.2 años) es casi el doble logrado por las mujeres del área rural (4.3 años).
- En la población de 6 años a más del departamento de Tacna, existe una diferencia de 4 puntos porcentuales entre los hombres y las mujeres sin educación (4% y 8% respectivamente). Los mayores porcentajes de personas sin educación se presentan en las mujeres de 55 años a más.
- La educación inicial y primaria, según los especialistas, constituyen una de las etapas más importantes para el aprendizaje escolar y social de las personas, sin embargo, el departamento de Tacna sigue presentando altos porcentajes de niños y niñas de 6 a 9 años sin educación: (26% y 31% respectivamente).
- Con relación al nivel secundaria completa, el 26 por ciento de hombres tiene ese nivel, frente al 21 por ciento de las mujeres. La población de 20 a 24 años presenta mejores porcentajes, especialmente los varones con respecto a las mujeres (55% vs. 34%).

Asistencia Escolar

La asistencia escolar de los estudiantes matriculados en un centro de enseñanza regular, presentados en el cuadro 2.4, es importante, para quienes realizan investigaciones sobre deserción escolar ya que los datos fueron recogidos entre julio y noviembre del año 2000, meses potenciales de asistencia escolar.

Cuadro 2.4

- En el departamento de Tacna, el 98 por ciento de la población de 6 a 15 años asistía a la escuela o colegio de enseñanza regular. Este promedio de asistencia escolar es algo mayor en los hombres que en las mujeres (99% y 97% respectivamente).
- En el área rural la asistencia escolar de niños, de ambos sexos, de 6 a 15 años de edad es algo mayor que en el área urbana (99% y 98% respectivamente).
- La asistencia escolar disminuye sensiblemente en el grupo de 16 a 20 años (62%) y baja más entre la población de 21 a 24 años de edad en la cual asiste el 27 por ciento.
- En el área urbana la asistencia escolar de la población de 21 a 24 años de edad es casi cinco veces mayor que la del área rural (29% frente a 6%).

Cuadro 2.4 Asistencia escolar de la población en los hogares

Porcentaje de menores de 25 años de edad que asiste a la escuela o a un centro de enseñanza regular por grupos de edad, según sexo y residencia, Tacna 2000

Grupos de edad	Área de residencia						Total		
	Urbana			Rural			Hombres	Mujeres	Total
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total			
6-10	97,0	98,1	97,6	100,0	100,0	100,0	97,5	98,5	98,0
11-15	99,4	95,8	97,4	100,0	95,2	98,1	99,5	95,7	97,5
Subtotal 6-15	98,1	96,8	97,5	100,0	98,3	99,2	98,4	97,1	97,7
16-20	57,8	67,1	62,4	57,1	53,3	55,8	57,7	65,9	61,7
21-24	31,0	27,3	29,0	0,0	11,8	6,3	27,7	25,6	26,6
Total									
6-24	73,5	74,2	73,9	73,8	75,0	74,4	73,6	74,3	74,0

Composición de los Hogares

Las diferentes formas de vida que asumen los individuos en una sociedad, así como las implicancias de esos arreglos, pueden ser analizadas al considerar las características de la composición de los hogares. Se argumenta por ejemplo, que ella afecta la distribución de recursos financieros disponibles para los miembros del hogar, la estructura del gasto, la propensión al ahorro, entre otros, así como algunos aspectos emocionales de sus integrantes. El tamaño del hogar o el sexo del jefe del hogar, por ejemplo, están asociados frecuentemente con diferentes niveles de bienestar familiar.

Los cuadros 2.5 y 2.6 hablan de la constitución de los hogares con relación a la jefatura del hogar, al número de miembros, a la convivencia de los niños y niñas con sus padres y al número de hogares con niños o niñas adoptados.

Cuadros 2.5 y 2.6

Jefatura y tamaño del hogar

- El 75 por ciento de los hogares del departamento de Tacna tiene como jefe del hogar a varones. En el área rural, los hogares con jefatura masculina (87%) son 15 puntos porcentuales más que en el

Cuadro 2.5 Composición de los hogares

Distribución porcentual de los hogares por sexo del jefe del hogar, tamaño y porcentaje de hogares con niños adoptados, según área de residencia, Tacna 2000

Características	Área de residencia		Total
	Urbana	Rural	
Sexo del jefe del hogar			
Hombre	72,7	87,3	75,4
Mujer	27,3	12,7	24,6
Total	100,0	100,0	100,0
Miembros usuales del hogar			
0	0,1	0,0	0,1
1	9,3	14,5	10,3
2	12,0	21,4	13,7
3	17,2	19,7	17,7
4	21,7	20,8	21,5
5	18,9	11,6	17,6
6	10,6	5,8	9,7
7	4,6	2,3	4,2
8	2,4	2,3	2,4
9+	3,2	1,7	2,9
Total	100,0	100,0	100,0
Promedio	4,1	3,4	4,0
Porcentaje de hogares con hijos adoptados	5,5	2,9	5,0

Nota: Población de jure (sólo residentes habituales).

área urbana (73%). Los hogares con jefatura femenina presentan una situación opuesta: el 13 por ciento de hogares en el área urbana frente a 27 por ciento del área rural tiene jefe mujer.

- En el departamento de Tacna el promedio de miembros por hogar es de 4 personas. En el área urbana, los hogares de 4 miembros tienen el más alto porcentaje

(22%), mientras que en el área rural, tiende a predominar los hogares de 2 y 4 miembros (21% en cada caso).

- Es importante señalar que 5 por ciento de los hogares alberga entre sus miembros al menos a un hijo adoptado o de crianza; este porcentaje es mayor en el área urbana (6%).

Cuadro 2.6 Niños según sobrevivencia de los padres y situación de residencia

Distribución porcentual de la población *de jure* menor de 15 años por sobrevivencia de los padres y su situación de residencia, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Niño vive con ambos padres	Niño vive con la madre pero no con el padre		Niño vive con el padre pero no con la madre		Niños de crianza (Niño no vive con ninguno de los padres)					Total	Total huérfanos	Total de crianza	Número de niños		
		Tiene padre vivo	Tiene padre muerto	Tiene madre viva	Tiene madre muerta	Ambos padres vivos	Solo padre vivo	Solo madre viva	Ambos padres muertos	Sin inf. sobre padre/madre						
		Edad														
0-2	81,4	16,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,5	100,0	188		
3-5	72,6	18,4	1,9	2,4	0,0	3,3	0,0	0,5	0,0	0,9	2,4	3,8	100,0	212		
6-9	70,1	15,4	4,1	2,8	0,6	3,1	0,3	1,6	0,0	1,9	6,6	5,0	100,0	318		
10-14	69,2	12,9	4,4	4,4	1,5	5,1	0,8	0,5	0,8	0,5	8,0	7,2	100,0	389		
Sexo																
Hombre	71,3	15,7	3,3	3,9	0,7	2,8	0,4	0,6	0,4	0,9	5,4	4,1	100,0	541		
Mujer	73,0	14,7	2,8	1,9	0,7	4,1	0,4	0,9	0,2	1,4	4,9	5,5	100,0	566		
Area de residencia																
Urbana	71,2	15,8	3,2	2,6	0,8	4,0	0,4	0,4	0,3	1,3	5,2	5,2	100,0	932		
Rural	77,1	12,0	2,3	4,6	0,6	0,6	0,0	2,3	0,0	0,6	5,1	2,9	100,0	175		
Total	72,2	15,2	3,1	2,9	0,7	3,4	0,4	0,7	0,3	1,2	5,1	4,8	100,0	1107		

Nota: Por convención, niños de *crianza* son aquellos que no viven con ninguno de los padres biológicos (total de las cuatro columnas bajo el encabezamiento "Niños de crianza"). Los huérfanos son el total de las columnas 3, 5, 7, 8 y 9.

Condición de residencia familiar de los hijos menores de 15 años

- El mayor porcentaje de los menores de 15 años del departamento, vive con ambos padres (72%), esta característica es mayor en el área rural (77%) que en el área urbana (71%).
- Es importante destacar que entre los niños que viven con uno de sus padres, a pesar de que ambos están vivos el porcentaje de quienes viven solo con la madre (15%) es mucho mayor que el de los que viven sólo con el padre (3%).
- Los niños menores de 15 años que viven en calidad de adoptados, aun cuando alguno de sus padres está vivo, llegan a 5 por ciento en el departamento.

2.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS

Las características de las viviendas son indicadores importantes para el análisis socioeconómico de los hogares. Las

condiciones de los servicios básicos, su disponibilidad y acceso permite analizar, entre otras cosas, la situación de la salud de la familia, especialmente de los niños. La lectura del cuadro 2.7 de los datos recogidos en la ENDES 2000, nos acerca a las condiciones de las viviendas de los hogares de Tacna.

Cuadro 2.7

Servicio de electricidad

- Casi en su totalidad los hogares del departamento de Tacna cuentan con el servicio de electricidad (92%). Según el área de residencia las viviendas que no cuentan con este servicio son el 31 por ciento en el área rural y 3 por ciento en el área urbana.

Fuente de agua para beber

- Cerca de tres cuartos del total de viviendas del departamento de Tacna cuenta con servicio de agua dentro de la vivienda (74%). Según área de residencia, en el área rural se aprecia mayor carencia de este servicio (56%) en comparación al área urbana (78%).

Cuadro 2.7 Características de las viviendas

Distribución porcentual de las viviendas por características seleccionadas de la vivienda, según área de residencia, Tacna 2000

Características	Área Residencia		Total
	Urbana	Rural	
Luz eléctrica			
Si	96,6	69,4	91,5
No	3,4	30,6	8,5
Total	100,0	100,0	100,0
Fuente de agua para beber			
Red pública:			
Dentro de la vivienda	78,3	56,1	74,2
Fuera de la vivienda pero dentro del edificio	4,9	4,0	4,7
Pilón / grifo público / red pública fuera de la vivienda	13,5	1,2	11,2
Pozo en la casa / patio / lote	0,3	2,9	0,7
Pozo público	0,1	2,3	0,5
Manantial	0,1	3,5	0,7
Río/acequia	0,1	23,7	4,5
Camión/tanque	1,3	0,0	1,1
Otro	1,3	6,4	2,2
Total	100,0	100,0	100,0
Fuente de agua <15 minutos	89,6	81,5	88,1
Servicio sanitario			
Dentro de la vivienda			
Inodoro exclusivo dentro de la vivienda	72,1	26,0	63,6
Inodoro común dentro de la vivienda	6,2	2,9	5,6
Fuera de la vivienda			
Inodoro exclusivo fuera de la vivienda.	0,1	0,6	0,2
Inodoro común fuera de la vivienda	3,5	0,0	2,9
Letrina exclusiva	11,8	41,0	17,2
Letrina común	0,7	2,3	1,0
No hay servicio	5,4	26,6	9,3
Río, canal	0,1	0,0	0,1
Otra	0,0	0,6	0,1
Principal material del piso			
Tierra, arena	13,8	63,6	23,0
Madera, entablado	0,9	2,9	1,3
Parquet o madera pulida	4,2	0,6	3,5
Vinílicos o similares	12,5	0,6	10,3
Losetas, terrazos o similares	2,8	0,6	2,4
Cemento, ladrillo	65,8	31,8	59,5
Total	100,0	100,0	100,0
Número de viviendas	761	173	934

- Consistente con lo anterior, el 5 por ciento de los hogares del departamento consume agua de manantial o de río, en el área rural la proporción es más de 4 veces (27%).

Servicio sanitario

- El servicio sanitario que utiliza el mayor porcentaje de los hogares del departamento de Tacna es casi adecuado. Sólo el 10 por ciento carece de servicio higiénico de cualquier tipo. En el área urbana la falta de este servicio llega a 6 por ciento y en el área rural la proporción se incrementa en más de 4 veces (27%).
- Los hogares que cuentan con mejores condiciones sanitarias, con inodoro exclusivo dentro de la vivienda, llegan a 64 por ciento a nivel departamental, 72 por ciento en el área urbana y 26 por ciento en el área rural.
- El 60 por ciento de las viviendas de Tacna tiene piso de cemento o ladrillo, el 23 por ciento de tierra o arena; la diferencia se presenta entre los hogares del área rural y urbana. En la primera, el 64 por ciento de los hogares tiene piso de tierra o

arena en tanto que en el área urbana 66 por ciento de las viviendas cuenta con piso de cemento o ladrillo.

Disponibilidad de Bienes de Consumo Duradero y Medios de Transporte

La posesión de algunos bienes de consumo es indispensable para desarrollarse, para optimizar el uso del tiempo y para estar al día con los avances informáticos y tecnológicos (radio, televisión, computadora). La tenencia de estos bienes, es un indicador importante, también para medir el bienestar familiar.

El cuadro 2.8, permite un acercamiento sobre la posesión de bienes duraderos de los hogares del departamento de Tacna.

Cuadro 2.8

- El 93 por ciento de los hogares posee radio y 88 por ciento, televisión y 43 por ciento refrigerador. Otros bienes, como la computadora, por ejemplo, lo tienen menores porcentajes de hogares (8%).
- Entre los medios de transporte la más común es la bicicleta, especialmente en el área rural (36%) que en el área urbana (30%). En ambas áreas, similar porcentaje de hogares posee carro o camión (18%).

Cuadro 2.8 Bienes de consumo duradero por área de residencia

Porcentaje de hogares que poseen bienes de consumo duradero específico según área de residencia, Tacna 2000

Bienes de Consumo Duradero	Área Residencia		Total
	Urbana	Rural	
Radio	94,0	88,4	92,9
Televisión	93,0	64,7	87,8
Teléfono	33,4	5,8	28,3
Refrigerador	49,3	15,6	43,0
Computadora	9,2	1,2	7,7
Bicicleta	29,7	35,8	30,8
Motocicleta	1,8	11,0	3,5
Carro/camión	18,1	17,9	18,1
Otro medio de transporte	0,5	15,0	3,2
Ninguno de los anteriores	2,5	4,6	2,9
Número de hogares	761	173	934



III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

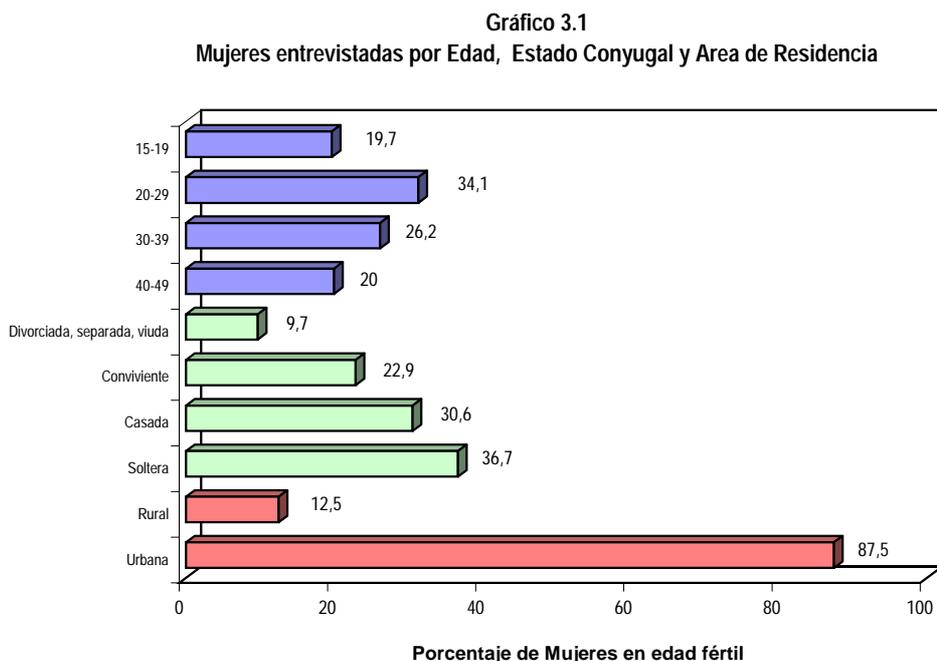
III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

El propósito de este capítulo es describir la situación de las mujeres en edad reproductiva del departamento de Tacna. Esta información es de utilidad para entender el contexto de la reproducción y de la salud y para el cálculo de indicadores de la situación de la mujer que se espera que sirvan como punto de referencia para la interpretación de los resultados presentados en el resto de capítulos. Se incluyen las distribuciones porcentuales de las principales características demográficas y socioeconómicas. Las principales características son edad, estado civil, área de residencia y nivel de educación. Igualmente se presenta información sobre alfabetismo, razones para el abandono de los estudios, acceso a los medios de comunicación, situación laboral, y decisiones sobre aspectos específicos o arreglos del hogar.

3.1 ENTREVISTADAS POR EDAD, ESTADO CONYUGAL Y AREA DE RESIDENCIA

Gráfico 3.1

- La ENDES 2000, entrevistó en Tacna a 951 mujeres de 15 a 49 años. Las entrevistadas se concentran en los primeros grupos de edad fértil: más de la mitad (54%) son menores de 30 años.
- El estado civil es importante por la presencia de las uniones consensuales, lo que puede constituir un problema desde el punto de vista de la estabilidad del hogar y de la protección de la mujer y del niño.



- La proporción de mujeres casadas o convivientes es el 54 por ciento. Más de un tercio de las entrevistadas son mujeres solteras (37%) y las viudas, divorciadas o separadas llegan a 10 por ciento.
- La mayoría de las mujeres entrevistadas, en el departamento de Tacna, vive en el área urbana (88%) y menos de un quinto en el área rural (12%).

3.2 NIVEL DE EDUCACION

Un hecho bastante conocido es que el nivel de educación de las mujeres influye de manera preponderante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo. Por otro lado, el nivel de educación está positivamente asociado con la situación socioeconómica. Los diferenciales y cambios en los niveles educativos son importantes para explicar las variaciones encontradas en muchas de las variables investigadas, resultados que se presentan más adelante.

Cuadro 3.1

- El 20 por ciento de las mujeres entrevistadas tiene algún año de educación primaria, 54 por ciento secundaria, en especial secundaria completa (29%) y el 24 por ciento alcanzó nivel superior.
- Se advierten diferencias por edad en cuanto al nivel educativo más alto alcanzado por las mujeres en edades fértiles (MEF). Mientras en el grupo de las más adultas (45-49 años) predominan las mujeres con educación primaria (41%), en las de 20 a 24 años de edad el 40 por ciento cuenta con superior. Y en las más jóvenes, 15 a 19 años el 88 por ciento tiene educación secundaria.
- Según el área de residencia el nivel educativo alcanzado por las MEF también es diferencial. Mientras en el área rural es mayor la proporción de mujeres con primaria (50%), en el área urbana predominan las MEF con secundaria (56%). El 27 por ciento de MEF del área

Cuadro 3.1 Nivel de educación de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por nivel más alto de educación alcanzado, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Sin educación	Nivel de educación					Total	Número de mujeres	Mediana de años
		Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior			
Edad									
15-19	0,0	1,1	6,4	58,8	29,4	4,3	100,0	187	9,2
20-24	0,0	2,4	5,5	16,4	35,8	40,0	100,0	165	10,7
25-29	0,0	8,2	10,7	18,9	28,9	33,3	100,0	159	10,4
30-34	1,5	9,8	9,8	21,2	29,5	28,0	100,0	132	10,3
35-39	1,7	17,9	15,4	18,8	22,2	23,9	100,0	117	8,8
40-44	5,6	19,4	11,1	15,7	27,8	20,4	100,0	108	9,3
45-49	9,8	20,7	20,7	8,5	22,0	18,3	100,0	82	5,9
Area de residencia									
Urbana	1,8	7,6	8,1	25,2	31,2	26,2	100,0	832	10,2
Rural	2,5	23,5	26,1	26,9	11,8	9,2	100,0	119	5,9
Total	1,9	9,6	10,3	25,4	28,7	24,1	100,0	951	10,1

- urbana tiene educación superior, cifra que es triple de sus similares rurales.
- Las diferencias por área de residencia se aprecian igualmente al tener en cuenta la mediana de años de estudio. En el área urbana la mediana es de 10.2 años y en el área rural es de 5.9 años de estudio.
- Comparando las dos últimas ENDES, en el año 2000, el porcentaje de mujeres en edad fértil con secundaria o más (83%) es mayor en 6 puntos porcentuales respecto al observado en 1996 (77%).
- Las principales causas del abandono escolar, se relacionan con la economía del hogar: la familia necesitaba ayuda, no podían pagar la pensión o necesitaba ganar dinero (20%).
- Los motivos relacionados con la maternidad (quedó embarazada, se casó o tenía que cuidar los niños más pequeños), afectan al 8 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años del departamento de Tacna. Por otro lado, la proporción de mujeres que declaró "no quiso estudiar" fue 2 por ciento.

Cuadros 3.2 y 3.3

Asistencia escolar y alfabetismo

- En el departamento de Tacna, según la ENDES 2000, el 57 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de edad asistía a un centro de enseñanza regular, porcentaje que es mayor al observado en 1996 (47%).
- Sólo 16 por ciento de las mujeres con primaria o sin nivel de educación podía leer fácilmente.
- El 6 por ciento de las mujeres con primaria o sin nivel de educación (22%) no puede leer o lee con dificultad una carta o periódico, limitación que se presenta en mayor proporción entre las mujeres de mayor edad.

Cuadro 3.2 Nivel de educación más alto alcanzado y razones de abandono

Distribución porcentual de las mujeres de 15-24 años por asistencia escolar y razones de abandono de la escuela, según nivel educativo más alto alcanzado, Tacna 2000

Asiste actualmente/ Razón de abandono	Nivel de educación alcanzado					Total
	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	
Actualmente asiste	*	(23,8)	73,0	44,7	60,8	57,4
Quedó embarazada	*	(0,0)	5,8	6,1	4,1	5,1
Se casó	*	(4,8)	0,7	2,6	1,4	1,7
Tenía que cuidar los niños más pequeños	*	(4,8)	0,7	0,9	1,4	1,1
La familia necesitaba ayuda	*	(0,0)	4,4	0,9	2,7	2,8
No podían pagar la pensión	*	(4,8)	0,7	9,6	0,0	3,7
Enfermedad	*	(4,8)	0,7	2,6	1,4	2,0
Necesitaba ganar dinero	*	(38,1)	9,5	20,2	2,7	13,6
Se graduó/ suficiente estudio	*	(0,0)	0,0	0,9	25,7	5,7
No aprobó examen de ingreso	*	(0,0)	0,0	3,5	0,0	1,1
No quiso estudiar	*	(0,0)	4,4	0,9	0,0	2,3
Escuela muy lejos/ no había	*	(9,5)	0,0	0,0	0,0	0,6
Otra	*	(9,5)	0,0	7,0	0,0	2,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	6	21	137	114	74	352

*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 y 24 años

- Mientras que en el área urbana el 5 por ciento de las mujeres con primaria o sin nivel educativo (17,3%) no pueden leer y

entender una carta o periódico con facilidad, en el área rural es el 12 por ciento que tiene esa limitación.

Cuadro 3.3 Alfabetismo por características seleccionadas

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por nivel más alto de educación alcanzado y por nivel de alfabetismo, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Sin escolaridad o escuela primaria			Sin Información	Con educación secundaria o más	Total	Número de mujeres
	No puede leer	Lee con dificultad	Lee fácilmente				
Edad							
15-19	0,5	1,1	5,9	0,0	92,5	100,0	187
20-24	1,8	0,0	6,1	0,0	92,1	100,0	165
25-29	2,5	1,9	13,8	0,6	81,1	100,0	159
30-34	2,3	3,0	15,9	0,0	78,8	100,0	132
35-39	4,3	7,7	23,1	0,0	65,0	100,0	117
40-44	8,3	1,9	25,9	0,0	63,9	100,0	108
45-49	8,5	2,4	40,2	0,0	48,8	100,0	82
Area de residencia							
Urbana	3,0	1,8	12,5	0,1	82,6	100,0	832
Rural	5,9	5,9	40,3	0,0	47,9	100,0	119
Total	3,4	2,3	16,0	0,1	78,2	100,0	951

3.3 ACCESO A MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION

El acceso a los medios de comunicación es muy importante porque complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal y permite la transmisión de conocimientos sobre aspectos de salud, saneamiento ambiental y planificación familiar, a parte que muestra forma de vida y hábitos empleados en otras sociedades. Los resultados se presentan en el cuadro 3.4.

Cuadro 3.4

- En el 2000, el 88 por ciento de las mujeres entrevistadas accede a algún medio de comunicación masivo al menos una vez por semana, siendo la televisión y la radio los medio más difundidos a nivel del departamento de Tacna (73% y 68% respectivamente). El periódico se coloca

en tercer lugar (44%). Este orden de preferencia varia según el área de residencia y el nivel educativo de las entrevistadas. El mayor acceso a medios masivos de comunicación se da en el área urbana y entre las mujeres de mayor nivel educación.

- La mayor proporción de entrevistadas que no acceden a un medio masivo de comunicación, son mujeres con educación primaria (31%) o residen en el área rural (23%).
- Por el contrario, mayor proporción de acceso a cualquier medio de comunicación tienen las mujeres con nivel educativo de secundaria o más.
- En el área rural es notorio el acceso de las mujeres a la radio (60%), la televisión (57%) y en tercer lugar el periódico (20%).

Cuadro 3.4 Acceso a los medios masivos de comunicación

Porcentaje de mujeres entrevistadas que leen el periódico o miran televisión por lo menos una vez a la semana o escuchan la radio todos los días, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Medio de comunicación					Número de mujeres
	Ningún medio de comunicación	Periódico o revista: por lo menos una vez por semana	Televisión: por lo menos una vez por semana	Radio: escuchan casi todos los días	Los tres medios	
Edad						
15-19	9,6	44,4	67,4	75,4	31,0	187
20-24	9,1	44,2	77,0	73,3	36,4	165
25-29	9,4	37,7	76,7	59,1	20,8	159
30-34	15,9	42,4	75,0	65,9	29,5	132
35-39	17,1	49,6	68,4	59,8	36,8	117
40-44	15,7	50,9	71,3	70,4	40,7	108
45-49	11,0	41,5	70,7	68,3	28,0	82
Area de residencia						
Urbana	10,6	47,5	74,7	69,1	34,3	832
Rural	22,7	20,2	57,1	59,7	12,6	119
Nivel de educación						
Sin educación	*	*	*	*	*	18
Primaria	30,7	27,0	50,8	50,8	14,8	189
Secundaria	8,4	44,0	74,7	71,4	31,9	515
Superior	2,2	62,0	88,2	76,9	47,2	229
Total	12,1	44,1	72,5	67,9	31,6	951

*: Menos de 20 casos.

3.4 SITUACION LABORAL

Al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga que trabajar fuera del hogar, situación que influye en el desarrollo de los hijos, en la integración del hogar y en la salud de la mujer, al tener que desempeñar múltiples funciones.

La ENDES 2000 cubre los siguientes temas:

- Trabajo de la entrevistada en los últimos doce meses, tipo actual de empleo y continuidad.
- Tipo de ocupación de las mujeres, categorías de ocupación y si recibe o no remuneración en dinero.

Cuadro 3.5

- Alrededor de tres cuartos de las mujeres en edad fértil tuvo trabajo en los últimos 12 meses (74%). La mayoría se encontraba laborando (63%) y un 11 por ciento aunque trabajó en algún momento del año, no estaba trabajando en la semana anterior al día de la entrevista.
- Menos de la mitad de las mujeres trabaja en forma permanente (43%), las demás trabajan por temporadas (11%) o lo hacen de vez en cuando (8%).
- Los mayores niveles de mujeres que trabajan en forma permanente se presentan entre las de 25 a más años de edad; entre las unidas y alguna vez unidas, aquellas que tienen 3 o más hijos; las residentes del área rural, y las mujeres con educación primaria o superior.

Cuadro 3.5 Trabajo en los últimos 12 meses y tipo actual de empleo, según características seleccionadas

Distribución porcentual de las mujeres si trabajan o no actualmente, por continuidad en el trabajo, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	No trabaja actualmente		Trabaja actualmente			Total	Número de mujeres
	No trabajó en los últimos 12 meses	Si trabajó en los últimos 12 meses	Trabaja durante todo el año	Trabaja por temporada	Ocasionalmente		
Edad							
15-19	52,4	15,5	12,3	7,5	12,3	100,0	187
20-24	32,1	17,0	24,8	19,4	6,7	100,0	165
25-29	14,5	12,6	49,7	13,8	9,4	100,0	159
30-34	18,2	8,3	55,3	11,4	6,8	100,0	132
35-39	18,8	6,8	62,4	6,0	6,0	100,0	117
40-44	15,7	2,8	64,8	10,2	6,5	100,0	108
45-49	18,3	4,9	64,6	4,9	7,3	100,0	82
Estado conyugal							
Soltera	35,8	13,2	26,6	13,8	10,6	100,0	349
Casada	21,0	8,6	54,3	9,3	6,9	100,0	291
Conviviente	26,6	12,8	43,6	9,2	7,8	100,0	218
Divorciada, separada, viuda	8,7	4,3	71,7	10,9	4,3	100,0	92
Número de hijos vivos							
0	35,2	12,5	27,8	14,2	10,2	100,0	352
1-2	22,0	12,0	49,2	10,9	6,0	100,0	368
3-4	18,6	5,8	60,5	7,6	7,6	100,0	172
5+	25,9	8,6	50,0	3,4	12,1	100,0	58
Area de residencia							
Urbana	27,9	11,3	42,0	11,1	7,7	100,0	832
Rural	16,8	7,6	52,9	10,9	11,8	100,0	119
Nivel de educación							
Sin educación	*	*	*	*	*	100,0	18
Primaria	18,5	7,4	52,9	9,5	11,6	100,0	189
Secundaria	32,3	13,4	35,4	10,7	8,2	100,0	515
Superior	21,4	8,3	51,5	14,0	4,8	100,0	229
Total	26,5	10,8	43,4	11,1	8,2	100,0	951

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 3.6

- El 87 por ciento de las mujeres que trabajan se dedican a labores no agrícolas, la mayoría de ellas como trabajadoras del comercio u otros servicios (46%). Solo el 12 por ciento de las mujeres que trabajan se dedican a labores no agrícolas, la mayoría de ellas en tierra de otro (4.2%) .
- Según características sociodemográficas la mayor proporción de mujeres que se

dedican a labores no agrícolas como comercio o servicios, se presentan en las de 35 a 39 y 30 a 34 años de edad (54% y 53%), las convivientes (59%), las de tres y cuatro hijos (59%), las residentes en el área urbana (52%) y las que tienen educación primaria. Contrariamente, las que se dedican a labores agrícolas y trabajan en tierras de otro, destacan las de 45-49 años (6%), las convivientes (9%), las que tienen cinco hijos a más (11%) y las que tienen educación primaria (14%).

Cuadro 3.6 Tipo de ocupación de las mujeres, según características seleccionadas

Distribución porcentual de las mujeres que trabajan por tipo de ocupación agrícola y no agrícola, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Empleo agrícola				Empleo no agrícola				Hogar y domés- ticos	Total	Número de mujeres
	Tierra propia	Tierra de la familia	Tierra alquilada	Tierra de otros	Profes./ Técnicos/ Administrad.	Oficinista	Comercio y servicios	Trabajo manual calificado			
Edad											
15-19	0,0	3,3	1,7	5,0	6,7	6,7	41,7	8,3	25,0	100,0	60
20-24	0,0	3,6	0,0	2,4	17,9	9,5	41,7	8,3	16,7	100,0	84
25-29	1,7	4,3	2,6	3,4	18,1	4,3	42,2	9,5	11,2	100,0	116
30-34	2,1	3,1	3,1	4,1	13,4	8,2	52,6	4,1	9,3	100,0	97
35-39	4,6	2,3	1,1	3,4	18,4	6,9	54,0	2,3	6,9	100,0	87
40-44	3,4	1,1	3,4	5,7	18,2	5,7	46,6	4,5	9,1	100,0	88
45-49	11,1	1,6	1,6	6,3	23,8	4,8	44,4	3,2	3,2	100,0	63
Estado conyugal											
Soltera	0,6	3,4	0,6	1,7	21,9	9,6	36,0	7,3	17,4	100,0	178
Casada	6,3	1,5	2,9	4,4	17,6	6,3	49,8	4,9	5,9	100,0	205
Conviviente	1,5	3,8	3,0	9,1	7,6	0,0	59,1	6,1	8,3	100,0	132
Divorciada, separada, viuda	2,5	3,8	1,3	1,3	18,8	11,3	40,0	5,0	16,3	100,0	80
Número de hijos vivos											
0	1,1	2,7	0,5	2,2	21,2	10,9	35,3	7,6	16,8	100,0	184
1-2	2,1	3,7	2,9	3,7	18,1	5,8	46,9	5,3	10,7	100,0	243
3-4	3,8	1,5	3,1	6,2	13,1	3,1	58,5	3,8	6,2	100,0	130
5+	15,8	2,6	0,0	10,5	0,0	2,6	55,3	7,9	5,3	100,0	38
Area de residencia											
Urbana	0,2	0,6	0,8	1,2	18,6	7,5	51,7	6,1	12,3	100,0	506
Rural	18,9	15,6	8,9	21,1	6,7	1,1	16,7	4,4	5,6	100,0	90
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	15
Primaria	9,3	2,9	4,3	13,6	0,0	0,7	56,4	5,0	7,1	100,0	140
Secundaria	1,1	3,9	1,8	1,4	7,2	4,7	52,7	7,2	18,6	100,0	279
Superior	0,0	0,6	0,0	0,6	49,7	15,5	26,7	4,3	1,9	100,0	161
Total	3,0	2,9	2,0	4,2	16,8	6,6	46,4	5,9	11,3	100,0	596

Cuadro 3.7

- La mayoría de las mujeres que trabajan son independientes (48%); el 39 por ciento trabaja para otra persona no familiar y el 13 por ciento trabaja para un familiar, en mayor proporción sin remuneración.
- En el área urbana, entre las que les pagan en dinero, la proporción de mujeres que trabajan en forma independiente o por

cuenta propia (48%) es mayor que las trabajadoras dependientes o que trabajan para otra persona (42%). En el área rural destacan las mujeres que trabajan en forma independiente y perciben dinero (47%). Asimismo, las que trabajan para otra persona y reciben dinero (21%). Mientras que las mujeres que trabajan para un familiar y no reciben dinero alcanzan al 21 por ciento.

Cuadro 3.7 Empleador y forma de remuneración de las mujeres que trabajan, según características seleccionadas

Distribución porcentual de mujeres que trabajan por tipo de empleador y forma de pago, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Trabaja por cuenta propia		Trabaja para otra persona (no familiar)		Trabaja para un familiar		Total	Número de mujeres
	Recibe dinero	No recibe dinero	Recibe dinero	No recibe dinero	Recibe dinero	No recibe dinero		
Edad								
15-19	11,7	0,0	48,3	0,0	16,7	23,3	100,0	60
20-24	26,2	0,0	54,8	0,0	9,5	9,5	100,0	84
25-29	45,7	0,0	43,1	0,9	5,2	5,2	100,0	116
30-34	54,6	0,0	32,0	1,0	5,2	7,2	100,0	97
35-39	56,3	0,0	33,3	2,3	2,3	5,7	100,0	87
40-44	70,5	1,1	25,0	1,1	0,0	2,3	100,0	88
45-49	57,1	1,6	34,9	0,0	1,6	4,8	100,0	63
Area de residencia								
Urbana	47,5	0,2	41,6	0,8	4,8	5,1	100,0	506
Rural	46,7	1,1	21,1	1,1	8,9	21,1	100,0	90
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	15
Primaria	67,1	1,4	19,3	0,0	2,1	10,0	100,0	140
Secundaria	46,6	0,0	36,9	1,4	7,9	7,2	100,0	279
Superior	28,6	0,0	61,5	0,0	4,3	5,6	100,0	161
Ocupación								
Agrícola	43,1	2,8	16,7	1,4	5,6	30,6	100,0	72
No agrícola	48,0	0,0	41,5	0,8	5,4	4,4	100,0	524
Total	47,4	0,3	38,5	0,8	5,4	7,6	100,0	596

*: Menos de 20 casos.

3.5 DECISIONES SOBRE ASPECTOS IMPORTANTES EN EL HOGAR

En la ENDES 2000 se hicieron preguntas para medir el grado de autonomía de la mujer, en cuanto a su participación en la toma de decisiones en el hogar, administración de los ingresos y contribución de la entrevistada a los gastos del hogar, información sobre la persona que toma decisiones específicas como el cuidado de su salud, compras grandes en el hogar, compras diarias del hogar, visitas a los amigos o familiares y que comida cocinar diariamente. Asimismo, sobre la opinión de las entrevistadas respecto a si está de acuerdo que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su marido en situaciones que afectan su salud e integridad moral, temas que se presentan a continuación.

Cuadro 3.8

- La mayoría de mujeres deciden ellas mismas en que gastar el dinero que ganan (75%). Las mayores proporciones de mujeres con esta característica se presentan entre las menores de 25 años, entre las mujeres divorciadas, separadas, viudas (99%) y las que tienen educación superior (78%).
- El 80 por ciento de mujeres que trabajan contribuyen al sostenimiento del hogar, atendiendo al menos una parte de sus gastos: 25 por ciento menos de la mitad, 44 por ciento la mitad o más y un 11 por ciento la totalidad de gastos del hogar.

- La proporción de mujeres que trabajan y contribuyen al sostenimiento del hogar con la mitad o más es mayor entre las mujeres de 25 a 39 años de edad, entre las

separadas, viudas o divorciadas, entre las que tienen 1 a 2 hijos y las que tienen educación superior.

Cuadro 3.8 Persona que decide cómo gastar los ingresos y gastos del hogar que paga la entrevistada, según características seleccionadas

Distribución porcentual de mujeres con remuneración en dinero por persona que decide como gastarlo y proporción de gastos del hogar que paga la entrevistada, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Persona que decide como gastar el dinero			Total	Proporción de gastos del hogar que paga la entrevistada				Total	Número de mujeres
	Solo la entrevistada decide	Junto con alguien más	Alguien más decide		Casi nada	Menos de la mitad	La mitad o más	Todo		
Edad										
15-19	91,3	2,2	6,5	100,0	71,7	17,4	10,9	0,0	100,0	46
20-24	89,5	9,2	1,3	100,0	40,8	31,6	27,6	0,0	100,0	76
25-29	65,1	32,1	2,8	100,0	17,4	27,5	46,8	8,3	100,0	109
30-34	73,0	24,7	2,2	100,0	6,7	24,7	58,4	10,1	100,0	89
35-39	68,8	30,0	1,3	100,0	10,0	18,8	53,8	17,5	100,0	80
40-44	73,8	25,0	1,2	100,0	8,3	29,8	46,4	14,3	100,0	84
45-49	74,6	23,7	1,7	100,0	8,5	15,3	50,8	25,4	100,0	59
Estado conyugal										
Soltera	96,8	1,3	1,9	100,0	48,4	24,5	21,3	5,8	100,0	155
Casada/ conviviente	57,8	39,3	2,9	100,0	8,8	27,9	56,2	6,8	100,0	308
Divorciada, separada, viuda	98,8	1,3	0,0	100,0	8,8	11,3	43,8	36,3	100,0	80
Número de hijos vivos										
0	93,7	4,4	1,9	100,0	45,3	27,0	22,0	5,7	100,0	159
1-2	67,0	30,4	2,6	100,0	11,7	18,7	57,4	12,2	100,0	230
3-4	65,3	32,2	2,5	100,0	5,0	29,8	49,6	15,7	100,0	121
5+	75,8	24,2	0,0	100,0	12,1	33,3	42,4	9,1	100,0	33
Area de residencia										
Urbana	77,4	20,3	2,3	100,0	21,3	23,2	43,2	12,0	100,0	475
Rural	58,0	40,6	1,4	100,0	11,6	33,3	52,2	2,9	100,0	69
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
Primaria	68,5	28,2	3,2	100,0	16,1	27,4	43,5	12,9	100,0	124
Secundaria	76,1	21,2	2,7	100,0	24,3	23,5	43,5	8,6	100,0	255
Superior	77,6	21,7	0,7	100,0	17,8	23,7	45,4	13,2	100,0	152
Total	75,0	22,8	2,2	100,0	20,1	24,5	44,4	10,9	100,0	544

*: Menos de 20 casos.

Cuadros 3.9 y 3.9a

- El 65 por ciento de mujeres unidas (casadas o convivientes) deciden ellas mismas en que gastan el dinero que ganan. Por otro lado, más de tres de cada 10 mujeres unidas comparten con el esposo o compañero la decisión de la proporción a usar de la remuneración de la mujer (33%).
- La proporción de mujeres no unidas que deciden ellas mismas en que se gasta el dinero (97%), es mayor que de las mujeres unidas (65%).

Cuadro 3.9 Control de los ingresos para la contribución a los gastos del hogar

Distribución porcentual de las mujeres unidas que reciben remuneración en dinero por persona que decide como utilizarlo, según proporción de gastos del hogar sufragados por la mujer, Tacna 2000

Contribución a los gastos del hogar	Actualmente unidas			Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada	Junto con el esposo/compañero	Sólo el esposo/compañero decide		
Proporción de gastos del hogar que paga la entrevistada					
Casi nada	75,8	21,2	3,0	100,0	33
Menos de la mitad	62,1	35,8	2,1	100,0	95
La mitad o más	61,3	35,7	3,0	100,0	199
Todo	76,2	23,8	0,0	100,0	42
Sin Información	*	*	*	100,0	1
Total	64,6	33,0	2,4	100,0	370

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 3.9a Control de los ingresos para la contribución a los gastos del hogar

Distribución porcentual de las mujeres no unidas que reciben remuneración en dinero por persona que decide como utilizarlo, según proporción de gasto del hogar que son sufragados por la mujer, Tacna 2000

Contribución a los gastos del hogar	No unidas			Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada decide	Junto con alguien más	Sólo el esposo/compañero decide		
Proporción de gastos del hogar que paga la entrevistada					
Casi nada	98,7	0,0	1,3	100,0	76
Menos de la mitad	100,0	0,0	0,0	100,0	38
La mitad o más	90,5	4,8	4,8	100,0	42
Todo	*	*	*	100,0	17
Total	97,1	1,2	1,7	100,0	173

*: Menos de 20 casos.

Cuadros 3.10 y 3.10a

- En el departamento de Tacna, las mujeres en unión, en una mayor proporción que las mujeres no unidas, deciden ellas mismas sobre aspectos cotidianos del hogar: el cuidado de su salud (70% vs. 58%), compras para las necesidades diarias del hogar (66% vs. 19%) y qué comida se debe cocinar cada día (75% vs. 24%). Sin embargo cuando se trata de

grandes compras del hogar, la decisión es compartida con el esposo o compañero (45%) y un 13 por ciento refiere que sólo lo decide el esposo o compañero.

- En lo que toca a la decisión de visitar familiares o amigos, las mujeres no unidas en mayor proporción que las unidas deciden ellas mismas al respecto (44% vs. 35%).

Cuadro 3.10 Decisiones en el hogar

Distribución porcentual de las mujeres por persona que toma las decisiones específicas del hogar, por estado marital según tipo de decisión, Tacna 2000

Tipo de decisión	Actualmente unidas						Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada decide	Junto con el esposo/compañero	Junto con alguien más	Solo el esposo/compañero decide	Alguien más decide	Nadie		
El cuidado de su salud	70,4	17,0	0,7	8,1	3,8	0,0	100,0	583
Las grandes compras del hogar	35,7	45,2	1,4	12,9	4,8	0,0	100,0	583
Compras para las necesidades diarias del hogar	65,6	23,2	1,5	5,2	4,5	0,0	100,0	583
Visitar a familia, amigos o parientes	35,2	52,6	1,9	7,9	2,1	0,3	100,0	583
Qué comida se debe cocinar cada día	75,1	11,9	3,8	2,6	6,0	0,7	100,0	583

Cuadro 3.10a Decisiones en el hogar

Distribución porcentual de las mujeres por persona que toma las decisiones específicas del hogar, por estado marital según tipo de decisión, Tacna 2000

Tipo de decisión	No unidas					Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada decide	Junto con el esposo/compañero	Junto con alguien más	Alguien más decide	Nadie		
El cuidado de su salud	55,7	0,3	10,1	34,0	0,0	100,0	368
Las grandes compras del hogar	12,8	0,5	7,6	79,1	0,0	100,0	368
Compras para las necesidades diarias del hogar	18,8	0,3	7,6	73,4	0,0	100,0	368
Visitar a familia, amigos o parientes	44,0	0,0	14,9	41,0	0,0	100,0	368
Qué comida se debe cocinar cada día	24,2	0,3	18,2	56,5	0,8	100,0	368

Cuadro 3.11

- El 46 por ciento de las mujeres en edad fértil tiene la última palabra en todas las decisiones del hogar que le fueron consultadas, proporción que es mayor en el área rural (50%) que en el área urbana (42%).
- Según características sociodemográficas de las entrevistadas, las mayores proporciones de mujeres que ellas mismas tienen la última palabra, se presentan entre las de 30 años de edad ó más, entre las unidas y alguna vez unidas, las que tienen 3 hijos a más, las que tienen instrucción primaria y en aquéllas que les pagan en dinero.

Cuadro 3.11 Última palabra en decisiones del hogar según características seleccionadas

Porcentaje de mujeres que dicen que ellas solas o conjuntamente con alguien tienen la última palabra en decisiones específicas del hogar, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Sola o con otra persona tiene la última palabra en:					Tiene la última palabra en todas las anteriores decisiones	No tiene la última palabra en ninguna de ellas	Número de mujeres
	El cuidado de su salud	Las grandes compras del hogar	Compras para las necesidades diarias del hogar	El visitar a familia, amigos o parientes	Que comida se debe cocinar cada día			
Edad								
15-19	52,4	12,3	16,6	38,0	34,8	6,4	29,4	187
20-24	80,0	37,0	43,0	77,6	58,2	26,1	3,0	165
25-29	85,5	67,3	81,1	89,3	76,1	50,3	2,5	159
30-34	88,6	75,8	87,1	89,4	89,4	59,1	0,0	132
35-39	92,3	88,0	88,9	91,5	92,3	76,9	0,9	117
40-44	90,7	85,2	92,6	90,7	92,6	75,0	0,9	108
45-49	81,7	85,4	90,2	91,5	93,9	61,0	0,0	82
Estado conyugal								
Soltera	64,8	16,9	22,6	56,7	39,8	9,7	18,1	349
Casada/ conviviente	86,8	81,7	91,2	89,0	92,9	66,4	0,6	510
Divorciada, separada, viuda	95,7	88,0	88,0	95,7	79,3	67,4	0,0	92
Número de hijos vivos								
0	65,6	19,0	25,6	57,7	40,6	11,6	17,3	352
1-2	89,4	80,2	87,8	91,0	88,0	63,6	0,8	368
3-4	87,8	84,9	93,0	87,8	94,8	70,3	1,2	172
5+	77,6	82,8	87,9	86,2	94,8	65,5	0,0	58
Área de residencia								
Urbana	80,0	57,3	63,8	77,5	69,3	45,0	7,7	832
Rural	76,5	67,2	79,0	79,8	91,6	50,4	1,7	119
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	80,4	74,1	82,5	83,1	89,9	57,1	3,2	189
Secundaria	75,7	51,6	59,5	71,6	67,7	40,9	10,5	515
Superior	90,0	60,3	63,8	86,5	66,4	47,2	2,2	229
Trabajo actual								
No trabaja	71,8	42,3	49,3	64,8	63,9	33,8	11,8	355
Trabaja por dinero	85,1	69,8	77,3	87,5	77,7	53,4	3,1	544
Trabaja sin paga/ dinero	75,0	51,9	55,8	65,4	69,2	46,2	13,5	52
Total	79,6	58,5	65,7	77,8	72,1	45,7	6,9	951

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 3.12

- El 84 por ciento de las entrevistadas está de acuerdo en que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su marido cuando ella tiene alguna restricción, como: "ha tenido recientemente un parto", "ella sabe que el esposo tiene relaciones con otras mujeres", o cuando

tiene conocimiento que su marido "tiene una ETS".

- El porcentaje de entrevistadas que está de acuerdo con todas las razones indicadas es mayor en el área urbana (85%), entre las mujeres con educación secundaria (86%) y entre las solteras (86%).

Cuadro 3.12 Razones específicas para rehusar relaciones sexuales con el esposo

Porcentaje de mujeres que están de acuerdo en que una esposa se niegue a tener relaciones sexuales con el esposo, por razones específicas, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Razones que justifican que esposa se niegue a tener relaciones sexuales				Está de acuerdo con todas la razones	No está de acuerdo con ninguna razón	Número de mujeres
	Ella cansada, no está dispuesta	Dio a luz recientemente	El esposo tiene relaciones con otras mujeres	Sabe que esposo tiene ETS			
Edad							
15-19	90,4	97,3	99,5	100,0	88,8	0,0	187
20-24	87,9	96,4	99,4	98,8	86,1	0,6	165
25-29	85,5	96,2	94,3	96,2	79,9	0,0	159
30-34	87,9	97,7	96,2	97,0	81,1	0,0	132
35-39	87,2	98,3	94,0	97,4	82,1	0,9	117
40-44	88,0	99,1	97,2	99,1	87,0	0,0	108
45-49	87,8	98,8	95,1	98,8	82,9	0,0	82
Estado conyugal							
Soltera	88,3	96,6	98,9	98,3	86,0	0,6	349
Casada/ conviviente	87,8	98,4	95,5	97,8	83,1	0,0	510
Divorciada, separada, viuda	87,0	95,7	96,7	100,0	83,7	0,0	92
Número de hijos vivos							
0	87,2	96,3	98,6	98,3	84,9	0,6	352
1-2	87,8	97,8	96,5	98,6	84,5	0,0	368
3-4	87,8	98,8	95,3	97,1	82,6	0,0	172
5+	93,1	98,3	93,1	98,3	82,8	0,0	58
Area de residencia							
Urbana	87,7	97,2	97,5	98,6	84,5	0,1	832
Rural	89,1	99,2	92,4	95,8	82,4	0,8	119
Nivel de educación							
Sin educación	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	91,0	97,9	95,8	95,2	85,2	0,5	189
Secundaria	89,1	97,9	97,7	99,2	86,0	0,0	515
Superior	82,5	96,5	96,5	98,7	79,5	0,0	229
Trabajo actual							
No trabaja	89,3	97,5	99,4	98,6	87,3	0,0	355
Trabaja por dinero	86,9	97,4	95,2	98,0	82,0	0,2	544
Trabaja sin paga/ dinero	88,5	98,1	96,2	98,1	86,5	1,9	52
Decisiones en las cuales una mujer tiene la ultima palabra							
0-1	89,2	96,2	98,1	96,8	85,4	0,6	157
2-3	86,8	97,7	98,6	98,2	83,6	0,0	220
4-5	88,0	97,7	95,8	98,6	84,1	0,2	574
Total	87,9	97,5	96,8	98,2	84,2	0,2	951

*: Menos de 20 casos.



IV. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

IV. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. Esta variable ha venido descendiendo sistemáticamente en el Perú y en el departamento de Tacna. La reducción de la fecundidad es considerada importante como parte de la estrategia para la disminución de la mortalidad infantil y materna.

En la ENDES 2000 se recolectó información detallada sobre el comportamiento reproductivo de la mujer. Para cada entrevistada se cuenta con datos sobre la historia de nacimientos: el número de hijos nacidos vivos, la fecha de nacimiento y el sexo de cada uno de los hijos, su condición de supervivencia al momento de la entrevista y la edad al morir de los fallecidos. Esta información permite obtener estimaciones de los niveles actuales y las tendencias de la fecundidad y la mortalidad.

Este capítulo consta de cinco secciones. En la primera se describe la fecundidad actual, sus diferenciales según las características de la entrevistada y las tendencias durante los últimos quince años (1986-2000). Luego, se analiza la fecundidad acumulada en términos del promedio de hijos nacidos vivos y sobrevivientes de todas las mujeres y de aquellas actualmente unidas (casadas o convivientes al momento de la encuesta). Las secciones tres y cuatro examinan dos variables claves en el estudio de la fecundidad: intervalos entre nacimientos y la edad al primer nacimiento. La última sección describe las características más importantes relacionadas con la fecundidad de las adolescentes.

4.1 NIVELES, TENDENCIAS Y DIFERENCIALES DE LA FECUNDIDAD

La estimación del nivel de fecundidad más reciente está referida a los tres años precedentes a la encuesta (1997-2000) por lo que los resultados así obtenidos estarían centrados a inicios de 1999. Es conveniente el empleo de un período de referencia de tres años porque así se atenúan las fluctuaciones aleatorias que pueden afectar los valores anuales, se reducen los errores muestrales al tener una muestra de mayor tamaño y se evitan los sesgos por el olvido de hechos ocurridos mucho tiempo atrás.

En el cuadro 4.1 se presentan las tasas de fecundidad por edad y por área de residencia. Un indicador sintético de los niveles de fecundidad que facilita las comparaciones es la tasa global de fecundidad (TGF). La TGF combina las tasas de fecundidad de todos los grupos de edad durante un período determinado y puede ser interpretada como el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva, si las tasas de fecundidad por edad obtenidas en la encuesta se mantuviesen invariables en el tiempo. Otros indicadores calculados en el cuadro 4.1 son la tasa de fecundidad general (TFG), la cual muestra el número promedio de nacimientos que actualmente ocurren, por cada mil mujeres de 15 a 49 años y la tasa bruta de natalidad (TBN), la cual indica el número de nacimientos que ocurren al año, en promedio, por cada mil personas.

Cuadro 4.1

- En el departamento de Tacna el nivel de fecundidad esta por debajo del promedio nacional. Mientras para el total del país la tasa global de fecundidad es 2.9 hijos por mujer, en Tacna es 2 hijos por mujer. Según área de residencia, las mujeres del área urbana tienen 2 hijos y en el área rural algo más de dos.
- Las tasas de fecundidad por edad, en promedio, son relativamente altas al comienzo de la vida reproductiva pero alcanzan su mayor nivel en el grupo de 25-29 años de edad y descienden a partir de los 30 años.
- La tasa de fecundidad por edad más alta en el área rural y urbana la tienen las mujeres de 25-29 años (125 nacimientos por mil y 111 nacimientos por mil respectivamente).
- La tasa de fecundidad general (TFG) en el departamento de Tacna llega a 70 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad. En el área rural la tasa

Cuadro 4.1 Niveles de fecundidad

Tasas específicas por edad, tasas acumuladas de fecundidad y tasa bruta de natalidad para los tres años que precedieron la encuesta, por área de residencia, Tacna 2000

Grupo de edad e indicador	Área de Residencia		Total
	Urbana	Rural	
Edad			
15-19	52	99	56,0
20-24	81	69	80,0
25-29	111	125	113,0
30-34	82	44	77,0
35-39	65	83	68,0
40-44	7	0	6,0
Indicador			
Tasa global de fecundidad ^{1/}	2,0	2,1	2,0
Tasa general de fecundidad ^{2/}	69	78	70
Tasa bruta de natalidad ^{3/}	18,4	15,6	18,0

¹ La tasa global está expresada en nacimientos por mujer

² La tasa de fecundidad general (nacimientos divididos por número de mujeres de 15-49) está expresada en nacimientos por 1,000 mujeres.

³ La tasa bruta de natalidad está expresada en nacimientos por 1,000 habitantes.

llega a 78 nacimientos por mil, en comparación a 69 nacimientos por mil del área urbana.

- La tasa bruta de natalidad (TBN) es de 18.0 nacimientos por cada mil habitantes, presentando un nivel más bajo en el área rural (15.6 por mil) que en el área urbana (18.4 por mil)

Los diferenciales en la tasa global de fecundidad, la paridez completa (promedio de nacidos vivos en mujeres de 40 a 49 años) y el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años embarazadas, se presentan en el cuadro 4.2, por lugar de residencia y nivel de educación.

Cuadro 4.2

Fecundidad por características demográficas

- El nivel de fecundidad presenta diferencias según el nivel educativo de la mujer y el área de residencia.
- La diferencia existente entre el área urbana y rural, se manifiesta también en el porcentaje de mujeres actualmente embarazadas: en el área urbana, 3 por ciento de mujeres en edad fértil estaban embarazadas al momento de la encuesta frente a 6 por ciento del área rural.
- En las cifras mostradas en el cuadro 4.2, se evidencia que la fecundidad y la educación tienen una relación inversa, la TGF de las mujeres con educación primaria (2.7 hijos por mujer) es mayor que la tasa de fecundidad de las mujeres

con educación superior (2.0 hijos por mujer).

- De modo similar, al observar el número medio de hijos de las mujeres de 40 a 49 años de edad, que indica la fecundidad al término de la vida reproductiva, se aprecia una diferencia entre los grupos extremos de educación.

El cuadro 4.3 muestra las tasas de fecundidad por edad para varios quinquenios anteriores a la encuesta, lo que permite apreciar si ha habido cambios en los niveles de fecundidad a través del tiempo. Algunas tasas no reflejan la experiencia de todas las mujeres en ciertos grupos de edades en los quinquenios señalados. Para observar la experiencia completa del grupo de 45 a 49 años en los cinco años anteriores a la encuesta, por ejemplo, hubiese sido necesario entrevistar a mujeres de 50 a 54 años en ENDES 2000.

Cuadro 4.2 Fecundidad y paridez según lugar de residencia y educación

Tasa global de fecundidad, porcentaje de mujeres embarazadas y número promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 40-49 años, según lugar de residencia y nivel de educación, Tacna 2000

Características	Tasa global de fecundidad 15-49	Número promedio de nacidos vivos de mujeres 40-49	Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas 15-49
Área de residencia			
Urbana	2,0	3,5	2,5
Rural	2,1	4,6	5,9
Nivel de educación			
Sin educación	0,8	5,9	0,0
Primaria	2,7	4,2	4,2
Secundaria	2,1	3,2	2,9
Superior	2,0	2,5	2,2
Total	2,0	3,6	2,9

Cuadro 4.3

- En el departamento de Tacna, al comparar los quinquenios anteriores a la Encuesta (0-4 y 10-14 años) se observa que la mayor disminución de la fecundidad ocurrió en las mujeres de 20-24 y 30-34 años, grupos en los que el número de nacimientos ha disminuido en 52 y 38 por ciento respectivamente.
- En cambio en las mujeres de 15 a 19 años el número de nacimientos por cada 1000 mujeres se ha incrementado (6 por ciento).

Cuadro 4.3 Fecundidad por edad para varios quinquenios anteriores a la encuesta

Tasas específicas de fecundidad para períodos quinquenales que precedieron la encuesta, por edad de la madre, Tacna 2000

Edad de la madre ¹	Años antes de la encuesta			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	58	65	55	82
20-24	87	161	181	191
25-29	121	134	153	197
30-34	82	117	132	171
35-39	59	48	80	-
40-44	4	34	-	-

¹ Tasa de fecundidad por mil mujeres

- : No aplicable

4.2 FECUNDIDAD ACUMULADA

En esta sección se examina el número promedio de hijos tenidos por mujer, indicador frecuentemente usado en el análisis del comportamiento reproductivo de una población. En las mujeres de mayor edad, este promedio indica la fecundidad acumulada en los últimos 20 a 25 años, así también como la descendencia completa promedio.

El cuadro 4.4 contiene la distribución porcentual de todas las mujeres en edad fértil y de aquellas actualmente en unión, por el número de hijos tenidos según la edad actual. Para entender mejor la evolución de la fecundidad acumulada se presta mayor atención a la información de las mujeres que actualmente viven en unión conyugal.

Cuadro 4.4

Hijos nacidos vivos y sobrevivientes

- El total de mujeres entrevistadas de 15 a 49 años del departamento de Tacna, tiene un promedio de 1.7 hijos nacidos vivos y las mujeres actualmente unidas 2.7.
- La proporción de mujeres sin hijos disminuye conforme avanza la edad. De igual modo el promedio de hijos nacidos vivos aumenta con la edad de la mujer.
- Si se compara el número medio de hijos de las mujeres en unión y el del total de mujeres, se aprecia que en todos los grupos de edad es mayor el correspondiente a las mujeres unidas, evidenciando el impacto de la nupcialidad, a pesar que se trata de un departamento de baja fecundidad.

Cuadro 4.4 Número de nacidos vivos y sobrevivientes de las mujeres entrevistadas, según edad

Distribución porcentual de todas las mujeres y las mujeres en unión, por número de hijos nacidos vivos y promedio de hijos nacidos vivos y sobrevivientes, según edad, Tacna 2000

Edad	Número de hijos nacidos vivos											Total	Número de mujeres	Promedio de nacidos vivos	Promedio de hijos vivos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+					
TODAS LAS MUJERES																
15-19	93,0	5,3	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	187	0,1	0,1	
20-24	60,0	30,3	8,5	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	165	0,5	0,5	
25-29	30,2	33,3	27,7	6,3	1,3	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0	159	1,2	1,2	
30-34	8,3	22,7	37,9	20,5	5,3	3,8	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	100,0	132	2,1	2,0	
35-39	6,8	12,0	32,5	25,6	11,1	5,1	2,6	2,6	0,9	0,9	0,0	100,0	117	2,7	2,6	
40-44	7,4	5,6	19,4	24,1	20,4	12,0	5,6	1,9	2,8	0,9	0,0	100,0	108	3,4	3,1	
45-49	2,4	6,1	20,7	18,3	22,0	11,0	6,1	6,1	2,4	1,2	3,7	100,0	82	4,0	3,6	
Total	36,8	17,7	19,7	11,6	6,5	3,6	1,6	1,3	0,6	0,3	0,3	100,0	951	1,7	1,6	
MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS																
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11	1,0	0,9	
20-24	7,5	67,9	20,8	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	53	1,2	1,2	
25-29	7,9	37,6	41,6	9,9	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	100,0	101	1,7	1,6	
30-34	2,1	19,6	42,3	24,7	6,2	3,1	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	100,0	97	2,3	2,2	
35-39	2,1	8,2	36,1	27,8	13,4	6,2	2,1	2,1	1,0	1,0	0,0	100,0	97	2,9	2,8	
40-44	1,2	2,3	18,6	26,7	22,1	15,1	7,0	2,3	3,5	1,2	0,0	100,0	86	3,8	3,5	
45-49	0,0	4,7	17,2	21,9	21,9	14,1	4,7	7,8	1,6	1,6	4,7	100,0	64	4,2	3,8	
Total	3,7	22,2	31,0	19,6	10,4	6,3	2,4	2,2	1,0	0,6	0,6	100,0	510	2,7	2,5	

*: Menos de 20 casos

4.3 INTERVALO ENTRE NACIMIENTOS

Otro aspecto relacionado con los niveles y tendencias en la fecundidad tiene que ver con el tiempo transcurrido entre los nacimientos (espaciamento de los hijos). La ocurrencia en la población de intervalos intergenésicos de mayor duración no sólo puede significar menor número de promedio de hijos, sino también cambios en la distribución de este número a lo largo del periodo reproductivo. El cuadro 4.5 contiene la distribución de nacimientos para los cinco años anteriores a la ENDES 2000 por intervalo desde el nacido vivo previo según algunas características de las madres.

Cuadro 4.5

Distribución de los nacimientos para los 5 años anteriores a la ENDES 2000

- El intervalo intergenésico más frecuente con el que han ocurrido los nacimientos en los últimos cinco años en el departamento de Tacna, es de 48 meses a más (53%). La mediana del intervalo, es decir, el valor por debajo del cual ha ocurrido el 50 por ciento de los nacimientos es 51 meses, la misma que aumenta con la edad y con el nivel de educación.

Cuadro 4.5 Intervalos entre nacimientos

Distribución porcentual de los nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta por número de meses desde el nacimiento anterior, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Número de meses desde el nacimiento anterior					Total	Mediana del intervalo	Número de nacimientos
	7-17	18-23	24-35	36-47	48 +			
Edad								
15-19	*	*	*	*	*	*	*	3
20-29	4,3	11,4	35,7	11,4	37,1	100,0	34,7	70
30-39	2,3	0,0	25,6	10,5	61,6	100,0	58,0	86
40 +	*	*	*	*	*	*	*	15
Orden de nacimiento								
2-3	3,6	5,8	22,5	11,6	56,5	100,0	55,0	138
4-6	6,2	0,0	46,9	6,2	40,6	100,0	35,0	32
7 +	*	*	*	*	*	*	*	4
Sexo del nacimiento anterior								
Hombre	5,6	5,6	24,7	7,9	56,2	100,0	53,5	89
Mujer	2,4	3,5	31,8	12,9	49,4	100,0	47,5	85
Sobrevivencia del nacimiento								
Anterior todavía vivo	4,1	4,7	27,8	10,1	53,3	100,0	50,7	169
Murió	*	*	*	*	*	*	*	5
Area de residencia								
Urbana	4,2	3,5	27,1	11,8	53,5	100,0	51,0	144
Rural	3,3	10,0	33,3	3,3	50,0	100,0	39,0	30
Nivel de educación								
Primaria	1,8	7,0	36,8	3,5	50,9	100,0	49,5	57
Secundaria	5,1	5,1	22,8	13,9	53,2	100,0	49,5	79
Superior	5,4	0,0	24,3	13,5	56,8	100,0	55,3	37
Total	4,0	4,6	28,2	10,3	52,9	100,0	50,5	174

* Menos de 20 casos

Excluyen los nacimientos de primer orden.

4.4 EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO

La edad de la mujer cuando comienza su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población. En el cuadro 4.6 se presenta, para cada grupo de edad, el porcentaje de mujeres núlparas y la proporción de mujeres a diferentes edades al tener el primer hijo. De esta distribución se puede calcular la mediana al primer nacimiento. Este indicador se presenta en el cuadro 4.7 para mostrar las diferencias en el inicio de la procreación para distintos subgrupos poblacionales, según lugar de residencia y nivel de educación.

Cuadro 4.6

Edad al primer nacimiento

- En el departamento de Tacna, la mediana al nacimiento del primer hijo ha cambiado ligeramente en los últimos 25 años, pasando de 20.6 en las mujeres de 45 a 49 años a 22.5 años en las de 25 a 29 años de edad. En este departamento las mujeres empiezan a tener hijos a edades similares que en el total del país. La mediana de edad al primer nacimiento está en torno a los 21.9.

- La proporción de mujeres menores de 30 años, que tuvieron a su primer hijo antes de los 18 años de edad, es menor que las cohortes de más edad (10 % en las de 25 a 29 y 20% en las de 45 a 49 años de edad).
- Por otro lado el 4 por ciento de las mujeres adolescentes (15-19 años) de Tacna ha

sido madre por primera vez antes de los 18 años, porcentaje que es el más bajo registrado en comparación al resto de mujeres que fueron madres a esa edad, de lo cual se podría inferir que hay un mejor manejo de la fecundidad en las actuales adolescentes.

Cuadro 4.6 Edad al primer nacimiento

Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por edad al primer nacimiento, según edad actual, Tacna 2000

Edad actual	Mujeres sin hijos	Edad al primer nacimiento						Total	Número de mujeres	Edad mediana al primer nacimiento
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 +			
15-19	93,0	0,0	3,7	3,2	0,0	0,0	0,0	100,0	187	-
20-24	60,0	0,0	6,7	20,0	8,5	4,8	0,0	100,0	165	-
25-29	30,2	0,6	9,4	16,4	20,1	14,5	8,8	100,0	159	22,5
30-34	8,3	0,8	9,1	18,9	20,5	17,4	25,0	100,0	132	22,2
35-39	6,8	1,7	9,4	20,5	19,7	20,5	21,4	100,0	117	21,9
40-44	7,4	4,6	11,1	15,7	20,4	18,5	22,2	100,0	108	21,8
45-49	2,4	3,7	15,9	22,0	20,7	19,5	15,9	100,0	82	20,6

- No disponible pues menos del 50 por ciento de las mujeres han tenido un nacimiento antes de la edad inferior del intervalo

Cuadro 4.7

Edad al primer nacimiento por características seleccionadas

- En el departamento de Tacna, la mediana de edad al primer nacimiento entre las mujeres de 25 a 49 años es 21.9 años.
- Las características que muestran diferenciales en la mediana de edad al

primer nacimiento son la educación: a mayor nivel educativo la mediana de edad al primer nacimiento aumenta; 19.3 años para las que no tienen educación y 21.5 para las de educación secundaria. También se observa diferencias entre áreas de residencia urbana en comparación a la rural (22.4 años y 19.7 años, respectivamente).

Cuadro 4.7 Edad mediana al primer nacimiento

Edad mediana al primer nacimiento entre las mujeres de 25-49 años, por edad actual, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Edad actual					Mujeres 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Área de residencia						
Urbana	23,3	22,9	22,5	22,3	20,9	22,4
Rural	19,8	18,9	20,5	19,5	19,5	19,7
Nivel de educación						
Sin educación	-	20,0	25,0	18,0	19,0	19,3
Primaria	20,4	20,0	21,1	19,8	20,3	20,3
Secundaria	21,6	21,9	21,1	22,1	20,8	21,5
Superior	-	26,3	26,0	24,0	24,5	-
Total	22,5	22,2	21,9	21,8	20,6	21,9

Nota: Las medianas para el grupo 20-24 no se calcularon porque menos de la mitad de las mujeres han tenido un hijo antes de cumplir 20 años.

4.5 FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

Para efectos de este informe, se considera como adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años. La conducta reproductiva de las adolescentes es de reconocida importancia, no sólo por las consecuencias de los embarazos no deseados (abortos, frustración, deserción escolar, etc.), sino también por las consecuencias económicas y de salud que ocasiona tanto en la madre como en el niño. Si bien es cierto que los embarazos a temprana edad forman parte de la cultura de algunas regiones y grupos sociales, para la gran mayoría de mujeres no son deseados. Muchos de estos embarazos terminan en aborto, poniendo en peligro la vida de la adolescente, o en el abandono a la madre y al niño por parte del padre.

En el cuadro 4.8 se muestra los porcentajes de mujeres de 15-19 años con al menos un

hijo nacido vivo o que estaba embarazada por primera vez al momento de la encuesta, según características seleccionadas.

Cuadros 4.8 y 4.9

Fecundidad en adolescentes

- En el departamento de Tacna, el 7 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres y 1 por ciento esta embarazada con el primer hijo.
- La proporción de adolescentes que son madres o están embarazadas es mayor entre las de 19 años. Asimismo, un 11 por ciento de las adolescentes de 18 años tienen 1 hijo vivo en cambio un 18 por ciento de las de 19 años tienen por lo menos 1 hijo (9% 1 hijo y 9% 2 o más).

Cuadro 4.8 Fecundidad en adolescentes

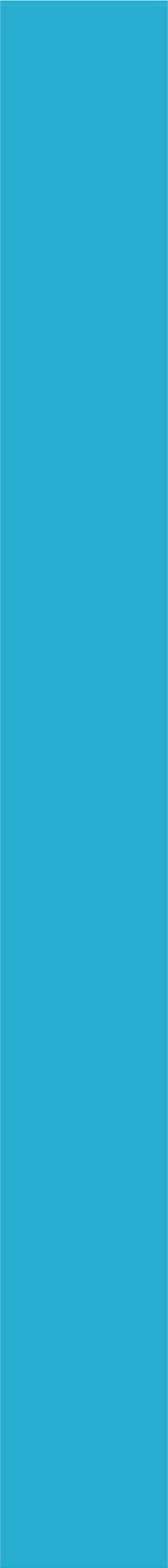
Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Porcentaje de adolescentes		Total alguna vez embarazadas	Número de adolescentes
	Ya son madres	Están embarazadas con el primer hijo		
Edad				
15	0,0	2,3	2,3	43
16	2,7	2,7	5,4	37
17	5,4	0,0	5,4	37
18	10,8	0,0	10,8	37
19	18,2	0,0	18,2	33
Total	7,0	1,1	8,0	187

Cuadro 4.9 Número de hijos en mujeres adolescentes

Distribución porcentual de mujeres adolescentes (15 a 19 años) por número de hijos, según edades simples, Tacna 2000

Edad	Número de hijos			Total	Número promedio de hijos	Número de adolescentes
	0	1	2+			
15	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	43
16	97,3	2,7	0,0	100,0	0,0	37
17	94,6	5,4	0,0	100,0	0,1	37
18	89,1	10,8	0,0	100,0	0,1	37
19	81,8	9,1	9,1	100,0	0,3	33
Total	93,1	5,4	1,6	100,0	0,1	187



***V. PLANIFICACION
FAMILIAR***

U. PLANIFICACION FAMILIAR

El estudio de la prevalencia de la anticoncepción es de particular importancia no sólo porque es el determinante próximo más importante de la fecundidad, sino por la utilización práctica que pueden hacer de esta información los administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud. El adecuado conocimiento del nivel de uso y de la composición de los métodos anticonceptivos empleados permite evaluar también la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente e identificar a los grupos con escaso acceso a los servicios de orientación, comercialización o distribución de métodos de planificación familiar.

En la primera parte de este capítulo se analizan las condiciones previas para el uso de alguna forma de planificación familiar, como el conocimiento de métodos anticonceptivos. En la segunda parte se analiza el uso pasado y actual de métodos, las fuentes de suministro, las razones de abandono y las tasas de discontinuación. Finalmente, se consideran factores del no uso de anticonceptivos, las intenciones futuras de uso y las actitudes hacia la planificación familiar.

5.1 CONOCIMIENTOS DE METODOS

De manera similar que en la ENDES 1991-1992 y la ENDES 1996, la ENDES 2000 incluyó una sección completa sobre conocimiento y uso de métodos de planificación familiar. Para medir el conocimiento se preguntó a la entrevistada sobre qué métodos conocía o había oído hablar para demorar o evitar que la mujer quede embarazada. Por cada método no mencionado se le leyó el nombre, se hizo una breve descripción y se indagó nuevamente si

había oído hablar de él. Cabe precisar que en la encuesta, "conocer" no significa necesariamente que la mujer tenga un buen nivel de información sobre el método; basta con que por lo menos lo conozca de nombre, o tenga una idea de cómo se emplea. Los niveles de conocimiento de métodos específicos de planificación familiar se muestran en el cuadro 5.1. El conocimiento de métodos en general y modernos en particular se detalla en el cuadro 5.2 para las mujeres unidas por características sociodemográficas seleccionadas.

Cuadro 5.1

Conocimiento de métodos anticonceptivos por nivel de experiencia de las mujeres actualmente unidas y no unidas

- El conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción, en el departamento de Tacna, es muy amplio, casi todas las mujeres en edades fértiles conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo; incluso tratándose de los métodos modernos, la proporción de mujeres que los conoce es similar en el total de entrevistadas y las actualmente unidas.
- Las mujeres no unidas sexualmente activas tienen un elevado nivel de conocimiento de todos los métodos anticonceptivos como en el caso de métodos modernos.
- Las mujeres no unidas sexualmente inactivas y las mujeres sin experiencia sexual, conocen de métodos anticonceptivos en menores proporciones que los grupos anteriormente mencionados.

- El promedio de métodos anticonceptivos conocidos es 9.5 métodos, para todas las mujeres, 9.8 para las unidas y 10.1 para las no unidas sexualmente activas. Las mujeres sin experiencia sexual conocen en promedio 8.8 métodos.
- Los métodos modernos más conocidos por el total de las mujeres entrevistadas en el departamento de Tacna son la píldora (99%), el condón masculino y el dispositivo intrauterino (98% para ambos casos), el inyectable (97%) y la esterilización femenina (96%).
- El método menos conocido es el MELA en todas las subpoblaciones consideradas en el cuadro, seguido del NORPLANT y la espuma o jalea. Entre los métodos tradicionales el menos conocido es el retiro, especialmente por las mujeres sin experiencia sexual.

Cuadro 5.1 Conocimiento de métodos específicos en las mujeres entrevistadas

Porcentaje de mujeres que conocen algún método anticonceptivo, por nivel de exposición, según métodos específicos, Tacna 2000

Método anticonceptivo	Nivel de exposición				
	Todas la mujeres	Mujeres actualmente unidas	Mujeres no unidas		
			Sexualmente activas ¹	No activas sexualmente	Sin experiencia sexual ²
Cualquier método	99,6	100,0	100,0	99,3	98,8
Cualquier método moderno	99,6	100,0	100,0	99,3	98,8
Modernos					
Píldora	98,5	98,2	97,6	99,3	98,8
DIU	97,8	99,8	97,6	96,6	94,5
Inyección	96,8	99,6	100,0	96,6	90,9
Espuma/ jalea	73,4	75,6	81,0	71,2	68,8
Condón masculino	97,8	98,2	100,0	96,6	97,2
Esterilización femenina	95,7	97,4	97,6	95,9	91,7
Esterilización masculina	89,1	90,0	92,9	88,4	87,0
Norplant	66,3	68,0	78,6	65,1	61,7
Amenorrea por lactancia (MELA)	55,5	62,7	57,1	54,8	41,1
Tradicionales	93,6	95,1	97,6	92,5	90,5
Abstinencia periódica	91,7	93,1	95,2	89,7	89,3
Retiro	71,5	76,2	97,6	78,8	53,4
Folclóricos	17,5	22,2	19,0	12,3	10,7
Tradicional y folclórico	94,0	95,5	97,6	93,2	90,9
Promedio de métodos conocidos	9,5	9,8	10,1	9,5	8,8
Número de mujeres	951	510	42	146	253

¹ Mujeres no en unión que han tenido relaciones en los 30 días que precedieron la encuesta

² Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales

Cuadro 5.2

Conocimiento de métodos por características sociodemográficas de las mujeres actualmente unidas

- Todas las mujeres actualmente unidas, independientemente de su edad, nivel de educación o lugar de residencia, conoce o ha oído hablar de algún método anticonceptivo.

Cuadro 5.2 Conocimiento de métodos en las mujeres en unión, por características seleccionadas

Porcentaje de mujeres en unión que conoce algún método y porcentaje que conoce por lo menos un método moderno, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Conoce algún método	Conoce métodos modernos ¹	Número de mujeres
Edad			
15-19	*	*	11
20-24	100,0	100,0	53
25-29	100,0	100,0	101
30-34	100,0	100,0	97
35-39	100,0	100,0	97
40-44	100,0	100,0	86
45-49	100,0	100,0	64
Área de residencia			
Urbana	100,0	100,0	425
Rural	100,0	100,0	85
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	16
Primaria	100,0	100,0	147
Secundaria	100,0	100,0	244
Superior	100,0	100,0	102
Total	100,0	100,0	510

*: Menos de 20 casos.

5.2 USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

La información que se presenta a continuación permitirá conocer el uso anterior y actual de métodos anticonceptivos con el objeto de evaluar la práctica pasada y actual. A todas las mujeres que declararon conocer algún método se les preguntó si lo habían usado alguna vez.

El uso pasado

Los resultados por grupos de edad y por método se presentan en el cuadro 5.3, para todas las mujeres en el panel superior y para las mujeres actualmente unidas en el segundo panel.

Cuadro 5.3

- En el departamento de Tacna alrededor de 7 de cada 10 mujeres en edades fértiles

ha usado alguna vez métodos anticonceptivos (69%). La proporción que ha usado alguno moderno es 59 por ciento y entre ellos predomina la inyección (34%). En cambio, el uso de métodos tradicionales en el pasado, por esta población es menor (50%) y se trata especialmente de la abstinencia periódica o ritmo (46%).

- En la población de las mujeres actualmente unidas entrevistadas en el departamento, una gran proporción ha usado algún método anticonceptivo alguna vez (98%). Cualquier método moderno ha sido usado por el 87 por ciento de este grupo de mujeres y los métodos tradicionales por el 70 por ciento.
- El método moderno con mayor porcentaje de uso alguna vez por las actualmente unidas es el inyectable (52%) y de los métodos tradicionales, el más utilizado ha sido el ritmo o abstinencia periódica (60%).

Cuadro 5.3 Uso alguna vez de métodos anticonceptivos específicos entre las mujeres entrevistadas

Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por método usado alguna vez, según edad y nivel de exposición, Tacna 2000

Edad	Cualquier método	Métodos modernos									Tradicionales y folclóricos				Número de mujeres	
		Total métodos modernos	Píldora	DIU	Inyección	Espuma jalea	Condón masculino	Esterilización femenina	Esterilización masculina	MELA	Cualquier método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro	Otro		Cualquier método tradicional o folclórico
Todas las Mujeres																
Edad																
15-19	14,4	11,8	2,1	0,5	4,3	0,0	8,6	0,0	0,5	0,0	11,2	11,2	4,8	0,5	11,2	187
20-24	55,8	48,5	15,8	10,3	32,7	4,8	26,7	0,0	0,0	0,0	40,0	30,5	24,2	3,6	40,6	165
25-29	80,5	69,2	30,8	27,0	45,3	11,3	38,4	1,3	0,0	1,9	61,0	51,6	25,2	3,8	61,0	159
30-34	93,9	86,4	34,1	40,2	49,2	22,7	52,3	9,1	0,8	2,3	70,5	59,1	40,2	4,5	70,5	132
35-39	91,5	80,3	42,7	43,6	47,9	18,8	40,2	12,8	2,6	1,7	66,7	55,6	37,6	5,1	68,4	117
40-44	89,8	78,7	38,0	41,7	38,0	16,7	33,3	21,3	0,9	0,9	63,0	56,5	26,9	11,1	66,7	108
45-49	93,9	70,7	32,9	34,1	29,3	24,4	22,0	15,9	0,0	0,0	64,6	61,0	29,3	13,4	72,0	82
Total	68,6	59,3	25,5	25,1	33,7	12,2	30,6	6,8	0,6	0,9	50,1	46,1	25,2	5,1	51,5	951
Mujeres actualmente unidas																
Edad																
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
20-24	98,1	92,5	37,7	26,4	64,2	3,8	41,5	0,0	0,0	0,0	58,5	45,3	37,7	7,5	60,4	53
25-29	98,0	85,1	42,6	37,6	60,4	14,9	44,6	2,0	0,0	3,0	71,3	59,4	28,7	4,0	71,3	101
30-34	100,0	91,8	38,1	42,3	57,7	23,7	54,6	11,3	1,0	3,1	78,4	66,0	44,3	6,2	78,4	97
35-39	96,9	88,7	46,4	48,5	53,6	20,6	45,4	14,4	3,1	1,0	68,0	55,7	41,2	6,2	70,1	97
40-44	96,5	88,4	45,3	47,7	43,0	18,6	37,2	25,6	0,0	1,2	67,4	60,5	27,9	14,0	72,1	86
45-49	98,4	73,4	34,4	37,5	28,1	25,0	26,6	15,6	0,0	0,0	70,3	65,6	31,3	12,5	78,1	64
Total	98,0	86,6	40,9	40,5	51,7	18,1	42,6	11,6	0,8	1,6	69,9	59,7	35,4	8,1	72,3	510

*: Menos de 20 casos.

Prevalencia Actual del Uso de Métodos

A todas las mujeres que habían usado métodos y que no estaban embarazadas en el momento de la entrevista se les preguntó si ellas o el esposo o compañero estaban usando en la actualidad algún método para evitar un embarazo. A partir de esta información se puede evaluar el uso actual de métodos anticonceptivos. La prevalencia del uso de anticonceptivos según la edad de la mujer se presenta en el cuadro 5.4 para el total de entrevistadas (panel superior) y para las mujeres en unión legal o consensual en el momento de la entrevista (segundo panel).

Cuadro 5.4

Uso actual de métodos anticonceptivos

- En el departamento de Tacna el uso de anticonceptivos se mantiene alto desde las cifras registradas en la ENDES 1996. Este departamento registra los mayores niveles de uso actual de métodos anticonceptivos

con relación al resto de departamentos. El uso actual de cualquier método anticonceptivo por las mujeres actualmente unidas alcanza a 79% y en el uso de algún método moderno, es el cuarto departamento que tiene mayor porcentaje de usuarias (60%). Lo contrario sucede con el uso de cualquier método tradicional, Tacna es uno de los departamentos que menor cifra porcentual registra (19%), en igual proporción que el departamento de Cusco (19%) seguido por Amazonas (20%).

- Tanto en el uso actual de cualquier método anticonceptivo como en el uso de alguno moderno, las mujeres unidas registran mayores proporciones que las del total de mujeres entrevistadas.
- El inyectable es el método moderno preferido por 13 por ciento del total de mujeres y 21 por ciento de las actualmente unidas. Entre los métodos tradicionales, el preferido es la abstinencia periódica por

10 por ciento del total de mujeres y 17 de las actualmente unidas.

- Según la edad de la mujer, el uso actual de métodos se concentra en las de 30 a 34 años: 70 por ciento del total de mujeres entrevistadas y el 88 por ciento de las actualmente unidas usa algún método.
- Tanto en la población total de mujeres en edades fértiles como en las actualmente unidas, las menores proporciones de uso de anticonceptivos corresponden a los grupos extremos de edades: 15 a 19 y 45 a 49 años.
- Con relación al inyectable, método moderno usado en mayor proporción, las mujeres de 30 a 34 años presenta la mayor concentración porcentual, tanto en el total de mujeres como en las unidas (19% y 25% respectivamente).
- En el uso de métodos tradicionales, el más alto porcentaje se concentra en la abstinencia periódica, sobre todo entre las mujeres de 40 a 44 años (19% por ciento en el total de mujeres y 24% en las actualmente unidas).

Cuadro 5.4 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas

Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por método usado actualmente, según edad y nivel de exposición, Tacna 2000

Edad	Cualquier método	Métodos modernos									Tradicionales y folclóricos				No usa actualmente	Total	Número de mujeres
		Total métodos modernos	Píldora	DIU	Inyección	Espuma jalea	Condón masculino	Esterilización femenina	Esterilización masculina	MELA	Cualquier método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro	Método folclórico			
Todas las mujeres																	
Edad																	
15-19	8,6	5,3	0,0	0,5	2,1	0,0	2,1	0,0	0,5	0,0	3,2	2,1	1,1	0,0	91,4	100,0	187
20-24	37,0	32,7	4,2	6,1	18,8	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	4,2	3,0	1,2	0,0	63,0	100,0	165
25-29	62,3	45,3	8,8	7,5	20,8	0,6	6,3	1,3	0,0	0,0	17,0	14,5	2,5	0,0	37,7	100,0	159
30-34	69,7	55,3	6,1	12,9	18,9	0,8	5,3	9,1	0,8	0,8	14,4	13,6	0,8	0,0	30,3	100,0	132
35-39	66,7	54,7	1,7	14,5	14,5	0,9	6,8	12,8	2,6	0,0	11,1	10,3	0,9	0,9	33,3	100,0	117
40-44	69,4	47,2	0,0	10,2	9,3	0,0	5,6	21,3	0,9	0,0	22,2	19,4	2,8	0,0	30,6	100,0	108
45-49	48,8	31,7	1,2	3,7	3,7	1,2	6,1	15,9	0,0	0,0	14,6	13,4	1,2	2,4	51,2	100,0	82
Total	48,5	36,8	3,4	7,5	12,9	0,4	4,8	6,8	0,6	0,1	11,4	9,9	1,5	0,3	51,5	100,0	951
Mujeres actualmente unidas																	
Edad																	
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	11
20-24	83,0	73,6	13,2	17,0	39,6	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	9,4	7,5	1,9	0,0	17,0	100,0	53
25-29	84,2	64,4	13,9	9,9	31,7	1,0	5,9	2,0	0,0	0,0	19,8	17,8	2,0	0,0	15,8	100,0	101
30-34	87,6	68,0	7,2	15,5	24,7	0,0	6,2	11,3	1,0	1,0	19,6	18,6	1,0	0,0	12,4	100,0	97
35-39	76,3	61,9	1,0	16,5	17,5	1,0	7,2	14,4	3,1	0,0	13,4	12,4	1,0	1,0	23,7	100,0	97
40-44	84,9	57,0	0,0	12,8	11,6	0,0	7,0	25,6	0,0	0,0	27,9	24,4	3,5	0,0	15,1	100,0	86
45-49	56,3	35,9	1,6	4,7	4,7	1,6	7,8	15,6	0,0	0,0	17,2	15,6	1,6	3,1	43,8	100,0	64
Total	79,4	60,1	5,9	12,8	21,4	0,6	6,5	11,6	0,8	0,2	18,7	16,7	2,0	0,6	20,6	100,0	510

*: Menos de 20 casos.

Diferenciales en los Niveles de Uso Actual

El cuadro 5.5 detalla los niveles de uso de métodos entre las mujeres en unión según ciertas características seleccionadas, incluyendo ciertos

indicadores del estatus de la mujer. En los párrafos que siguen debe tenerse en cuenta que se trata solamente de mujeres casadas o unidas en el momento de la entrevista, a quienes se esta llamando actualmente unidas.

Cuadro 5.5

Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas según características seleccionadas

- Los mayores niveles en el uso de métodos anticonceptivos en el departamento de Tacna se registran entre las residentes del área urbana, en mujeres que tienen educación secundaria o más y las que tienen dos hijos sobrevivientes.
- El uso de algún método anticonceptivo por las mujeres actualmente unidas residentes en el área urbana supera en 8 puntos porcentuales al de las residentes en el área rural.
- Los métodos específicos más usados en el área urbana son: el inyectable (19%), la abstinencia periódica (17%), el DIU (14%) y la esterilización femenina (13%). Los métodos más usados en el área rural, son: el inyectable (32%) y la abstinencia periódica (17%). Los métodos que en menor proporción usan las mujeres unidas residentes tanto en el área urbana como en la rural, son el Norplant, la espuma o jalea y esterilización masculina.
- El uso de métodos anticonceptivos está relacionado, también, al nivel educativo. En el departamento de Tacna, 87 por ciento de las mujeres con nivel de educación secundaria usa algún método, frente al 69 por ciento de las que tienen nivel educativo primario.
- Llama la atención que el porcentaje de usuarias de la abstinencia periódica sea casi igual entre las mujeres de todos los niveles educativos.
- Según el número de hijos vivos, el mayor porcentaje de las usuarias de algún método se registra entre las que tienen 2 hijos (87%), seguido por las que tienen 3 hijos (81%). Más de tres cuartos de las mujeres unidas con un hijo esta usando algún método anticonceptivo (77%).

Cuadro 5.5 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres en unión

Distribución porcentual de las mujeres en unión por método usado actualmente, según características seleccionadas e indicadores de estatus de la mujer, Tacna 2000

Características	Cualquier método	Métodos modernos									Tradicionales y folclóricos				No usa actualmente	Total	Número de mujeres
		Total métodos modernos	Pil-dora	DIU	In-yec-ción	Espu-ma jalea	Condón masculino	Esteri-lización feme-nina	Esteri-lización mascu-lina	MELA	Cual-quier método tradi-cional	Absti-nencia perió-dica	Retiro	Método folcló-rico			
Área de residencia																	
Urbana	80,7	61,8	6,4	13,9	19,3	0,7	7,1	12,7	0,9	0,2	18,4	16,7	1,7	0,5	19,3	100,0	425
Rural	72,9	51,8	3,5	7,1	31,8	0,0	3,5	5,9	0,0	0,0	20,0	16,5	3,5	1,2	27,1	100,0	85
Nivel de educación																	
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	16
Primaria	69,4	48,3	4,1	6,8	21,1	0,0	4,1	10,2	0,7	0,7	19,7	17,7	2,0	1,4	30,6	100,0	147
Secundaria	86,9	67,6	6,6	13,5	24,6	0,8	7,8	12,7	1,2	0,0	18,9	16,4	2,5	0,4	13,1	100,0	244
Superior	79,4	62,7	6,9	21,6	14,7	1,0	6,9	11,8	0,0	0,0	16,7	16,7	0,0	0,0	20,6	100,0	102
Número de hijos vivos																	
Ninguno	(52,4)	(33,3)	(9,5)	(4,8)	(4,8)	(4,8)	(9,5)	0,0	0,0	0,0	(19,0)	(19,0)	0,0	0,0	(47,6)	100,0	21
1 hijo	77,4	60,0	6,1	19,1	27,0	0,0	7,0	0,9	0,0	0,0	17,4	13,9	3,5	0,0	22,6	100,0	115
2 hijos	87,4	64,7	9,6	14,4	25,7	0,0	7,2	6,0	1,2	0,0	22,8	22,8	0,0	0,0	12,6	100,0	167
3 hijos	81,3	63,6	1,9	12,1	17,8	0,0	3,7	26,2	0,9	0,9	15,0	13,1	1,9	2,8	18,7	100,0	107
4+ hijos	71,7	54,5	3,0	5,1	15,2	2,0	7,1	20,2	1,0	0,0	17,2	13,1	4,0	0,0	28,3	100,0	99
Total	79,4	60,1	5,9	12,8	21,4	0,6	6,5	11,6	0,8	0,2	18,7	16,7	2,0	0,6	20,6	100,0	510

*: Menos de 20 casos.

(): Entre 20 a 24 casos.

Número de Hijos al Iniciar el Uso de Anticonceptivos

El análisis de la relación entre el número de hijos vivos que tenían las mujeres cuando usaron por primera vez un método para distintas cohortes (cuadro 5.6) permite conocer cuán temprano en la vida reproductiva de las mujeres se adopta la planificación familiar. Al analizar esta información debe recordarse que para las cohortes jóvenes el proceso todavía no ha concluido.

Cuadro 5.6

Número de hijos al iniciar el uso de anticonceptivos

- En el departamento de Tacna, el 97 por ciento de mujeres alguna vez unidas usa algún método, pero el mayor porcentaje de mujeres empezó a usarlos después de tener su primer hijo (41%) y un 26 por ciento empezó a usar un método antes de su primer hijo. El 45 por ciento de las mujeres

Cuadro 5.6 Número de hijos al usar métodos por primera vez

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por número de hijos sobrevivientes al usar anticoncepción por primera vez, según edad actual, Tacna 2000

Edad actual	Nunca ha usado métodos	Número de hijos al usar por primera vez					Total	Número de mujeres
		0	1	2	3	4+		
15-19	*	*	*	*	*	*	100,0	12
20-24	1,5	44,6	44,6	9,2	0,0	0,0	100,0	65
25-29	2,6	33,3	44,7	14,9	3,5	0,9	100,0	114
30-34	2,5	31,7	37,5	17,5	8,3	2,5	100,0	120
35-39	3,6	22,7	43,6	14,5	8,2	7,3	100,0	110
40-44	5,0	12,9	39,6	19,8	7,9	14,9	100,0	101
45-49	2,5	7,6	38,0	19,0	13,9	19,0	100,0	79
Total	3,0	26,3	40,8	16,0	7,0	7,0	100,0	602

*: Menos de 20 casos.

de 20 a 24 años empezó a usar un método antes de tener un hijo y en igual proporción después de tener 1 hijo.

Conocimiento del Período Fértil

El conocimiento que tenga la mujer sobre la fisiología reproductiva provee una herramienta básica para el éxito en el uso de los llamados métodos naturales (ritmo y MELA). En el departamento de Tacna, este conocimiento es importante porque el ritmo es un método utilizado por el 17 por ciento de mujeres unidas. Para evaluar este conocimiento, en la ENDES 2000 se preguntó a todas las mujeres en que momento del ciclo menstrual creían que existe mayor riesgo de quedar embarazadas.

Cuadro 5.7

- El 73 por ciento de las mujeres usuarias del ritmo o abstinencia periódica conoce que los días centrales o de la mitad de ciclo menstrual son los días de mayor riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada.
- El 23 por ciento de usuarias tiene un conocimiento inadecuado y el 4 por ciento no sabe nada sobre el particular y, como tal, están utilizando el método del ritmo en forma incorrecta, dando lugar a que algunas de ellas queden embarazadas sin quererlo.

Cuadro 5.7 Conocimiento del período fértil

Distribución porcentual de las mujeres usuarias y no usuarias de abstinencia periódica por conocimiento del período fértil durante el ciclo ovulatorio, Tacna 2000

Percepción del período fértil	Abstinencia periódica		
	Son usuarias actualmente	No son usuarias actuales	Todas las mujeres
Justo antes de la menstruación	4,3	2,2	2,4
Durante la menstruación	0,0	3,7	3,4
Justo después de la menstruación	8,5	13,4	12,9
En la mitad del ciclo	73,4	43,5	46,4
En cualquier momento	0,0	6,2	5,6
Otra	9,6	8,3	8,4
No sabe	4,3	22,7	20,8
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	94	857	951

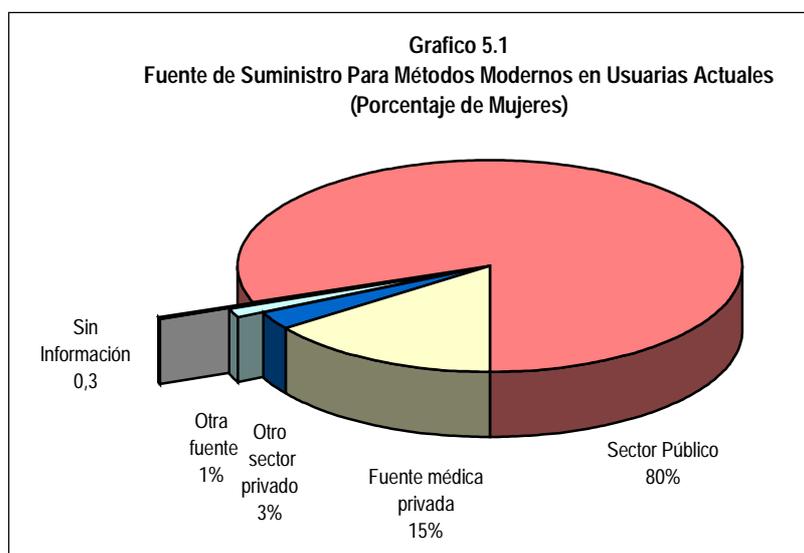
Fuente de Suministro de Métodos Modernos

Para evaluar adecuadamente el grado de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos, es importante conocer los lugares y medios por los que las usuarias los han conseguido. Los resultados para las principales fuentes de abastecimiento de métodos modernos se presentan en el gráfico 5.1. A las usuarias de estos métodos se les preguntó si recibieron cierta información específica cuando se les prescribió

el método: que la esterilización es irreversible, sobre los efectos secundarios del método y si fueron informadas sobre otros métodos alternativos que podían usar. Los resultados de estas preguntas se presentan en el cuadro 5.8.

Gráfico 5.1

- Al igual que para el total del país, en el departamento de Tacna la principal fuente de suministro de métodos anticonceptivos modernos es el sector público (80%). Así,



la gran mayoría de usuarias de algún método moderno se provee de anticonceptivos en ese sector, principalmente en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA). El porcentaje de mujeres que acude al sector privado para proveerse de métodos es mínimo (15 por ciento).

Cuadro 5.8

- La información sobre los efectos secundarios del método prescrito y que hacer si los experimenta, así como la información sobre otros métodos que pudieran ser alternativos, es importante para que las usuarias de anticonceptivos elijan el método que ellas consideren conveniente de acuerdo a sus características.
- En el departamento de Tacna, el 83 por ciento de usuarias de métodos modernos manifiesta haber recibido información sobre los efectos secundarios del método que usa, 81 por ciento recibió información de lo que tendría que hacer si experimenta tales efectos y 92 por ciento recibió información sobre otros métodos. Cabe resaltar, que un importante 95 por ciento de las que han sido esterilizadas manifiesta que ha sido informada sobre la permanencia del método (método definitivo).
- Quienes manifiestan haber recibido información sobre los efectos secundarios en mayor proporción son las usuarias de píldora (87%), sin embargo, menor porcentaje de las usuarias de este mismo método manifiesta haber recibido información sobre lo que tiene que hacer si experimenta dichos efectos (85%). A todas las usuarias de la píldora les han informado sobre otros métodos. En cuanto a las usuarias del DIU, 85 por ciento manifiesta haber recibido información sobre los efectos secundarios y 96 por ciento sobre lo que tienen que hacer. A casi todas las usuarias de DIU se les ha informado sobre otros métodos (96%). Siendo el inyectable el método moderno más usado, sólo el 85 por ciento fue informada de los efectos secundarios y el 80 por ciento sobre qué hacer si se presentan estos efectos. Sin embargo a un 91 por ciento de usuarias de inyectables le informaron de otros métodos.
- A pesar de la importancia de los métodos quirúrgicos por ser definitivos, las mujeres que han sido esterilizadas registran el menor porcentaje de las que manifiestan haber recibido información sobre los efectos secundarios (75%) e información sobre otros métodos (82%).
- En mayor porcentaje, las mujeres del área rural que las urbanas, recibieron información sobre los efectos secundarios del método prescrito (88% vs 82%) y que hacer si estos se presentaban; (86% vs 80%).
- La mayor proporción de usuarias informadas sobre los efectos secundarios del método usado se presentan entre las mujeres con educación primaria (87%); con respecto a que hacer si dichos efectos se manifestaban en mayor proporción fueron informadas las usuarias con educación superior (88%).

Cuadro 5.8 Información suministrada durante la prescripción de métodos modernos

Porcentaje de usuarias de métodos modernos que fueron informadas de ciertas características del método prescrito, incluyendo efectos secundarios, que hacer en estos casos y métodos alternativos, por tipo de método y características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Tipo de información suministrada			
	La esterilización es permanente ¹	Sobre los efectos secundarios del método usado ²	Que hacer si hay efectos secundarios ³	Información sobre otros métodos ²
Métodos				
Pildora	-	86,7	84,6	100,0
DIU	-	84,6	88,6	96,2
Inyección	-	84,5	79,6	91,4
Esterilización femenina	95,4	75,0	66,7	82,1
Esterilización masculina	66,7	-	-	-
Otra	-	33,3	100,0	33,3
Area de residencia				
Urbana	92,3	82,3	80,4	91,4
Rural	100,0	87,5	85,7	93,8
Nivel de educación				
Sin educación	100,0	60,0	66,7	60,0
Primaria	100,0	87,2	80,5	93,6
Secundaria	89,5	82,5	78,8	92,9
Superior	92,9	82,7	88,4	90,4
Total	93,0	83,0	81,2	91,7
Número de mujeres	71	230	191	230

¹ Solamente para usuarias de esterilización

² Solamente para usuarias de esterilización, pildora, DIU, inyección, Norplant y vaginales. Solo se incluyen usuarias a partir de Enero de 1995.

³ Solamente para usuarias de esterilización femenina, pildora, DIU, inyección, vaginales, Norplant y a quienes se les informó de efectos secundarios. Sólo se incluyen usuarias a partir de Enero de 1995.

- No aplicable

5.3 DISCONTINUACION DEL USO DE METODOS Y USO FUTURO

Razones de discontinuación de uso de métodos anticonceptivos

El calendario de eventos incluido en la entrevista individual permitió registrar la razón de abandono de los métodos de planificación familiar empleados. Con el fin de conocer las razones que llevaron a las mujeres a suspender el uso de métodos se elaboró el cuadro 5.9. Debe recordarse que la distribución no es de mujeres sino de segmentos de uso.

Cuadro 5.9

- La mayor proporción de discontinuación de los segmentos de uso fue por efectos secundarios (29%), 15 por ciento porque la mujer quedó embarazada mientras usaba el método, similar proporción porque quería método más efectivo y otras razones alcanzan a menores proporciones.
- Las mayores tasas de falla se presentaron con la abstinencia periódica (32%), seguido del condón masculino (26%).

- La discontinuación de los segmentos de uso a causa de los efectos secundarios, le corresponden en mayor porcentaje al inyectable (60%), le siguen la píldora (59%) y el DIU (53%).

Cuadro 5.9 Razones de discontinuación de métodos anticonceptivos

Distribución porcentual de segmentos de uso de métodos anticonceptivos en los cinco años antes de la encuesta, por razón de discontinuación, según método, Tacna 2000

Razón de discontinuación	Píldora	DIU	Inyección	Espuma jalea	Condón masculino	Abstinencia periódica	Retiro	MELA	Otra	Todos los métodos
Quedó embarazada mientras lo usaba	4,5	2,0	0,7	(0,0)	25,9	31,5	18,2	*	*	14,6
Quería quedar embarazada	10,9	11,0	5,3	(4,8)	12,1	14,0	18,2	*	*	10,9
Esposo desaprueba	0,0	1,0	0,7	(9,5)	9,5	0,0	2,3	*	*	2,2
Efectos secundarios	59,1	53,0	59,6	(4,8)	4,3	0,0	0,0	*	*	29,3
Razones de salud	6,4	13,0	6,0	(0,0)	1,7	1,7	0,0	*	*	4,6
Acceso y disponibilidad	4,5	0,0	4,6	(4,8)	4,3	0,0	2,3	*	*	2,6
Quería método más efectivo	0,9	1,0	1,3	(33,3)	16,4	32,6	34,1	*	*	14,8
Incómodo de usar	7,3	1,0	5,3	(0,0)	3,4	1,1	0,0	*	*	3,1
Sexo poco frecuente/marido ausente	2,7	2,0	7,9	(42,9)	13,8	10,1	11,4	*	*	9,0
Fatalista	0,0	2,0	0,0	(0,0)	0,9	0,0	0,0	*	*	0,4
Dificultad para embarazarse/ menopáusica	0,0	0,0	0,0	(0,0)	0,9	3,4	0,0	*	*	1,0
Disolución matrimonial/separada	0,0	2,0	2,0	(0,0)	1,7	34,0	6,8	*	*	2,2
Otra	0,0	11,0	4,0	(0,0)	0,9	0,6	2,3	*	*	2,9
Sin información	3,6	1,0	2,6	(0,0)	3,4	1,7	2,3	*	*	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de segmentos discontinuados	110	100	151	21	116	178	44	8	4	736

Nota: Se incluyen los segmentos de uso 3-63 meses antes de la entrevista. Los segmentos iniciados antes de este período se excluyen del análisis.

*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 a 24 casos.

Intenciones de uso en el futuro

A las mujeres que conocían o habían oído hablar de los métodos, pero no estaban usando ninguno, se les preguntó sobre sus intenciones de uso futuro de algún método anticonceptivo. Si la respuesta era afirmativa se preguntó si pensaba usar en los próximos 12 meses o después, y cual método pensaba usar. En el cuadro 5.10 se presentan las intenciones de uso para aquellas mujeres que no usan actualmente y en el gráfico 5.2 se presenta el porcentaje de métodos preferidos en el futuro. En el gráfico 5.3 las razones de no uso para quienes no intentan usar.

Cuadro 5.10 y Gráfico 5.2

Intenciones de uso de métodos en el futuro

- El 64 por ciento de las mujeres actualmente unidas no usuarias de métodos tiene la intención de usar alguno en el futuro.
- Entre las no usuarias que no intentarían usar un método en el futuro (33 por ciento del total), la propensión a no usar es mayor entre las mujeres unidas que tienen 4 hijos vivos o más (50%).

- En el gráfico 5.2, se observa que la inyección es el método de mayor preferencia en las mujeres que tienen intención de usarlos en el futuro (33%),

seguido del DIU (10%), esterilización femenina y abstinencia periódica (9% en ambos casos).

Cuadro 5.10 Uso futuro de anticoncepción entre mujeres que no usan actualmente

Distribución porcentual de mujeres en unión que no usan actualmente métodos anticonceptivos por intención de uso futuro, según número de hijos sobrevivientes, Tacna 2000

Intención futura	Número de hijos sobrevivientes ¹					Total
	0	1	2	3	4+	
Intentará usar más tarde	*	(81,0)	76,9	(54,5)	43,3	63,8
Insegura de la intención	*	(0,0)	0,0	(0,0)	3,3	1,0
No tiene intención de usar	*	(19,0)	23,1	(40,9)	50,0	33,3
Total	*	(100,0)	100,0	(100,0)	100,0	100,0
Número de mujeres	6	21	26	22	30	105

*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 a 24 casos.

¹ Incluye el embarazo actual

Gráfico 5.2
Preferencia de Métodos para Uso Futuro

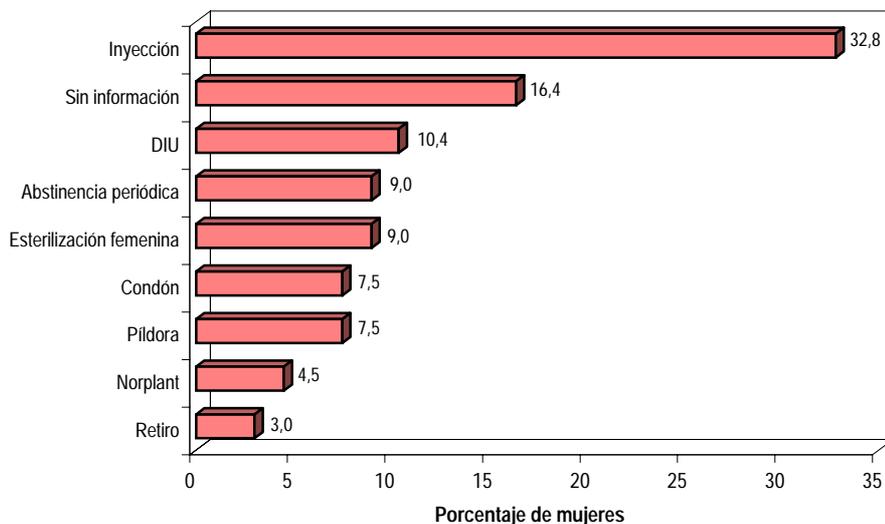
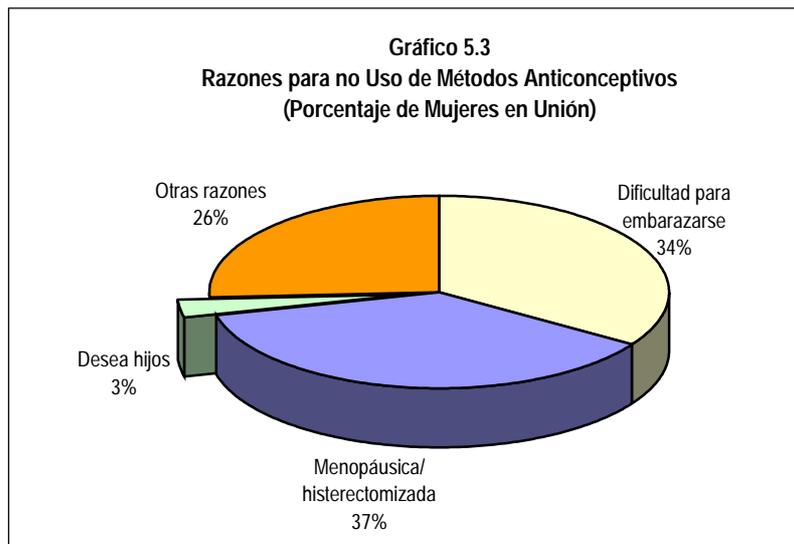


Gráfico 5.3

Razones para no usar métodos anticonceptivos

anticonceptivos son la dificultad para embarazarse (34%) y la menopausia y/o histerectomía (37%).

- En el departamento de Tacna, las razones principales de no uso futuro de métodos



5.4 MENSAJES SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR: EXPOSICION Y ACEPTABILIDAD

A continuación de la sección sobre intenciones de uso de anticonceptivos, en ENDES 2000 se incluyeron preguntas referentes a mensajes sobre planificación familiar escuchados en los 12 meses antes de la entrevista y el medio a través del cual fueron escuchados (radio y/o televisión). En el cuadro 5.11 se presentan los resultados detallados según medio de comunicación por edad, lugar de residencia y nivel de educación. El tipo de contacto de las no usuarias con proveedores de planificación familiar se detalla en el cuadro 5.12.

Cuadro 5.11

Exposición a mensajes sobre planificación familiar en radio y/o televisión y en medios escritos.

- El 53 por ciento de mujeres entrevistadas ha escuchado mensajes de planificación familiar tanto por radio como por televisión. Si se agregan aquellas mujeres que

escucharon sólo radio o sólo por la televisión, la mayoría de mujeres entrevistadas escuchó mensajes (77%) .

- El mayor porcentaje de mujeres que ha escuchado mensajes por ambos medios tiene entre 45 a 49 años (61%). El mayor porcentaje de las que han escuchado los mensajes sólo por radio tienen entre 25 a 29 años y las que solamente los escucharon o vieron por la televisión, 35 a 39 años de edad.
- Según nivel de educación, el mayor porcentaje de las mujeres que ha escuchado mensajes sobre planificación familiar por ambos medios se concentra en las que tienen educación superior (55%) y las que han escuchado esos mensajes sólo por radio tienen educación primaria (11%).
- Las mujeres que habitan el área rural que han escuchado mensajes por ambos medios es menor en 11 puntos porcentuales en relación a las del área urbana (43% vs. 54%).

Cuadro 5.11 Exposición a mensajes de planificación familiar en medios de comunicación

Distribución porcentual de mujeres entrevistadas de acuerdo a si han escuchado mensajes de planificación familiar en la radio o en la televisión (TV) en los 12 meses anteriores a la encuesta; y porcentaje de mujeres que han estado expuestas a mensajes en medios escritos, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Ha escuchado mensajes en radio o televisión					Porcentaje que vió mensajes en medios escritos	Número de mujeres
	Escuchó en la radio y en la TV	Solo por la radio	Sólo por la TV	No ha escuchado	Total		
Edad							
15-19	49,2	8,0	17,1	25,7	100,0	57,8	187
20-24	53,9	7,3	14,5	24,2	100,0	53,3	165
25-29	46,5	11,9	19,5	22,0	100,0	49,7	159
30-34	56,8	6,1	15,2	20,5	100,0	52,3	132
35-39	48,7	9,4	20,5	16,7	100,0	57,3	117
40-44	58,3	11,1	13,9	23,2	100,0	58,3	108
45-49	61,0	7,3	8,5	37,5	100,0	59,8	82
Area de residencia							
Urbana	54,0	7,3	17,4	21,1	100,0	57,3	832
Rural	42,9	18,5	6,7	31,9	100,0	39,5	119
Nivel de educación							
Sin educación	*	*	*	*	100,0	*	18
Primaria	47,1	11,1	9,5	32,3	100,0	45,5	189
Secundaria	53,7	8,4	17,3	20,6	100,0	57,4	515
Superior	55,0	7,9	18,8	17,9	100,0	61,1	229
Total	52,6	8,7	16,1	22,4	100,0	55,1	951

*: Menos de 20 casos.

Nota: El total incluye 0.2 por ciento sin información

- Respecto a mensajes de planificación familiar en medios escritos, el 55 por ciento de entrevistadas en el departamento de Tacna los vió o leyó. La proporción de mujeres que residen en el área rural que vió o leyó mensajes en medios escritos es menor en 17 puntos porcentuales con relación a las del área urbana (57% vs. 40%).
- Entre las mujeres que no han tenido contacto con un trabajador de planificación familiar las mayores proporciones son las de 15 a 19 años (85%) y de 40 a 44 años (82%), viven en el área urbana (77%) y tienen nivel de educación superior (79%).
- Los mayores porcentajes de mujeres que fueron visitadas por un trabajador de planificación familiar en su domicilio en los doce meses anteriores a la encuesta en el departamento de Tacna y discutieron sobre el tema, se presentan entre las mujeres de 35-39 años.

Cuadro 5.12

Contacto de las no usuarias con los proveedores de planificación familiar

- Sólo el 24 por ciento de las mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos tuvo contacto con proveedores de planificación familiar en los doce meses anteriores a la encuesta: 11 por ciento en su domicilio y 13 por ciento en un establecimiento de salud.
- Entre las mujeres que han visitado a un trabajador de planificación familiar en un establecimiento de salud, la mayores proporciones se presentan en las mujeres de 35 a 39 años de edad (31%).

Cuadro 5.12 Contacto de mujeres no usuarias con proveedores de planificación familiar

Distribución porcentual de mujeres que no usan anticoncepción según si han sido visitadas o no por un trabajador de planificación familiar (TPF) o si hablaron sobre PF con un empleado de un establecimiento de salud (ES) en los 12 meses anteriores a la encuesta, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Fue visitada por TPF			No fue visitada por TPF			Total	Porcentaje sin contacto con proveedores de PF ²	Número de mujeres
	Visitó ES		No visitó establecimiento de salud	Visitó ES		No visitó establecimiento de salud			
	Si discutió PF ¹	No discutió PF ¹		Si discutió PF ¹	No discutió PF ¹				
Edad									
15-19	1,2	0,6	5,3	7,6	29,2	56,1	100,0	85,4	171
20-24	6,7	1,9	4,8	13,5	26,0	47,1	100,0	73,1	104
25-29	5,0	1,7	5,0	11,7	21,7	55,0	100,0	76,7	60
30-34	5,0	0,0	10,0	17,5	27,5	40,0	100,0	67,5	40
35-39	7,7	7,7	2,6	30,8	17,9	33,3	100,0	51,3	39
40-44	0,0	3,0	3,0	12,1	42,4	39,4	100,0	81,8	33
45-49	4,8	0,0	9,5	16,7	26,2	42,9	100,0	69,0	42
Area de residencia									
Urbana	3,5	1,8	5,1	12,2	27,4	50,0	100,0	77,4	435
Rural.	7,3	0,0	9,1	20,0	25,5	38,2	100,0	63,6	55
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Primaria	3,6	2,4	7,2	19,3	24,1	43,4	100,0	67,5	83
Secundaria	3,3	1,1	6,3	12,1	23,2	54,0	100,0	77,2	272
Superior	4,8	1,6	2,4	12,0	38,4	40,8	100,0	79,2	125
Total	3,9	1,6	5,5	13,1	27,2	48,7	100,0	75,9	490

¹ Habló con personal médico sobre planificación familiar.

² No fue visitada por un trabajador de planificación familiar y no visitó una institución de salud; o si la visitó, no habló con personal de la institución sobre planificación familiar.

* Menos de 20 casos.

Discusión sobre la Planificación Familiar entre Parejas

En la ENDES 2000 también se preguntó por el número de veces que las entrevistadas conversaron sobre planificación familiar con el esposo o compañero (cuadro 5.13) y sobre la percepción de ellas de la actitud de su pareja conyugal respecto a las planificación familiar (cuadro 5.14).

Cuadro 5.13

- En el departamento de Tacna el 82 por ciento de las mujeres unidas que usan métodos de planificación familiar por

propia decisión ha dialogado alguna vez con su esposo o compañero sobre el tema. La mayoría de ellas lo han hecho una o dos veces (62%) y el resto con mayor frecuencia (19%).

- Casi un quinto de las mujeres unidas, usuarias de métodos por decisión propia, nunca han conversado sobre planificación familiar con su esposo o compañero (18%), porcentaje que es menor entre las mujeres de 20 a 29 años (11%); en cambio, las mayores proporciones corresponden a las mujeres entre los 45 a 49 años de edad (39%).

Cuadro 5.13 Discusión de planificación familiar entre parejas

Distribución porcentual de mujeres actualmente unidas cuyos esposos no participaron en la decisión del uso del método actual y que conocen un método anticonceptivo, por el número de veces que han discutido planificación familiar con el esposo o compañero, según edad actual, Tacna 2000

Edad	Número de veces que discutió planificación familiar				Total	Número de mujeres
	Nunca	Una o dos veces	Con más frecuencia	Sin información		
15-19	*	*	*	*	100,0	6
20-24	11,1	63,0	25,9	0,0	100,0	27
25-29	11,1	61,1	25,0	2,8	100,0	36
30-34	12,5	65,0	22,5	0,0	100,0	40
35-39	19,6	63,0	17,4	0,0	100,0	46
40-44	14,8	77,8	7,4	0,0	100,0	27
45-49	38,9	47,2	13,9	0,0	100,0	36
Total	17,9	62,4	19,3	0,5	100,0	218

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 5.14

Percepción de las mujeres de la actitud de sus parejas sobre la planificación familiar

- En el departamento de Tacna, casi todas las mujeres en unión por propia decisión aprueban que las parejas usen la planificación familiar (97%) y una proporción igualmente importante (82%) considera que su esposo o compañero

también aprueba el uso de métodos para evitar el embarazo.

- La proporción de mujeres que aprueban la planificación familiar pero piensan que su pareja no la aprueban, es más frecuente entre las mujeres menores de 25 años (19%), entre las mujeres con educación primaria (12%) y entre las residentes del área rural (18%).

Cuadro 5.14 Percepción de las mujeres con relación a la actitud de sus cónyuges sobre la planificación familiar

Distribución porcentual de mujeres cuyos esposos no participaron en la decisión del uso del método actual y que conocen un método anticonceptivo, por la actitud de la mujer hacia la planificación familiar y la percepción que tiene de la actitud del cónyuge hacia la planificación familiar; y porcentaje de casos en que uno de ellos aprueba, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	La mujer aprueba			La mujer desaprueba			La mujer no está segura	Total	Uno de ellos aprueba		Número de mujeres
	Y el cónyuge también aprueba	Pero el cónyuge desaprueba	Ella no conoce actitud del cónyuge	Pero el cónyuge aprueba	Y el cónyuge desaprueba	Ella no conoce actitud del cónyuge			La mujer aprueba	El cónyuge aprueba ¹	
Edad											
15-19	*	*	*	*	*	*	*	100,0	*	*	6
20-24	81,5	18,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	81,5	27
25-29	80,6	11,1	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	80,6	36
30-34	92,5	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	92,5	40
35-39	76,1	13,0	2,2	2,2	0,0	2,2	4,3	100,0	91,3	80,4	46
40-44	74,1	14,8	3,7	0,0	3,7	0,0	3,7	100,0	92,6	74,1	27
45-49	80,6	13,9	2,8	0,0	2,8	0,0	0,0	100,0	97,2	80,6	36
Area de residencia											
Urbana	81,6	11,9	3,2	0,5	1,1	0,0	1,6	100,0	96,8	82,7	185
Rural	78,8	18,2	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	100,0	97,0	78,8	33
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	100,0	*	*	10
Primaria	80,3	12,1	3,0	0,0	1,5	1,5	1,5	100,0	95,5	81,8	66
Secundaria	86,0	11,8	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	98,9	87,1	93
Superior	79,6	12,2	6,1	1,1	0,0	0,0	2,0	100,0	98,0	79,6	49
Total	81,2	12,8	2,8	0,5	0,9	0,5	1,4	100,0	96,8	82,1	218

¹ Incluye mujeres en la categoría "mujer no está segura" pero que conoce la actitud del esposo

*: Menos de 20 casos.



***VI. OTROS
DETERMINANTES DE
LA FECUNDIDAD***

VI. OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD

En este capítulo se analizan otros determinantes próximos a la fecundidad, diferentes de la anticoncepción, como son la nupcialidad, la actividad sexual, la duración de la amenorrea de postparto, la abstinencia de postparto y la no susceptibilidad al riesgo de embarazo asociada con la amenorrea y la abstinencia. Dentro del tópico de la nupcialidad, se analiza primero en este capítulo la formación de uniones legales o consensuales, lo cual se considera como un indicador básico de la exposición al riesgo de embarazo y cuyas características tienen implicaciones sobre el curso de la fecundidad.

También es de particular importancia la estructura y la edad a la primera unión como una primera indicación del comienzo de la vida reproductiva. Seguidamente se estudia el concepto de exposición al riesgo de embarazo dentro del marco de exposición a las relaciones sexuales. Posteriormente se analizan los períodos de infertilidad postparto para distintos subgrupos poblacionales, bien sea por amenorrea o por abstinencia de postparto como factores que, en ausencia del uso de la anticoncepción, constituyen el determinante más importante de los intervalos entre nacimientos.

6.1 ESTADO CONYUGAL ACTUAL

En la sección sobre nupcialidad de ENDES 2000 se preguntó a cada mujer si había estado casada o unida alguna vez, y en caso afirmativo, cual era su estado conyugal en el momento de la entrevista. En el cuadro 6.1 se presenta la distribución de mujeres en edad fértil según

estado conyugal, por edad de la mujer, área de residencia y nivel de educación. El cuadro 6.2 presenta la distribución porcentual de las mujeres no unidas por tipo de relación sexual y el cuadro 6.3 muestra la edad a la primera unión conyugal, que constituye una primera aproximación al comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva y tiene por lo tanto un efecto importante sobre la fecundidad porque cuanto más joven forme pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijos a lo largo de su vida. En condiciones extremas hipotéticas se ha estimado como promedio una tasa de fecundidad natural de 15 hijos por mujer. La prolongación de la soltería y el celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de los niveles de fecundidad en una población.

Cuadro 6.1

- El 54 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) vive en estado de unión conyugal, el 31 por ciento es casada y el 23 por ciento es conviviente.
- Más de un tercio del total de mujeres en edad fértil, es soltera (37%). La proporción de solteras es mayor en el área urbana (39%) que en el área rural (21%).
- El 8 por ciento de las MEF ha disuelto su unión conyugal por divorcio o separación. Las disoluciones se presentan en mayor proporción entre las mujeres de 30 a 34 años (17%).

Cuadro 6.1 Estado conyugal actual

Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por estado conyugal actual, según edad, Tacna 2000

Edad	Estado conyugal de las mujeres entrevistadas						Total	Número de mujeres
	Solteras	Casadas	Convivientes	Viudas	Divorciadas	Separadas		
Edad								
15-19	93,6	0,0	5,9	0,0	0,0	0,5	100,0	187
20-24	60,6	10,3	21,8	0,0	0,0	7,3	100,0	165
25-29	28,3	23,9	39,6	0,0	0,0	8,2	100,0	159
30-34	9,1	40,9	32,6	0,8	1,5	15,2	100,0	132
35-39	6,0	52,1	30,8	1,7	0,9	8,5	100,0	117
40-44	6,5	63,9	15,7	3,7	1,9	8,3	100,0	108
45-49	3,7	63,4	14,6	7,3	1,2	9,8	100,0	82
Área de residencia								
Urbana	39,0	30,3	20,7	1,3	0,7	7,9	100,0	832
Rural	21,0	32,8	38,7	1,7	0,0	5,9	100,0	119
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	12,7	43,9	33,9	2,6	0,0	6,9	100,0	189
Secundaria	43,4	23,7	23,7	1,0	0,6	7,6	100,0	515
Superior	44,1	31,9	12,7	0,9	1,3	9,2	100,0	229
Total	36,7	30,6	22,9	1,4	0,6	7,7	100,0	951

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 6.2

- El 11 por ciento del total de mujeres no unidas tienen un compañero regular (4%) u ocasional (7%), proporción que es mayor entre las nunca unidas (7%) que entre las alguna vez unidas (separadas, divorciadas y viudas 4%)
- Entre las mujeres nunca unidas, las mayores proporciones que tienen un compañero

sexual se presentan entre las de educación superior (12%), las que tienen entre 25 a 29 años de edad (14%) o las residentes del área urbana (7%). En cambio entre las alguna vez unidas, las mayores proporciones de mujeres que tienen un compañero tienen nivel de instrucción primaria (7%), y son residentes del área urbana (4%).

Cuadro 6.2 Tipo de relación sexual de las mujeres no unidas

Distribución porcentual de las mujeres no unidas por tipo de relación sexual, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Nunca unidas			Alguna vez unidas			Total	Número de mujeres
	Compañero regular	Compañero ocasional	Sin compañero	Compañero regular	Compañero ocasional	Sin compañero		
Edad								
15-19	0,6	5,7	93,2	0,0	0,0	0,6	100,0	176
20-24	3,6	4,5	81,2	1,8	3,6	5,4	100,0	112
25-29	8,6	5,2	63,8	1,7	3,4	17,2	100,0	58
30-34	2,9	0,0	31,4	2,9	8,6	54,3	100,0	35
35-39	(0,0)	(0,0)	(35,0)	(10,0)	(5,0)	(50,0)	(100,0)	20
40-44	(0,0)	(0,0)	(31,8)	(0,0)	(0,0)	(68,2)	(100,0)	22
45-49	*	*	*	*	*	*	*	18
Área de residencia								
Urbana	2,5	4,4	72,7	1,5	2,5	16,5	100,0	407
Rural	2,9	0,0	70,6	0,0	2,9	23,5	100,0	34
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	2
Primaria	0,0	0,0	57,1	4,8	2,4	35,7	100,0	42
Secundaria	0,7	4,4	77,4	1,1	2,6	13,7	100,0	270
Superior	7,1	4,7	67,7	0,8	2,4	17,3	100,0	127
Total	2,5	4,1	72,6	1,4	2,5	17,0	100,0	442

*: Menos de 20 casos.

() Entre 20 a 24 casos.

6.2 EDAD A LA PRIMERA UNIÓN CONYUGAL

La edad a la primera unión constituye una primera aproximación al comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva, tiene por lo tanto un efecto importante sobre la fecundidad porque cuanto más joven forma pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijos a lo largo de su vida. En condiciones extremas hipotéticas se ha estimado como promedio una tasa de fecundidad natural de 15 hijos por mujer. La prolongación de la soltería y celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de los niveles de fecundidad en una población.

Cuadros 6.3 y 6.4

- En el departamento de Tacna la edad mediana a la primera unión conyugal de las mujeres de 25 a 49 años de edad, es 21 años.
- La proporción de mujeres que se unen antes de los 20 años parece estar disminuyendo: es menor en las mujeres de 20 a 24 que en las de 45 a 49 años de edad en 26 puntos porcentuales (26% y 52% respectivamente).
- La edad mediana a la primera unión conyugal varía según el nivel educativo y el área de residencia; las de mayor nivel educativo y las residentes en el área urbana se unen más tarde que el resto.

Cuadro 6.3 Edad a la primera unión por edad actual de las mujeres

Porcentaje de las mujeres entrevistadas que se unió antes de los 15, 18, 20, 22, y 25 años y edad mediana a la primera unión, según grupos de edad actual, Tacna 2000

Edad actual	Porcentaje de mujeres que se unió antes de cumplir					Porcentaje que nunca ha estado en unión	Número de mujeres	Edad mediana a la primera unión
	15	18	20	22	25			
15-19	1,1	-	-	-	-	93,6	187	-
20-24	1,2	13,9	26,1	-	-	60,6	165	-
25-29	1,9	17,0	38,4	50,9	67,3	28,3	159	21,8
30-34	3,0	22,7	37,1	56,1	72,0	9,1	132	21,3
35-39	2,6	21,4	39,3	54,7	71,8	6,0	117	21,1
40-44	5,6	20,4	35,2	49,1	71,3	6,5	108	22,1
45-49	6,1	28,0	52,4	65,9	76,8	3,7	82	19,6
Total 25-49	3,5	21,2	39,6	54,5	71,2	12,4	599	21,3

- Menos del 50 por ciento de las mujeres entrevistadas se ha unido antes de cumplir la edad inferior del intervalo

Cuadro 6.4 Edad mediana a la primera unión

Edad mediana a la primera unión entre las mujeres alguna vez unidas, por edad actual, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Edad actual					Total mujeres 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Área de residencia						
Urbana	22,7	21,6	21,3	22,3	20,2	21,7
Rural	19,3	19,3	20,5	18,3	18,3	19,2
Nivel de educación						
Sin educación	-	19	21	16,5	16	17
Primaria	19,8	19	19,8	20,5	18,8	19,5
Secundaria	19,9	20,6	20,3	22,3	20,3	20,6
Superior	-	25,3	26,3	24	24,8	-
Total	21,8	21,3	21,1	22,1	19,6	21,3

- Menos del 50 por ciento de las mujeres entrevistadas se ha unido antes de cumplir la edad inferior del intervalo

6.3 EDAD A LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Como se sabe, la edad a la primera unión no necesariamente coincide con el comienzo de las relaciones sexuales. La proporción de mujeres que han tenido relaciones hasta ciertas edades exactas (15, 18, 20, 22 y 25) se presentan en el cuadro 6.5, según la edad al momento de la entrevista. La edad mediana a la primera relación por edad de la mujer según lugar de residencia y nivel educativo se presenta en el cuadro 6.6. Se pueden comparar estos resultados con el cuadro 6.4 sobre la edad a la primera unión para concluir si los diferenciales de la edad a la primera relación sexual entre categorías educacionales y por lugar de residencia son casi tan importantes como en el caso de la edad a la primera unión.

Cuadros 6.5 y 6.6

- La edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25 a 49 años de edad, es 19.2 años. Esta cifra es 2 años menos que la edad mediana a la primera unión conyugal.
- La proporción de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años es menor en las mujeres de 20-24 años (26%) que en las de 45-49 años (42%), en 16 puntos porcentuales.
- Solo el 13 por ciento de las mujeres de 20-49 años de edad nunca ha tenido relaciones sexuales, porcentaje que disminuye al 6 por ciento entre las mujeres de 25 a 49 años.
- La edad mediana a la primera relación sexual es más tardía conforme se incrementa el nivel educativo de la mujer, o entre las que residen en el área urbana.

Cuadro 6.5 Edad a la primera relación sexual

Porcentaje de mujeres entrevistadas que tuvo su primera relación antes de los 15, 18, 20, 22 y 25 años y edad mediana a la primera relación, según edad actual, Tacna 2000

Edad actual	Porcentaje que tuvo la primera relación sexual antes de cumplir					Porcentaje que nunca ha tenido relaciones	Número de entrevistadas	Edad mediana a la primera relación
	15	18	20	22	25			
15-19	3,7	-	-	-	-	82,4	187	-
20-24	1,8	25,5	45,5	-	-	39,4	165	-
25-29	1,9	26,4	52,2	65,4	79,2	13,8	159	19,8
30-34	5,3	42,4	61,4	72,7	87,1	3,8	132	18,9
35-39	6,8	33,3	55,6	70,9	87,2	3,4	117	19,2
40-44	11,1	38,9	55,6	72,2	84,3	2,8	108	19,5
45-49	7,3	41,5	67,1	79,3	89,0	0,0	82	18,6
Total 20-49	5,1	33,4	54,9	68,2	79,6	13,0	764	19,5
Total 25-49	6,0	35,6	57,5	71,2	84,8	5,7	599	19,2

- Menos del 50 por ciento de las mujeres entrevistadas ha tenido su primera relación sexual antes de cumplir la edad inferior del intervalo.

Cuadro 6.6 Edad mediana a la primera relación sexual

Edad mediana a la primera relación entre las mujeres alguna vez unidas, por edad actual, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Edad actual						Total 20-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Área de residencia							
Urbana	-	20,3	19,2	19,6	19,9	19,0	19,9
Rural	17,4	18,3	17,2	18,0	17,3	16,5	17,6
Nivel de educación							
Sin educación	-	-	16,0	18,0	15,5	16,3	16,2
Primaria	17,5	17,8	17,0	18,4	17,9	18,2	17,8
Secundaria	19,4	18,9	18,1	18,6	19,6	18,8	19,0
Superior	-	22,6	22,4	22,6	21,8	22,5	-
Total	-	19,8	18,9	19,2	19,5	18,6	19,5

- Menos del 50 por ciento de las mujeres entrevistadas ha tenido su primera relación sexual antes de cumplir la edad inferior del

6.4 ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA Y RECIENTE

La probabilidad de una mujer de quedar embarazada está en función a la frecuencia de relaciones sexuales en ausencia de protección anticonceptiva. En esta sección se discuten los resultados con relación a la experiencia y actividad sexual de las mujeres en edad fértil. Se presenta información sobre tal frecuencia como un refinamiento de la medición de la exposición al riesgo de embarazo, según diversas características, incluyendo edad, duración de la unión, lugar de residencia, nivel de educación y método anticonceptivo usado en la actualidad (al momento de la entrevista). El cuadro se ha elaborado sobre la base de todas las mujeres en edad fértil y presenta la proporción global sexualmente activa en las últimas cuatro semanas; y para aquellas sin actividad sexual, la duración de la abstinencia, según sea el postparto o no. Los comentarios que siguen están referidos solamente a las mujeres que alguna vez han tenido relaciones sexuales.

Cuadro 6.7

- El 73 por ciento de las mujeres en edad fértil ha tenido relaciones sexuales alguna

vez en su vida. En las cuatro semanas que precedieron al día de la entrevista, 50 por ciento estuvo activa sexualmente y un 23 por ciento no tuvo actividad sexual, la mayoría (19%) de ellas por un motivo diferente a un parto.

- La actividad sexual reciente es menor entre las mujeres de 15 a 19 años (11%) pero aumenta, 69 por ciento entre las mujeres de 40 a 44 años de edad.
- La actividad sexual según la duración de la unión tiene un nivel muy similar entre las mujeres con menos de 25 años de unión. Alrededor del 75 por ciento estaban activas sexualmente en las cuatro semanas que precedieron la encuesta. Después de los 24 años de unión el nivel de actividad sexual disminuye hasta el 66 por ciento entre las mujeres con 25 años o más de unión.
- La mayoría de las mujeres sexualmente activas en las 4 últimas semanas usan métodos anticonceptivos (86%).

Cuadro 6.7 Actividad sexual reciente

Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por actividad sexual en las 4 semanas que precedieron la encuesta; y entre aquellas no activas, tipo y duración de abstinencia, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Sexualmente activa en últimas 4 semanas	Sin actividad sexual en últimas 4 semanas				Sin información	Nunca tuvo relaciones	Total	Número de mujeres
		En abstinencia (de postparto)		En abstinencia (no postparto)					
		0-1 años	2 ó + años	0-1 años	2 ó + años				
Edad									
15-19	11,2	2,1	0,0	2,7	1,6	0,0	82,4	100,0	187
20-24	36,4	1,8	2,4	16,4	2,4	1,2	39,4	100,0	165
25-29	61,6	2,5	2,5	11,3	7,5	0,6	13,8	100,0	159
30-34	67,4	2,3	3,0	17,4	3,8	2,3	3,8	100,0	132
35-39	68,4	3,4	1,7	16,2	6,8	0,0	3,4	100,0	117
40-44	69,4	0,9	1,9	11,1	13,9	0,0	2,8	100,0	108
45-49	61,0	0,0	0,0	20,7	17,1	1,2	0,0	100,0	82
Duración de la unión									
0-4	76,3	3,1	2,1	18,6	0,0	0,0	0,0	100,0	97
5-9	75,2	4,8	4,0	11,2	4,8	0,0	0,0	100,0	125
10-14	78,0	2,4	0,0	13,0	4,9	1,6	0,0	100,0	123
15-19	73,0	1,8	2,7	14,4	8,1	0,0	0,0	100,0	111
20-24	75,0	0,0	0,0	16,7	6,9	1,4	0,0	100,0	72
25+	65,8	0,0	0,0	16,4	17,8	0,0	0,0	100,0	73
Nunca unidas	7,4	1,4	1,7	9,5	6,3	1,1	72,5	100,0	349
Area de residencia									
Urbana	47,7	1,8	1,6	13,1	6,9	0,6	28,4	100,0	832
Rural	64,7	3,4	2,5	10,1	3,4	1,7	14,3	100,0	119
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	66,1	2,1	1,6	12,7	8,5	1,1	7,9	100,0	189
Secundaria	43,8	2,1	1,6	13,4	4,9	0,6	33,7	100,0	515
Superior	48,0	1,7	2,2	10,9	8,3	0,9	27,9	100,0	229
Método anticonceptivo actual									
Ningún método	14,1	2,7	3,1	15,3	11,7	1,4	51,7	100,0	490
Píldora	87,5	0,0	3,1	9,4	0,0	0,0	0,0	100,0	32
DIU	85,9	4,2	0,0	9,9	0,0	0,0	0,0	100,0	71
Esterilización	80,3	1,4	0,0	12,7	5,6	0,0	0,0	100,0	71
Abstinencia periódica	92,6	0,0	0,0	7,4	0,0	0,0	0,0	100,0	94
Otro	88,6	1,0	0,0	10,4	0,0	0,0	0,0	100,0	193
Total	49,8	2,0	1,7	12,7	6,4	0,7	26,6	100,0	951

*: Menos de 20 casos.

6.5 INFERTILIDAD POSTPARTO

El riesgo de embarazo inmediatamente después del nacimiento de un hijo depende en parte de la práctica de la lactancia y de la duración de la abstinencia sexual postparto. En la ENDES 2000 se preguntó a todas las mujeres que habían tenido un hijo en los 5 años anteriores a la encuesta si continuaban amamantando al último hijo, si habían reiniciado las relaciones sexuales y si habían tenido su menstruación.

También se averiguó la duración de la lactancia, de la abstinencia y de la amenorrea. Con esta información es posible realizar

estimaciones de la duración de la amenorrea, de la abstinencia postparto y del período de no susceptibilidad al riesgo de embarazo, según el tiempo transcurrido, en meses, desde el nacimiento del último hijo.

Cuadro 6.8

- Al momento de la entrevista, el 36 por ciento de las madres con niños menores de 3 años estaban en amenorrea de postparto, el 16 por ciento en abstinencia sexual postparto y un 43 por ciento en condición de insusceptibilidad de postparto.

- En el departamento de Tacna, si bien la amenorrea postparto tiene una duración promedio de 14 meses, para el 50 por ciento de las madres se presentó a los 7 meses después del parto. Por otro lado, la abstinencia de postparto dura en promedio 5.6 meses, pero el 50 por ciento de las madres reinició su actividad sexual a los 3.2 meses.
- El período de insusceptibilidad al riesgo de embarazo desde el nacimiento del hijo anterior, en promedio, es de 15.9 meses. La mediana se sitúa en alrededor de 7.7 meses.

Cuadro 6.8 Amenorrea, abstinencia e insusceptibilidad de postparto

Porcentaje de niños nacidos en los últimos tres años cuyas madres están en amenorrea, abstinencia o insusceptibilidad postparto, Tacna 2000

Indicador	En amenorrea	En abstinencia	En insusceptibilidad ¹	Número de nacimientos
Total	36,3	16,1	42,9	168
Mediana	7,0	3,2	7,7	-
Promedio aritmético	14,0	5,6	15,9	-
Promedio P/I	12,9	5,7	15,2	-

¹Incluye las madres que están bien en amenorrea de postparto, en abstinencia o en ambas.

Cuadro 6.9

- La duración mediana de la abstinencia postparto es mayor en las mujeres de 30 años y más (3.6 meses) y en las mujeres con educación superior (3.7 meses). La diferencia se da por área de residencia, las mujeres del área rural se abstienen casi el doble de tiempo que las del área urbana (5.1 meses y 2.8 meses respectivamente).
- La duración mediana de la amenorrea es de 8.8 meses en las mujeres menores de 30 años, cifra que casi duplica a la respectiva de las mujeres de 30 años y más (4.5 meses).

Cuadro 6.9 Duración mediana de insusceptibilidad de postparto

Duración mediana en meses de la amenorrea, abstinencia e insusceptibilidad de postparto para las madres de nacimientos en los tres años antes de la encuesta, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Amenorrea	Abstinencia	Insusceptibilidad	Número de nacimientos
Edad				
<30	8,8	2,5	8,8	99
30+	4,5	3,6	5,0	69
Área de residencia				
Urbana	7,3	2,8	7,6	143
Rural	5,1	5,1	6,5	25
Nivel de educación				
Sin educación	*	*	*	1
Primaria	12,5	3,1	12,5	32
Secundaria	7,4	3,0	7,7	95
Superior	2,5	3,7	3,7	40
Total	7,0	3,2	7,7	168

*: Menos de 20 casos

- Las diferencias en la duración mediana de la amenorrea por nivel educativo son marcadas. La mediana de amenorrea en las madres con nivel de educación primaria (12.5 meses), es más de 4 veces que el de las madres con educación superior (2.5 meses).
- La duración mediana de la insusceptibilidad postparto es mayor entre las madres menores de 30 años (8.8 meses) que en las de 30 años y más (5.0 meses).

6.6 EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO ENTRE LAS MUJERES DE 30 Y MAS AÑOS

A partir de cierta edad, la exposición al riesgo de embarazo disminuye rápidamente como resultado de la menopausia, la infertilidad terminal y la abstinencia prolongada.

- **Infertilidad terminal:** definida como la ausencia de nacimientos vivos en los últimos cinco años entre mujeres que estuvieron continuamente en unión y que no usaron alguna forma de anticoncepción.
- **Abstinencia prolongada:** definida como la ausencia de relaciones sexuales en los últimos tres años entre mujeres en unión.
- **Menopausia:** definida para este análisis como 1) las mujeres que reportan directamente ser menopáusicas y 2) la ausencia del período menstrual durante 6

meses entre mujeres que no están ni embarazadas ni en amenorrea de postparto.

Como la menopausia es quizás el indicador más importante de la terminación de la exposición al riesgo de embarazo, en el cuadro 6.10 se presentan las estimaciones para el departamento de Tacna entre las mujeres de 30 y más años utilizando la definición inmediata anterior.

Cuadro 6.10

- El 15 por ciento de las mujeres de 30 a 49 años se encuentran en menopausia, es decir, no están embarazadas ni en amenorrea de postparto y su último período menstrual ocurrió hace 6 meses o más.
- La proporción de mujeres en menopausia aumenta rápidamente a partir de los 40 años: desde el 17 por ciento entre las mujeres de 40-41 años hasta el 56 por ciento entre las mujeres de 48-49 años de edad.

Cuadro 6.10 Terminación de exposición al riesgo de embarazo: menopausia

Porcentaje de mujeres de 30 y más años de edad clasificadas como menopáusicas, Tacna 2000

Edad	Porcentaje	Número
30-34	8,3	113
35-39	5,1	101
40-41	16,7	54
42-43	13,9	36
44-45	29,3	41
46-47	18,8	32
48-49	55,6	27
Total	14,6	404



VII. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

VII. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

En los capítulos anteriores se presentaron los resultados del análisis de la información recolectada en ENDES 2000 sobre los determinantes próximos de la fecundidad: la planificación familiar (Capítulo 5), la nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo (Capítulo 6). En el presente capítulo se presentan los resultados sobre las preferencias reproductivas de las mujeres a tres niveles:

Información en cuanto al deseo de hijos en general y para las mujeres que desean más hijos y el tiempo que les gustaría esperar antes de tener otro hijo. Esta información permite clasificar a las mujeres en dos grupos: las que desean espaciar y las que desean limitar los nacimientos. Estos resultados son de relevancia para el estudio de la demanda total e insatisfecha de servicios de planificación familiar.

Información recolectada sobre el tamaño ideal de la familia, o el promedio ideal de hijos, que al compararse con el promedio de nacidos vivos permite obtener una primera idea del exceso de fecundidad prevalente en el país.

Información sobre la fecundidad deseada en los años inmediatamente anteriores a la encuesta, como indicador del grado de cumplimiento de las preferencias reproductivas. El complemento, la fecundidad no deseada, permite estimar el posible impacto que la prevención de esos nacimientos podría tener sobre las necesidades de planificación familiar y las tasas de fecundidad.

7.1 EL DESEO DE MAS HIJOS

Durante mucho tiempo, los administradores de programas de planificación familiar se preocuparon únicamente por las mujeres que deseaban limitar la fecundidad,

prestando muy poca atención a aquéllas que deseaban espaciar los nacimientos. Se reconoce que hay un grupo grande de mujeres que quieren espaciarlos, especialmente si se tiene en cuenta que los nacimientos muy seguidos inciden en la salud y bienestar de la madre y los hijos. Por lo tanto, en la ENDES 2000 se preguntó a aquellas mujeres que deseaban más hijos, cuánto tiempo les gustaría esperar para tener otro (o tener el primero para aquéllas sin hijos). Específicamente, a las nulíparas se les preguntó si deseaban tener hijos, al resto si deseaban más hijos. A aquéllas que deseaban más hijos se les preguntó cuánto tiempo deseaban esperar para tener el próximo. El análisis detallado de la información, junto con los datos referentes al uso o no de anticonceptivos, permite estudiar la necesidad insatisfecha de planificación familiar tanto para espaciar la descendencia como para limitarla.

La distribución de las mujeres en unión de acuerdo con el deseo o no de más hijos se presenta en el Cuadro 7.1 por número de hijos sobrevivientes. La misma distribución, pero por grupos de edad se presenta en el Cuadro 7.2.

Cuadro 7.1

Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes

- En el departamento de Tacna más de la mitad de las mujeres actualmente unidas no quiere tener más hijos (57%), si se adiciona las esterilizadas (12%), se obtiene que casi 7 de cada 10 no desean más hijos. El 16 por ciento desea tener un hijo, pero desea esperar 2 años o más y el 10 por ciento desea tener un hijo pronto. Las indecisas sobre sus preferencias y las infértiles alcanzan al 3 por ciento.

- El deseo de no tener más hijos aumenta rápidamente con la paridez. Así, el mayor porcentaje de mujeres que no desea tener más hijos se encuentra entre quienes ya tienen de 2 a más hijos vivos. Alrededor de tres cuartos de las que tienen 4 y 6 hijos expresan el deseo de culminar su paridez (72% y 77% respectivamente), sin considerar las esterilizadas.
- Por otro lado, el mayor porcentaje de las mujeres que desea tener hijos pero desean esperar dos años o más ya tiene un hijo (46%); le siguen en porcentaje aquellas que tienen dos hijos vivos (14%).

Cuadro 7.1 Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes

Distribución porcentual de mujeres actualmente casadas/unidas por preferencias de fecundidad, según número de hijos vivos, Tacna 2000

Preferencia	Número de hijos sobrevivientes ¹							Total mujeres 15-49
	0	1	2	3	4	5	6+	
No desea más	*	29,1	73,9	93,6	91,4	89,3	96,1	69,6
No quiere más	*	28,2	66,9	67,0	72,3	64,3	76,9	57,2
Esterilizadas	*	0,9	7,0	26,6	19,1	25,0	19,2	12,4
Desea más, indecisa o infecunda								
Desea tener otro pronto ²	*	17,3	6,4	1,8	6,4	0,0	0,0	9,6
Desea tener otro más tarde ³	*	46,4	14,0	1,8	0,0	0,0	0,0	15,7
Indecisa	*	2,7	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Infértil	*	1,8	1,7	2,8	2,1	10,7	3,8	2,6
Total	*	100,0						
Número de mujeres		17	110	172	109	47	28	26

¹ Incluye el embarazo actual ² Desea otro hijo antes o dentro de los próximos 2 años ³ Desea esperar dos o más años

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 7.2

Preferencias de fecundidad por edad

- La proporción de mujeres que no desea tener más hijos suele aumentar rápidamente con la edad. Si se comparan los grupos extremos, las proporciones de las mujeres unidas que no desean más hijos, incluyendo a las que recurrieron a la esterilización, llega a 43 por ciento en las mujeres de 20-24 años y a 80 por ciento en las de 45 a 49 años de edad. Se advierte un incremento de las esterilizadas entre los 30 a 44 años.
- Por otro lado, la proporción de mujeres que desea tener un hijo pronto (antes de los próximos dos años) es mayor entre las mujeres de 35-39 años de edad (13%). En los demás grupos de edad las mayores proporciones se registran entre las mujeres menores de 35 años.
- El mayor porcentaje de mujeres que desea tener hijos pero quieren esperar dos años o más se encuentra entre las mujeres menores de 25 años (38%) y, luego esta proporción va disminuyendo conforme aumenta la edad.

Cuadro 7.2 Preferencias de fecundidad por edad actual de las mujeres

Distribución porcentual de las mujeres en unión por deseo de más hijos, según edad actual de las mujeres, Tacna 2000

Preferencia	Edad actual							Total mujeres 15-49	
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
No desea más	*	43,4	48,5	70,1	80,4	93,0	79,7	69,6	
No quiere más	*	43,4	46,5	57,7	62,9	67,4	64,1	57,2	
Esterilizadas	*	0,0	2,0	12,4	17,5	25,6	15,6	12,4	
Desea más, indecisa o infecunda									
Desea tener otro pronto ¹	*	11,3	10,9	10,3	13,4	5,8	4,7	9,6	
Desea tener otro más tarde ²	*	37,7	35,6	16,5	3,1	0,0	0,0	15,7	
Indecisa	*	1,9	3,0	3,1	1,0	0,0	1,6	1,8	
Infértil	*	1,9	1,0	0,0	1,0	1,2	14,1	2,6	
Total	*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Número de mujeres		11	53	101	97	97	86	64	510

*: Menos de 20 casos

¹ Desea otro hijo antes de dos años ² Desea esperar dos años o más

Cuadro 7.3

Mujeres que no desean más hijos por características sociodemográficas

- En el departamento de Tacna, casi tres cuartas partes de las mujeres en unión no desea tener más hijos, incluyendo a las esterilizadas (70%). La diferencia entre las mujeres del área rural y las del área

urbana es mínima y se incrementa entre las que tienen 6 o más hijos vivos.

- Las mayores diferencias en el deseo de tener más hijos en el futuro, entre subgrupos poblacionales según nivel de educación se observa entre las que no tienen educación (88%) y las que tienen educación superior (50%); las primeras superan a las segundas en su deseo de ya no tener hijos, en 38 puntos porcentuales.

Cuadro 7.3 Mujeres que no desean más hijos, según características seleccionadas

Porcentaje de mujeres en unión que no desean más hijos o que están esterilizadas, por número de hijos sobrevivientes según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Número de hijos sobrevivientes ¹						Total mujeres 15-49
	1	2	3	4	5	6+	
Área de residencia							
Urbana	31,5	73,1	94,8	88,9	90,5	94,7	69,6
Rural	16,7	77,8	84,6	100,0	85,7	100,0	69,4
Nivel de educación							
Sin educación	-	50,0	100,0	75,0	100,0	100,0	87,5
Primaria	42,9	81,6	94,4	100,0	86,7	93,3	84,4
Secundaria	31,0	75,3	93,0	88,9	88,9	100,0	67,6
Superior	21,9	62,5	92,9	80,0	100,0	-	50,0
Total	29,1	73,8	93,6	91,5	89,3	96,2	69,5

Nota: Incluye mujeres cuyo esposo o compañero está esterilizado

¹ Incluye el embarazo actual

7.2 LA NECESIDAD INSATISFECHA Y LA DEMANDA DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

En la sección anterior se indicó que la proporción de mujeres que desean espaciar los nacimientos y/o limitar la familia, puede considerarse, en principio, como un indicador de la demanda potencial por servicios de planificación familiar. Una mejor aproximación al análisis de la necesidad de planificación familiar se presenta en esta sección. Primero se calcula la llamada necesidad insatisfecha de planificación familiar, tanto para espaciar como para limitar, a la cual se le agrega la estimación de mujeres que en la actualidad usan métodos, para obtener así la demanda total de planificación familiar.

La Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar

Para los cálculos de esta sección, no se consideran con necesidad insatisfecha de planificación familiar las siguientes categorías de mujeres:

- Mujeres que no están actualmente en unión.
- Mujeres que están practicando la planificación familiar.
- Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas que estaban empleando alguna forma de anticoncepción cuando quedaron embarazadas.
- Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo fue deseado.
- Mujeres infértiles, es decir, aquellas sin hijos nacidos vivos en los últimos cinco años a pesar de haber estado en unión y no haber usado la anticoncepción.
- Mujeres fértiles que desean un hijo durante los próximos 2 años.

Necesidad insatisfecha para limitar:

- Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado.
- Mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifestaron que no desean más hijos.

Necesidad insatisfecha para espaciar:

- Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo si fue deseado, pero más tarde.
- Mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifestaron que sí desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años.

La Demanda Total de Planificación Familiar

Los niveles de necesidad insatisfecha revelan sólo en parte el potencial de la demanda de planificación familiar. La información de ENDES 2000 permite estimar la demanda total de tales servicios, tanto para espaciar como para limitar. La demanda total incluye tres componentes:

- Las mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar;
- Las mujeres que actualmente están usando métodos anticonceptivos (necesidad satisfecha).
- Las mujeres embarazadas o amenorréicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falla de método).

Las estimaciones de la necesidad insatisfecha, la demanda satisfecha y la demanda total de planificación familiar (para espaciar, para limitar y total) se presentan en el Cuadro 7.4 para diferentes niveles de exposición de las mujeres, por características seleccionadas.

Cuadro 7.4

Necesidad insatisfecha de planificación familiar

- En el departamento de Tacna 6 por ciento de las mujeres en unión tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar: 4 por ciento para limitar el número de hijos y 2 por ciento para espaciarlos.
- La necesidad insatisfecha por grupo de edad, alcanza su proporción más alta entre las mujeres de 20 a 24 y 35 a 39 años (8% en ambos grupos de edad). En las primeras, la necesidad insatisfecha es especialmente para espaciar la fecundidad (6%) y en las segundas para limitar su fecundidad (8%).

- La necesidad insatisfecha de planificación familiar es similar en el área urbana y rural (6%) y en ambas áreas de residencia la demanda es mayor para limitar que para espaciar el número de hijos.
- La necesidad insatisfecha es similar entre las mujeres con educación primaria y las que tienen superior (7% en ambos casos); pero en el primer grupo es para limitar la fecundidad, mientras que en el segundo es para espaciarla.

Demanda total de planificación familiar

- Tacna es uno de los tres departamentos con mayor nivel de demanda total (88%), junto con Puno e Ica, en mayor proporción para limitar el tamaño de la familia (63%) que para espaciar (26%).

Cuadro 7.4 Necesidad de servicios de planificación familiar para las mujeres en unión, según características seleccionadas

Porcentaje de mujeres en unión con necesidad insatisfecha de planificación familiar y demanda total de planificación familiar, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Necesidad insatisfecha ¹			Necesidad satisfecha ² (uso de métodos)			Demanda total ³			Demanda satisfecha (porcentaje) ⁴	Número de mujeres en unión
	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total		
Edad											
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
20-24	5,7	1,9	7,5	47,2	35,8	83,0	56,6	37,7	94,3	92,0	53
25-29	5,0	1,0	5,9	42,6	41,6	84,2	49,5	43,6	93,1	93,6	101
30-34	2,1	2,1	4,1	26,8	60,8	87,6	29,9	63,9	93,8	95,6	97
35-39	0,0	8,2	8,2	12,4	63,9	76,3	13,4	76,3	89,7	90,8	97
40-44	0,0	4,7	4,7	2,3	82,6	84,9	2,3	87,2	89,5	94,8	86
45-49	0,0	4,7	4,7	1,6	54,7	56,3	1,6	59,4	60,9	92,3	64
Área de residencia											
Urbana	2,1	3,8	5,9	22,4	58,3	80,7	25,9	63,0	88,9	93,4	425
Rural	2,4	3,5	5,9	18,8	54,1	72,9	24,7	60,0	84,7	93,1	85
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	16
Primaria	0,0	6,8	6,8	5,4	63,9	69,4	7,5	72,8	80,3	91,5	147
Secundaria	2,0	3,3	5,3	27,0	59,8	86,9	31,1	64,3	95,5	94,4	244
Superior	5,9	1,0	6,9	35,3	44,1	79,4	42,2	45,1	87,3	92,1	102
Total	2,2	3,7	5,9	21,8	57,6	79,4	25,7	62,5	88,2	93,3	510

*: Menos de 20 casos

¹ Necesidad insatisfecha para **limitar**: mujeres embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo **no fue deseado** y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas **que no desean más hijos**. Necesidad insatisfecha para **espaciar**: mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo **si fue deseado, pero más tarde** y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que si desean más hijos pero **prefieren esperar** por lo menos dos años.

² La *necesidad satisfecha para espaciar* se refiere a las mujeres que usan algún método de planificación familiar porque desean espaciar los nacimientos (respondieron que desean tener más hijos o están indecisas al respecto). La *necesidad satisfecha para limitar* se refiere a aquellas mujeres que están usando porque desean limitar los nacimientos (respondieron que no desean más hijos).

³ La *demanda total* incluye mujeres embarazadas o amenorréicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falta de método).

⁴ [(Necesidad satisfecha)+(falta de método)]/(demanda total).

- El nivel de demanda total mayor en las mujeres actualmente unidas de 20 a 24 y 30 a 34 años, en las primeras para espaciar y en las segundas para limitar. Mientras que la demanda total para espaciar el número de hijos disminuye con la edad, la demanda para limitar aumenta. Sólo entre las menores de 30 años, la demanda total de métodos para espaciar supera a la demanda para limitar.
- La demanda total en el área urbana es mayor en 4 puntos porcentuales que la del área rural.
- Del total de mujeres unidas con necesidad de planificación familiar, el 93 por ciento de ellas tiene satisfecha dicha necesidad y no hay mayores diferencias según las características consideradas.

7.3 NUMERO IDEAL DE HIJOS

En las secciones anteriores se analizó el deseo futuro de más hijos, el cual obviamente, está influenciado por el número de hijos ya tenidos. También, se preguntó en la entrevista por el número ideal de hijos, independientemente de la situación actual; es decir, el número de hijos que a la mujer le hubiera gustado tener si ella pudiera comenzar de nuevo su vida reproductiva.

Usualmente existe una alta asociación entre el número ideal y el real de hijos tenidos, especialmente en las mujeres de mayor edad. Por una parte, las parejas que desean familias numerosas terminan con buen número de hijos; por otra, al responder en la encuesta a la pregunta correspondiente, las mujeres pueden ajustar su descendencia ideal a la real, en un proceso de racionalización. La distribución de

las mujeres entrevistadas en la ENDES 2000 por el número ideal de hijos, según el número de hijos sobrevivientes se presenta en el cuadro 7.5. En este cuadro se presenta, además, el promedio ideal para todas las mujeres y para las actualmente unidas.

Es posible también que las mujeres con alta paridez, sean en promedio de más edad, que las que tienen familia pequeña; esto no sólo debido al menor tiempo de exposición al riesgo del embarazo, sino también a los cambios en las actitudes en las generaciones más jóvenes con respecto a la planificación familiar y sobre los roles de los miembros del hogar.

Cuadros 7.5

Número ideal y promedio ideal de hijos sobrevivientes

- El número promedio ideal de hijos para todas las entrevistadas en el departamento de Tacna es similar al promedio ideal para las mujeres unidas (2.2 y 2.3 hijos respectivamente).
- En el total de entrevistadas el promedio ideal de hijos aumenta desde 2 hijos para quienes tienen no tienen hijos, hasta 2.7 hijos para las que tienen 6 hijos vivos o más.

Cuadro 7.6

Número medio ideal de hijos por características sociodemográficas

- En el departamento de Tacna, el número medio ideal de hijos es similar en todas las entrevistadas, sin gran diferencia por área de residencia o nivel de educación.

Cuadro 7.5 Número ideal y promedio ideal de hijos

Distribución porcentual de mujeres entrevistadas por número ideal de hijos y promedio ideal para todas las mujeres entrevistadas y para las actualmente en unión, según número de hijos sobrevivientes, Tacna 2000

Número ideal y promedio ideal	Número de hijos sobrevivientes ¹							Total mujeres 15-49
	0	1	2	3	4	5	6+	
Número de hijos								
0	1,2	2,3	2,6	3,4	0,0	10,0	3,3	2,2
1	16,9	18,8	10,7	8,5	7,0	3,3	3,3	13,5
2	65,9	67,0	62,8	52,5	63,2	50,0	50,0	62,6
3	12,5	10,2	15,3	26,3	10,5	20,0	26,7	14,9
4	2,9	0,6	3,6	7,6	12,3	10,0	6,7	4,1
5	0,3	0,0	1,5	0,0	1,8	0,0	3,3	0,6
6+	0,3	1,1	2,6	0,8	5,3	6,7	6,7	1,7
Respuestas no numéricas	0,0	0,0	1,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	343	176	196	118	57	30	30	951
Promedio ideal de hijos²								
Promedio para todas las mujeres	2,0	1,9	2,2	2,3	2,6	2,6	2,7	2,2
Número de mujeres	343	176	194	117	57	30	30	948
Promedio para las actualmente unidas	*	2,0	2,2	2,3	2,6	2,7	2,5	2,3
Número de mujeres unidas	17	110	171	108	47	28	26	508

¹ Incluye el embarazo actual.

² Excluye las entrevistadas que dieron respuesta no numérica.

*: Menos de 20 casos

Cuadro 7.6 Promedio ideal de hijos, según característica seleccionadas

Promedio ideal de hijos para todas las mujeres entrevistadas, por edad, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Edad de la mujer							Total mujeres 15-49
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Area de residencia								
Urbana	2,0	2,0	1,9	2,2	2,2	2,4	2,8	2,2
Rural	1,7	2,2	1,9	2,1	2,5	2,1	2,1	2,1
Nivel de educación								
Sin educación	-	-	-	2,0	1,5	2,8	2,3	2,3
Primaria	1,8	2,1	1,9	2,5	2,3	2,1	2,4	2,2
Secundaria	2,0	1,9	2,0	2,1	2,3	2,4	3,2	2,1
Superior	2,5	2,2	1,9	2,3	2,1	2,5	2,6	2,2
Total	2,0	2	1,9	2,2	2,3	2,4	2,7	2,2

7.4 PLANIFICACION DE LA FECUNDIDAD

Para cada hijo nacido en los cinco años anteriores a la encuesta y para el embarazo actual, cuando era aplicable, se preguntó a la mujer si ese embarazo en particular, fue planeado o lo hubiera deseado para algún tiempo posterior o definitivamente fue un

embarazo no deseado. A diferencia de la información presentada sobre deseo futuro de más hijos o tamaño ideal de la familia, las preguntas sobre fecundidad deseada se refieren al pasado y por lo tanto conllevan riesgos de memoria y de veracidad o de racionalización de la respuesta frente a hechos ya consumados y de trascendencia afectiva. A pesar de estas limitaciones, es posible obtener un indicador del

grado de éxito logrado por la pareja en el control reproductivo en los años recientes. La información también es útil para calibrar el efecto sobre la fecundidad de la prevención de los nacimientos no deseados, aunque éstos probablemente estén subestimados.

En el Cuadro 7.7 se presenta la distribución de todos los nacimientos ocurridos durante los cinco años antes de la encuesta, más los embarazos actuales, de acuerdo a las intenciones reproductivas de la mujer al momento de embarazarse, según orden del nacimiento y edad de la madre al nacimiento.

Cuadro 7.7

Planeación de la fecundidad

- Casi la tercera parte de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no

fueron deseados (30%), el 44 por ciento fueron deseados y el 25 por ciento de los nacimientos no fueron deseados en ese momento, sino que hubieran querido ser postergados ("quería después").

- El porcentaje de hijos no deseados aumenta con el orden de nacimiento y la edad de la madre al nacimiento del hijo.
- El mayor porcentaje de nacimientos que fueron deseados en el momento de su concepción, corresponde a los primeros nacimientos (53%), luego va disminuyendo a medida que va aumentando el orden de nacimientos.
- El 52 por ciento de hijos deseados en el momento de su concepción se presenta en las mujeres de 25 a 29 años de edad.

Cuadro 7.7 Planificación de la fecundidad

Distribución porcentual de los nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta y embarazos actuales, por intención reproductiva de la madre, según edad de la madre y orden de nacimiento, Tacna 2000

Edad de la madre y orden del nacimiento	Intención reproductiva			Total	Número de nacimientos ¹
	Lo quería entonces	Lo quería después	No quería más		
Orden de nacimiento					
1	52,7	34,4	13,0	100,0	131
2	51,0	27,9	20,2	100,0	104
3	33,3	10,4	56,3	100,0	48
4+	14,6	7,3	78,0	100,0	41
Edad al nacimiento					
<19	41,2	39,2	19,6	100,0	51
20-24	39,0	34,1	25,6	100,0	82
25-29	51,6	24,7	23,7	100,0	93
30-34	46,3	14,8	38,9	100,0	54
35-39	42,9	7,1	50,0	100,0	42
40-44	*	*	*	*	2
Total	44,4	25,3	29,9	100,0	324

Nota: Orden de nacimiento incluye el embarazo actual.

¹ Número de nacimientos más embarazos actuales

*: Menos de 20 casos.

7.5 TASAS DE FECUNDIDAD DESEADA

Con el fin de medir el impacto de los nacimientos no planeados sobre el nivel de la fecundidad se obtiene una tasa global de fecundidad considerando solamente los nacimientos deseados¹. Las tasas de fecundidad deseada están basadas en los nacimientos ocurridos en los 36 meses anteriores a la encuesta, excluyendo el mes de la entrevista. Las tasas de fecundidad deseada expresan el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos.

Cuadro 7.8

Tasas de fecundidad deseada

- En el departamento de Tacna la tasa global de fecundidad observada (2.0 hijos por mujer) es algo mayor a la tasa global de fecundidad deseada (1.5 hijos por mujer).
- Tacna es uno de los departamentos, en los que por ser casi similar la tasa de global de fecundidad deseada con la observada, los menores niveles de reducción se darían entre las mujeres con educación superior.

Cuadro 7.8 Fecundidad deseada y observada

Tasa global de fecundidad (TGF) deseada y observada para los tres años que precedieron a la encuesta, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	TGF	
	Deseada	Observada
Area de residencia		
Urbana	1,5	2,0
Rural	1,5	2,1
Nivel de educación		
Sin educación	0,0	0,8
Primaria	2,0	2,7
Secundaria	1,4	2,1
Superior	1,8	2,0
Total	1,5	2,0

Nota: Las tasas se calcularon a partir de los nacimientos ocurridos a las mujeres de 15-49 años durante el período de 1-36 meses antes de la encuesta. Las tasas globales de fecundidad son las mismas presentadas en el cuadro 4.2.

¹ Para la definición de si el nacimiento fue deseado o no, se sigue el método de Lightbourne (1985), mediante el cual un nacimiento se considera deseado si el número de hijos sobrevivientes en el momento del embarazo es menor que el número ideal de hijos tal como lo informó la entrevistada.



*VIII. CARACTERISTICAS
GENERALES DE LAS
MUJERES*

VIII. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

Al igual que en las ENDES anteriores, en la ENDES 2000 se obtuvo la historia de nacimientos de cada una de las mujeres entrevistadas, en la que se averiguó el sexo, fecha de nacimiento, edad actual y la condición de sobrevivencia de cada hijo e hija nacidos vivos. En el caso de los nacidos vivos que fallecieron, se registró la edad a la que ocurrió el deceso, con tres variantes:

- En días para niños que murieron en el primer mes de vida.
- En meses para los que perecieron entre 1 y 23 meses.
- En años para los que fallecieron después de cumplir los 2 años.

8.1 MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Los datos recolectados en las historias de nacimientos permiten calcular para períodos determinados, las siguientes probabilidades de morir:¹

Mortalidad Neonatal:

Probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN).

Mortalidad Infantil:

Probabilidad de morir durante el primer año de vida (1q0).

Mortalidad post-infantil:

Probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario (4q1).

Mortalidad en la niñez:

Probabilidad de morir antes de cumplir 5 años (5q0).

Al igual que las otras variables demográficas, la mortalidad esta sujeta a errores de declaración. La confiabilidad de las estimaciones de la mortalidad depende de los niveles de omisión de hijos que fallecieron al poco tiempo de nacer, especialmente cuando la defunción ocurrió bastante tiempo antes de la encuesta. Es importante, de igual manera, la calidad diferencial de la declaración de las fechas de nacimiento de hijos sobrevivientes e hijos muertos. Otro error que puede ocurrir es la declaración errónea de la fecha de defunción del hijo. En encuestas de otros países se ha observado una tendencia en las madres a redondear hacia un año (12 meses) la edad del hijo al morir, aún cuando el niño hubiera fallecido no exactamente a los 12 meses sino en meses próximos a esa edad. Este redondeo hace que en el mes 12 se produzca una gran concentración de defunciones. Cuando el traslado de las muertes ocurridas a los 10 u 11 meses de vida hacia el año, es grande, se origina una subestimación de la mortalidad infantil y la sobreestimación de la mortalidad de la niñez. En el caso de la ENDES 2000, al igual que en las ENDES anteriores, no hay evidencias significativas de desplazamientos de edades al fallecer informadas para los menores de 1 año hacia los 12 meses o más en las declaraciones referidas a los 5 años anteriores a la encuesta.

Niveles y Tendencias de la Mortalidad Infantil y en la Niñez

En el cuadro 8.1 se presentan estimaciones de la mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios anteriores a la ENDES 2000, calculadas a partir de la historia de nacimientos

¹ Las estimaciones de mortalidad no son tasas sino probabilidades calculadas siguiendo los procedimientos estándar de tablas. Para cada periodo calendario se tabulan las muertes y las personas expuestas para los intervalos de edad en meses: 0, 1-2, 3-5, 6-11, 12-23, 24-35, 36-47, 48-59, para luego calcular probabilidades de sobrevivencia en cada intervalo de edad. Finalmente se calculan las probabilidades de morir multiplicando las respectivas probabilidades de sobrevivir y restando de 1. Una descripción detallada del método para calcular las probabilidades de morir se encuentra en Rutstein (1984)

y defunciones obtenida en las entrevistas a mujeres de 15 a 49 años de edad.

Cuadro 8.1

- De cada 1000 niños que nacieron en el departamento de Tacna durante 1995-2000, murieron 13 antes de cumplir su primer año de vida. La tasa de mortalidad infantil evidencia una reducción de 60 por ciento respecto a la estimada para el período 1990-95 (33 por mil).
- La probabilidad de que un niño muera, en el departamento de Tacna, antes de cumplir los 5 años de vida ha disminuido de 45 a 22 defunciones por mil nacidos vivos en los quinquenios 1990-95 y 1995-2000, disminución que es del orden de 51 por ciento.
- Tacna es el tercero de los departamentos después de Lima (20 por mil) e Ica (21 por mil), que tiene las tasas más bajas de mortalidad infantil. Y en el caso de la mortalidad en la niñez (51 por mil) es el cuarto después de Lima (27 por mil), Ica (32 por mil) y Moquegua (33 por mil) que presentan las tasas más bajas de mortalidad en la niñez, en comparación al resto de departamentos.

Cuadro 8.1 Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios

Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios anteriores a la encuesta, Tacna 2000

Años antes de la encuesta	Neonatal (MN)	Postneonatal (MPN)	Infantil (1q0)	Post infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
0-4	6,7	6,6	13,3	9,1	22,2
5-9	11,4	21,7	33,2	12,2	45,0
10-14	25,2	17,5	42,7	3,7	46,2
15-19	38,9	8,9	47,8	12,5	59,7
20-24	30,5	72,2	102,7	3,2	105,5

8.2 DIFERENCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Para el análisis de los diferenciales de la mortalidad es recomendable ampliar el período de referencia hacia los 10 años anteriores a la encuesta, especialmente a nivel departamental.

Cuadro 8.2

- La tasa de mortalidad infantil es mayor en las niñas que en los niños (25 y 23 respectivamente). Los diferenciales de la mortalidad se incrementan según la edad de la madre al nacimiento del hijo. Cuando se analizan los resultados por edad de la madre se encuentra el tradicional comportamiento: alto riesgo de mortalidad para niños de madres jóvenes y los mayores riesgos para aquellos de madres que tenían entre 40 a 49 años. El riesgo de mortalidad infantil es alto para niños de madres adolescentes (25 por mil), pero es más alto en madres de 40 a 49 años de edad (125 por mil).
- Igualmente los riesgos aumentan con el número de orden de los nacimientos. Cuando el nacimiento es entre el cuarto al sexto orden el niño tiene mayor probabilidad de morir.
- En el análisis según la amplitud del tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro (intervalo de nacimiento) se aprecia otro aspecto en el que se vinculan estrechamente la fecundidad y la mortalidad infantil. Cuando el intervalo es corto, el tiempo disponible para la recuperación de la madre es también corto, es poco el tiempo que puede dispensar para el cuidado del hijo,

fomentando inclusive una corta lactancia que afecta la nutrición del niño. Los resultados confirman que el riesgo de muerte es mayor cuando el intervalo es menor de 2 años (30 por mil). Este riesgo de mortalidad es tres veces más que el observado cuando el intervalo es de por

lo menos 2 años (10 por mil). Sin embargo, en este departamento también ocurre que cuando el intervalo de nacimiento es de 4 años o más se incrementa la mortalidad infantil y probablemente estén interactuando otros factores.

Cuadro 8.2 Mortalidad infantil y en la niñez en los diez años anteriores a la encuesta, según características seleccionadas

Tasas de mortalidad infantil y en la niñez para los diez años anteriores a la encuesta, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Neonatal (MN)	Postneonatal (MPN) ¹	Infantil (1q0)	Post infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
Nivel de Educación					
Primaria	27,0	15,8	42,9	24,8	66,6
Secundaria	3,1	14,0	17,1	6,5	23,5
Superior	0,0	15,5	15,5	0,0	15,5
Sexo del niño					
Hombre	3,0	19,8	22,9	3,2	26,0
Mujer	15,7	9,3	25,0	17,8	42,4
Edad de la madre al nacimiento					
<20	9,7	14,9	24,6	10,2	34,5
20-29	8,2	21,3	29,5	7,9	37,2
30-39	5,8	0,0	5,8	17,7	23,4
40-49	125,0	0,0	125,0	0,0	125,0
Orden del nacimiento					
Primer nacimiento	4,0	17,8	21,7	0,0	21,7
2-3	7,0	17,3	24,3	13,8	37,8
4-6	33,7	0,0	33,7	19,9	53,0
7+	0,0	0,0	0,0	45,5	45,5
Intervalo con nacimiento previo					
<2	15,3	14,3	29,5	25,9	54,7
2 años	0,0	9,9	9,9	18,4	28,1
3 años	0,0	0,0	0,0	33,6	33,6
4 años y más	22,3	16,9	39,2	5,9	44,9
Total	9,3	14,6	23,8	10,7	34,3

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

8.3 LA MORTALIDAD PERINATAL

La distinción entre un nacido muerto y una muerte neonatal no es fácil de hacer y requiere que la madre recuerde a menudo síntomas de vida después del parto. Las causas de mortinatos y de muertes neonatales están correlacionadas y si solo se examina una de ellas se puede subestimar el nivel de la mortalidad perinatal. En la ENDES 2000 se recolectó información sobre mortinatos a partir de enero de 1995, en el calendario de eventos

incluido al final del cuestionario. En el cuadro 8.3 se detallan los resultados, se incluye el número de nacidos muertos (muertes fetales en embarazos de 7 ó más meses de duración), las muertes neonatales tempranas (aquellas ocurridas entre nacidos vivos durante la primera semana), el número de embarazos de 28 semanas o más de gestación y la tasa de mortalidad perinatal. Esta se calcula como la suma de nacidos muertos y las muertes neonatales tempranas dividida por los embarazos de 7 ó más meses de duración.

Cuadro 8.3

Mortalidad perinatal para los 5 años anteriores a la encuesta

- La tasa de mortalidad perinatal es de 10 defunciones por mil embarazos de 7 o más meses de duración.

- La mortalidad perinatal en el caso de las madres que tenían 20-29 años al momento del nacimiento es similar a las madres de 30-39 años de edad.

Cuadro 8.3 Mortalidad perinatal, según características seleccionadas

Número de nacidos muertos y tasa de mortalidad perinatal para los cinco años anteriores a la encuesta, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Número de nacidos muertos ¹	Número de muertes neonatales tempranas ²	Tasa de mortalidad perinatal	Número de embarazos de 7 y más meses de duración
Edad de la madre al nacimiento				
<20	0	0	0,0	49
20-29	1	1	12,3	162
30-39	0	1	11,9	84
40-49	0	0	*	2
Intervalo con el embarazo previo				
1er embarazo	1	0	9,1	110
<15 meses	0	0	*	16
15-26 meses	0	0	0,0	35
27-38 meses	0	0	0,0	47
39+ meses	0	2	22,5	89
Area de residencia				
Urbana	1	1	8,0	249
Rural	0	1	20,8	48
Nivel de educación				
Sin educación	0	0	*	1
Primaria	0	1	14,3	70
Secundaria	1	1	12,7	157
Superior	0	0	0,0	69
Total	1	2	10,1	297

¹ Nacidos muertos son muertes fetales en embarazos de 7 o más meses de duración

² Las muertes neonatales tempranas son aquellas ocurridas entre nacidos vivos durante los primeros 7 días (edades 0-7 días)

³ La tasa de mortalidad perinatal es la suma de nacidos muertos y muertes neonatales tempranas dividida por los embarazos de 7 o más meses de duración, por mil

*: Menos de 20 casos.

8.4 GRUPOS DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO

El estudio de la mortalidad también puede emprenderse a través de las categorías de alto riesgo de mortalidad en la población, no solo desde el punto de vista de los niños nacidos vivos sino desde el punto de vista del grupo de mujeres cuyos hijos se encuentran en categorías de alto riesgo de mortalidad en el futuro. El cuadro 8.4 contiene el porcentaje de niños nacidos en los últimos 5 años en grupos de alto riesgo de mortalidad y el porcentaje de mujeres

en unión en riesgo de concebir un niño con alto riesgo de mortalidad, según categorías. La razón de riesgo en la segunda columna del cuadro 8.4; se define como el cociente entre: (1) la proporción de niños muertos en los últimos 5 años entre aquellos nacidos en una categoría específica de riesgo y (2) la proporción de niños muertos entre aquellos nacidos de mujeres en ninguna categoría de riesgo elevado. Los primeros nacimientos de mujeres de 18 y 34 años constituyen una categoría especial de riesgo no evitable.

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

- La madre tiene menos de 18 años al momento de nacimiento del niño.
- La madre tiene 35 o más años al momento de nacimiento del niño.
- El intervalo intergenésico es menor de 24 meses.
- El orden de nacimiento es mayor de 3.

Tomando en cuenta estos grupos se construyen categorías especiales de riesgo combinando dos o más de ellos. Por otro lado, las mujeres se asignan a una categoría dada dependiendo de la situación en que se encontrarían en el momento del nacimiento del niño si éste fuese concebido en el mes de la entrevista.

Cuadro 8.4

Categorías de alto riesgo reproductivo

- Casi 3 de cada 10 nacimientos de los últimos cinco años, en el departamento de Tacna, ocurrieron en alguna condición de alto riesgo reproductivo (28%).
- Del total de nacimientos de los cinco años anteriores a la encuesta que ocurrieron en alto riesgo reproductivo 8 por ciento son de madres mayores de 34 años al nacer el hijo y 8 por ciento nacimientos de orden mayor de 3, cuya razón de riesgo es de 9 por ciento y 5 por ciento respectivamente.

Cuadro 8.4. Categorías de alto riesgo reproductivo

Porcentaje de niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta en categorías de riesgo elevado de mortalidad y porcentaje de mujeres en unión en riesgo de concebir un hijo con riesgo elevado de mortalidad, por categoría de riesgo, Tacna 2000

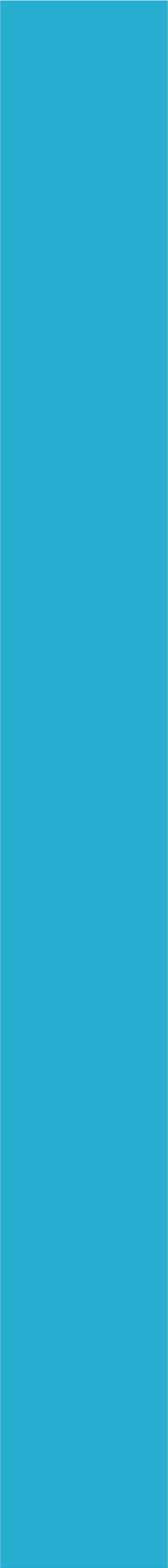
Categoría de riesgo	Porcentaje de nacimientos	Razón de riesgo	Porcentaje de mujeres en unión
En ninguna categoría de riesgo elevado	36,1	1,0	40,9¹
Categoría de Riesgo Inevitable²	35,8	1,0	2,9
Total en Categoría de Riesgo Elevado	28,0	5,2	56,2
En una sola categoría de riesgo elevado	23,6	6,1	26,7
Madre menor de 18 años (Edad<18)	3,7	9,7	0,2
Madre mayor de 34 años (Edad>34)	7,8	9,3	14,7
Intervalo de nacimiento <24 meses (IN<24)	4,4	0,0	6,5
Orden de nacimiento mayor de 3 (ON >3)	7,8	4,7	5,3
En varias categorías de riesgo	4,4	0,0	29,5
Edad <18 & IN de <24 ³	0,0	-	0,4
Edad >34 & IN<24	0,0	-	1,0
Edad >34 & ON >3	3,7	0,0	25,0
Edad >34 & IN <24 & ON >3	0,7	0,0	1,6
IN <24 & ON >3	0,0	-	1,6
Total	100,0	-	100,0
Número de nacimientos	296	-	510

¹ Incluye las mujeres esterilizadas

² Incluye los primeros nacimientos a mujeres entre 18 y 34 años

³ Incluye las categorías combinadas edad <18 y ON >3

- : No aplicable



*IX. SALUD MATERNO
INFANTIL*

IX. SALUD MATERNO INFANTIL

Los problemas de salud materno-infantil merecen preferente atención en el Perú debido a su estructura demográfica con predominancia de niños. Los niveles de fecundidad son todavía altos en comparación con otros países vecinos, son altos también la prevalencia de enfermedades endémicas y el rebrote de otras que habían casi desaparecido. Los cuadros de morbilidad infantil están muy relacionados con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con algunos patrones culturales que tienen que ver con la forma como se valora la vida de un niño, y por otro, con el papel que se le reconoce a la mujer en la vida nacional.

En el Perú no hay estadísticas continuas que permitan ver de manera confiable la evolución de la salud de la población; más bien el panorama se agravó en los últimos años con los recortes del gasto público en términos reales, que ocasionaron un deterioro de los servicios estadísticos del Ministerio de Salud y de los organismos vinculados con el sector social en general. La ENDES 2000 contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materno-infantil que permite llenar, en parte, el vacío existente.

En este capítulo se presentan los resultados referidos a temas tales como la atención prenatal, la asistencia durante el parto, el cuidado post parto, la cobertura de las vacunas, y la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias. El objetivo básico es el de identificar los grupos más vulnerables y así contribuir para la planificación de los programas de salud materno-infantil.

9.1 ATENCION PRENATAL Y ASISTENCIA EN EL PARTO

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país. En ENDES 2000 se les preguntó a las mujeres si ciertas situaciones eran para ella un gran problema o no en caso de que se enfermara y quisiera recibir tratamiento médico. También se averiguó, para los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años precedentes a la encuesta, si la madre había recibido el toxoide antitetánico y si había tenido atención prenatal y durante el parto, al igual que el lugar de ocurrencia del parto.

Atención Prenatal

Los resultados a las preguntas sobre la percepción de problemas en el acceso a los servicios de salud se presentan en el Cuadro 9.1 por características seleccionadas. En el Cuadro 9.2 se presenta la distribución porcentual de los últimos nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta por tipo de cuidado prenatal, según edad de la madre y orden de nacimiento, al igual que por lugar de residencia y nivel de educación. El contenido de la atención (tipo de servicios) se detalla en el Cuadro 9.3. En el Gráfico 9.1 se presenta información sobre las visitas prenatales y los meses de embarazo a la primera visita.

Cuadro 9.1

Percepción del acceso a servicios como un gran problema.

- El 84 por ciento de mujeres entrevistadas tiene al menos un problema para buscar consejo o tratamiento médico. El problema económico "conseguir dinero para el tratamiento" es el motivo por el cual el mayor porcentaje de mujeres del departamento de Tacna tiene dificultad para acceder a los servicios de salud (58%). Asimismo, "no hay personal de salud femenino" (48%), "no quiere ir sola" (34%), la "distancia al establecimiento de salud" (26%), la "dificultad en el transporte" (23%) son problemas que presenta

importante porcentaje de mujeres para acceder a establecimientos de salud.

- El problema de orden económico es el que reporta el mayor porcentaje de mujeres según todas las características seleccionadas.
- Con relación al área de residencia, 78 por ciento de las mujeres del área rural tienen dificultades económicas para acceder a servicios de salud. Las mujeres del área urbana tienen este problema en menor porcentaje que las del área rural.
- El problema económico es mayor, también, en las que tienen solo educación primaria y en las que trabajan y reciben remuneración en dinero.

Cuadro 9.1 Percepción del acceso a los servicios de salud como un gran problema

Porcentaje de mujeres que percibieron el acceso a los servicios de salud como un gran problema, por tipo de problema y características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Tipo de problema de acceso a los servicios de salud							Por lo menos un problema	Número de mujeres
	Saber donde ir	Conseguir permiso para ir	Conseguir dinero para el tratamiento	La distancia al establecimiento de salud	Tener que tomar transporte	No querer ir sola	No hay personal de salud femenino		
Edad									
15-19	18,7	12,8	44,9	15,5	15,0	54,0	60,4	87,2	187
20-29	18,8	13,0	61,1	22,5	20,1	34,0	49,1	83,0	324
30-39	20,9	15,7	61,0	35,3	30,1	24,9	41,8	84,3	249
40-49	24,2	15,8	62,6	32,1	27,9	28,4	40,5	83,7	190
Número de hijos vivos									
0	17,6	13,4	47,4	17,3	14,2	46,9	55,7	83,5	352
1-2	19,3	12,8	61,1	29,9	26,1	25,5	41,6	82,9	368
3-4	23,3	18,6	67,4	33,7	30,8	26,2	42,4	86,6	172
5+	36,2	15,5	77,6	37,9	37,9	39,7	53,4	91,4	58
Estado conyugal									
Soltera	17,8	14,0	49,3	17,8	14,3	45,8	55,3	84,5	349
Casada	20,8	13,9	62,9	32,2	29,3	29,5	43,0	84,9	510
Divorciada, separada, viuda	28,3	16,3	66,3	27,2	23,9	18,5	44,6	80,4	92
Área de residencia									
Urbana	19,3	13,6	55,4	25,0	21,4	34,8	46,0	83,2	832
Rural	28,6	18,5	78,2	36,1	36,1	31,9	59,7	92,4	119
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	27,5	18,0	83,6	30,7	32,3	27,5	56,6	93,1	189
Secundaria	20,0	13,2	57,8	24,1	21,2	40,3	50,4	85,6	515
Superior	15,3	13,1	35,8	27,9	20,5	27,1	32,8	73,4	229
Trabajo actual									
No trabaja	15,5	7,9	47,2	24,2	19,4	39,7	45,6	81,0	252
Trabaja por dinero	21,1	16,4	61,2	26,8	23,9	31,8	47,6	84,7	642
Sin información	35,1	17,5	73,7	31,6	33,3	40,4	57,9	94,7	57
Total	20,4	14,2	58,2	26,4	23,3	34,4	47,7	84,3	951

Nota: No se calcula la distribución para menores de 25 años

*: Menos de 20 casos

Cuadro 9.2 y Gráfico 9.1

Cuidado prenatal

- El 95 por ciento de los últimos nacimientos menores de cinco años recibió asistencia prenatal. El 90 por ciento de atenciones prenatales fue realizada por profesionales de salud y el 5 por ciento por enfermeras o técnicos, incluyendo a promotores de salud.
- Con relación a la atención prenatal según área de residencia, cabe resaltar que el mayor porcentaje de mujeres del área urbana es atendida por médicos (54%), mientras que en el área rural el mayor porcentaje es atendida por obstetriz (52%).
- Entre las madres de los nacidos vivos en los últimos 5 años que no recibieron atención prenatal destacan las menores de 20 años de edad y las que habitan el área rural.
- En el gráfico 9.1 se puede apreciar que la primera visita prenatal se realizó en mayor proporción antes de los seis meses de gestación (86%). Es importante resaltar, también, que quienes no han tenido control prenatal llegan a 5 por ciento. Por otro lado, el 86 por ciento tuvo 4 o más visitas de control prenatal.

Cuadro 9.2 Atención prenatal para los menores de cinco años

Distribución porcentual de últimos nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta, por persona que proporcionó el cuidado prenatal, según características seleccionadas, Tacna 2000

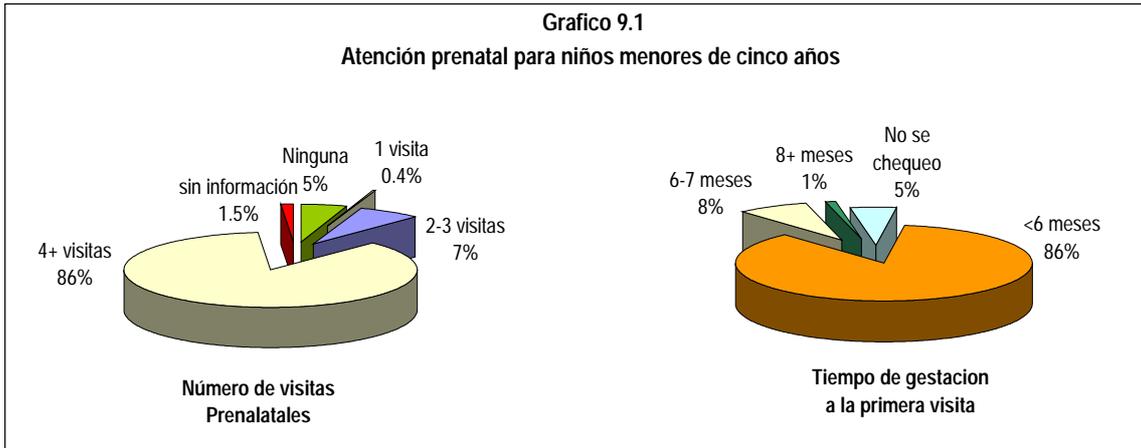
Características	Persona que proporcionó atención prenatal ¹			No recibió atención prenatal	Total	Número de nacimientos
	Médico	Obstetriz	Enfermera/ Sanitario/ Promotora			
Edad de la madre al nacimiento						
<20	29,3	58,5	4,9	7,3	100,0	41
20-34	47,5	41,0	6,0	5,5	100,0	183
35+	71,4	25,7	2,9	0,0	100,0	35
Orden del nacimiento						
Primer nacimiento	50,5	40,8	3,9	4,9	100,0	103
2-3	46,8	43,5	5,6	4,0	100,0	124
4-5	(50,0)	(41,7)	(4,2)	(4,2)	(100,0)	24
6+	*	*	*	*	*	8
Área de residencia						
Urbana.	53,9	39,6	1,8	4,6	100,0	217
Rural	16,7	52,4	23,8	7,1	100,0	42
Nivel de educación						
Sin educación.	*	*	*	*	*	1
Primaria	28,8	49,2	11,9	10,2	100,0	59
Secundaria	43,0	47,4	5,2	4,4	100,0	135
Superior	75,0	23,4	0,0	1,6	100,0	64
Total	47,9	41,7	5,4	5,0	100,0	259

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el período 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Solo se incluye el último nacimiento de la mujer.

¹ Si la entrevistada mencionó más de una fuente de atención, se considera sólo la más calificada

*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 a 24 casos.



Cuadro 9.3

Contenido de la atención

- Las acciones más frecuentes en la atención prenatal son el control de la presión arterial, que fue realizada a la totalidad de gestantes, la medición de la barriga y el control de peso (98% en ambos casos). En tanto que la explicación de los síntomas o complicaciones del embarazo, la muestra

de orina y sangre fueron realizadas con menor frecuencia.

- La vacuna antitetánica le aplicaron sólo a dos tercios de madres y menor proporción recibió pastillas de hierro durante el embarazo de los nacimientos de la referencia (67% y 51% respectivamente). En el primer caso, más de tres cuartos de las madres residentes en el área rural recibieron la vacuna antitetánica. Las

Cuadro 9.3 Contenido de la atención prenatal para menores de cinco años

Porcentaje de últimos nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta para quienes las madres recibieron atención prenatal durante el embarazo, por contenido de la atención y características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Contenido de la atención								Número de nacimientos
	Le explicaron síntomas y complicaciones	La pesaron	Le midieron la barriga	Le tomaron presión arterial	Le tomaron muestra de orina	Tomaron muestra de sangre	Le pusieron vacuna contra el tétano	Recibió pastillas de hierro	
Edad de la madre al nacimiento									
<20	89,5	97,4	100,0	100,0	86,8	84,2	57,9	47,4	38
20-34	81,5	98,3	98,3	100,0	78,0	78,6	71,1	49,7	173
35+	94,3	100,0	97,1	100,0	97,1	97,1	57,1	62,9	35
Orden del nacimiento									
1	85,7	98,0	99,0	100,0	88,8	88,8	68,4	53,1	98
2-3	82,4	98,3	98,3	100,0	77,3	78,2	63,9	51,3	119
4-5	(91,3)	(100,0)	(95,7)	(100,0)	(87,0)	(78,3)	(69,6)	(52,2)	23
6+	*	*	*	*	*	*	*	*	6
Área de residencia									
Urbana	86,5	99,0	98,6	100,0	87,4	88,4	65,2	51,2	207
Rural	74,4	94,9	97,4	100,0	53,8	48,7	76,9	51,3	39
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	75,5	98,1	98,1	100,0	66,0	69,8	77,4	32,1	53
Secundaria	89,1	97,7	98,4	100,0	84,5	82,2	65,1	51,2	129
Superior	82,5	100,0	98,4	100,0	90,5	93,7	61,9	68,3	63
Total	84,6	98,4	98,4	100,0	82,1	82,1	67,1	51,2	246

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el período 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacimientos en el mes de la encuesta. Solo se incluye el último nacimiento de la mujer

*: Menos de 20 casos.
(): Entre 20 a 24 casos

mayores proporciones de madres que recibieron pastillas de hierro se presentan entre aquellas de 35 años a más al nacer el hijo (63%), en las de nacimientos de primer orden (53%) y en las madres con educación superior (68%).

Toxide Antitetánico

Las condiciones de higiene e inmunización que rodean el parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical, especialmente en el área rural, hacen que en el departamento de Tacna sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir al niño de contraer el tétano neo-natal al momento del alumbramiento. Sin embargo, los resultados de encuestas anteriores permitieron concluir que, de manera general, en el país no había una política de aplicación de la vacuna antitetánica, a menos que las mujeres no estuviesen enteradas de su objetivo al momento de su aplicación. Se concluyó entonces que por dichas razones era importante identificar los grupos de riesgo para orientar las campañas y reducir así la morbimortalidad infantil.

Como parte de la información sobre las condiciones de salud de los menores de cinco años, en la ENDES 2000 se preguntó a las madres si ellas recibieron una vacuna contra el tétano durante la etapa de la gestación. En el Cuadro 9.4 se presenta la información de acuerdo con el número de dosis para grandes grupos de edad de las madres, orden de nacimiento, lugar de residencia y nivel de educación.

Cuadro 9.4

Vacunación contra el tétanos neonatal

- Entre los últimos nacimientos de los 5 años anteriores a la ENDES 2000, 64 por ciento recibió protección contra el tétano neonatal mientras la madre estaba embarazada, de ellas más de la mitad con dos dosis o más (36%) en tanto que 28 por ciento recibió una dosis.
- Los menos protegidos son los nacimientos de madres mayores de 35 años a más y los nacimientos ocurridos en el área urbana.

Cuadro 9.4 Vacuna contra el tétanos neonatal

Distribución porcentual de últimos nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta por número de vacunas del toxoide tetánico durante el embarazo, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Número de vacunas contra el tétanos				Total	Número de nacimientos
	Ninguna	Una dosis	Dos dosis o más	No sabe/Sin información		
Edad de la madre al nacimiento						
<20	35,0	25,0	40,0	0,0	100,0	40
20-34	31,8	30,1	34,7	3,5	100,0	173
35+	36,4	24,2	36,4	3,0	100,0	33
Orden del nacimiento						
Primer nacimiento	31,0	24,8	41,6	2,7	100,0	113
2-3	34,3	32,4	30,6	2,8	100,0	108
4-5	*	*	*	*	*	18
6+.	*	*	*	*	*	7
Area de residencia						
Urbana.	34,8	27,5	35,3	2,4	100,0	207
Rural	23,1	33,3	38,6	5,1	100,0	39
Nivel de educación						
Sin educación.	*	*	*	*	*	1
Primaria.	22,6	39,6	32,1	5,7	100,0	53
Secundaria.	34,9	23,3	40,3	1,6	100,0	129
Superior	38,1	30,2	28,6	3,2	100,0	63
Total	32,9	28,5	35,8	2,8	100,0	245

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en los 1-59 meses que precedieron la encuesta.

Solamente se incluyen los últimos nacimientos a madres que recibieron control prenatal.

*: Menos de 20 casos.

- Según nivel educación, la proporción de nacimientos cuya madre recibió la vacuna antitetánica es mayor entre las madres con educación primaria (72%) que entre las madres con educación superior (59%).

9.2 ASISTENCIA DEL PARTO

Lugar de Ocurrencia del Parto

La información sobre el lugar de ocurrencia del parto para los últimos nacimientos en los cinco años anteriores a la ENDES 2000 se resume en el Cuadro 9.5 por características socioeconómicas seleccionadas: edad de la madre, orden de nacimiento y atención prenatal, por lugar de residencia y nivel de educación.

Cuadro 9.5

Lugar de ocurrencia del parto

- El 82 por ciento de los últimos nacimientos de los menores de cinco años tuvieron

lugar en un servicio de salud y 16 por ciento ocurrieron en la vivienda de la parturienta.

- El porcentaje de los últimos nacimientos ocurridos en servicios de salud es menor entre las madres menores de 20 años y en nacimientos de madres de menor educación.
- Como era de esperar, la prevalencia de partos institucionales es mayor en el área urbana que en el área rural (89% y 45% respectivamente).
- Los más altos porcentajes de nacimientos ocurridos en un servicio de salud se encuentran entre las madres de 35 y más al nacer el hijo (94%), cuando el nacimiento ha sido el primero (87%), nacimientos de madres que viven en el área urbana (89%) y nacimientos de madres que tienen educación superior (95%). Lo opuesto sucede con los nacimientos domiciliarios.

Cuadro 9.5 Lugar del parto para los nacimientos en los últimos cinco años

Distribución porcentual de últimos nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta, por lugar de ocurrencia del parto, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	En servicio de salud	En la casa	Otro lugar	Total	Número de nacimientos
Edad de la madre al nacimiento					
<20	78,0	19,5	2,4	100,0	41
20-34	80,9	16,9	2,2	100,0	183
35+	94,3	5,7	0,0	100,0	35
Orden del nacimiento					
Primer nacimiento	87,4	7,8	4,9	100,0	103
2-3	81,5	18,5	0,0	100,0	124
4-5	(79,2)	(20,8)	(0,0)	(100,0)	24
6+	*	*	*	*	8
Area de residencia					
Urbana	89,4	8,3	2,3	100,0	217
Rural	45,2	54,8	0,0	100,0	42
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	1
Primaria	61,0	39,0	0,0	100,0	59
Secundaria	85,9	11,9	2,2	100,0	135
Superior	95,3	1,6	3,1	100,0	64
Total	82,2	15,8	1,9	100,0	259

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en los 1-59 meses que precedieron la encuesta.

Solamente se incluyen los últimos nacimientos a madres que recibieron control prenatal.

*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 a 24 casos

Tipo de Asistencia Durante el Parto

En el Cuadro 9.6 se presenta la distribución porcentual de nacimientos que ocurrieron en los cinco años que precedieron a la encuesta, por tipo de asistencia durante el parto, según edad de la madre al nacimiento, orden de nacimiento, atención prenatal e indicadores de autonomía de la mujer.

Cuadro 9.6

Tipo de atención durante el parto

- El 84 por ciento de los nacidos vivos durante los cinco años precedentes a la encuesta, recibió atención por

profesionales de la salud: 58 por ciento por médicos y 26 por ciento por obstetrices. Un 4 por ciento por enfermeras o técnicos de la salud y el resto de nacimientos fueron asistidos por parteras empíricas, algún familiar u otra persona.

- La atención del parto por profesionales o técnicos es mayor en los primeros nacimientos (93%) en comparación al resto. Asimismo, es mayor en los nacimientos de mujeres de 35 años a más (95%), entre las que residen en el área urbana (92%). De otro lado la atención profesional a madres con estudios superiores (99%).

Cuadro 9.6 Atención durante el parto para los menores de cinco años de edad, por características seleccionadas

Distribución porcentual de nacidos en los cinco años que precedieron la encuesta, por persona que proporcionó la atención durante el parto, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Asistencia durante el parto ¹						Total	Número de nacimientos
	Médico	Obstetriz	Enfermera/ Sanitario/ Promotora	Comadrona/ Partera	Pariente/ otro	Nadie		
Edad de la madre al nacimiento								
<20	59,2	20,4	4,1	4,1	10,2	2,0	100,0	49
20-34	53,6	28,9	4,3	5,7	6,6	0,5	100,0	211
35+	80,6	13,9	0,0	5,6	0,0	0,0	100,0	36
Orden del nacimiento								
1	66,4	24,6	1,6	2,5	4,1	0,0	100,0	122
2-3	54,3	26,8	5,1	5,8	6,5	1,4	100,0	138
4-5	38,5	34,6	3,8	11,5	11,5	0,0	100,0	26
6+	*	*	*	*	*	*	*	10
Área de residencia								
Urbana	62,5	27,0	2,0	4,8	2,8	0,4	100,0	248
Rural	33,3	18,8	12,5	8,3	25,0	2,1	100,0	48
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	48,6	12,9	8,6	7,1	20,0	2,9	100,0	70
Secundaria	57,1	30,1	3,2	5,8	3,2	0,0	100,0	156
Superior	69,6	29,0	0,0	1,4	0,0	0,0	100,0	69
Número de visitas prenatales²								
Ninguna	*	*	*	*	*	*	*	19
1-3 visitas	60,5	27,8	3,1	4,0	3,6	0,9	100,0	223
4+ visitas	59,5	10,8	5,4	8,1	13,5	0,0	100,0	37
No se preguntó	*	*	*	*	*	*	*	4
Total	57,8	25,7	3,7	5,4	6,4	0,7	100,0	296

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el periodo 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Se incluyen todos los nacimientos en los cinco años.

¹ Si la entrevistada mencionó más de una fuente de atención, se considera sólo la más calificada.

² Sólo se hizo la pregunta para los últimos nacimientos.

*: Menos de 20 casos.

Características del Parto

En la ENDES 2000 se preguntó, para cada nacimiento ocurrido después de enero de 1995, sobre el peso al nacer y si el nacimiento fue por cesárea. Los resultados se presentan en el Cuadro 9.7 y en el Gráfico 9.2 se detallan las complicaciones durante el parto, para últimos nacidos vivos menores de 5 años.

Cuadro 9.7

Características del parto: nacimientos por cesárea

- Tacna ocupa el tercer lugar después de Tumbes y Lima (27% y 24% respectivamente) en donde del total de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años por cesárea es más frecuente.

- El parto del 22 por ciento del total de nacimientos de los últimos 5 años fue por cesárea, proporción que se ha incrementado en 9 puntos porcentuales respecto a lo observado en 1996 (13%).
- Los nacimientos por cesárea son más frecuentes cuando la madre tiene 35 años y más de edad al nacer el hijo (42%) o cuando se trata del primer parto (27%); así también, el porcentaje de estos nacimientos es casi el doble en las madres del área urbana en relación a las del área rural (23% y 13% respectivamente) y casi 4 veces más en las que tienen educación superior (42%) con respecto a las que solo tienen educación primaria (11%).

Cuadro 9.7 Características del parto: nacimientos por cesárea y peso al nacer para los menores de cinco años

Porcentaje de partos por cesárea, y distribución porcentual de todos los nacimientos por peso al nacer de los menores de 5 años, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Porcentaje de nacimiento por cesárea	Distribución porcentual por peso al nacer				Total	Número de nacimientos
		No fue pesado	<2.5 kg.	2.5+ kg.	No sabe/sin información		
Edad de la madre al nacimiento							
<20	16,3	8,2	2,0	89,8	0,0	100,0	49
20-34	19,4	5,7	3,3	89,6	1,4	100,0	211
35+	41,7	0,0	11,1	88,9	0,0	100,0	36
Orden del nacimiento							
1	27,0	3,3	3,3	93,4	0,0	100,0	122
2-3	18,1	5,8	5,1	89,1	0,0	100,0	138
4-5	15,4	3,8	3,8	80,8	11,5	100,0	26
6+	*	*	*	*	*	*	10
Area de residencia							
Urbana.	23,4	2,8	3,6	92,3	1,2	100,0	248
Rural	12,5	18,8	6,3	75,0	0,0	100,0	48
Nivel de educación							
Sin educación.	*	*	*	*	*	*	1
Primaria.	11,4	14,3	5,7	77,1	2,9	100,0	70
Secundaria.	17,3	3,8	4,5	91,7	0,0	100,0	156
Superior	42,0	0,0	1,4	98,6	0,0	100,0	69
Total	21,6	5,4	4,1	89,5	1,0	100,0	296

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el período 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Se incluyen todos los nacimientos.

*: Menos de 20 casos.

Características del parto: peso del niño al nacer

- El 94 por ciento de niños nacidos vivos en los últimos 5 años fueron pesados al nacer.
- El 4 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años tendrían bajo peso al nacer, es decir, menos de 2 kilos y medio. Este porcentaje muestra mayores diferencias por edad de la madre al nacimiento del hijo, si el orden de nacimiento es el segundo o tercero, o si es área rural de residencia.
- El menor porcentaje de niños con bajo peso al nacer se encuentra en las mujeres con educación superior (1%).
- La mayor proporción de nacidos vivos en los últimos 5 años que no fueron pesados al nacer corresponde a las madres

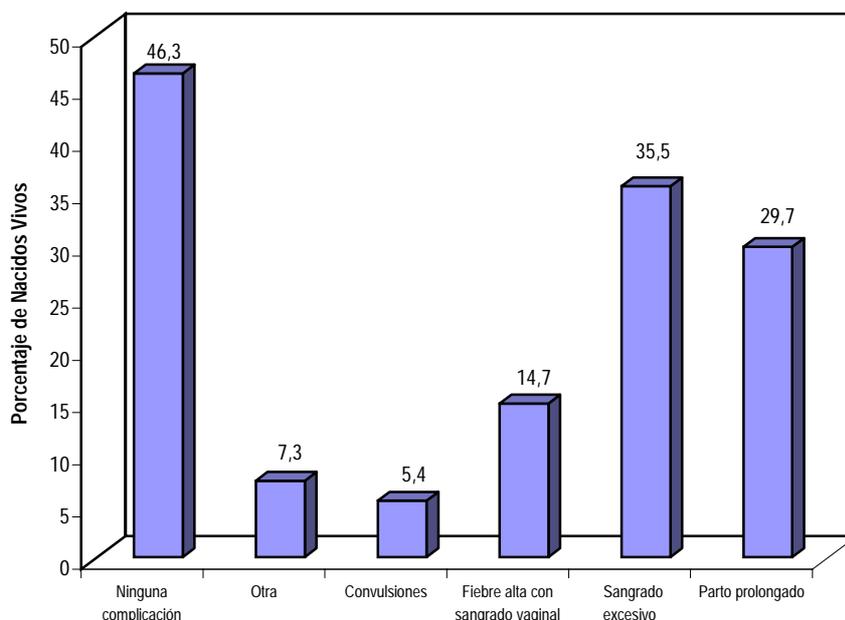
menores de 20 años al nacer el hijo, a nacimientos de segundo o tercer orden, a hijos de madres residentes en el área rural y a hijos de madres que tienen educación primaria.

Gráfico 9.2

Complicaciones durante el parto

- Para el 54 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años se presentó alguna complicación durante el parto. Las complicaciones más frecuentes son el "sangrado excesivo" y "parto prolongado" que afectó al 36 y 30 por ciento de los nacimientos, respectivamente. En menor proporción se presentaron las complicaciones de "fiebre alta con sangrado vaginal (15%), "convulsiones" (5%) u otras (7%).

Gráfico 9.2
Complicaciones durante el Parto



9.3 CUIDADO POSTNATAL DE LAS MADRES

En la ENDES 2000 se averiguó si, como consecuencia del parto, la madre tuvo problemas durante los 40 días siguientes al parto, tales como sangrado intenso de la vagina, desmayo o pérdida de conciencia, fiebre, temperatura alta o escalofríos, infección de los senos, dolor y ardor al orinar, flujos o líquidos vaginales o pérdida involuntaria de orina. A quienes tuvieron por lo menos uno de los problemas se les preguntó si recibieron atención médica. Los resultados se presentan en los Cuadros 9.8 (problemas postnatales) y 9.9 (atención médica) para el último nacimiento de cada mujer.

Cuadro 9.8

Problemas experimentados durante el postparto

- Los problemas de salud que las madres sufrieron durante los 40 días después del parto del último hijo nacido durante los

cinco años precedentes a la encuesta, más frecuentes fueron "fiebre alta o escalofríos" (29%), "dolor al orinar" (26%) y "flujos vaginales" (25%). En menor proporción "sangrado intenso de la vagina" (19%), "infecciones de los senos" (12%), "pérdida de orina" (9%) o desmayo (4%).

- La fiebre o escalofríos fueron más frecuentes en las madres menores de 20 años al nacer el hijo y en madres con primaria.
- El dolor al orinar fue más frecuente en madres de 20 a 34 años al nacer el hijo, en madres residentes en el área rural y en madres con primaria.
- Los flujos vaginales fueron más frecuentes entre las madres menores de 35 años al nacimiento del hijo, madres residentes en el área rural o con niveles educativos de secundaria o más.

Cuadro 9.8 Problemas postnatales por características seleccionadas

Entre los últimos nacimientos en los cinco años antes de la encuesta, porcentaje de madres que tuvieron problemas durante los 40 días después del parto, según característica seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Tipo de problema postnatal							Número de nacimientos
	Sangrado intenso de la vagina	Desmayo o pérdida de conciencia	Fiebre alta/escalofríos	Infección de los senos	Dolor/ardor al orinar	Flujos o líquidos vaginales	Pérdida involuntaria de orina	
Edad de la madre al nacimiento								
<20	22,0	7,3	34,1	17,1	19,5	29,3	0,0	41
20-34	20,2	3,8	32,2	12,6	29,5	25,7	11,5	183
35+	8,6	2,9	8,6	5,7	11,4	17,1	8,6	35
Orden del nacimiento								
Primer nacimiento	21,4	2,9	29,1	11,7	25,2	28,2	8,7	103
2-3	15,3	5,6	27,4	11,3	23,4	21,8	4,8	124
4-5	(25,0)	(4,2)	(33,3)	(16,7)	(37,5)	(25,0)	(29,2)	24
6+	*	*	*	*	*	*	*	8
Área de residencia								
Urbana.	18,9	4,1	31,8	12,0	23,0	24,4	7,4	217
Rural	19,0	4,8	16,7	14,3	38,1	28,6	19,0	42
Nivel de educación								
Sin educación.	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria.	23,7	6,8	32,2	13,6	30,5	20,3	10,2	59
Secundaria.	21,5	3,0	32,6	13,3	28,1	26,7	8,9	135
Superior	7,8	4,7	18,8	9,4	14,1	25,0	9,4	64
Total	18,9	4,2	29,3	12,4	25,5	25,1	9,3	259

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el período 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Sólo se incluye el último nacimiento de la mujer.

*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 a 24 casos

Cuadro 9.9

Atención recibida para alguno de los problemas experimentados durante el postparto

- En el departamento de Tacna, 60 por ciento de mujeres recibieron atención médica para superar los problemas de salud más frecuentes que se les presentaron durante los 40 días después del parto. En mayor proporción recibió atención los casos de "desmayo" (91%), "infección de los senos" (72%), "flujos vaginales" (66%), "sangrado intenso de la vagina" (65%), "pérdida de orina" (63%), dolor al orinar (62%) y en menor proporción los casos de fiebre o escalofríos (58%).
- La fiebre o escalofríos, problemas postnatales presentados por mayor proporción de madres, no fueron los que tuvieron más altos porcentajes de atención médica, sólo un 58 por ciento de madres que tuvieron estos problemas recibió atención médica.
- La atención del desmayo fue recibida en mayor proporción por madres con edades de 20 años a más al nacer el hijo, residentes en el área rural, o entre las madres con niveles educativos de secundaria a más.
- La atención de la infección a los senos fue más frecuente en las madres menores de 20 años al nacer el hijo, en las residentes en el área urbana o en las que tienen secundaria.
- La atención por los flujos vaginales fue en mayor proporción en el caso de madres con educación superior, residentes urbanas o de 20 años a más al nacimiento del hijo.

Cuadro 9.9 Atención médica para los problemas postnatales

Entre los últimos nacimientos en los cinco años antes de la encuesta para quienes las madres tuvieron problemas postnatales específicos, porcentaje que recibió atención médica, según característica seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Tipo de problema postnatal							Total con algún tratamiento
	Sangrado intenso de la vagina	Desmayo o pérdida de conciencia	Fiebre alta/escalofríos	Infección de los senos	Dolor/ardor al orinar	Flujos o líquidos vaginales	Pérdida involuntaria de orina	
Edad de la madre al nacimiento								
<20	44,4	66,7	64,3	100,0	62,5	58,3	-	56,0
20-34	70,3	100,0	54,2	65,2	61,1	68,1	61,9	60,7
35+	66,7	100,0	100,0	50,0	75,0	66,7	66,7	66,7
Orden del nacimiento								
Primer nacimiento	68,2	100,0	63,3	83,3	69,2	65,5	55,6	61,9
2-3	68,4	85,7	47,1	57,1	55,2	66,7	66,7	57,8
4-5	66,7	100,0	87,5	100,0	66,7	83,3	71,4	66,7
6+.	0,0	-	50,0	50,0	50,0	33,3	50,0	50,0
Area de residencia								
Urbana.	70,7	88,9	60,9	80,8	68,0	69,8	68,8	63,1
Rural	37,5	100,0	28,6	33,3	43,8	50,0	50,0	45,8
Nivel de educación								
Sin educación.	100,0	-	100,0	-	100,0	100,0	-	100,0
Primaria.	50,0	75,0	42,1	62,5	50,0	50,0	66,7	48,4
Secundaria.	65,5	100,0	61,4	83,3	68,4	63,9	58,3	61,0
Superior	100,0	100,0	66,7	50,0	55,6	81,3	66,7	68,8
Total	65,3	90,9	57,9	71,9	62,1	66,2	62,5	60,3

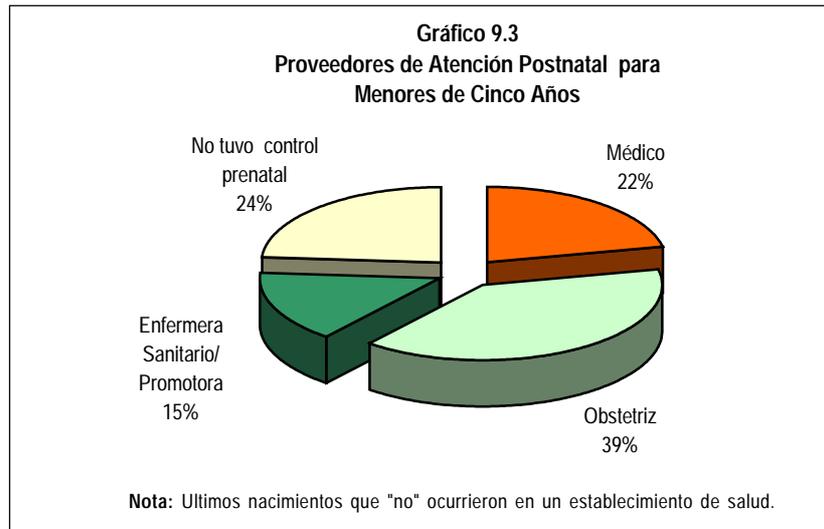
Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el período 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Sólo se incluye el último nacimiento de la mujer.

Gráfico 9.3

Asistencia postnatal y persona que brindó la atención postnatal

- En el departamento de Tacna, algo más de tres cuartos de nacimientos que no

ocurrieron en un servicio de salud recibieron control postnatal (76%). En mayor proporción fueron atendidos por obstetriz (39%) o por médicos (22%) y un 15 por ciento por enfermeras o técnicos de la salud.



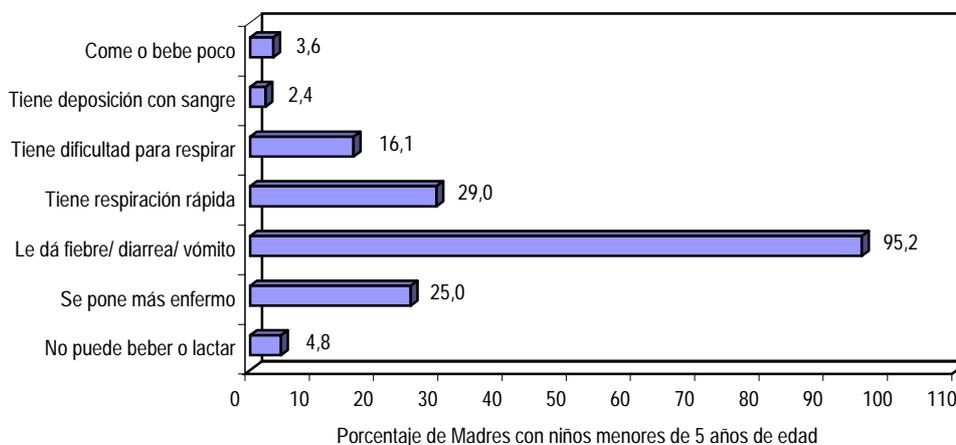
9.4 SINTOMAS QUE LLEVAN A BUSCAR AYUDA MEDICA

A las madres con niños menores de cinco años viviendo con ellas se les preguntó por los síntomas que consideraban como razones para llevar al niño a un establecimiento de salud inmediatamente. Las razones mencionadas incluyen el niño no puede beber o lactar, se pone más enfermo, le da fiebre, diarrea o vómito, tiene respiración agitada, tiene dificultad para respirar o tiene deposiciones con sangre. Los resultados se presentan en el Gráfico 9.4.

Gráfico 9.4

- El síntoma que alarma con mayor frecuencia a las madres para que lleven inmediatamente al hijo menor de cinco años a un establecimiento de salud es la presencia de fiebre, diarrea o vómito (95%). Otro síntoma que ellas señalan en proporción importante es la "respiración rápida" (29%) o si "se pone más enfermo" (25%).
- Menores proporciones de madres mencionan la "dificultad para respirar" (16%), no puede beber o lactar (5%), come o bebe poco (4%) o hace deposiciones con sangre (2%).

Gráfico 9.4
Síntomas que conllevan a la madre a buscar ayuda médica inmediata



9.5 VACUNACION

En ENDES 2000 se averiguó también sobre la historia de vacunación de los menores de cinco años. Se prestó atención a vacunas contra las enfermedades que configuran los principales cuadros de morbilidad infantil: tuberculosis (BCG), difteria, tos ferina y tétano (DPT), polio y sarampión.

A las entrevistadas que tuvieron hijos nacidos vivos en el período de los últimos 5 años se les solicitó mostrar la tarjeta de vacunaciones de cada uno de ellos a fin de registrar las vacunas que el niño había recibido y las fechas en que habían sido administradas. Cuando la madre no tenía la tarjeta, o por algún motivo no la mostraba, la encuestadora indagaba si el niño había recibido o no las vacunas. Obviamente, los datos captados por este último medio son menos confiables, por estar sujetos a posibles errores de memoria y declaración. Al respecto, durante la recolección de información en las ENDES se ha descubierto que una gran proporción de tarjetas no obran en poder de la madre porque las escuelas, postas médicas o los centros de asistencia

alimentaria, las conservan como medida de control. Por otro lado, se debe señalar que las tarjetas de vacunaciones constituyen fuentes de datos sólo de mediana calidad porque son utilizadas fundamentalmente para fines de control administrativo y quienes las llenan no tienen los cuidados necesarios para asegurar su aprovechamiento para propósitos estadísticos¹.

Vacunación en Cualquier Momento

Para poder evaluar la situación reciente de la cobertura de las vacunaciones es necesario estandarizar a la población infantil en cuanto a sus edades. Hasta hace poco se utilizaban los niños de 12 a 23 meses como punto de referencia, pero debido a cambios recientes en el esquema de vacunación contra el sarampión, para la ENDES 2000 se ha escogido a los niños de 18-29 meses, porque se supone que a esa edad se deben haber recibido todas las vacunas, incluyendo la del sarampión. Los resultados generales de cobertura para cada vacuna en cualquier momento, para estos niños, se presenta en los Gráficos 9.5a y 9.5b.

¹ En Enedes 2000 fue común encontrar que las 3 dosis de las vacunas múltiples tenían la misma fecha de aplicación; ello se debía a que en los casos de tarjetas perdidas, el personal de la vacunación registraba la fecha en que aplicaba la vacuna y la repetía para las dosis que, según la madre, el niño ya hubiera recibido.

Gráficos 9.5a y 9.5b

- En el departamento de Tacna el 69 por ciento de los datos sobre inmunización provienen del carne de Crecimiento y Desarrollo, el resto del recuerdo de la madre.
- La cobertura promedio de los programas de inmunización es relativamente alta. Casi 8 de cada 10 niños de 18 a 29 meses han sido vacunados con todas las vacunas (78%).
- Casi todos los niños han sido vacunados contra la BCG y con la primera dosis de la DPT (98% en ambos casos). El 91 por ciento recibió la primera dosis de la polio y similar proporción contra el sarampión.

Gráfico 9.5a
Porcentaje de niños con tarjeta de vacunación según sexo
(niños de 18 a 29 meses de edad)

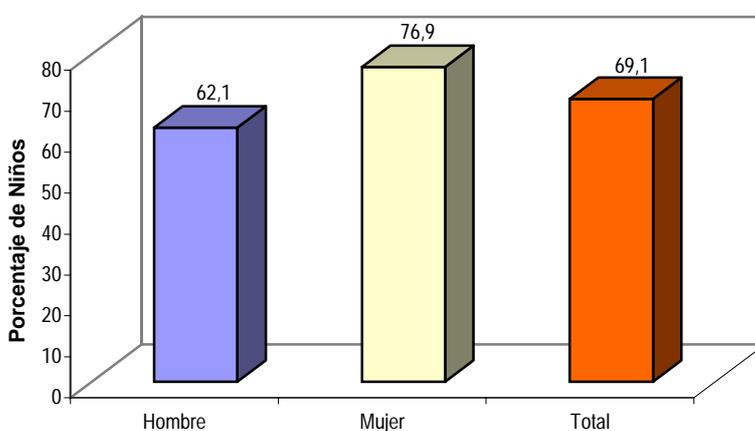
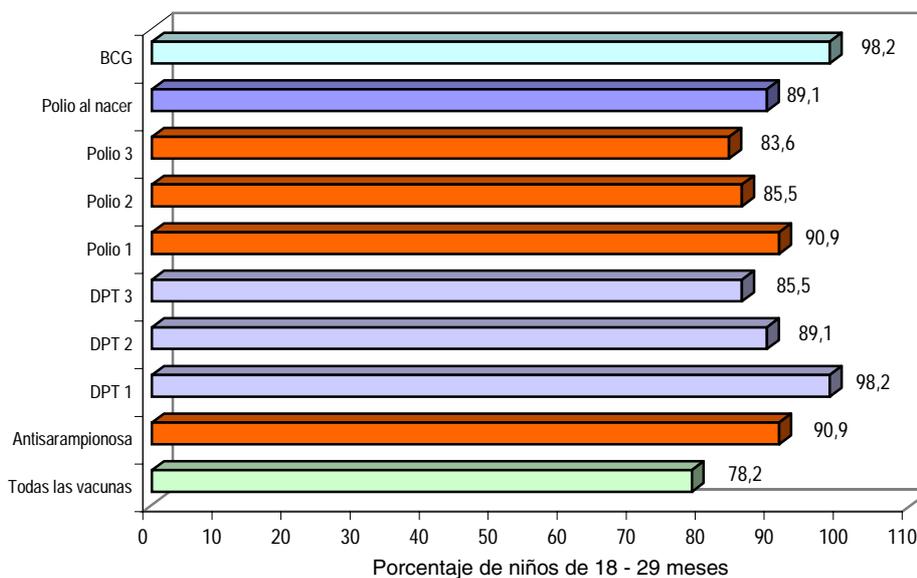


Gráfico 9.5b
Vacunación en cualquier momento por vacunas específicas
de los niños de 18 a 29 meses



Vacunación a la Edad Apropia

La evolución de la cobertura de vacunación en los últimos 4 años se presenta en el Cuadro 9.10. En el cuadro se muestra los porcentajes de niños, de ambos sexos, vacunados a las edades apropiadas. Se entiende por "edad apropiada" el primer año de vida para la aplicación de la BCG, DPT y polio y cualquier momento durante los primeros 18 meses de vida para la antisarampionosa. De esta manera se puede estudiar que tanto se ha avanzado en la aplicación de las vacunas en los momentos recomendados, pues su retraso ocasiona que los niños de todas maneras corran los riesgos de contraer las enfermedades en cuestión.

Cuadro 9.10

Vacunaciones a la edad apropiada

- En los últimos cinco años, la inmunización de los niños a la edad apropiada (durante el primer año para todas menos para el sarampión) se ha incrementado año a año en casi todos los tipos de vacunas recomendadas. Hubo incremento en la tercera dosis de la DPT al pasar de 78 por ciento en los niños de 48 a 59 meses a 88 por ciento en los de 24 a 35 meses. En el caso de la vacuna contra la Polio, la tercera dosis pasó de 69 por ciento a 79 por ciento, para los mismos grupos de edad señalados.
- En la actualidad, 83 por ciento de niños ha recibido las tres dosis de DPT y 74 por ciento de Polio durante el primer año de vida

Cuadro 9.10 BCG, DPT, Polio y Sarampión: niños vacunados a la edad apropiada

Entre los niños de 18-59 meses de edad, porcentaje con carné de vacunación visto por la entrevistadora y porcentaje que recibió cada vacuna a la edad apropiada, según el carné de vacunación o el informe de la madre, por edad, Tacna 2000

Edad actual	DPT ¹				Polio				Antisarampionosa	Todas las vacunas ²	Ninguna	Porcentaje con tarjeta de vacunación	Número de niños
	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Al nacer	Polio 1	Polio 2	Polio 3					
18-23 meses	(100,0)	(100,0)	(90,9)	(81,8)	(90,9)	(95,5)	(81,8)	(81,8)	(90,9)	(72,7)	(0,0)	(68,2)	22
24-35 meses	96,9	96,9	87,1	87,7	87,7	(90,8)	87,1	78,5	89,2	76,9	3,1	63,1	65
36-47 meses	98,4	96,8	86,2	81,5	79,4	(92,1)	84,7	72,3	88,0	65,7	1,6	54,0	63
48-59 meses	100,0	98,3	83,3	78,4	83,3	(93,3)	84,9	68,8	96,2	62,9	0,0	43,3	60
Total	98,6	97,6	86,1	82,8	84,3	(92,4)	85,3	74,4	91,0	69,4	1,4	55,2	210

¹ La cobertura de DPT para niños sin carné se asume la misma que para Polio, sobre la cual se preguntó específicamente a las madres.

² Excluye Polio al nacer pero incluye Sarampión.

() : Entre 20 a 24 casos

9.6 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Junto con la diarrea y la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en los países del Tercer Mundo. Por este motivo se considera importante medir su prevalencia e indagar acerca de las medidas

que las madres toman en presencia de esta enfermedad. Para ello, en ENDES 2000 se preguntó a las entrevistadas si sus hijos habían tenido tos en las últimas 2 semanas. Si los niños habían padecido un episodio de tos, se preguntó si durante tal episodio el niño había mostrado dificultad en respirar o lo hacía con rapidez como síntomas de infección respiratoria aguda del tracto inferior (IRA).

En el Cuadro 9.11 se presenta información sobre la prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas. Debe recordarse que la información obtenida en ENDES 2000 corresponde al período comprendido entre el 18 de Julio y el 22 de Noviembre del 2000.

Cuadro 9.11 y Gráfico 9.6

Prevalencia y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas

- El 29 por ciento de los menores de cinco años presentó síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) durante las dos semanas anteriores a la encuesta.
- La infección respiratoria aguda es menos frecuente entre los menores de 6 meses (15%) y alcanza mayor frecuencia entre los niños de 6 a 11 meses de edad (42%).
- Asimismo, las IRA son más frecuentes en los niños (32%) que en las niñas (25%), y en los niños de segundo a tercer orden (30%).
- Según área de residencia, las infecciones respiratorias agudas se presentan en forma más frecuente en los niños del área urbana (30%) que en los del área rural (22%). Así también, el porcentaje de niños con síntomas de IRA fue algo mayor en los niños de madres con educación secundaria o más.
- En el departamento de Tacna, como se aprecia en el gráfico 9.6, un alto porcentaje de niños menores de cinco años que tuvieron tos y respiración agitada fueron llevados a un servicio de salud (83%); esta proporción es mayor en los niños varones (47%) que en mujeres (36%).

Cuadro 9.11 Prevalencia de infecciones respiratorias agudas para los menores de cinco años

Entre los niños menores de cinco años, porcentaje que estuvo enfermo con tos acompañada de respiración agitada durante las dos semanas que precedieron la encuesta por características seleccionadas, Tacna 2000

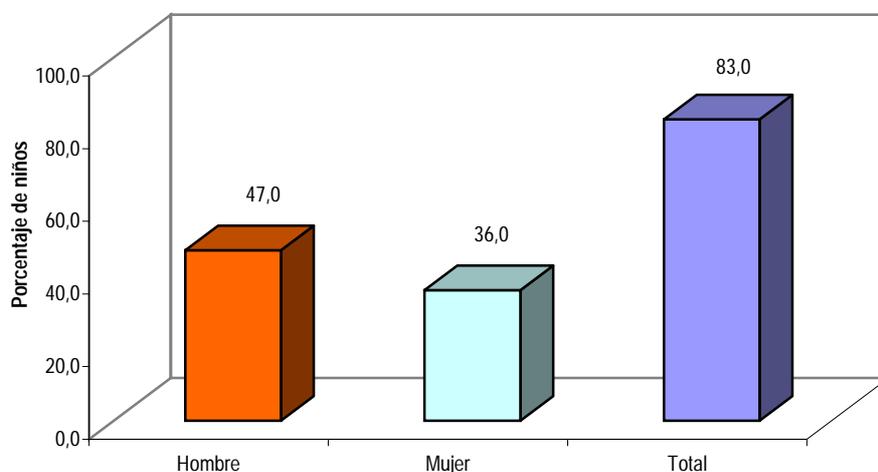
Característica	Prevalencia infección respiratoria aguda ¹	Número de niños
Edad del niño		
<6 meses	14,8	27
6-11 meses	42,3	26
12-23 meses	30,6	49
24-35 meses	27,7	65
36-47 meses	23,8	63
48-59 meses	33,3	60
Sexo del niño		
Hombre	31,8	148
Mujer	25,4	142
Orden de nacimiento		
Primer nacimiento	28,3	120
2-3	30,4	135
4-5	28,0	25
6+	*	10
Área de residencia		
Urbana	29,9	244
Rural	21,7	46
Nivel de educación		
Sin educación	*	1
Primaria	18,5	65
Secundaria	31,0	155
Superior	31,9	69
Total	28,6	290

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período de 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacidos en el mes de la entrevista.

¹ Tos con respiración agitada o rápida.

*: Menos de 20 casos

Gráfico 9,6
Porcentaje de niños menores de cinco años que tuvieron IRA y fueron
llevados a proveedores de salud



9.7 PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA

Es un hecho generalmente reconocido que en los países del Tercer Mundo la diarrea es muy prevalente y constituye una de las principales causas de muerte en los niños. En América Latina se sabe que la diarrea es la causa más frecuente de muerte por infección entre los menores de cinco años. Por otro lado, se ha podido constatar que la terapia de rehidratación oral, ya sea la solución casera con azúcar, agua y sal o los sobres de rehidratación, constituyen un medio efectivo y barato de impedir la muerte de los niños por deshidratación.

Uno de los objetivos de ENDES 2000 fue recolectar información sobre episodios de diarrea en las últimas dos semanas, entre los hijos actualmente vivos menores de 5 años de las mujeres entrevistadas, y también acerca del conocimiento para el cuidado y el tratamiento que recibieron los niños que habían sufrido algún episodio. Asimismo, sobre lo que hace usualmente la madre con las deposiciones del hijo menor cuando no usa el baño o letrina, comportamiento que repercute en las condiciones de higiene y de salud en el hogar.

Prevalencia de Diarrea

La prevalencia de diarrea por edad, sexo del niño y orden de nacimiento, lugar de residencia y nivel de educación se detalla en el Cuadro 9.12.

Cuadro 9.12

Prevalencia de diarrea por edad, sexo y orden de nacimiento

- El 7 por ciento de los niños menores de 5 años, en el departamento de Tacna tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. Este problema afectó en mayor porcentaje a los que tienen de 6 a 11 meses y a los de 12 a 23 meses (12% y 10% respectivamente).
- La prevalencia de la diarrea por sexo es diferente a los datos para el país, pues a nivel nacional afectó en mayor proporción a los niños hombres que a las mujeres (16% y 14% respectivamente). En cambio en Tacna, la prevalencia de diarrea fue mayor en las niñas que en los niños (10% y 3% respectivamente).

- Según lugar de residencia, la prevalencia de diarrea se presenta en la misma proporción en los niños que habitan el área urbana y los que habitan el área rural (7% para cada caso).
- La diarrea tiene mayor prevalencia entre los hijos de madres con educación secundaria (9%), que en los hijos de madres con nivel de educación superior(3%).

Cuadro 9.12 Prevalencia de diarrea para los menores de cinco años

Entre los niños menores de cinco años, porcentaje que tuvo diarrea en las dos semanas que precedieron la encuesta, por características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Todo tipo de diarrea	Número de niños
Edad del niño		
<6 meses	0,0	27
6-11 meses	11,5	26
12-23 meses	10,2	49
24-35 meses	7,7	65
36-47 meses	7,9	63
48-59 meses	1,7	60
Sexo del niño		
Hombre	3,4	148
Mujer	9,9	142
Área de residencia		
Urbana	6,6	244
Rural	6,5	46
Nivel de educación		
Sin educación	*	1
Primaria	4,6	65
Secundaria	9,0	155
Superior	2,9	69
Total	6,6	290

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período de 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacidos en el mes de la entrevista.

*: Menos de 20 casos

Conocimiento del Cuidado de la Diarrea

En el Perú, como en la mayoría de los países latinoamericanos, se han llevado a cabo campañas para promover el conocimiento y uso de los sobres de sales de rehidratación oral. De igual forma para el otorgamiento de más cantidad de líquidos y de sólidos durante la diarrea. Al igual que en ENDES anteriores, en ENDES 2000 se consideró importante evaluar la cobertura de ese conocimiento entre las madres de niños menores de 5 años, que son aquellas que más probablemente necesitarán recurrir a esa terapia. El conocimiento de las sales de rehidratación oral se presenta en el Cuadro 9.13. Las prácticas de alimentación durante la diarrea en el Gráfico 9.7 y las de tratamiento de la diarrea en el Gráfico 9.8.

Cuadro 9.13 y Gráfico 9.7

Conocimiento de terapias de rehidratación oral y aplicación del patrón adecuado de alimentación para el cuidado de la diarrea.

- El 86 por ciento de las madres de los niños menores de cinco años conoce los paquetes de sales de rehidratación oral (SRO). Esta proporción es mayor en las madres de 35 años a más de edad (93%), en comparación al resto.
- El conocimiento de las SRO es también más frecuente en las madres de los niños de segundo a tercer orden de nacimiento (86%) y de acuerdo a la educación de las madres, en las que alcanzaron el nivel superior (98%).

Cuadro 9.13 Conocimiento de SRO

Porcentaje de madres con nacimiento en los cinco años anteriores a la encuesta que conocen de SRO, según características seleccionadas, Tacna 2000

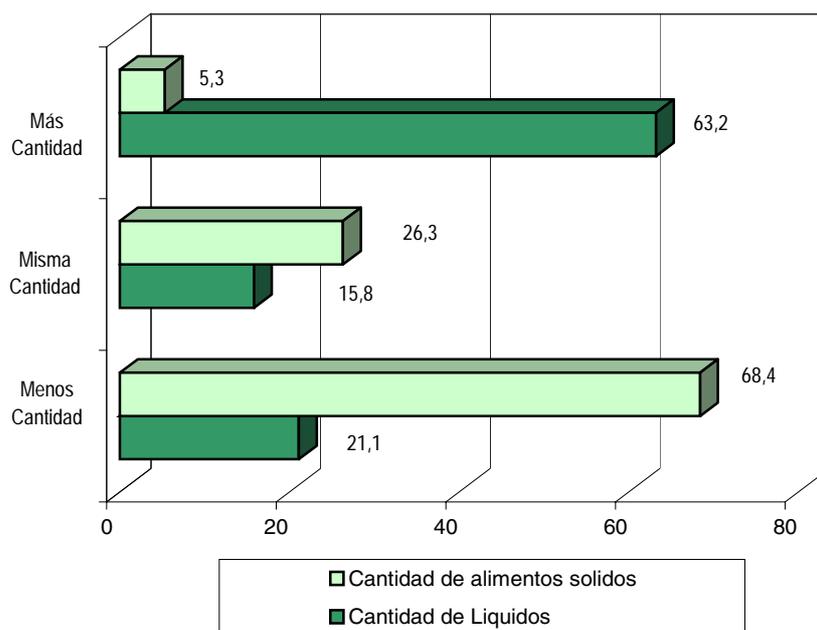
Característica	Conoce SRO	
	Porcentaje que conoce SRO	Número de madres
Edad de la madre al nacimiento		
20-34	85,3	191
35+	92,7	55
Orden del nacimiento		
Primer nacimiento	85,1	121
2-3	86,4	110
4-5	(95,0)	20
Area de residencia		
Urbana	87,1	217
Rural	81,0	42
Nivel de educación		
Primaria.	74,6	59
Secundaria.	85,2	135
Superior	98,4	64
Total	86,1	259

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período de 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista.

SRO: incluye sólo las sales de rehidratación oral.

() : Entre 20 a 24 casos.

Grafico 9.7
Prácticas Alimentarias Durante la Diarrea



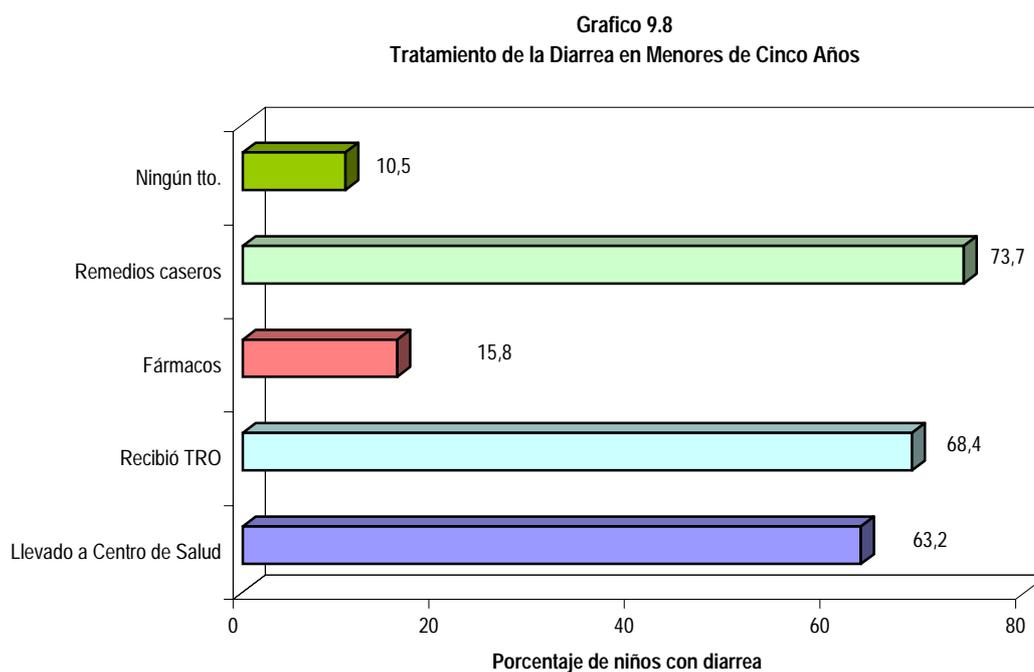
Cantidad de líquidos y sólidos que dieron al niño con diarrea

- Cerca de dos tercios de los niños con diarrea recibieron líquidos en la cantidad recomendada, es decir, una mayor cantidad de ellos (63%). Menos de un cuarto recibió "menos cantidad" que lo habitual (21%) y un 16 por ciento la "misma cantidad".
- Con respecto al consumo de alimentos sólidos, la mayoría recibió "menos cantidad" (68%), 26 por ciento la "misma cantidad" y a un 5 por ciento no les dieron alimentos sólidos.

Gráfico 9.8

Tratamiento de la diarrea por edad, sexo y orden de nacimiento

- El 63 por ciento de los niños que tuvieron diarrea fueron llevados a un servicio de salud para su tratamiento. El 68 por ciento de los niños recibió terapia de rehidratación oral (TRO), especialmente incremento de líquidos, SRO y remedios caseros recomendados. Un 74 por ciento recibió remedios caseros u otros.



Forma de eliminación de las deposiciones de los niños

Para analizar los niveles y diferencias en la forma cómo las madres eliminan las deposiciones de su menor hijo de cinco años de edad, en el Cuadro 9.14 se presenta, según características seleccionadas, la distribución de las madres entrevistadas por forma de eliminación de las deposiciones.

Cuadro 9.14

- La mayoría de las madres del departamento de Tacna deshecha las

deposiciones de su hijo menor de 5 años usando el sanitario o letrina (29%) o tirándolas en el sanitario o letrina (40%). Este porcentaje está relacionado, obviamente, con la proporción de viviendas que cuenta con ese servicio. Un 30 por ciento las tiran en el patio o campo, la bota en el lavadero o en la basura.

- Las mayores proporciones de madres que no desechan las deposiciones en el inodoro o letrina se encuentran entre las que habitan el área rural (37%) y en las que tienen educación primaria (34%).

Cuadro 9.14 Eliminación de las deposiciones de los niños

Distribución porcentual de las madres de niños menores de 5 años de edad por la forma utilizada para eliminar las deposiciones del hijo menor, según características seleccionadas incluyendo tipo de servicio sanitario utilizado en el hogar, Tacna 2000

Característica	Deposiciones desechadas		Deposiciones no desechadas				Total	Número de madres
	Siempre usa inodoro/ letrina	Las tira en inodoro/ letrina	Las tira en patio/ campo	La bota en el lavadero	La bota en la basura	No hace nada		
Área de residencia								
Urbana	31,4	40,0	4,8	3,3	20,5	0,0	100,0	210
Rural	18,4	42,1	31,6	0,0	5,3	2,6	100,0	38
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	26,8	39,3	21,4	5,4	7,1	0,0	100,0	56
Secundaria	25,6	45,0	7,8	1,6	20,2	0,0	100,0	129
Superior	40,3	30,6	0,0	3,2	24,2	1,6	100,0	62
Total	29,4	40,3	8,9	2,8	18,1	0,4	100,0	248

Nota: Madres con un niño menor de cinco años que vive con ella. El total incluye 0.6 por ciento sin información.

*: Menos de 20 casos.



*X. LACTANCIA Y
NUTRICIÓN DE
NIÑOS Y MADRES*

X. LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑOS Y MADRES

Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido, la práctica de la lactancia materna provee a los infantes de nutrientes adecuados y les brinda inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la infancia. Sin embargo, el inicio temprano de la complementación alimentaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita los beneficios de la lactancia materna, al ponerse al niño en contacto con sustancias contaminantes en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están, pues, muy relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte y con el grado de nutrición.

Por otro lado, la duración y la intensidad de la lactancia en el período de postparto, influyen en el intervalo entre nacimientos y los niveles de fecundidad resultantes, los que a su vez, condicionan las posibilidades de sobrevivencia de los hijos futuros de las madres.

Asimismo, la alimentación inadecuada y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes más importantes que los factores genéticos en el crecimiento de los infantes. Por ello, la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles a las condiciones de vida.

En este capítulo se analiza la información relacionada con el estado nutricional de los niños menores de cinco años en el departamento de Tacna y de una de sus variables determinantes, como la práctica de

alimentación de los niños, incluyendo la lactancia, el uso de biberón y el complemento con otras comidas. En ENDES 2000 las madres fueron interrogadas sobre la práctica de la lactancia, su inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de cada hijo nacido vivo desde enero de 1995. Los resultados constituyen las cuatro primeras secciones de este capítulo. En la quinta sección se presenta la información antropométrica sobre peso y talla de todos los niños nacidos durante este mismo período y en la sexta los indicadores relacionados con la nutrición materna. En la última sección se analizan los resultados de la prueba de anemia en la submuestra de niños y mujeres.

10.1 INICIACION DE LA LACTANCIA

El cuadro 10.1 contiene, para los niños nacidos en los cinco años anteriores a la ENDES 2000, el porcentaje que alguna vez lactó, el porcentaje que empezó a lactar dentro de la primera hora y el porcentaje que empezó durante el primer día de nacido, es decir, el momento después del nacimiento en el cual se inicia la lactancia, por características seleccionadas incluyendo el lugar de residencia. También se incluye el porcentaje de niños que en los tres primeros días de nacidos recibieron otro alimento antes de la leche materna. El inicio temprano de la complementación alimentaria no es recomendable pues así se reduce la leche materna y se exponen a los niños a ciertos patógenos, aumentando el riesgo de infecciones, especialmente las enfermedades diarreicas.

Cuadro 10.1

Lactancia inicial

- En el departamento de Tacna, la lactancia continúa siendo una práctica generalizada. El 98 por ciento de los niños nacidos en los últimos 5 años anteriores a la ENDES 2000, ha lactado alguna vez.
- Un 43 por ciento de los niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, el 85 por ciento dentro del primer día y el 30 por ciento recibió alimentos antes de la lactancia.
- La proporción de niños que fue lactado alguna vez, es mayor en dos puntos porcentuales en los niños que en las niñas (99% y 97% respectivamente), es casi la misma por área de residencia (98% en ambas áreas) y alcanza a la totalidad de los niños cuyas madres tienen educación superior.
- El inicio temprano (en la primera hora) de la lactancia materna se presenta en mayor proporción entre los niños de madres que habitan el área urbana (45%) y en los niños de madres que tienen educación primaria (51%).

Cuadro 10.1 Lactancia inicial para niños menores de cinco años

Porcentaje de niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta, que recibió lactancia en algún momento; que empezó a lactar dentro de la hora siguiente de haber nacido y que empezó la lactancia durante el primer día de nacido, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Porcentaje que alguna vez lactó	Empezó a lactar		Recibió alimentos antes de empezar a lactar ²	Número de niños
		Dentro de la primera hora	Durante el primer día de nacido ¹		
Sexo del niño					
Hombre	99,3	43,9	86,5	32,9	149
Mujer	97,3	42,7	83,2	26,5	147
Área de residencia					
Urbana	98,4	45,1	88,1	28,6	248
Rural	97,9	34,0	68,1	35,4	48
Educación de la madre					
Sin educación	*	*	*	*	1
Primaria	98,6	50,7	81,2	24,3	70
Secundaria	97,4	43,4	87,5	31,4	156
Superior	100,0	36,2	82,6	31,9	69
Lugar del parto					
Establecimiento de salud	98,6	42,4	89,5	27,2	213
En la casa	97,6	42,5	70,0	36,6	41
Otra	*	*	*	*	5
No se preguntó	97,3	50,0	77,8	35,1	37
Total	98,3	43,3	84,9	29,7	296

Nota: Las estimaciones se refieren a todos los nacidos en los 5 años que precedieron la encuesta, sin importar si estaban vivos o no en el momento de la encuesta.

¹ Incluye los niños que empezaron la lactancia dentro de la primera hora de nacidos

² 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 amamantarlo regularmente.

*: Menos de 20 casos.

- Entre los infantes que iniciaron la lactancia durante el primer día de nacidos, se encuentran en mayor proporción los niños que las niñas (87% y 83% respectivamente), el 88 por ciento de los niños cuyas madres habitan el área urbana iniciaron la lactancia durante el primer día de nacidos y de los que nacieron en un establecimiento de salud el 90 por ciento.
- Entre los niños que recibieron otros alimentos antes de la lactancia materna destacan en mayor proporción los niños que las niñas (33% y 27% respectivamente), los que habitan el área rural (35%), los infantes cuyas madres tienen nivel superior de educación (32%) y aquellos que nacieron en el domicilio de la madre (37%).

10.2 LACTANCIA Y ALIMENTACION SUPLEMENTARIA SEGUN EDAD DEL NIÑO

El conocimiento de la prevalencia de la lactancia, y el inicio de la alimentación complementaria son importantes desde el punto de vista de la salud infantil porque permiten conocer en que momento los niños empiezan a ser expuestos al riesgo de contraer ciertas enfermedades por ingerir agua, que generalmente no es de buena calidad, u otras sustancias, sin tomar las precauciones adecuadas. Organizaciones internacionales y nacionales recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo durante los primeros seis meses de vida.

A partir de información sobre la situación de la lactancia en las 24 horas antes de la encuesta, en el Gráfico 10.1 se presenta la distribución porcentual de los niños sobrevivientes por meses transcurridos desde el nacimiento: si están lactando o no, si están lactando de forma exclusiva o si reciben sólo agua o complementación alimenticia. Se detalla la prevalencia de la alimentación con biberón por la edad del niño.

Cuadro 10.2 y Gráfico 10.1

Tipo de lactancia por edad del niño

- Al momento de la encuesta, casi la totalidad de los niños menores de 6 meses estaban siendo amamantados (96%).
- Con relación a la lactancia exclusiva, 54 por ciento de los niños del departamento de Tacna menores de 6 meses lacta exclusivamente; 27 por ciento lacta y recibe leche no materna.
- La ingesta de otros líquidos y alimentos suplementarios, además de la leche materna en los niños menores de 6 meses en el departamento de Tacna llega a 15 por ciento, (sin incluir la leche no materna).
- Mas de un tercio de niños menores de 6 meses fue alimentado con biberón (35%) en las 24 horas precedidas a la encuesta. En los niños de 6 a 9 meses el porcentaje es 44 por ciento.

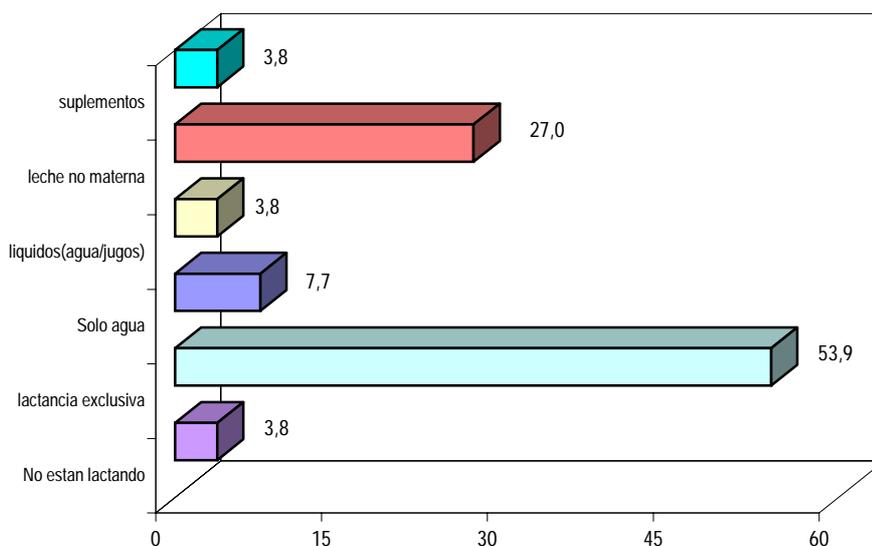
Cuadro 10.2 Situación de lactancia para niños menores de tres años

Distribución porcentual de niños sobrevivientes menores de tres años por condición de lactancia en las 24 horas que precedieron la encuesta; y porcentaje que recibió alimentación con biberón, según edad, Tacna 2000

Edad en meses	No están lactando	Lactan exclusivamente	Lactan y reciben			Total	Alimentación con biberón	Número de niños
			Sólo agua	Líquidos (agua/jugos)	Leche no materna			
Edad 0-9 meses								
< 6	3,8	53,9	7,7	3,8	27,0	3,8	100,0	26
6 a 9	16,7	16,7	0,0	5,6	0,0	61,1	100,0	18
Edad 0 a 35 meses								
0-1	0,0	81,8	0,0	0,0	18,2	0,0	100,0	11
2-3	0,0	33,3	16,7	0,0	50,0	0,0	100,0	6
4-5	11,1	33,3	11,1	11,1	22,2	11,1	100,0	9
6-7	0,0	22,2	0,0	0,0	0,0	77,8	100,0	9
8-9	33,3	11,1	0,0	11,1	0,0	44,4	100,0	9
10-11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	8
12-13	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	83,3	100,0	6
14-15	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	60,0	100,0	10
16-17	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	70,0	100,0	10
18-19	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	60,0	100,0	5
20-21	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	60,0	100,0	10
22-23	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	60,0	100,0	5
24-25	71,4	0,0	0,0	0,0	0,0	28,6	100,0	7
26-27	87,5	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	100,0	8
28-29	62,5	6,2	0,0	0,0	0,0	31,2	100,0	16
30-31	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	8
32-33	69,2	0,0	0,0	0,0	0,0	30,8	100,0	13
34-35	85,7	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	100,0	7

Nota: Los niños clasificados como 'lactan y reciben sólo agua' no reciben otros alimentos. Los suplementos pueden ser sólidos o semisólidos.

Gráfico 10.1
Situación de Lactancia para Niños menores de 6 meses



10.3 DURACION DE LA LACTANCIA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

El cuadro 10.2 presenta para los niños menores de tres años la duración mediana de la lactancia. De igual manera, se incluye el promedio aritmético de duración de la lactancia y, para efectos de comparación con otras encuestas, el promedio de duración de la lactancia calculada con el método de prevalencia/incidencia: número de madres lactando (prevalencia) dividido por el promedio mensual de nacimientos (incidencia).

Al igual que en las encuestas anteriores, en la ENDES 2000 también se ha prestado atención a la frecuencia o intensidad de la lactancia, hecho que está muy relacionado con el reinicio de la menstruación, y el consiguiente riesgo de concepción. La intensidad o frecuencia

diaria de amamantamiento (al igual que el uso o no del biberón) son determinantes de la cantidad de leche producida en la glándula mamaria y de la duración de amenorrea postparto.

Cuadro 10.2a y Gráfico 10.2

Duración mediana de la lactancia

- El tiempo promedio de duración de la lactancia total en los niños menores de tres años es de 20.8 meses. La duración mediana de la lactancia indica que el 50 por ciento de los niños, hombres y mujeres, lactan 22.5 meses.
- La duración mediana de la lactancia exclusiva es de 2.8 meses. Es mayor en las niñas que en los niños y en los niños, cuyas madres tienen educación secundaria.

Cuadro 10.2a Duración de la lactancia para niños menores de tres años

Duración de la lactancia, en meses, en niños menores de tres años, por tipo de lactancia; según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Duración mediana en meses (menores de 3 años)			
	Lactancia total	Lactancia exclusiva (sólo pecho)	Sólo pecho o pecho y agua ¹	Número de niños
Sexo del niño				
Hombre	13,7	2,0	2,5	82
Mujer	20,5	3,4	4,5	75
Area de residencia				
Urbana	22,0	2,9	3,4	135
Rural	(26,5)	(2,5)	(7,5)	22
Educación de la madre				
Primaria	25,5	2,9	3,7	29
Secundaria	22,8	3,6	7,1	89
Superior	6,5	0,8	0,8	38
Total	22,5	2,8	3,8	157
Promedio para todos los niños	21,7	4,6	5,4	99
P/I para todos los niños	20,8	4,1	5,0	-

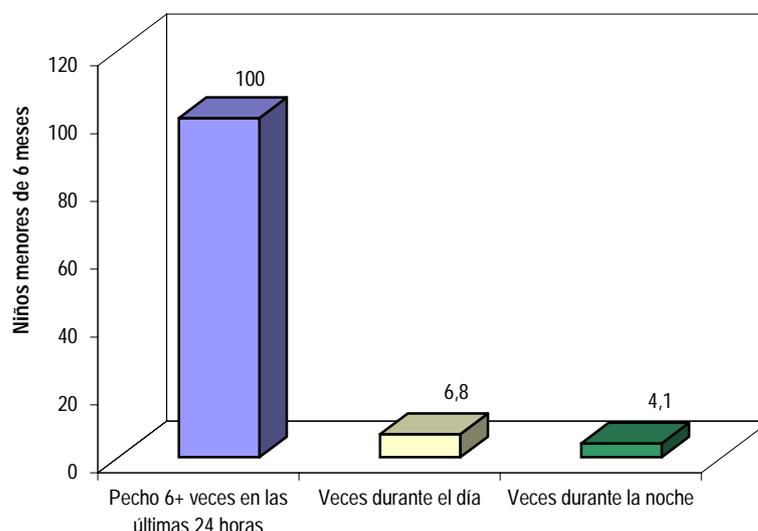
Nota: Las medianas y promedios aritméticos se calcularon a partir de las distribuciones por edad previamente suavizadas

- : No aplicable

¹ Bien lactancia exclusiva, o sólo agua, alimentos a base de agua o jugos (lactancia predominante)

() : Entre 20 a 24 casos.

Gráfico 10.2
Porcentaje de Niños menores de 6 meses que recibieron
pecho 6 ó más veces y número promedio de veces



Frecuencia de la lactancia

- La intensidad con la que se da la lactancia, como ya se dijo anteriormente, es importante para mejorar la producción de la leche de la madre y como método anticonceptivo para las amenorreicas. En el departamento de Tacna, el 100 por ciento de los niños menores de seis meses recibió leche materna por lo menos seis veces en el día anterior a la entrevista, frecuencia de toma que se ajusta a las recomendaciones médicas sobre el particular.
- La intensidad con la que se da de lactar al niño es mayor en el día (6.8 veces) que en la noche (4.1 veces).

10.4 TIPO DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGUN MESES DESDE EL NACIMIENTO

La alimentación complementaria o ablactancia, es tal vez uno de los eventos de mayor vulnerabilidad en el estado nutricional

de los niños menores de tres años; por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de su iniciación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional del niño. Esta situación se torna crítica cuando hay impedimentos o dificultades para que el niño tome leche materna durante los primeros 4 a 6 meses de vida. Pero en el departamento de Tacna, debido al número de casos, sólo se presenta en el Gráfico 10.3, el porcentaje de niños lactantes y no lactantes, que recibieron en las últimas 24 horas, distintos tipos de comidas: alimentos líquidos, sólidos, semisólidos y alimentos hechos con aceite o mantequilla.

La información sobre micronutrientes se incluye en el Cuadro 10.3: entre los niños menores de 3 años de edad que viven con la madre, aquellos que recibieron vitamina "A" vía alimentos complementarios. Se registra, también, el porcentaje de madres que recibieron vitamina "A" después del parto, y de hierro durante el embarazo. Además, se incluye información sobre las madres que sufrieron de ceguera nocturna durante el embarazo, por características seleccionadas y situación de la lactancia.

Gráfico 10.3

Tipos de comidas recibidas en las 24 horas antes de la encuesta por niños que lactan y que no lactan.

- En el departamento de Tacna entre los menores de 3 años que lactan, el 69 por ciento recibió otro líquido diferente a la

leche materna en las 24 horas antes de la encuesta, 66 por ciento recibió frutas o vegetales, 64 por ciento tubérculos, plátanos o raíces, el 70 por ciento recibió algún alimento sólido y 65 por ciento alimentos ricos en vitamina A, 69 por ciento granos, pan, cereal, avena.

Gráfico 10.3a
Porcentaje de Menores de Tres Años por
Tipo de Comidas Recibidas
Niños que lactan

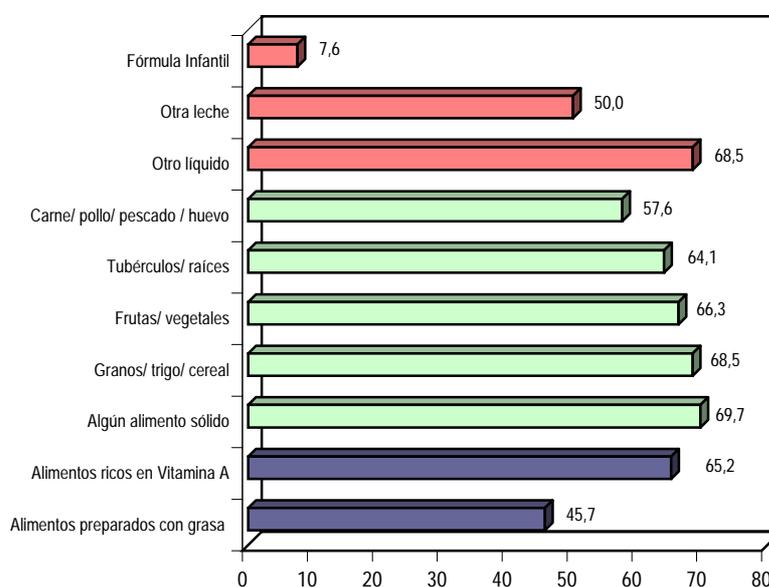
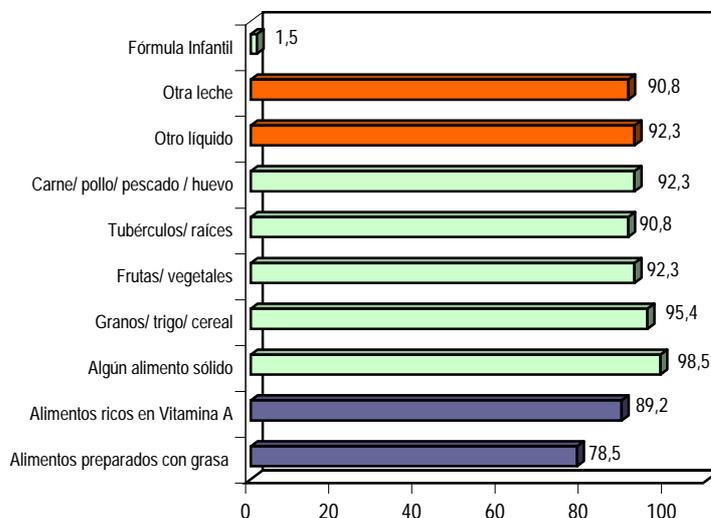


Gráfico 10.3b
Porcentaje de Menores de Tres Años por
Tipo de Comidas Recibidas
Niños que no lactan



- De otro lado, entre los niños menores de 3 años de edad que no están lactando, el tipo de alimento que una mayor proporción de ellos recibió en las 24 horas antes de la encuesta fue en más del 91 por ciento otra leche o derivados (queso, etc); otro líquido, granos, pan, cereales; frutas y vegetales; tubérculos o raíces; carne, pescado; (92% para cada caso) algún alimento sólido (99%). Aceites, grasa, mantequilla (79%); o alimentos ricos en vitamina A (89%).
- Las madres del 9 por ciento de los menores de 3 años fueron reforzadas con Vitamina A después del parto, porcentaje que es mayor entre los niños de madres con 35 a 39 años de edad (16%).
- Un 13 por ciento de madres tomó pastillas de hierro por 90 días o más durante el embarazo del último nacido vivo menor de 3 años de edad. En mayor proporción se encuentran las madres de niños de hijos varones o con una edad entre 35 a 39 años.

Cuadro 10.3

Micronutrientes

- En el departamento de Tacna 8 de cada 10 niños menores de 3 años recibieron alimentos ricos en Vitaminas A. Dicha proporción es menor entre los niños de madres de 30-34 años de edad (78%) y entre los niños de madres que residen en el área rural (77%).
- De otro lado, si se excluyen las madres que tuvieron dificultad con la visión durante el día, las madres del 10 por ciento de los menores de 3 años tuvieron ceguera nocturna durante ese embarazo y alcanza a 24 por ciento entre las madres de 25 a 29 años de edad.

Cuadro 10.3 Micronutrientes

Porcentaje de niños vivos menores de 3 años de edad que: viven con la madre y recibieron vitamina A, a través de alimentos suplementarios; de niños cuyas madres recibieron vitamina A y hierro, y cuyas madres sufrieron de ceguera nocturna durante el embarazo, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Porcentaje de menores de 3 años		Porcentaje de menores de 3 años para quienes la madre: ¹			Número de último nacido vivo
	Recibió alimentos ricos en vitamina A	Número de niños que viven con la madre	Recibió vitamina A después del parto	Ceguera diurna y nocturna durante el embarazo ²	Tomó hierro por 90 días durante el embarazo	
Sexo del niño						
Hombre	80,5	82	8,1	11,6	16,3	86
Mujer	80,0	75	9,0	9,0	10,3	78
Area de residencia						
Urbana	80,7	135	7,9	9,4	13,7	139
Rural	77,3	22	12,0	16,0	12,0	25
Edad de la madre						
15-19	*	11	*	*	*	12
20-24	80,5	41	7,0	9,3	16,3	43
25-29	89,5	38	9,8	24,4	12,2	41
30-34	77,8	36	2,8	2,8	5,6	36
35-39	83,3	24	16,0	4,0	20,0	25
40-44	*	*	*	*	*	7
Total	80,3	157	8,5	10,4	13,4	164

¹ Sólo se incluye el último nacimiento de la mujer

² Ceguera nocturna. Incluye las mujeres que sólo tuvieron dificultad con la visión durante la noche (excluye las que tuvieron dificultad durante el día)

*: Menos de 20 casos.

10.5 NUTRICION DE LOS NIÑOS

Dado que el estado nutricional de los niños está estrechamente asociado a su morbilidad y mortalidad, en la ENDES 2000 se incluyó un módulo de antropometría, en el cual se obtuvo el peso y la talla de las madres y sus niños menores de 5 años, siguiendo las normas internacionales y utilizando instrumentos de precisión.

De la información sobre peso y talla se han calculado los siguientes índices:

- Talla para la edad o desnutrición crónica
- Peso para la talla o desnutrición aguda (emaciación)
- Peso para la edad o desnutrición global (o general)

La evaluación del estado nutricional se hace comparando la población en estudio con el patrón tipo establecido como población de referencia por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). El patrón internacional es útil porque facilita la comparación entre poblaciones y subgrupos en un momento dado o a través del tiempo. Una ventaja adicional consiste en la disponibilidad de un patrón "normalizado" en el sentido de que la media y la mediana de las distribuciones coinciden. La proporción de niños que están por debajo de dos desviaciones estándar con respecto a esta población de referencia se utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio. Por supuesto que en cualquier población existe una variación natural en peso y talla, variación que aproxima los porcentajes encontrados en la distribución normal, la cual incluye 2.3 por ciento por debajo de 2 desviaciones estándar.

Prevalencia de la Desnutrición Crónica

Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad o retardo en el crecimiento, se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo. Los niveles de desnutrición crónica en niños próximos a cumplir los cinco

años (48-49 meses, por ejemplo), son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento.

Prevalencia de la Desnutrición Aguda o Emaciación

El peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, conocido también como desnutrición aguda o emaciación, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. Se diría que obedece a situaciones de coyuntura.

Prevalencia de la Desnutrición Global o General

El peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente.

Los resultados se presentan en el Cuadro 10.4 por edad del niño, sexo, orden de nacimiento; lugar de residencia y educación.

Cuadro 10.4

Talla para la edad o desnutrición crónica

- A nivel nacional el departamento de Tacna tiene el menor porcentaje de menores de 5 años que padece de desnutrición crónica, es decir retardo en el crecimiento en talla para la edad. Solo 1 de cada 10 niños menores de 5 años adolece de desnutrición severa y 5 por ciento de desnutrición crónica total.
- La desnutrición crónica (5%) afecta con mayor intensidad a los niños del área rural (12%) que a los del área urbana (4%) y en los niños de madres con educación primaria (15%).

Peso para la talla o desnutrición aguda

- La falta de peso para la talla o desnutrición aguda, sólo afecta a menos de 1 por

ciento de los niños en el departamento de Tacna; este tipo de desnutrición es un indicador de desnutrición reciente por efecto del deterioro de la alimentación y/o de la presencia de enfermedades en el pasado reciente.

la desnutrición crónica que se debería a factores estructurales de la sociedad de la desnutrición aguda que corresponde a pérdida de peso reciente. Es muy útil para detectar cambios en el estado nutricional de niños que están siendo vistos en forma continua.

Peso para la edad o desnutrición general

- El peso para la edad es un indicador general de la desnutrición, no diferencia
- En el departamento de Tacna menos del uno por ciento de los menores de cinco años tiene un peso deficiente para su edad.

Cuadro 10.4 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, según características seleccionadas

Porcentaje de niños menores de cinco años, clasificados como desnutridos según tres indicadores antropométricos: talla para la edad, peso para la talla y peso para la edad, por características demográficas, Tacna 2000

Características	Porcentaje con desnutrición crónica (Talla para la edad)		Porcentaje con desnutrición aguda (Peso para la talla)	Porcentaje con desnutrición global (Peso para la edad)	Número de niños
	Severa ¹	Total ²	Total ²	Total ²	
Sexo del niño					
Hombre	1,7	6,7	0,8	0,8	120
Mujer	0,0	4,1	0,8	0,8	121
Intervalo de nacimiento					
Primer nacimiento	0,0	2,0	2,0	1,0	100
<24 meses	*	*	*	*	13
24-47 meses	3,4	15,3	0,0	1,7	59
48+ meses	0,0	2,9	0,0	0,0	69
Area de residencia					
Urbana	1,0	4,3	1,0	1,0	208
Rural	0,0	12,1	0,0	0,0	33
Educación de la madre					
Sin educación	*	*	*	*	1
Primaria	3,8	15,1	0,0	1,9	53
Secundaria	0,0	3,8	1,5	0,8	131
Superior	0,0	0,0	0,0	0,0	56
Total	0,8	5,4	0,8	0,8	241

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período 3-59 meses anteriores a la encuesta (se excluyen los menores de 3 meses). Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media del patrón internacional utilizado por NCHS/CDC/OMS. Los niños se clasifican como desnutridos si están 2 o más desviaciones estándar (DE) por debajo de la media de la población de referencia.

¹ Niños que están 3 DE o más por debajo de la medida.

² Niños que están 2 DE o más por debajo de la medida. Incluye los niños que están 3 DE o más por debajo de la medida.

*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 a 24 casos.

10.6 NUTRICION DE LAS MUJERES

La situación nutricional de las mujeres antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos de mortalidad materna y de las posibilidades de desarrollo del feto, la mortalidad intrauterina, la duración del embarazo, las complicaciones del parto, la mortalidad perinatal e infantil y el bajo peso al nacimiento. El estado de nutrición de una mujer está condicionado, a su vez, por su balance

energético (relación entre el consumo de calorías y el gasto de energías), su estado de salud, el tiempo transcurrido desde el último nacimiento así como de la duración de la lactancia.

Las medidas antropométricas son herramientas profusamente empleadas para aproximarse a los niveles de nutrición. Por esta razón ENDES 2000 registró las medidas básicas de estatura y peso de las todas las mujeres entrevistadas.

Estatura de las Mujeres en Edad Fértil

La estatura de la mujer es un indicador indirecto de su situación social puesto que refleja el efecto acumulado en el tiempo de variables genéticas y ambientales tales como alimentación, salud, factores psicológicos, educación, ingresos, número y espaciamiento entre hermanos, entre otras.

En mujeres de 15 a 49 años la talla es particularmente importante, pues se ha encontrado asociación entre talla materna y peso del niño al nacimiento, supervivencia infantil, mortalidad materna, complicaciones del embarazo y parto, y duración de lactancia materna¹. Por el hecho de haber finalizado el crecimiento físico, una sola medición de la estatura de la mujer es suficiente para valorar de manera bastante confiable el estado nutricional en lo referente al crecimiento lineal.

La información general sobre la distribución porcentual de las madres según la estatura y las medidas se aprecian en el Cuadro 10.5.

Cuadro 10.5

La talla como indicador de la situación nutricional de las mujeres

- La estatura o talla promedio de la madre del departamento de Tacna es de 152 centímetros.
- El 9 por ciento de las madres tiene una estatura por debajo de los 145 centímetros. Este grupo de mujeres puede ser considerado como madres con mayor riesgo de experimentar complicaciones en el embarazo, mortalidad intrauterina, perinatal o infantil.
- El mayor porcentaje de las madres con talla menor a 145 centímetros se encuentra en el área rural (10%). Asimismo, esta frecuencia es mayor entre las mujeres con nivel de educación primaria (16%) y en las de edades de 40 a 49 años (13%).

Cuadro 10.5 La talla como indicador del estado nutricional de las mujeres

Promedio de talla y porcentaje de las mujeres entrevistadas con talla menor de 145 centímetros, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Talla promedio en cms.	Porcentaje con menos de 145 cms.	Número de mujeres
Edad			
15-19	152,9	9,2	173
20-24	153,8	3,2	155
25-29	152,3	9,4	149
30-34	152,0	7,9	126
35-39	151,8	7,7	104
40-44	151,5	12,6	103
45-49	150,1	13,0	77
Area de residencia			
Urbana	152,4	8,4	776
Rural	151,9	9,8	112
Educación de la madre			
Sin educación	*	*	16
Primaria	149,8	16,2	179
Secundaria	152,6	7,9	485
Superior	154,3	2,4	208
Total	152,3	8,6	888

*: Menos de 20 casos.

¹ Panamerican Health Organization. *Maternal nutrition and pregnancy outcomes: anthropometric assessment*. PAHO No. 526. Washington, 1991; y Goodhart R, Shils M. editors. *Modern nutrition in health and disease*. Lea and Febiger. Philadelphia, 1980.

Peso y Masa Corporal de las Mujeres

El estado nutricional de la mujer antes del embarazo es un determinante de la culminación del parto y del bajo peso al nacer de los hijos. Los riesgos de parto prematuro son menores en mujeres con buen peso antes de la gestación. Asimismo, la ganancia de peso durante la gestación es un buen indicador del grado de desarrollo del niño, pero para ello es importante conocer el peso de base. Este conocimiento es también esencial debido a que las mujeres muy delgadas necesitan ganar mucho más peso durante la gestación que aquellas normales, para asegurar un embarazo viable y posibilidades de sobrevivencia superiores para los hijos. En general el peso antes de la gestación es un buen pronóstico del bajo peso al nacer y de la mortalidad infantil.

En la ENDES 2000 se registró el peso de todas las mujeres entrevistadas. Como el peso es muy sensible a la edad y sobre todo a la estatura, para medir adecuadamente su papel como indicador es conveniente controlarlo según la talla. Una forma de hacerlo es utilizar la relación Peso/Talla, pero para lo cual se requieren tablas de referencia (para las mujeres, estas tablas aún están en proceso de definición).

Una medida alternativa es el Índice de Masa Corporal (IMC), para el cual hay diferentes fórmulas. La más usada es el Índice de Quetelet, definido como el cociente del peso (expresado en Kg.) y el cuadrado de la talla (expresado en metros).

Este índice permite medir la delgadez o la obesidad controlando la talla y provee información acerca de las reservas de energía. Una de sus ventajas radica en que no requiere de una tabla de referencia, aunque su validez como indicador de riesgo aún está en discusión. Aún así, se ha encontrado relación entre el IMC, el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal.

El índice está influenciado por la edad de la madre, el tiempo de lactancia y el tiempo transcurrido desde el nacimiento anterior; por

esta razón, 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 Consultative 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 Kg. y en el caso de quienes midieran 1.60, estarían en riesgo aquellas con peso inferior a 47.4 Kg.

La distribución porcentual y las medidas resumen para el peso y el índice de masa corporal se detalla en el Cuadro 10.5a.

Cuadro 10.5a

Peso y masa corporal como indicadores de la situación nutricional de las madres

- El Índice de Masa Corporal promedio de las mujeres en el departamento de Tacna utilizando la fórmula de Quetelet, es de 27. Entre las mujeres de 15 a 19 el índice es de 24.3 y entre las de 40 a 44 años es 29.7.
- El Índice de Masa Corporal promedio no tiene grandes variaciones con el área de residencia y nivel de educación de las mujeres.
- El porcentaje de mujeres en edad fértil con Índice de Masa Corporal mayor o igual a 25 es de 63 por ciento en el Departamento de Tacna. Este porcentaje se incrementa con la edad, de 51 por ciento entre las mujeres de 20 a 24 a 86 por ciento entre las de 40-44 años de edad.
- El índice de masa corporal mayor o igual a 25, es menor en las mujeres con nivel de educación superior (57 por ciento) y en las mujeres que habitan el área urbana (63 por ciento).

Cuadro 10.5a El índice de Masa Corporal como indicador de la situación nutricional de las madres, según características seleccionadas

Entre las mujeres que tuvieron un hijo en los cinco años que precedieron la encuesta, promedio y porcentaje con índice de masa corporal menor de 18.5, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Promedio del IMC	Porcentaje con IMC menor de 18.5	Porcentaje con IMC mayor o igual a 25.0	Número de mujeres
Edad				
15-19	24,3	1,8	34,5	168
20-24	25,3	1,4	51,0	145
25-29	26,9	0,0	65,0	143
30-34	27,6	0,0	73,1	119
35-39	28,7	0,0	75,5	94
40-44	29,7	0,0	86,4	103
45-49	29,4	0,0	82,9	76
Area de residencia				
Urbana	27,0	0,7	63,2	746
Rural	26,7	0,0	62,1	103
Educación de la madre				
Sin educación	*	*	*	16
Primaria	28,4	0,0	74,7	170
Secundaria	26,7	0,6	60,4	463
Superior	26,1	1,0	56,5	200
Total	27,0	0,6	63,1	849

Nota: El cuadro incluye sólo mujeres que tuvieron un hijo en los cinco años anteriores a la encuesta. Se excluyen además las mujeres embarazadas y aquellas que tuvieron un hijo en los 2 meses.

*: Menos de 20 casos.

10.7 ANEMIA EN NIÑOS Y MUJERES

Introducción

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, de hemoglobina, o es menor en volumen total. La hemoglobina es un compuesto de proteína que contiene hierro y se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos, su medición es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia en mujeres y niños, y su deficiencia indica 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 la gran mayoría del número total de casos de anemia. De este modo, la prueba de hemoglobina puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de las mujeres y niños.

La anemia con un nivel de hemoglobina por debajo de 12.0 g/dl (11.0 para mujeres embarazadas) está asociada con un decrecimiento en la capacidad de trabajo de las mujeres y en su desempeño 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. El empleo de hierro suplementario para mujeres con deficiencia de hierro y la fortificación de alimentos puede mejorar la salud materno infantil en general.

Si bien no existe información completa y actualizada sobre la deficiencia de hierro en el Perú, varios estudios a nivel local indican que la anemia es una condición prevalente en niños y mujeres en edad fértil en el Perú. Entre éstas, las mujeres embarazadas constituyen el grupo más afectado.

Prueba de Anemia

La prueba para determinar anemia por deficiencia de hierro (anemia ferropénica) en mujeres y niños ha constituido uno de los mayores esfuerzos en la ENDES 2000. La prueba de anemia se realizó para todos los niños menores de 5 años y para todas las mujeres entre los 15-49 años.

La prueba de hemoglobina se efectuó en una muestra de sangre capilar con el principal objetivo de determinar el nivel de deficiencia de hierro en algunas sub-poblaciones de mujeres en edad fértil y los niños menores de cinco años.

Los resultados aquí presentados, servirán de base para el desarrollo de políticas de salud pública para la prevención y manejo de la anemia, como estrategia de intervención para mejorar la salud de las madres y niños.

La anemia es definida como una concentración de hemoglobina que es inferior al intervalo de confianza del 95 por ciento entre individuos saludables y bien nutridos de la misma edad, sexo y tiempo de embarazo. Se han establecido diferentes puntos de corte para bebés y niños menores de 6 años, para mujeres embarazadas según el tiempo de gestación, y para mujeres no embarazadas.

La hemoglobina puede medirse en forma fotométrica luego de una conversión a ciametemoglobina. Este principio ha sido aceptado por el Comité Internacional para la Estandarización en Hematología como un método para la detección de hemoglobina. Recientemente ha sido desarrollada una técnica simple y confiable para la detección fotométrica de hemoglobina utilizando el sistema HemoCue®. Esta técnica es usada ampliamente en varios países. Por las anteriores razones, la técnica del HemoCue® ha sido escogida como el método básico para la medición de la hemoglobina en la ENDES 2000.

La clasificación de la anemia en severa, moderada o leve se hace con los siguientes puntos de corte para las mujeres de 15-49 y los niños de 6-59 meses:

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 los niños).

El nivel de hemoglobina en la sangre requerido depende de la presión parcial de oxígeno en la atmósfera. Como el Perú es un país donde un gran número de personas viven a alturas 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 y es la que será empleada aquí.

El aumento en los niveles de hemoglobina con la altura fue estudiado en Perú en 1945 por Hurtado. También ha sido estudiado en los Estados Unidos por el Pediatric Nutrition Surveillance System (CDCPNSS) y en el Ecuador por Dirren y colaboradores. Los ajustes basados en estos estudios están expresados en un cuadro de valores (Hurtado) o en fórmulas cuadráticas (CDCPNSS y Dirren et al.)². Comparaciones realizadas para la preparación de este informe muestran una gran coherencia entre las tres variaciones de ajuste, dando confianza en el utilizado para las observaciones de la ENDES 2000.

Para este informe se ha adoptado la fórmula de CDCPNSS. Las mediciones iniciales del nivel de hemoglobina han sido llevados a nivel del mar con el siguiente procedimiento:

Nivel ajustado = nivel observado - ajuste por altura

Ajuste = $-0.032*(alt) + 0.022*(alt^2)$

donde (alt) es: $[(altura \text{ en metros})/1,000]*3.3$

Resultados

Los resultados se presentan en el Cuadro 10.6 para mujeres y en el Gráfico 10.4 para niños. En el Gráfico 10.5 se relaciona la anemia de los niños con la anemia de las madres.

Cuadro 10.6

- El 39 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad del departamento de Tacna padece de algún grado de anemia. En la ENDES 2000 se encontró que el 32 por ciento de mujeres tiene anemia leve y 7 por ciento presenta anemia moderada. La anemia severa afecta a menos del 1 por ciento de las mujeres.

Cuadro 10.6 Prevalencia de anemia en mujeres

Prevalencia de anemia en mujeres por tipo de anemia, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Distribución porcentual de mujeres con prueba de anemia					Número de mujeres sin prueba de anemia	
	Mujeres con anemia			Mujeres sin anemia	Total		Número de mujeres
	Anemia severa	Anemia moderada	Anemia leve				
Edad							
15-19	0,0	9,4	50,0	40,6	100,0	32	7
20-24	0,0	3,1	34,4	62,5	100,0	32	6
25-29	0,0	8,6	25,7	65,7	100,0	35	7
30-34	0,0	12,0	24,0	64,0	100,0	25	2
35-39	(0,0)	(8,7)	(26,1)	(65,2)	100,0	23	2
40-44	3,6	7,1	21,4	67,9	100,0	28	6
45-49	(0,0)	(0,0)	(36,4)	(63,6)	100,0	22	1
Paridad							
No tiene hijos	0,0	6,7	36,7	56,7	100,0	60	15
1	0,0	2,7	37,8	59,5	100,0	37	5
2-3	1,4	8,6	22,9	67,1	100,0	70	8
4-5	(0,0)	(8,3)	(33,3)	(58,3)	100,0	24	2
6+	*	*	*	*	100,0	6	1
Educación de la madre							
Sin educación	*	*	*	*	100,0	4	0
Primaria	0,0	11,1	27,8	61,1	100,0	36	5
Secundaria	0,9	8,9	32,1	58,0	100,0	112	19
Superior	0,0	0,0	33,3	66,7	100,0	45	7
Total	0,5	7,1	31,5	60,9	100,0	197	31

Nota: 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).

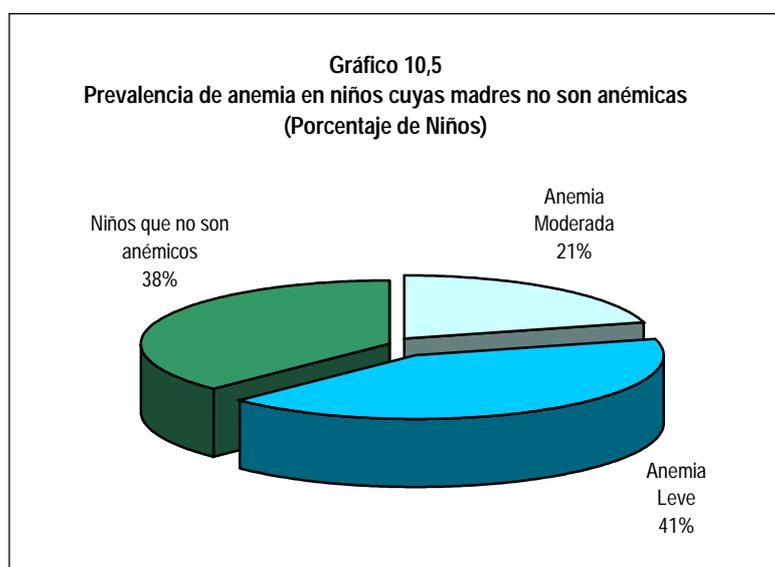
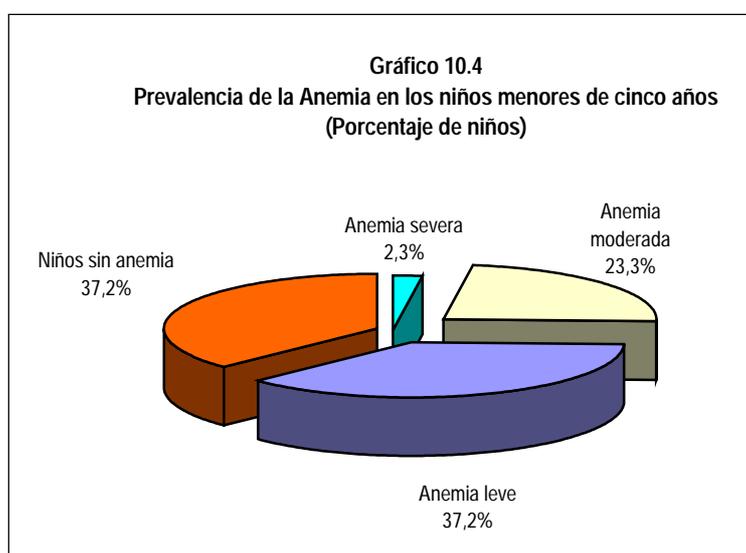
*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 a 24 casos.

2 Las referencias básicas utilizadas son: World Health Organiz ation. *Nutritio nal Anemia*. WHO Technical Report Series No. 405. Geneva, 1968; C DC. *Criteria for Anemia in Children and Childbearing Age Women*. MMWR. 38:400-404; Dallman P.R., Siimes M.A. & Stekel A. *Iron Deficiency in Infancy and Childhood*. Am J Clin Nutr 33:86- 118, 1980; Dallman P.R., Yip R. & Johnson C. *Prevalence and Causes of Anemia in the United States, 1976 to 1980*. Am J Clin Nutr 39:437-445, 19 84; Dirre n H., Logm an H.G.M., Barcaly D.V. & Freire W .B. *Altitude Adjustment for Hemoglobin*. Europ J Clin Nutr 48:625-63 2, 1994 ; Hurtado A., Merin o C., Delgado E. *Influence of Anorexia on the Hemopoietic Ac tivity*. Arch Intern Med 75:284-323, 1945.

Gráficos 10.4 y 10.5

- En mayor proporción que las mujeres, el 63 por ciento de niños menores de 5 años padecen de anemia en el departamento de Tacna. De anemia leve sufre el 37 por ciento de los niños, 23 por ciento de anemia moderada y de anemia severa el 2 por ciento.
- Existe cierta relación entre el estado de anemia de la madre y de sus niños. Cuando ellas no tienen anemia el 38 por ciento de niños no tienen anemia, 42 por ciento tienen anemia leve y 21 por ciento anemia moderada.





***XI. CONOCIMIENTO
DE VIH/SIDA Y
OTRAS ETS***

XI. CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y OTRAS ETS

En la mayoría de los países en desarrollo, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva, después de las relacionadas con la maternidad. La mayoría de las ETS que sufren son infecciones del aparato reproductivo. Si se incluyen las relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), esas enfermedades representan casi el 15 por ciento de las muertes. Los grupos más susceptibles son las mujeres, especialmente las jóvenes.

Si bien el SIDA es de reciente aparición en el Perú, se estima que más de 100,000 personas estarán infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para el año 2,000. La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, la inexistencia de cura para la enfermedad y la relación entre ETS e infección por VIH confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre el problema, la percepción de los riesgos y formas de transmisión y prevención.

El impacto individual, social y económico de la infección VIH/SIDA la convierte en la peor epidemia de la era moderna, pues en un futuro próximo, no existirán presupuestos públicos capaces de proveer insumos, equipos y personal necesarios para atender a los enfermos con las complicaciones propias del estadio SIDA.

Por esas y otras razones, la ENDES 2000 incluyó una sección para indagar sobre el conocimiento general de las mujeres acerca de las enfermedades transmitidas sexualmente: conocimiento de las distintas enfermedades, si las entrevistadas han adquirido enfermedades en los doce meses anteriores a la encuesta,

búsqueda de tratamiento o consejo. Con relación al SIDA, cual fue la principal fuente de información en el caso de haber oído hablar de la enfermedad, qué debe hacerse para evitar contraer el SIDA, si una persona puede tener la enfermedad aunque parezca saludable y si cree que el SIDA puede transmitirse de una madre infectada al niño y en que momento.

Igualmente se les pidió a las mujeres opinar sobre los derechos de las personas infectadas por SIDA a trabajar o llevar una vida en comunidad. También se hicieron preguntas sobre la conducta sexual en los últimos 12 meses (número y tipo de parejas sexuales y uso del condón).

11.1 CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y FORMAS DE EVITAR EL CONTAGIO

A las mujeres se les preguntó si habían oído hablar de la infección por VIH y de una enfermedad llamada SIDA. A quienes respondieron afirmativamente se les preguntó de cuál fuente de información aprendió más sobre el SIDA y si había algo que una persona puede hacer para evitar infectarse con el virus. Los resultados generales se presentan en el Cuadro 11.1, mientras que en el Cuadro 11.2 se presentan en forma detallada las fuentes de conocimiento.

Cuadro 11.1 y 11.2

Conocimiento de VIH/SIDA

- El 96 por ciento del total de las mujeres entrevistadas en el departamento de Tacna declaran haber oído hablar de la infección VIH o de la enfermedad llamada SIDA. El

13 por ciento de MEF conoce VIH/SIDA, pero no sabe como evitarla y 82 por ciento conoce alguna forma válida de evitar infectarse.

- El desconocimiento de la existencia del VIH/SIDA es más frecuente entre las mujeres con educación primaria. Según el lugar de residencia, el desconocimiento de la existencia del VIH/SIDA es más frecuente entre las mujeres que residen en el área rural (13%) cuya proporción es más de tres veces con relación a las residentes del área urbana (3%).

Conocimiento de formas de evitar contagio

- El 82 por ciento de las mujeres entrevistadas conoce alguna forma válida

de evitar infectarse con el VIH/SIDA: 48 por ciento una forma válida y del 34 por ciento dos o más formas válidas.

- Entre las formas válidas más conocidas para evitar el VIH/SIDA destaca "limitando el número de compañeros sexuales" (54%) o "mediante el uso del condón" (47%).
- La prevención del VIH/SIDA "limitando el número de compañeros sexuales", es más frecuente entre las mujeres de polos extremos de edad: 15 a 19 años y las de 45 a 49 años (56% en ambos casos). Igualmente alcanza mayores proporciones entre las mujeres casadas o convivientes (58%) o las que tienen educación superior (63%).

Cuadro 11.1 Conocimiento del VIH/SIDA en general por parte de las mujeres entrevistadas y conocimiento particular de formas válidas y específicas de evitar el VIH/SIDA

Distribución porcentual de mujeres por conocimiento del VIH/SIDA y de formas válidas de evitar el VIH/SIDA; porcentaje de mujeres con conocimiento de formas específicas de evitar el VIH/SIDA, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	No sabe como se puede evitar		Si sabe como se puede evitar		Total	Conocimiento específico ¹		Número de mujeres
	No conoce VIH/SIDA	Conoce VIH/SIDA pero no sabe como evitar VIH/SIDA	Conoce una forma	Conoce dos o más formas		Mediante el uso de condón	Limitando el número de compañeros ²	
Edad								
15-19	2,1	10,7	47,1	40,1	100,0	50,3	56,1	187
20-24	4,2	11,5	48,5	35,8	100,0	57,0	50,3	165
25-29	5,0	15,1	44,0	35,8	100,0	42,1	55,3	159
30-39	4,4	12,9	49,4	33,3	100,0	48,2	53,4	249
40-49	6,8	16,3	50,5	26,3	100,0	36,8	56,3	190
Estado civil								
Casada/Conviviente	6,5	13,0	49,3	31,2	100,0	41,8	58,0	510
Divorciada, separada, viuda	3,3	19,6	44,6	32,6	100,0	45,7	45,7	92
Soltera, ha tenido relaciones	2,1	18,8	41,7	37,5	100,0	55,2	46,9	96
Soltera/ no ha tenido relaciones	2,0	9,5	49,4	39,1	100,0	54,2	53,0	253
Area de residencia								
Urbana	3,4	12,9	48,7	35,0	100,0	49,0	53,9	832
Rural	12,6	16,0	43,7	27,7	100,0	31,9	57,1	119
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	17,5	22,8	42,3	17,5	100,0	19,6	45,0	189
Secundaria	1,2	13,4	51,4	34,0	100,0	50,2	54,5	515
Superior	0,0	4,4	45,9	49,8	100,0	64,6	62,9	229
Total	4,5	13,3	48,1	34,1	100,0	46,8	54,3	951

¹ Conocimiento de formas específicas de importancia programática

² Pareja mutuamente fiel" o no tener muchas parejas sexuales

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 11.2. Conocimiento de formas para evitar el contagio entre las mujeres con conocimiento de VIH/SIDA

Mujeres con conocimiento del SIDA: porcentaje que conocen formas para evitar el VIH/SIDA y porcentaje con desinformación, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Formas de evitar el SIDA												Número de mujeres		
	Abstenerse	Usar condón	No tener muchas parejas sexuales	Ser pareja mutuamente fiel	Evitar sexo con personas promiscuas	Evitar sexo con prostitutas	Evitar sexo homosexual	No compartir jeringas o navajas de afeitar	Evitar los besos	Evitar la picadura de mosquitos	Otras formas	No sabe que hacer		No sabe si se puede evitar	No hay forma de evitar
Edad															
15-19	27,9	51,4	35,0	39,3	19,7	5,5	7,1	23,0	2,2	0,0	40,4	1,6	2,7	0,5	183
20-24	18,4	59,5	29,7	36,7	18,4	5,1	6,3	26,6	1,3	0,0	43,7	1,3	1,3	0,6	158
25-29	22,5	44,4	33,1	43,0	19,2	5,3	3,3	21,9	2,6	0,7	39,7	3,3	4,0	0,7	151
30-39	18,1	50,4	29,8	39,5	14,7	8,0	3,8	23,1	2,1	0,0	30,3	2,1	4,6	0,8	238
40-49	14,7	39,5	26,6	48,0	14,7	7,9	5,6	27,1	1,7	0,0	37,3	1,1	4,0	2,3	177
Estado civil															
Casada/Conviviente	15,3	44,7	32,4	47,3	17,0	6,7	5,0	22,7	2,3	0,2	33,0	1,7	4,2	0,4	477
Divorciada, separada, viuda	23,6	47,2	25,8	32,6	16,9	7,9	2,2	22,5	1,1	0,0	37,1	1,1	3,4	3,4	89
Soltera, ha tenido relaciones	22,3	56,4	26,6	31,9	16,0	7,4	5,3	19,1	3,2	0,0	41,5	3,2	3,2	4,3	94
Soltera/ no ha tenido relaciones	27,4	55,2	31,0	36,3	17,7	5,2	6,5	29,8	1,2	0,0	45,2	2,0	2,0	0,0	248
Area de residencia															
Urbana	21,2	50,7	28,6	41,2	16,1	6,7	5,7	25,9	2,0	0,1	39,1	1,6	3,1	1,0	804
Rural	12,5	36,5	47,1	41,3	25,0	4,8	1,0	11,5	1,9	0,0	26,0	3,8	5,8	1,0	104
Nivel de educación															
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Primaria	17,9	23,7	34,6	36,5	21,2	4,5	1,3	6,4	1,9	0,0	20,5	5,8	9,6	2,6	156
Secundaria	18,5	50,8	31,3	38,8	15,6	5,9	5,5	23,4	2,0	0,2	37,2	1,4	2,8	1,0	509
Superior	25,3	64,6	27,1	50,2	17,9	9,6	7,4	39,3	2,2	0,0	50,7	0,4	0,0	0,0	229
Total	20,2	49,1	30,8	41,2	17,1	6,5	5,2	24,3	2,0	0,1	37,6	1,9	3,4	1,0	908

Nota: No se muestran los porcentajes para "evitar picaduras de mosquitos" y "evitar besos"

*: Menos de 20 casos.

- El uso de condón como forma de evitar el contagio del VIH/SIDA, es frecuentemente mencionado por las mujeres de 20 a 24 años de edad (57%), las solteras que han tenido relaciones sexuales (55%), entre las mujeres con educación superior (65%) y entre las residentes del área urbana (49%).

Cuadro 11.3

Fuentes de conocimiento

- En general, los medios de comunicación masiva son las principales fuentes de información del conocimiento que sobre el SIDA tienen las mujeres entrevistadas: la televisión (73%), radio y los trabajadores de salud en similar proporción (43%) y periódicos o revistas (36%). En segundo nivel, según los porcentajes, reportan a la

escuela (31%), panfleto o afiche (29%) y amigos o parientes (25%).

- La televisión es reportada como principal fuente de información entre las mujeres de 30 a 39 y 40 a 49 años (80% en ambos casos), las unidas actualmente y las residentes del área urbana en la misma proporción (77%), y entre las mujeres con educación secundaria a más.
- La radio en mayor proporción es citada entre las mujeres mayores de 40 a 49 años (53%), entre las actualmente unidas (46%) y entre las que residen en el área urbana (44%).
- La escuela es la principal fuente de información entre las mujeres menores de 25 años de edad.

Cuadro 11.3 Fuente de conocimiento de VIH/SIDA

Porcentaje de mujeres que conocen VIH/SIDA y entre las mujeres que conocen porcentaje por fuente, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Conoce SIDA	Número de mujeres	Fuente de conocimiento											Número mujeres conoce SIDA
			Radio	TV	Periódico/Revista	Pan-fletos/Afiches	Trabajador de salud	Escuela	Amigos/Parientes	Lugar de trabajo	Audio visuales/Películas	Charlas	Otras fuentes	
Edad														
15-19	97,9	187	36,1	61,7	33,9	36,6	37,7	80,3	28,4	3,3	17,5	21,3	0,5	183
20-24	95,8	165	38,0	67,1	34,8	27,2	46,2	50,0	22,8	3,8	10,8	17,1	0,0	158
25-29	95,0	159	39,7	73,5	30,5	27,2	50,3	17,9	19,9	8,6	10,6	17,2	1,3	151
30-39	95,6	249	45,8	80,3	38,7	27,7	40,8	6,7	26,9	9,7	11,8	22,3	0,0	238
40-49	93,2	190	53,1	80,2	41,8	24,9	39,0	6,2	23,7	11,3	9,6	26,0	1,1	177
Estado civil														
Casada/Conviviente	93,5	510	46,2	77,3	35,7	26,3	47,5	10,3	24,2	8,4	9,9	20,6	0,2	477
Divorciada, separada, viuda	96,7	92	44,9	75,3	37,1	25,8	51,7	13,5	21,3	10,1	12,4	23,6	0,0	89
Soltera, ha tenido relaciones	97,9	96	44,7	70,2	44,7	26,6	33,0	47,9	17,0	7,4	17,0	20,2	2,1	94
Soltera/ no ha tenido relaciones	98,0	253	35,1	65,3	33,9	35,5	32,7	70,2	29,8	4,8	14,5	21,4	0,8	248
Area de residencia														
Urbana	96,6	832	43,6	76,6	38,7	29,1	39,9	32,4	25,2	7,8	12,5	20,9	0,6	804
Rural	87,4	119	37,5	46,2	17,3	26,0	61,5	19,2	21,2	4,8	9,6	22,1	0,0	104
Nivel de educación														
Sin educación	*	18	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Primaria	82,5	189	44,2	64,1	19,9	17,9	41,0	3,8	26,9	5,1	2,6	22,4	0,0	156
Secundaria	98,8	515	42,5	75,4	35,8	28,0	43,1	37,8	22,8	5,9	11,2	19,7	0,2	509
Superior	100,0	229	43,2	74,2	50,2	38,9	42,4	35,8	27,5	13,1	21,4	23,1	1,7	229
Total	95,5	951	42,9	73,1	36,3	28,8	42,3	30,9	24,7	7,5	12,1	21,1	0,6	908

*: Menos de 20 casos.

11.2 CONOCIMIENTO DE ASUNTOS RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA

A las mujeres entrevistadas se les hizo una serie de preguntas sobre asuntos relacionados con el VIH/SIDA como medio de evaluar el grado de conocimiento sobre el tema. Se preguntó específicamente si una persona que parece saludable puede estar infectada, si el virus de VIH puede ser transmitido de la madre al niño y en qué momento. Los resultados se presentan en el Cuadro 11.4.

Igualmente se preguntó a las entrevistadas específicamente sobre aspectos sociales de la prevención del SIDA y relacionados con asuntos tales como la discriminación de las personas con SIDA; los derechos, a menudo conflictivos, de la persona con SIDA a su privacidad y los de la comunidad a protegerse de la enfermedad. Los resultados se detallan en el Cuadro 11.5.

Cuadro 11.4

Conocimiento de asuntos relacionados con el VIH/SIDA

- En el departamento de Tacna algo más de 8 de cada 10 mujeres en edad fértil sabe que una persona puede lucir saludable pero estar contagiada con el virus del SIDA; conocimiento que es menos frecuente entre las mujeres con educación primaria (58%), entre las actualmente unidas (79%) y entre las residentes del área rural (62%).
- Por otro lado tres de cada cuatro mujeres opina que el virus puede ser transmitido de una madre infectada al niño durante el embarazo o el parto y 39 por ciento durante la lactancia.

Cuadro 11.4 Conocimiento de asuntos relacionados con el VIH/SIDA

Distribución porcentual de mujeres que conocen VIH/SIDA por conocimiento de asuntos relacionados con el VIH/SIDA, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Una persona que luce saludable puede tener SIDA			El VIH/SIDA se puede transmitir de la madre al niño			Número de mujeres	
	Si	No	No sabe/ No conoce/ Sin inform.	No	Durante embarazo o parto	Durante la lactancia		No sabe
Edad								
15-19	91,4	4,8	3,7	0,5	79,1	46,5	4,8	187
20-24	86,1	5,5	8,5	0,6	81,2	40,0	5,5	165
25-29	80,5	8,8	10,7	1,9	72,3	42,1	7,5	159
30-39	81,1	7,6	11,2	1,2	75,1	36,1	7,6	249
40-49	80,0	4,7	15,3	1,6	72,1	33,7	11,6	190
Estado civil								
Casada/Conviviente	79,4	7,7	13,0	1,0	73,1	37,3	9,6	510
Divorciada, separada, viuda	83,7	6,5	9,8	2,2	73,9	34,8	6,5	92
Soltera, ha tenido relaciones	85,4	6,3	8,3	2,1	77,1	44,8	5,2	96
Soltera/ no ha tenido relaciones	91,7	3,6	4,7	0,8	81,8	43,1	4,3	253
Area de residencia								
Urbana	86,8	5,2	8,1	1,0	78,3	40,3	5,9	832
Rural	62,2	14,3	23,5	2,5	58,8	32,8	18,5	119
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	58,2	13,2	28,6	2,6	48,1	29,1	24,9	189
Secundaria	88,1	5,6	6,2	1,2	79,6	40,9	3,1	515
Superior	96,9	2,2	0,9	0,0	93,9	44,5	0,9	229
Total	83,7	6,3	10,0	1,2	75,9	39,4	7,5	951

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 11.5

Aspectos sociales de la prevención del SIDA

- En el departamento de Tacna, un 55 por ciento de mujeres opina que un profesor que tiene SIDA puede seguir enseñando. La proporción que piensa lo contrario es 37 por ciento y 8 por ciento no sabe o no opina al respecto.
- Las mayores proporciones que opinan afirmativamente se encuentran entre las menores de 25 años de edad, las solteras o las que alcanzaron educación superior.
- Por otro lado, un 34 por ciento de mujeres en edades fértiles opina que una persona infectada debe ser despedida de su trabajo, opinión que es más frecuente entre mujeres con educación primaria (47%) y entre las residentes del área rural (46%).
- El 64 por ciento de las mujeres en edad fértil están dispuestas a cuidar a un pariente con SIDA en su casa, proporción que es mayor entre las menores de 25 años de edad, las solteras y las que residen en el área urbana.

Cuadro 11.5 Aspectos sociales de la prevención del SIDA y su mitigación

Distribución porcentual de mujeres que conocen de VIH/SIDA, por respuestas a preguntas sobre ciertos aspectos sociales de la prevención y mitigación del SIDA, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Maestro con SIDA puede seguir enseñando			Persona infectada debe ser despedida del trabajo			Dispuesta a cuidar pariente infectado en el hogar			Número de mujeres
	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	
Edad										
15-19	60,4	35,3	4,3	29,9	65,8	4,3	70,6	10,7	18,7	187
20-24	65,5	29,7	4,8	29,7	65,5	4,8	69,1	12,1	18,8	165
25-29	54,7	37,1	8,2	37,1	53,5	9,4	58,5	20,8	20,8	159
30-39	52,2	40,2	7,6	36,9	55,0	8,0	61,8	21,7	16,5	249
40-49	46,3	41,6	12,1	34,7	54,7	10,5	62,6	13,7	23,7	190
Estado civil										
Casada/Conviviente	48,9	41,3	9,8	36,1	54,4	9,4	57,6	21,8	20,6	510
Divorciada, separada, viuda	53,3	39,1	7,6	39,1	52,2	8,7	65,2	16,3	18,5	92
Soltera, ha tenido relaciones	60,4	35,4	4,2	32,3	62,5	5,2	75,0	9,4	15,6	96
Soltera/ no ha tenido relaciones	67,2	28,9	4,0	28,1	68,0	4,0	73,9	7,1	19,0	253
Area de residencia										
Urbana	58,1	36,1	5,8	32,1	61,6	6,3	66,5	14,7	18,8	832
Rural	36,1	44,5	19,3	46,2	37,8	16,0	49,6	26,1	24,4	119
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	23,3	52,4	24,3	47,1	29,6	23,3	41,3	32,3	26,5	189
Secundaria	58,4	37,7	3,9	36,4	60,1	3,5	68,9	14,4	16,7	515
Superior	76,9	22,7	0,4	15,7	82,5	1,7	75,5	5,7	18,8	229
Total	55,4	37,2	7,5	33,9	58,6	7,5	64,4	16,1	19,5	951

*: Menos de 20 casos.

11.3 CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)

Los programas de control de VIH/SIDA reconocen en la actualidad la importancia de controlar las ETS para reducir la transmisión del VIH. Se reconoce que entre los esfuerzos necesarios, uno de los más importantes es la educación para que la población reconozca los síntomas de las ETS. También se reconoce que poco se sabe sobre cómo los hombres y mujeres perciben y responden a las ETS. Por esta razón en la ENDES 2000 se preguntó a las entrevistadas si habían oído hablar de otras enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual; cuáles enfermedades conocían y si conocían síntomas y signos para reconocer que una persona tiene una enfermedad de transmisión sexual. Los resultados se pueden apreciar en el Cuadro 11.6 y 11.7.

Cuadros 11.6 y 11.7

Conocimiento de los síntomas de las ETS

- En el departamento de Tacna, 6 de cada 10 entrevistadas ha oído hablar de otras enfermedades de transmisión sexual. El 10 por ciento desconoce cualquier síntoma, 15 por ciento conoce uno y 35 por ciento conoce dos o más síntomas.
- El desconocimiento de las ETS es más alto en las mujeres de 25 años o más de edad, en las casadas o convivientes, en las residentes del área rural y en aquellas con educación primaria.
- La sífilis y la gonorrea son las ETS más conocidas por las mujeres que han oído hablar sobre la existencia de las ETS (71% y 70% respectivamente). Las mujeres que en mayor proporción conocen las ETS, son

las residentes en el área urbana o las que tienen educación superior. El nivel más bajo de conocimiento de estas enfermedades se presentan entre las mujeres con educación primaria.

- Entre las mujeres que conocen las ETS, los síntomas que identifica más de un tercio

de esta población es enrojecimiento o picazón en genitales (34%) y la pérdida de peso (28%). Luego se refieren a la secreción vaginal (21%), úlceras o inflamación (16% y 15% respectivamente); secreción o pus por el pene (14%), molestia al orinar (12%) y en porcentaje similar, verrugas y secreción maloliente (12%).

Cuadro 11.6 Conocimiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ETS específicas

Distribución porcentual de las mujeres por conocimiento de los síntomas asociados con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y porcentaje de mujeres, por ETS que conocen, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	No conoce sobre las ETS	Síntomas específicas de las ETS			Total	Número de mujeres	Conoce ETS específicas				Número de mujeres
		No conoce síntomas de ETS	Conoce un síntoma	Conoce dos o más síntomas			Conoce sífilis	Conoce gonorrea	Verrugas genitales/condiloma	Otras ETS	
Edad											
15-19	34,2	8,6	18,2	39,0	100,0	187	69,1	82,9	1,6	23,6	123
20-24	33,3	12,1	18,8	35,8	100,0	165	79,1	76,4	1,8	13,6	110
25-29	46,5	8,8	9,4	35,2	100,0	159	63,5	63,5	5,9	25,9	85
30-39	44,6	7,6	13,3	34,5	100,0	249	68,1	65,2	5,8	25,4	138
40-49	41,6	13,2	13,2	32,1	100,0	190	73,0	62,2	1,8	22,5	111
Estado civil											
Casada/Conviviente	47,3	8,4	12,0	32,2	100,0	510	67,2	62,3	4,5	21,3	268
Divorciada, separada, viuda	37,0	10,9	13,0	39,1	100,0	92	75,9	67,2	3,4	24,1	58
Soltera, ha tenido relaciones	31,3	11,5	15,6	41,7	100,0	96	72,7	75,8	4,5	21,2	66
Soltera/ no ha tenido relaciones	30,8	11,9	19,8	37,5	100,0	253	73,7	81,7	1,1	23,4	175
Area de residencia											
Urbana	37,5	10,1	15,4	36,9	100,0	832	71,3	71,3	3,5	22,2	520
Rural	59,7	8,4	8,4	23,5	100,0	119	64,6	60,4	2,1	22,9	48
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	18	*	*	*	*	3
Primaria	77,2	5,8	9,0	7,9	100,0	189	44,2	30,2	0,0	16,3	43
Secundaria	39,1	10,5	16,0	34,4	100,0	515	64,9	67,4	2,6	22,0	313
Superior	9,2	12,2	17,0	61,6	100,0	229	85,6	83,7	5,3	23,6	208
Total	40,3	9,9	14,5	35,3	100,0	951	70,7	70,4	3,4	22,2	568

*: Menos de 20 casos.

11.4 PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A las mujeres entrevistadas se les hizo una serie de preguntas para averiguar la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual

(ETS). En particular se les preguntó si en los últimos doce meses le diagnosticaron alguna ETS, si tuvo manifestaciones específicas de las mismas, como flujo vaginal anormal, o úlceras / llagas genitales y a las que tuvieron alguno de esos problemas, a quién acudió en busca de consejo o tratamiento.

Cuadro 11.7 Conocimiento de síntomas y signos de las Enfermedades de Transmisión Sexual

Entre las mujeres con conocimiento de ETS, porcentaje con conocimiento de síntomas y signos específicos, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Síntomas y signos de las ETS													Número de mujeres	
	Dolor abdominal	Secreción vaginal	Secreción maloliente	Molestias	Enrojecimiento/picazón en genitales	Inflamación o hinchazón en genitales	Úlceras llagas genitales	Verrugas genitales	Sangre en la orina	Pérdida de peso	Puede no haber síntomas	Secreción o pus por el pene	Otros síntomas		No conoce síntomas
Edad															
15-19	1,6	10,6	5,7	11,4	27,6	14,6	19,5	9,8	0,0	41,5	4,1	7,3	36,6	13,0	123
20-24	2,7	19,1	7,3	10,9	26,4	13,6	18,2	12,7	4,5	21,8	1,8	10,9	25,5	18,2	110
25-29	4,7	31,8	16,5	17,6	38,8	16,5	10,6	18,8	4,7	29,4	5,9	14,1	29,4	16,5	85
30-39	2,9	24,6	15,9	12,3	42,8	18,8	14,5	8,7	2,9	23,2	2,9	20,3	23,2	13,0	138
40-49	5,4	19,8	14,4	10,8	35,1	11,7	13,5	9,9	3,6	26,1	5,4	17,1	21,6	22,5	111
Estado civil															
Casada/Conviviente	3,4	23,1	13,8	14,2	39,2	16,4	15,3	11,6	3,7	23,5	3,7	18,7	21,6	16,0	268
Divorciada, separada, viuda	5,2	32,8	19,0	12,1	29,3	10,3	13,8	12,1	3,4	29,3	5,2	17,2	27,6	17,2	58
Soltera, ha tenido relaciones	1,5	24,2	12,1	12,1	24,2	21,2	13,6	12,1	3,0	36,4	4,5	12,1	34,8	15,2	66
Soltera/ no ha tenido relaciones	3,4	11,4	6,3	9,7	32,0	12,6	17,1	10,9	1,7	32,6	3,4	6,9	32,6	17,1	175
Area de residencia															
Urbana	3,1	20,6	12,3	11,4	33,9	15,6	16,2	10,8	3,1	29,1	3,9	14,3	27,7	16,0	520
Rural	6,3	20,8	6,3	22,9	37,5	10,4	8,3	18,8	2,1	20,8	4,2	12,5	20,8	20,8	48
Nivel de educación															
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	4,7	4,7	7,0	7,0	23,3	2,3	11,6	7,0	2,3	23,3	2,3	4,7	20,9	25,6	43
Secundaria	2,6	15,0	7,7	10,2	32,3	14,7	16,0	9,9	1,9	30,7	2,6	11,8	27,8	16,9	313
Superior	4,3	32,2	18,8	16,3	39,4	18,8	15,9	14,9	4,8	26,0	6,3	19,2	27,9	13,5	208
Total	3,4	20,6	11,8	12,3	34,2	15,2	15,5	11,5	3,0	28,4	3,9	14,1	27,2	16,4	568

*: Menos de 20 casos.

Cuadros 11.8 y 11.9

- En el departamento de Tacna, bajo porcentaje de mujeres declaró haber tenido alguna ETS en los 12 meses anteriores a la encuesta (2%). Sin embargo el 26 por ciento, tuvo flujo vaginal anormal, 6 por ciento tuvo llagas o úlceras vaginales y un 31 por ciento tuvo alguna de las dos manifestaciones o las dos. El flujo vaginal fue reportado en mayor proporción por entrevistadas con educación superior (33%), mujeres entre 30 y 39 años (32%), las divorciadas, separadas o viudas (29%) o las residentes en el área urbana (27%).
- También se indagó si la entrevistada hizo algo o no para solucionar ese problema de salud, se obtuvo que 13 por ciento no tuvo consejo ni tratamiento frente al 87 por ciento que recurrió a alguien o hizo algo para buscar consejo o tratamiento.
- El 70 por ciento fue al médico o establecimiento de salud y entre ellas destacan las mujeres de 25 años de edad o más, las unidas o las que tienen educación superior.
- Un 21 por ciento fue a la farmacia o tienda, 7 por ciento fue a un curandero, un 5 por ciento se automedicó y el 3 por ciento consultó con amigos o parientes.
- A cualquier fuente recurrieron casi 8 de cada 10 mujeres que tuvieron alguna ETS, para obtener consejo o tratamiento (79%).

Cuadro 11.8 Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual por características seleccionadas

Entre las mujeres entrevistadas porcentaje a quienes se les diagnosticó una ETS en los últimos 12 meses; y entre aquellas que tuvieron relaciones en los últimos 12 meses, porcentaje con flujo o secreción vaginal y porcentaje que ha tenido alguna llaga o úlcera genital, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Ha tenido ETS	Flujo vaginal anormal	Úlcera o llagas genitales	ETS flujo, úlceras o llagas	Número de mujeres
Edad					
15-19	3,0	18,2	3,0	24,2	33
20-24	0,0	25,0	4,0	26,0	100
25-29	2,2	27,0	8,8	30,7	137
30-39	2,1	32,1	6,7	35,4	240
40-49	1,6	19,3	5,3	21,9	187
Estado civil					
Casada/Conviviente	2,2	25,3	6,1	28,1	510
Divorciada, separada, viuda	0,0	29,3	6,5	31,5	92
Soltera, ha tenido relaciones	1,0	26,0	6,3	30,2	96
Area de residencia					
Urbana	1,8	27,4	5,7	30,1	596
Rural	1,0	17,6	8,8	21,6	102
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	17
Primaria	0,0	13,8	7,5	16,7	174
Secundaria	2,6	28,7	6,5	31,1	341
Superior	3,0	33,3	2,4	35,8	165
Total	1,7	26,0	6,2	30,8	698

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 11.9 Fuente de tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual

Entre las mujeres que tuvieron ETS, flujo vaginal, úlceras o llagas vaginales en los últimos 12 meses, porcentaje que recibió consejo o tratamientos, por fuente de tratamiento y según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Médico	Curandero	Farmacia/Botica	Cualquier fuente	Consulta amigos/parientes	Se auto recetó	Ni consejos ni tratamiento	Número de mujeres
Edad								
15-19	*	*	*	*	*	*	*	8
20-24	53,8	0,0	15,4	57,7	11,5	3,8	26,9	26
25-29	73,3	8,9	24,4	86,7	4,4	2,2	6,7	45
30-39	73,6	8,8	19,8	81,3	0,0	7,7	11,0	91
40-49	73,3	6,7	24,4	84,4	2,2	4,4	8,9	45
Estado civil								
Casada/Conviviente	74,4	6,4	21,8	83,3	1,3	5,1	10,3	156
Divorciada, separada, viuda	72,4	13,8	20,7	82,8	0,0	6,9	10,3	29
Soltera, ha tenido relaciones	46,7	3,3	20,0	53,3	13,3	3,3	30,0	30
Area de residencia								
Urbana	70,3	7,8	20,3	80,2	2,6	4,2	13,0	192
Rural	(69,6)	(0,0)	(30,4)	(69,6)	(4,3)	(13,0)	(13,0)	23
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	7
Primaria	62,1	10,3	20,7	75,9	3,4	10,3	10,3	29
Secundaria	69,6	7,0	21,7	76,5	2,6	5,2	15,7	115
Superior	76,6	3,1	23,4	84,4	3,1	3,1	9,4	64
Total	70,2	7,0	21,4	79,1	2,8	5,1	13,0	215

*: Menos de 20 casos.

11.5 CONDUCTA SEXUAL, USO DEL CONDON Y ACCESO AL CONDON

La conducta sexual individual y el uso de condones son determinantes claves del estatus de riesgo de contraer ETS y cuando esta información se agrega a nivel de la población permite describir el contexto en el cual se deben diseñar e implementar los programas preventivos de VIH/SIDA y ETS, al igual que los programas curativos de ETS y de alivio de VIH/SIDA. En la ENDES 2000 se preguntó a las mujeres por relaciones sexuales en los últimos 12 meses, número de parejas sexuales, uso de condón en la última relación y conocimiento de fuentes. Se trató también de conocer la relación de la mujer con la persona con quien tuvo la relación para distinguir la pareja sexual regular de la no regular, cohabitante o no. Los resultados se detallan en los Cuadros 11.10 a 11.12.

Cuadros 11.10

Número de parejas sexuales de las mujeres

- En el departamento de Tacna, el 58 por ciento de las mujeres que no son casadas o convivientes, dijo que no tuvo relaciones sexuales durante los últimos 12 meses y 42 por ciento manifestó haberlas tenido con un solo compañero.
- Entre las mujeres no unidas activas sexualmente en los últimos 12 meses destaca la proporción de mujeres de 40 a 49 años, las residentes en el área rural y las que tienen nivel de educación primaria.

Cuadro 11.10 Número de parejas sexuales de las mujeres no en unión

Distribución porcentual de mujeres no en unión por número de personas con quienes han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Número de compañeros sexuales		Total	Promedio de parejas	Número de mujeres
	Ninguno	Uno			
Edad					
15-19	87,5	12,5	100,0	0,1	176
20-24	58,9	41,1	100,0	0,4	112
25-29	39,7	60,3	100,0	0,6	58
30-39	18,2	81,8	100,0	0,8	55
40-49	7,5	92,5	100,0	0,9	40
Estado civil					
Divorciada, separada, viuda	3,3	96,7	100,0	1,0	92
Soltera, ha tenido relaciones	0,0	100,0	100,0	1,0	96
Soltera/ no ha tenido relaciones	100,0	0,0	100,0	0,0	253
Área de residencia					
Urbana	58,7	41,3	100,0	0,4	407
Rural	50,0	50,0	100,0	0,5	34
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	2
Primaria	38,1	61,9	100,0	0,6	42
Secundaria	64,8	35,2	100,0	0,4	270
Superior	50,4	49,6	100,0	0,5	127
Total	58,0	42,0	100,0	0,4	442

*: Menos de 20 casos.

Cuadros 11.11

Conocimiento y uso del condón

- En el departamento de Tacna gran proporción de mujeres que conocen sobre el VIH/SIDA y tuvieron relaciones sexuales durante los últimos 12 meses conoce el condón (99%), sólo 6 por ciento desconoce dónde conseguirlo. La mayoría de las que saben dónde conseguir el condón mencionó alguna fuente del sector público (84%), en segundo lugar las farmacias (67%). Bajas proporciones mencionaron otras fuentes.
- El uso del condón en la última relación sexual, fue reportado por baja proporción: 6 por ciento lo usó el mes pasado, 2 por ciento antes del mes pasado. El 1 por ciento manifestó que aunque usó el condón con motivos de planificación familiar, sin embargo, no lo usó en la última relación sexual.
- Las mujeres que en mayor proporción usaron condón el mes anterior a la encuesta son las solteras con relaciones sexuales y las que tienen educación superior.

Cuadro 11.11 Conocimiento y uso del condón

Entre las mujeres que conocen sobre VIH/SIDA y que han tenido relaciones sexuales, porcentaje que conoce el condón masculino, porcentaje que conoce una fuente para condón, porcentaje que los usó durante última relación, y porcentaje que usó condón para planificación familiar pero no durante la última relación, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Conoce sobre el condón ¹	Conoce fuente para el condón ²					No conoce fuente para el condón	Usó condón última relación		Usa condón para PF; no usó en última relación	Número de mujeres
		Fuente médica pública	Fuente médica privada	Farmacia	Otra fuente	Podría conseguir condones		El mes pasado	Antes		
Edad											
15-19	100,0	96,8	3,2	67,7	9,7	51,6	0,0	6,5	0,0	6,5	31
20-24	100,0	90,6	10,4	71,9	5,2	71,9	2,1	6,3	5,2	1,0	96
25-29	100,0	89,1	10,1	64,3	1,6	57,4	5,4	6,2	0,8	1,6	129
30-39	100,0	83,4	7,4	69,0	3,1	60,7	6,1	4,8	2,6	2,2	229
40-49	97,1	74,1	5,2	62,6	5,7	59,8	10,9	5,7	0,6	0,6	174
Estado civil											
Casada/Conviviente	99,8	83,6	5,7	66,6	3,6	63,7	6,1	6,1	1,5	1,3	477
Divorciada, separada, viuda	97,8	79,8	13,5	64,0	3,4	49,4	7,9	1,1	3,4	1,1	89
Soltera, ha tenido relaciones	97,9	88,3	11,7	70,2	7,4	58,5	6,4	7,4	3,2	4,3	94
Area de residencia											
Urbana	99,5	82,5	8,2	72,3	4,7	61,6	6,5	6,5	2,1	1,8	572
Rural	97,7	92,0	3,4	30,7	0,0	56,8	5,7	0,0	1,1	1,1	88
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13
Primaria	98,6	77,2	1,4	42,1	1,4	42,1	15,9	1,4	0,7	0,7	145
Secundaria	99,7	86,9	6,5	72,3	3,3	63,4	3,3	6,5	2,4	1,5	336
Superior	100,0	85,5	15,8	80,0	7,9	74,5	1,2	7,3	2,4	3,0	165
Total	99,2	83,8	7,6	66,8	4,1	61,0	6,4	5,6	2,0	1,7	660

¹ Conocimiento para planificación familiar o para prevención de enfermedades

² Para las usuarias actuales se incluyen como fuente el último sitio donde obtuvo en condón

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 11.12

Uso de condón según tipo de compañero

- Solamente el 7 por ciento de las mujeres alguna vez unidas usaron el condón en la última relación sexual, principalmente las que viven en el área urbana y las que tienen educación secundaria
- Entre las mujeres cuyo compañero no vive con ella, 16 por ciento usó el condón en la última relación sexual. La mayor frecuencia corresponde a las mujeres de 20 a 24 años de edad, las que tienen educación superior (24%) y entre las solteras (17%).

Cuadro 11.12 Uso de condón por tipo de compañero

Entre las mujeres que tuvieron relaciones sexuales el año anterior a la encuesta, porcentaje que usaron condón en la última relación con compañero, el esposo o con compañero con quien no vive, y con cualquier compañero, según características seleccionadas, Tacna 2000

Característica	Usó condón con esposo o compañero		Usó con compañero con quien no vive		Usó condón con cualquier compañero	
	Porcentaje	Número de mujeres	Porcentaje	Número de mujeres	Porcentaje	Número de mujeres
Edad						
15-19	*	11	*	13	(8,3)	24
20-24	5,6	54	20,6	34	11,4	88
25-29	8,0	100	*	16	8,7	115
30-34	7,8	193	(14,3)	21	8,4	214
40-49	7,6	145	*	4	7,4	149
Estado civil						
Casada/Conviviente	7,4	501	*	2	7,6	502
Divorciada, separada, viuda	*	3	11,8	34	10,8	37
Soltera, ha tenido relaciones	*	0	17,3	52	17,3	52
Área de residencia						
Urbana	8,4	420	17,1	82	9,8	502
Rural	2,4	84	*	6	2,2	89
Nivel de educación						
Sin educación	*	14	*	0	*	14
Primaria	3,4	146	*	2	3,4	148
Secundaria	9,8	244	11,3	53	10,1	296
Superior	7,1	99	24,2	33	11,4	132
Total	7,4	504	15,9	88	8,6	591

*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 a 24 casos.



*XII. VIOLENCIA
CONTRA LAS MUJERES
Y LOS NIÑOS*

XII. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS NIÑOS

La violencia familiar es una manifestación del ejercicio del poder de una persona sobre otra, sea física, psicológica o sexual. Es expresada a través de insultos, amenazas, coerciones, chantajes y/o agresiones físicas. Esta violencia afecta la salud de las personas que la sufren, sin embargo, es un problema que generalmente se oculta principalmente por la víctima. En muchas culturas es tolerada y hasta legitimada como un derecho del hombre sobre la mujer y los hijos, pasando a formar parte de la interacción dentro de la familia. La violencia se constituye como práctica cotidiana, perpetuándose a través de las generaciones en la crianza de los hijos, los que a su vez la replican cuando son padres en sus propios hijos.

En la ENDES 2000, se incluyó por primera vez en Perú, en este tipo de encuestas, un módulo sobre violencia familiar. A las mujeres alguna vez unidas se les preguntó por episodios de violencia verbal y física de parte del esposo o compañero. A todas las mujeres se les preguntó si alguna otra persona había ejercido violencia contra ella, a quien pidió ayuda, si visitó alguna institución para buscar ayuda; para quienes no buscaron ayuda, se les preguntó la razón por la cual no lo hicieron. A las mujeres que tenían por lo menos un hijo viviendo en el hogar se les preguntó quién castigaba a los hijos en el hogar y en cada caso la forma en que eran castigados. También se preguntó en qué forma la castigaban a ella sus padres, de ser el caso, y si el padre castigaba a la madre. Finalmente, se preguntó a las entrevistadas si consideraban que era necesario el castigo físico para educar a los hijos.

12.1 VIOLENCIA VERBAL DEL ESPOSO CONTRA LA MUJER

Para iniciar en el tema de la violencia conyugal, en la ENDES 2000, a las mujeres casadas o unidas, o que lo hubieran estado anteriormente, se les hizo preguntas específicas acerca de si sus esposos o compañeros ejercían ciertas presiones o les hacían acusaciones relacionadas con la vida de pareja. Cabe aclarar que si no se lograba privacidad total en las preguntas sobre violencia doméstica, no se aplicaba dichas preguntas.

Como una forma de indagar sobre la violencia de tipo psicológico, específicamente se preguntó por situaciones de apoyo emocional (si el esposo pasaba tiempo con ella y si es o era cariñoso), situaciones de control de la pareja: si el esposo la ignoraba o era indiferente con ella, si le prohibía que estudiara o trabajara, si le impedía el contacto con las amigas o amigos o con la familia; por situaciones desobligantes (si le gritaba cuando le hablaba o si le decía "no sirves para nada"); y finalmente, amenazas específicas como "me tienes cansado, me voy de la casa" o "si te vas te quito mis hijos". El porcentaje de mujeres que contestaron afirmativamente a cada una de estas "situaciones de control por parte del esposo" se detallan en el Cuadro 12.1.

Cuadro 12.1

Apoyo emocional y violencia verbal por parte del esposo/compañero

- En el departamento de Tacna, la mayor parte de mujeres alguna vez unidas viven o han vivido con su esposo o compañero situaciones de apoyo emocional. Situaciones como "pasa tiempo libre con ella" o "es cariñoso" (ambos con 91%). La menor proporción de mujeres en el primer caso, se aprecia entre las de 35 a 39 años de edad, las mujeres alguna vez unidas en las residentes en el área rural o en las que alcanzaron educación superior. En el segundo caso, la menor proporción se observa entre las de 30 a 34 años de edad, las alguna vez unidas, las residentes en el área rural y en las de educación primaria y secundaria.
- Alrededor de un tercio de mujeres viven, o han vivido, situaciones de control de la pareja, tales como la ignora o es indiferente

(39%), le impide ver amistades y familiares (29%) y un 22 por ciento le prohíbe que estudie o trabaje.

- Por otro lado, en cuanto a situaciones desobligantes, más de la mitad de mujeres alguna vez unidas manifiesta que su pareja la grita cuando se dirige a ella, (53%) y casi un tercio (32%) mencionó que su pareja le dice que no sirve para nada. En ambos casos, las menores proporciones de mujeres con esta experiencia se observan entre las menores de 30 años, las residentes en el área urbana y las que alcanzaron educación superior.
- Alrededor de un tercio de mujeres han sufrido amenazas por parte del marido, tales como "me tienes cansado", "me iré de la casa" (32%) o "si te vas te quito a mis hijos" (28%). Estos casos los declara mayor proporción de mujeres residentes en el área rural en comparación a las del área urbana.

Cuadro 12.1 Violencia intrafamiliar: apoyo emocional y violencia verbal por parte del esposo

Porcentaje de mujeres alguna vez unidas, que experimentó situaciones de apoyo emocional y de violencia verbal por parte del esposo, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Situaciones de apoyo emocional		Situaciones de control del esposo			Situaciones desobligantes		Amenazas		Número de mujeres
	Esposo pasaba tiempo con ella	El es/era cariñoso con ella	La ignora o es indiferente	Le prohíbe que estudie/trabaje	Le impide ver amigos/familia	Le grita cuando le habla	Le dice "no sirves para nada"	Le dice "me tienes cansado me voy de la casa"	Le dice: "si te vas te quito mis hijos"	
Edad										
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
20-24	96,9	93,8	23,1	32,3	32,3	47,7	23,1	21,5	30,8	65
25-29	92,0	94,7	41,6	17,7	28,3	51,3	25,7	28,3	34,5	113
30-34	90,0	87,5	44,2	25,0	36,7	52,5	35,8	35,0	37,5	120
35-39	85,3	90,8	40,4	22,0	25,7	52,3	40,4	34,9	26,6	109
40-44	92,1	89,1	33,7	20,8	15,8	51,5	31,7	33,7	20,8	101
45-49	91,0	91,0	43,6	23,1	39,7	60,3	34,6	39,7	11,5	78
Estado civil										
Casada /conviviente	93,9	93,9	35,5	19,3	24,7	51,3	28,8	27,8	27,0	508
Viuda/ divorciada / separada	74,7	75,8	54,9	39,6	51,6	59,3	51,6	57,1	30,8	91
Area de residencia										
Urbana	91,1	91,5	37,3	20,4	27,2	49,4	30,6	31,9	25,8	505
Rural	90,4	89,4	44,7	33,0	37,2	69,1	41,5	34,0	37,2	94
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	16
Primaria	93,3	90,9	43,9	25,6	39,0	63,4	41,5	32,9	27,4	164
Secundaria	90,3	90,3	39,7	22,4	24,8	52,8	33,1	34,5	31,4	290
Superior	89,1	94,5	27,3	17,2	20,3	35,9	18,0	25,8	19,5	128
Total	91,0	91,1	38,5	22,4	28,8	52,5	32,3	32,3	27,6	599

*: Menos de 20 casos

12.2 VIOLENCIA FISICA CONTRA LA MUJER

En forma directa se les preguntó a las mujeres que habían estado alguna vez casadas o unidas si sus esposos o compañeros habían ejercido violencia física contra ellas. Específicamente se preguntó si habían sido empujadas, golpeadas o agredidas por parte del marido, al igual que la frecuencia. Los resultados se presentan en el Cuadro 12.2.

A las mujeres en unión se les preguntó también si habían experimentado violencia física por parte de una persona diferente al esposo o compañero. A las mujeres no unidas se les hizo la pregunta general y en ambos casos se pidió identificar la persona que ejerció la violencia. Los resultados se presentan en el Cuadro 12.3. A las mujeres alguna vez unidas se les preguntó por el uso de alcohol hasta embriagarse por parte del cónyuge. La información se detalla en el Cuadro 12.4.

Cuadro 12.2

Violencia física por parte del esposo/compañero

- En el departamento de Tacna, el 49 por ciento de las mujeres contestó afirmativamente alguna de las preguntas sobre violencia física por parte del esposo. En general, esta violencia física contra las esposas o compañeras es mayor entre las que estuvieron anteriormente casadas o unidas (64%), entre las que viven en áreas rurales (54%) y en las que tienen educación primaria (55%).
- Un 18 por ciento de mujeres manifestó que son víctimas de la agresión frecuente por el esposo y 80 por ciento dijo "a veces". En el primer caso, la agresión ejercida por el esposo es en mayor proporción entre las mujeres de 30 a 34 años de edad (23%), las que residen en el área rural (22%), las que tienen nivel de educación primaria (23%) y las alguna vez unidas (40%).

Cuadro 12.2 Violencia intrafamiliar: persona que ejerció la violencia y frecuencia de ésta

Porcentaje de mujeres alguna vez unidas, que experimentaron violencia física por parte del esposo o compañero o por otros y frecuencia de la violencia, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Violencia física:		Frecuencia de la violencia			Número de mujeres
	Por parte del esposo	Por parte de otros	Frecuentemente	A veces	No responde	
Edad						
15-19	*	*	*	*	*	12
20-24	50,8	76,9	3,0	97,0	0,0	65
25-29	51,3	68,1	20,7	79,3	0,0	113
30-34	50,0	69,2	23,3	75,0	1,7	120
35-39	50,5	69,7	21,8	72,7	5,5	109
40-44	41,6	69,3	11,9	88,1	0,0	101
45-49	56,4	70,5	22,7	77,3	0,0	78
Estado civil						
Casada /conviviente	46,7	67,9	13,1	85,2	1,7	508
Viuda/ divorciada / separada	63,7	80,2	39,7	60,3	0,0	91
Area de residencia						
Urbana	48,4	69,6	17,6	80,7	1,6	505
Rural	54,3	70,2	21,6	78,4	0,0	94
Nivel de educación						
Sin educación	*	*	*	*	*	16
Primaria	54,9	74,4	23,3	76,7	0,0	164
Secundaria	49,3	70,3	15,4	83,2	1,4	290
Superior	39,1	61,7	14,0	82,0	4,0	128
Total	49,3	69,7	18,3	80,3	1,4	599

*: Menos de 20 casos

Violencia física a las mujeres alguna vez unidas por parte de otra persona

- El 70 por ciento de las mujeres manifestó que había sido golpeada, abofeteada, pateada o herida por otra persona diferente al esposo o compañero. Este tipo de violencia contra la mujer se presenta en igual proporción tanto para las residentes del área urbana como para las del área rural (70%), según el nivel de educación de las entrevistadas, las más afectadas son las que tienen secundaria o menos.

Cuadro 12.3

Violencia física a las mujeres en general por parte de otra persona

- Sin incluir al cónyuge, en similar proporción el padre y la madre son los principales agresores de la mujer (56% en cada caso),

también cerca de un cuarto de entrevistadas identifican al hermano como la persona que las agredió (23%)

- La madre es mencionada como agresora física de las MEF en mayor proporción por las menores de 20 años de edad, las solteras, residentes en el área rural o con nivel de educación primaria. La mayor proporción de mujeres que son víctimas de agresión física por parte del padre son las MEF de 20 a 24 años de edad, alguna vez unidas pero no al momento de la encuesta, con educación superior y residen tanto en el área rural como en el área urbana.

- La agresión física por otra persona no familiar fue manifestada por algo más de un quinto de mujeres (23%) y en mayor proporción por el 32 por ciento de las que tienen educación primaria.

Cuadro 12.3 Violencia intrafamiliar: persona que ejerció la violencia física

Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia física por otra persona, y relación de parentesco de la entrevistada con la persona que ejerció la violencia, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Persona que ejerció la violencia								Número de mujeres
	La madre	El padre	Los padrastros	Una hermana	Un hermano	Ex marido/compañero	Los suegros	Otras personas	
Edad									
15-19	61,5	57,7	3,8	19,2	30,8	0,0	0,0	15,4	130
20-24	57,8	67,2	3,4	11,2	20,7	2,6	0,0	22,4	116
25-29	59,8	49,5	5,6	10,3	29,9	1,9	0,0	19,6	107
30-34	55,4	58,7	0,0	4,3	22,8	3,3	1,1	21,7	92
35-39	42,5	51,3	2,5	5,0	17,5	17,5	1,3	31,3	80
40-44	50,0	52,7	6,8	6,8	12,2	13,5	0,0	27,0	74
45-49	57,9	49,1	7,0	5,3	15,8	8,8	1,8	35,1	57
Estado civil									
Casada/Conviviente	53,5	54,4	4,4	7,0	18,9	8,7	0,6	27,9	344
Viuda/ divorciada / separada	57,5	60,3	4,1	6,8	23,3	8,2	1,4	20,5	73
Nunca casada / unida	58,6	57,3	3,3	15,1	28,0	0,4	0,0	17,2	239
Area de residencia									
Urbana	55,2	56,0	4,2	10,5	23,8	5,8	0,5	22,8	572
Rural	60,0	56,5	2,4	5,9	15,3	4,7	0,0	25,9	85
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	12
Primaria	59,9	54,2	4,2	9,2	20,4	8,5	1,4	32,4	142
Secundaria	56,7	54,7	4,7	10,9	22,3	4,7	0,3	23,5	358
Superior	50,7	62,5	2,1	9,0	26,4	4,9	0,0	11,1	144
Total	55,8	56,1	4,0	9,9	22,7	5,6	0,5	23,2	657

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 12.4

Uso de alcohol hasta embriagarse por parte del esposo o compañero

- En el departamento de Tacna, el 80 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declaró el uso del alcohol por sus esposos o compañeros: 10 por ciento manifestó que esta situación se da frecuentemente y 70 por ciento dijo que ocurre. "a veces"
- Las mayores proporciones de mujeres con esposos que consumen frecuentemente alcohol hasta embriagarse se presentan entre las mujeres con secundaria a menos (10%), entre las mujeres de 30 años edad a más (10%) y entre las mujeres separadas, viudas o divorciadas (28%). Según el lugar de residencia, esta se presenta en igual proporción entre las mujeres que residen en el área urbana y rural (11% en cada caso).

Cuadro 12.4 Violencia intrafamiliar: uso de alcohol por parte del esposo o compañero

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez casadas o unidas por si sus esposos toman bebidas alcohólicas hasta embriagarse, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Frecuentemente	A veces	Nunca	Sin información	Total	Número de mujeres
Edad						
15-19	*	*	*	*	*	12
20-24	6,2	75,4	18,5	0,0	100,0	65
25-29	7,1	77,0	14,2	1,8	100,0	113
30-34	11,7	61,7	26,7	0,0	100,0	120
35-39	11,0	67,9	21,1	0,0	100,0	109
40-44	10,9	71,3	17,8	0,0	100,0	101
45-49	11,5	70,5	16,7	1,3	100,0	78
Estado civil						
Casada/Conviviente	6,5	73,4	19,5	0,6	100,0	508
Viuda/ divorciada / separada	27,5	53,8	18,7	0,0	100,0	91
Area de residencia						
Urbana	9,7	69,0	20,6	0,6	100,0	505
Rural	9,6	77,7	12,8	0,0	100,0	94
Nivel de educación						
Sin educación	*	*	*	*	*	16
Primaria	10,4	70,7	18,9	0,0	100,0	164
Secundaria	10,0	71,4	18,3	0,3	100,0	290
Superior	7,0	68,0	23,4	1,6	100,0	128
Total	9,7	70,4	19,4	0,5	100,0	599

*: Menos de 20 casos

12.3 SOLICITUD DE AYUDA Y DENUNCIA DEL MALTRATO

A las mujeres que sufrieron violencia se les preguntó si pidieron ayuda cuando fueron maltratadas y, a quienes pidieron ayuda, dónde fueron. La pregunta se hizo a las mujeres alguna

vez unidas que experimentaron violencia por parte del esposo o compañero o de alguien más; y a las solteras que sufrieron violencia física por parte de alguna persona. Los resultados se presentan en los Cuadros 12.5 a 12.7. Las razones para no demandar al agresor se incluyen en el Cuadro 12.8.

Cuadros 12.5 a 12.7

Búsqueda de ayuda ante el maltrato

- De la totalidad de las mujeres que han sido maltratadas o golpeadas, menos de la mitad (45%) pidió ayuda a una persona cercana y solamente 17 por ciento acudió a una institución.
- En mayor proporción las mujeres que recurrieron a personas cercanas fueron las de 40 a 44 años de edad, las que están unidas y aquéllas residentes en el área urbana. Entre las que recurrieron a una institución destacan las viudas, divorciadas o separadas, las de 30 o más años de edad, residen en el área rural o tienen primaria.
- Las víctimas de violencia que recurrieron a personas cercanas, fueron donde la madre en mayor proporción (43%), en tanto las que acudieron a otro pariente (30%) y las que buscaron la ayuda del padre (23%) se encuentran en menores proporciones. Recurrieron a los amigos (15%) o donde sus hermanas (13%) en proporciones cercanas.
- En la búsqueda de soporte en instituciones, los sitios más frecuentemente mencionados para denunciar este tipo de atropellos son: la comisaría (14%). Un 2% recurrió al juzgado.

Cuadro 12.5 Violencia intrafamiliar: búsqueda de ayuda ante la violencia

Porcentaje de mujeres entrevistadas que han sufrido violencia y han pedido ayuda, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	A personas cercanas	En una Institución	Número de mujeres
Edad			
15-19	46,6	5,3	131
20-24	40,5	8,3	121
25-29	45,1	16,4	122
30-34	43,9	25,2	107
35-39	46,3	22,1	95
40-44	53,2	22,8	79
45-49	35,4	27,7	65
Estado civil			
Casada/conviviente	46,1	20,8	399
Viuda/ divorciada / separada	45,1	29,3	82
Nunca casada / unida	41,8	5,9	239
Area de residencia			
Urbana	45,4	15,4	624
Rural	39,2	25,8	97
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	15
Primaria	45,3	26,7	161
Secundaria	44,6	15,4	390
Superior	42,9	8,4	154
Total	44,6	16,8	721

*: Menos de 20 casos

Cuadro 12.6 Violencia intrafamiliar: persona a quien pidió ayuda cuando la maltrataron

Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia física y que pidieron ayuda a personas cercanas, por la relación de parentesco con dicha persona, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Persona a quien pidió ayuda cuando la maltrataron											Número de mujeres
	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hijos	Ex-esposo/ esposo	Suegros	Otro pariente de esposo	Otro pariente de la mujer	Amigos	Otra persona	
Edad												
15-19	49,2	24,6	11,5	4,9	0,0	0,0	0,0	1,6	37,7	9,8	4,9	61
20-24	53,1	28,6	8,2	4,1	0,0	0,0	4,1	4,1	24,5	8,2	4,1	49
25-29	40,0	25,5	14,5	5,5	0,0	0,0	0,0	1,8	34,5	21,8	1,8	55
30-34	53,2	19,1	23,4	8,5	0,0	2,1	2,1	4,3	19,1	23,4	2,1	47
35-39	36,4	25,0	13,6	11,4	2,3	2,3	4,5	4,5	22,7	9,1	11,4	44
40-44	28,6	21,4	11,9	7,1	2,4	2,4	2,4	0,0	35,7	11,9	7,1	42
45-49	(26,1)	(8,7)	(4,3)	(8,7)	(4,3)	(4,3)	(0,0)	(4,3)	(34,8)	(21,7)	(4,3)	23
Estado civil												
Casada/Conviviente	37,0	22,8	14,1	4,9	1,1	2,2	2,7	4,3	30,4	15,8	4,3	184
Viuda/ divorciada / separada	43,2	16,2	13,5	16,2	2,7	0,0	2,7	0,0	16,2	24,3	8,1	37
Nunca casada / unida	53,0	26,0	11,0	7,0	0,0	0,0	0,0	1,0	34,0	9,0	5,0	100
Area de residencia												
Urbana	43,1	20,8	14,8	6,7	1,1	1,4	2,1	2,1	31,1	13,1	4,9	283
Rural	39,5	39,5	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	7,9	21,1	26,3	5,3	38
Nivel de educación												
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Primaria	32,9	17,8	9,6	4,1	0,0	2,7	2,7	5,5	34,2	23,3	4,1	73
Secundaria	42,5	25,9	16,1	8,0	1,7	1,1	1,7	2,3	29,3	12,1	4,6	174
Superior	54,5	21,2	10,6	6,1	0,0	0,0	1,5	1,5	25,8	13,6	7,6	66
Total	42,7	23,1	13,1	6,9	0,9	1,2	1,9	2,8	29,9	14,6	5,0	321

Nota: Todas las estimaciones se basan en más de 25 casos sin ponderar

*: Menos de 20 casos.

() : Entre 20 a 24 casos

Cuadro 12.7 Violencia intrafamiliar: institución donde buscó ayuda

Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia física, por la institución donde buscó ayuda, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Institución donde buscó ayuda							Número de mujeres
	Comisaría	Juzgado	Fiscalía	Defensoría municipal DEMUNA	Pro-mudeh	Establecimiento de salud	No buscó ayuda	
Edad								
15-19	3,1	0,8	0,0	0,8	0,0	0,8	94,7	131
20-24	6,6	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	90,9	121
25-29	13,9	1,6	0,8	0,0	0,0	0,0	81,1	122
30-34	23,4	2,8	1,9	0,0	0,9	0,9	74,8	107
35-39	17,9	3,2	0,0	0,0	1,1	2,1	76,8	95
40-44	20,3	2,5	2,5	0,0	0,0	2,5	77,2	79
45-49	24,6	4,6	0,0	0,0	0,0	0,0	70,8	65
Estado civil								
Casada/Conviviente	17,3	3,3	1,0	0,0	0,5	1,3	78,4	399
Viuda/ divorciada / separada	28,0	1,2	2,4	0,0	0,0	0,0	69,5	82
Nunca casada / unida	4,6	0,4	0,0	0,4	0,0	0,4	93,3	239
Area de residencia								
Urbana	13,6	1,4	0,8	0,2	0,3	0,5	83,6	624
Rural	18,6	6,2	1,0	0,0	0,0	3,1	74,2	97
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	15
Primaria	21,7	5,0	0,6	0,0	0,0	2,5	73,3	161
Secundaria	13,3	1,5	1,0	0,3	0,3	0,3	84,1	390
Superior	7,8	0,0	0,6	0,0	0,6	0,6	89,0	154
Total	14,3	2,1	0,8	0,1	0,3	0,8	82,4	721

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 12.8

Razones para no buscar ayuda o consejo

- Las razones más importantes que aludieron las mujeres para no denunciar los atropellos fueron: no sabía a dónde ir (29%), consideran que es normal (26%), menos de un cuarto consideró que los daños sufridos no fueron lo suficientemente serios como para denunciar al agresor (23%) y proporción similar considera que merece el maltrato (21%).
- Llama la atención el porcentaje que no desea hacer daño al agresor (8%), similar proporción piensa que puede resolverlo sola, o que siente vergüenza y humillación (7% para cada caso). Otras respuestas son menos frecuentes.
- Entre las que no saben donde acudir, destacan las mujeres de 40 a 44 años de edad, las actualmente unidas, las residentes en el área rural o con educación primaria.

Cuadro 12.8 Violencia intrafamiliar: razones para no demandar al agresor o no buscar ayuda o consejo

Porcentaje de mujeres en edad fértil que han sufrido violencia y que mencionaron razones específicas para no demandar al agresor o no buscar ayuda o consejo, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	No sabe a donde ir	Vergüenza/humillación	Parte de la vida (normal)	Siente que merece abuso	Miedo a separación	Miedo a más agresión	Daños no fueron serios	No desea dañar a agresor	Puede resolverlo sola	No cree justicia	Cree que no vuelve a ocurrir	Otras razones	Número de mujeres
Edad													
15-19	20,2	7,3	27,4	29,8	0,0	12,1	21,8	10,5	7,3	0,8	4,0	5,6	124
20-24	24,5	6,4	29,1	22,7	0,9	10,0	31,8	5,5	7,3	2,7	2,7	2,7	110
25-29	32,3	5,1	30,3	19,2	1,0	16,2	19,2	9,1	7,1	3,0	2,0	5,1	99
30-34	22,5	3,8	21,3	23,8	1,3	18,8	26,3	8,8	3,8	2,5	2,5	2,5	80
35-39	35,6	9,6	20,5	12,3	0,0	15,1	23,3	2,7	6,8	2,7	2,7	4,1	73
40-44	45,9	13,1	23,0	11,5	0,0	18,0	16,4	9,8	13,1	1,6	1,6	1,6	61
45-49	37,0	6,5	26,1	19,6	4,3	26,1	17,4	6,5	6,5	2,2	2,2	13,0	46
Estado civil													
Casada/Conviviente	36,7	7,7	19,8	17,6	1,6	19,5	21,7	7,0	7,3	3,2	2,9	4,2	313
Viuda/ divorciada / separada	29,8	5,3	31,6	15,8	0,0	17,5	15,8	8,8	8,8	1,8	1,8	5,3	57
Nunca casada / unida	18,4	6,7	33,2	27,4	0,0	9,0	26,9	8,5	6,7	0,9	2,7	4,9	223
Area de residencia													
Urbana	28,4	6,7	27,8	21,1	0,8	13,8	22,8	7,1	7,5	2,3	3,1	4,4	522
Rural	34,7	9,7	12,5	20,8	1,4	26,4	25,0	12,5	5,6	1,4	0,0	5,6	72
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Primaria	49,2	5,9	16,9	15,3	0,8	22,9	16,1	7,6	3,4	0,0	0,0	7,6	118
Secundaria	25,3	7,9	23,5	22,6	1,2	17,1	22,0	8,5	7,9	3,4	3,7	3,7	328
Superior	18,2	5,8	41,6	24,1	0,0	5,1	32,1	5,8	8,8	1,5	2,9	4,4	137
Total	29,2	7,1	26,0	21,1	0,8	15,3	23,1	7,8	7,3	2,2	2,7	4,6	594

*: Menos de 20 casos

12.4 MALTRATO A LOS NIÑOS

A las mujeres que tienen hijos vivos se les preguntó en qué forma sus esposos o compañeros o ellas mismas castigan a los hijos (Cuadros 12.9 y 12.10) y si los padres la

castigaban a ella y en qué forma (Cuadro 12.11). También se les preguntó si consideraban que para educar a los hijos se requiere el castigo físico y con qué frecuencia (Cuadro 12.12) y si el padre golpeaba a la madre de la mujer entrevistada (Cuadro 12.13).

Cuadro 12.9

Castigo a los hijos por el esposo o compañero

- En el departamento de Tacna, el 86 por ciento de mujeres con al menos un hijo vivo dijo que el esposo o compañero los castiga con reprimendas verbales, 39 por ciento prohibiéndoles algo que les gusta; el 34 por ciento contestó que los corregía con golpes o castigos físicos y 14 por ciento con palmadas; en menores proporciones se refirieron a otras formas de castigo, que aunque cada uno fue declarado por 5 por ciento de mujeres o menos se trata de castigos traumatizantes para el desarrollo de los niños (quitándoles apoyo económico, ignorándolos, etc.).
- El castigo físico o golpes proporcionados al niño por los esposos o compañeros, es declarado con mayor frecuencia por las mujeres de 25 a 34 años, residentes en el área rural o con educación primaria.

Cuadro 12.9 Violencia intrafamiliar: forma como castigan los esposos o compañeros a sus hijos

Entre las mujeres que tienen hijos vivos en hogares donde el padre biológico castiga a los hijos; porcentaje que mencionaron formas específicas como los esposos o compañeros castigan a sus hijos, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Palmadas	Reprimenda verbal	Prohibiendo algo que les gusta	Restringiendo la alimentación	Con golpes	Encerrándolos	Ignorándolos	Con más trabajo	Echándoles agua	Quitándoles las pertenencias	Quitándoles apoyos	Número de mujeres
Edad	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
15-19	10,0	93,3	20,0	0,0	23,3	0,0	3,3	0,0	6,7	3,3	0,0	30
20-24	16,4	76,7	42,5	1,4	38,4	1,4	0,0	0,0	5,5	0,0	1,4	73
25-29	15,3	84,7	31,9	0,0	40,3	1,4	1,4	0,0	2,8	2,8	6,9	72
30-34	13,4	86,6	58,2	0,0	32,8	1,5	7,5	1,5	0,0	4,5	7,5	67
35-39	16,4	90,2	39,3	1,6	31,1	1,6	1,6	4,9	0,0	1,6	8,2	61
40-44	6,3	89,6	27,1	0,0	31,3	2,1	2,1	4,2	0,0	0,0	6,3	48
Area de residencia												
Urbana	13,2	83,3	39,6	0,3	33,0	1,4	3,1	1,0	1,7	2,4	5,9	288
Rural	15,6	96,9	34,4	1,6	39,1	1,6	0,0	4,7	4,7	0,0	3,1	64
Nivel de educación												
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Primaria	7,5	89,7	29,9	0,9	44,9	2,8	0,0	2,8	3,7	0,9	2,8	107
Secundaria	11,7	83,6	42,7	0,6	33,9	1,2	2,9	1,8	1,2	1,8	5,3	171
Superior	27,0	82,5	49,2	0,0	17,5	0,0	6,3	0,0	3,2	4,8	11,1	63
Total	13,6	85,8	38,6	0,6	34,1	1,4	2,6	1,7	2,3	2,0	5,4	352

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 12.10

Castigo a los hijos por las mujeres

- En el departamento de Tacna, las madres imparten a sus niños castigos similares a los que dan los esposos/compañeros. El 86 por ciento manifiesta que utiliza la reprimenda verbal, cerca de la mitad les prohíben lo que les gusta (43%), 38 por ciento de madres dice que los castigan con golpes o físicamente, 23 por ciento con palmadas y en menores porcentajes se refieren a otros tipos de castigos.
- El uso de la "reprimenda verbal" es relativamente alto en casi todos los grupos poblacionales, aumenta con la edad, de

82 por ciento entre las mujeres de 20 a 24 años a 90 por ciento entre las mujeres de 45-49 años de edad; disminuye a medida que el nivel educativo es mayor; 90 por ciento entre las mujeres con educación primaria y 82 por ciento entre las de educación superior. Y según lugar de residencia, la proporción es 10 puntos porcentuales más en el área rural con

respecto al área urbana (95% y 85% respectivamente).

- Las madres que corrigen "con golpes" en mayor proporción son mujeres de 40-44 años (40%), casadas o convivientes (38%), residentes del área urbana (39%) y con educación primaria (43%).

Cuadro 12.10 Violencia intrafamiliar: forma como castigan las mujeres a sus hijos

Porcentaje de mujeres que mencionaron formas específicas cómo ellas castigan a sus hijos biológicos, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Palmadas	Reprimenda verbal	Prohibiendo algo que les gusta	Restringiendo la alimentación	Con golpes	Encerrándolos	Ignorándolos	Con más trabajo	Dejándolos fuera de casa	Echándolos agua	Quitándolos apoyos	Número de mujeres
Edad												
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
20-24	32,1	82,1	35,7	1,8	28,6	1,8	1,8	0,0	0,0	8,9	1,8	56
25-29	22,3	85,4	40,8	1,0	37,9	1,0	1,9	0,0	0,0	2,9	0,0	103
30-34	29,8	87,7	36,0	0,0	39,5	1,8	2,6	0,9	0,0	3,5	4,4	114
35-39	21,0	84,0	50,0	1,0	38,0	1,0	5,0	0,0	1,0	1,0	7,0	100
40-44	18,1	86,2	47,9	0,0	40,4	3,2	1,1	2,1	0,0	1,1	6,4	94
45-49	13,0	89,9	44,9	1,4	39,1	1,4	5,8	2,9	0,0	0,0	8,7	69
Estado civil												
Casada/conviviente	22,7	86,3	41,1	0,7	38,0	1,8	2,5	0,7	0,2	2,5	3,6	446
Viuda/divorciada/separada	22,7	85,3	54,7	1,3	37,3	1,3	5,3	2,7	0,0	0,0	12,0	75
Nunca casada/unida	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	20
Área de residencia												
Urbana	23,0	84,6	43,5	0,7	39,3	1,7	3,5	0,4	0,0	2,8	5,2	461
Rural	22,5	95,0	38,8	1,3	28,8	1,3	0,0	3,8	1,3	1,3	1,3	80
Nivel de educación												
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Primaria	20,3	89,9	27,0	0,7	43,2	0,7	0,7	2,0	0,7	0,7	3,4	148
Secundaria	23,5	85,1	45,5	0,7	39,2	1,9	3,0	0,4	0,0	3,7	3,4	268
Superior	25,5	81,8	60,0	0,9	25,5	2,7	6,4	0,9	0,0	2,7	10,0	110
Total	23,0	86,1	42,8	0,7	37,8	1,7	3,0	0,9	0,2	2,6	4,6	541

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 12.11

Castigo a la entrevistada por parte de sus padres

- La reprimenda verbal (64%) y los golpes (63%) son las principales formas que con similar frecuencia utilizaron los padres de la entrevistada para corregir su comportamiento. Otras formas fueron

declaradas por menores porcentajes de entrevistadas.

- Las entrevistadas que en mayor proporción declararon que fueron castigadas "con golpes" son mujeres de 30-34 años de edad (67%), viudas, separadas o divorciadas (79%) y las que tienen nivel de instrucción primaria (70%).

Cuadro 12.11 Violencia intrafamiliar: forma como castigaban los padres a la entrevistada

Porcentaje de entrevistadas que mencionaron formas específicas como sus padres la castigaban, según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	Palmadas	Reprimenda verbal	Prohibiendo algo que les gusta	Restringiendo la alimentación	Con golpes	Encerrándolos	Ignorándolos	Con más trabajo	Dejándolos fuera de casa	Echándoles agua	Quitándoles las pertenencias	Quitándoles los apoyos	Número de mujeres
Edad													
15-19	12,4	73,7	47,8	0,5	62,9	11,8	7,5	8,1	1,1	1,1	0,0	4,8	186
20-24	9,1	67,9	43,6	1,2	66,1	5,5	1,8	4,8	0,6	1,2	1,2	4,2	165
25-29	5,7	63,9	31,6	2,5	57,6	7,0	2,5	9,5	0,6	1,9	0,0	1,9	158
30-34	16,7	61,4	20,5	1,5	66,7	8,3	3,0	12,1	0,8	1,5	0,0	1,5	132
35-39	7,8	58,6	20,7	0,9	60,3	3,4	3,4	5,2	0,9	2,6	2,6	4,3	116
40-44	4,6	53,7	20,4	3,7	62,0	5,6	0,9	6,5	0,9	0,0	0,0	0,0	108
45-49	11,1	61,7	19,8	3,7	65,4	4,9	1,2	9,9	2,5	0,0	0,0	0,0	81
Estado civil													
Casada/Conviviente	8,1	59,8	21,3	1,8	61,7	5,3	1,6	9,3	1,2	1,2	0,8	1,8	508
Viuda/ divorciada / separada	9,9	59,3	27,5	4,4	79,1	8,8	5,5	5,5	1,1	2,2	0,0	2,2	91
Nunca casada / unida	12,1	71,8	48,0	1,1	60,3	9,2	5,2	6,6	0,6	1,1	0,3	4,3	348
Area de residencia													
Urbana	9,8	63,5	32,5	1,8	62,5	7,1	3,6	7,4	1,1	1,1	0,5	3,1	828
Rural	9,2	68,9	26,1	1,7	65,5	6,7	0,8	11,8	0,0	2,5	0,8	0,0	119
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
Primaria	9,0	63,3	13,3	3,7	69,7	5,3	1,1	11,7	1,6	1,1	1,6	2,1	188
Secundaria	8,6	65,8	35,2	1,0	61,7	7,8	3,9	6,8	1,0	1,2	0,0	2,1	513
Superior	12,7	62,0	40,6	2,2	60,3	7,0	3,9	5,7	0,4	1,7	0,9	4,8	229
Total	9,7	64,2	31,7	1,8	62,9	7,1	3,3	7,9	1,0	1,3	0,5	2,7	947

*: Menos de 20 casos

Cuadro 12.12

Necesidad del castigo físico en la educación

- En el departamento de Tacna, menos de un tercio de las mujeres con hijos piensan que para educarlos es necesario el castigo físico algunas veces (28%). Las mujeres que con más frecuencia dan esa respuesta son las de 35 a 39 años de edad, las unidas actualmente (32%), las que residen en el área rural (40%) o tienen educación primaria (32%).
- Contraria opinión, se manifiesta el 71 por ciento de las mujeres con hijos, que dice que nunca se debe proporcionar castigos físicos para educarlos. Las que piensan así,

en mayor proporción son las que tienen niveles educativos secundaria o más, residen en el área urbana y son menores de 25 años.

Cuadro 12.13

Agresión a la madre de la entrevistada por parte de su padre

- El 47 por ciento de las MEF declara que su padre golpeaba a su madre, proporción que es mayor entre las de 30-34 años de edad (57%), las viudas, divorciadas y separadas (55%), las residentes en el área rural (48%) y las que tienen educación primaria (54%).

Cuadro 12.12 Violencia intrafamiliar: creencia en la necesidad de castigo físico en la educación de los hijos

Entre las mujeres en edad fértil, porcentaje que cree que para educar a los hijos se requiere el castigo, por característica seleccionada, Tacna 2000

Característica	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca	Total	Número de mujeres
Edad					
15-19	21,0	78,5	0,5	100,0	186
20-24	21,8	77,6	0,6	100,0	165
25-29	32,3	67,7	0,0	100,0	158
30-34	32,6	67,4	0,0	100,0	132
35-39	38,8	61,2	0,0	100,0	116
40-44	28,7	71,3	0,0	100,0	108
45-49	29,6	70,4	0,0	100,0	81
Estado civil					
Casada/conviviente	32,3	67,5	0,2	100,0	508
Viuda/ divorciada / separada	29,7	70,3	0,0	100,0	91
Nunca casada / unida	22,4	77,3	0,3	100,0	348
Area de residencia					
Urbana	26,8	72,9	0,2	100,0	828
Rural	39,5	60,5	0,0	100,0	119
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	17
Primaria	31,9	68,1	0,0	100,0	188
Secundaria	26,0	73,8	0,2	100,0	513
Superior	29,3	70,3	0,4	100,0	229
Total	28,4	71,4	0,2	100,0	947

*: Menos de 20 casos

Cuadro 12.13 Violencia intrafamiliar: mujeres que declararon que su padre golpeaba a la madre de la entrevistada

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que declararon que su padre golpeaba a su madre según características seleccionadas, Tacna 2000

Características	La golpeaba	No la golpeaba	Sin información	Total	Número de mujeres
Edad					
15-19	47,3	47,3	5,4	100,0	186
20-24	43,0	55,8	1,2	100,0	165
25-29	48,1	48,1	3,8	100,0	158
30-34	56,8	41,7	1,5	100,0	132
35-39	44,8	48,3	6,9	100,0	116
40-44	42,6	49,1	8,3	100,0	108
45-49	44,4	45,7	9,9	100,0	81
Estado civil					
Casada/conviviente	48,5	45,6	5,9	100,0	508
Viuda/ divorciada / separada	54,9	41,8	3,3	100,0	91
Nunca casada / unida	42,5	54,0	3,4	100,0	348
Area de residencia					
Urbana	46,8	48,6	4,6	100,0	828
Rural	47,9	46,2	5,9	100,0	119
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	17
Primaria	53,7	38,3	8,0	100,0	188
Secundaria	49,2	46,3	4,5	100,0	513
Superior	37,1	61,6	1,3	100,0	229
Total	46,9	48,3	4,8	100,0	947

*: Menos de 20 casos



ANEXOS

Cuadro 2.4 Nivel de educación de la población masculina de 6 años y más

Distribución porcentual de la población masculina de 6 años y más por nivel de educación alcanzado, según características seleccionadas, Perú 2000

Características	Nivel de educación							Total	Número de hombres	Mediana de años
	Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	NS/ sin información			
Departamento										
Amazonas	7,8	39,5	23,8	15,1	9,2	4,5	0,1	100,0	827	5,1
Ancash	9,7	33,4	16,5	17,5	13,5	9,0	0,3	100,0	2 283	5,4
Apurímac	11,0	37,6	15,5	17,8	9,5	8,3	0,2	100,0	853	5,1
Arequipa	4,3	20,9	11,6	18,6	23,0	21,3	0,4	100,0	2 451	8,7
Ayacucho	10,6	36,2	14,5	16,2	10,6	11,7	0,2	100,0	956	5,2
Cajamarca	10,4	40,5	18,7	13,7	9,3	7,0	0,3	100,0	3 050	4,8
Cusco	10,9	37,8	12,2	16,1	12,8	9,5	0,8	100,0	2 356	5,1
Huancavelica	11,6	40,6	13,7	18,7	10,1	5,1	0,3	100,0	889	4,7
Huánuco	11,4	44,9	15,5	14,0	7,9	6,3	0,1	100,0	1 573	4,2
Ica	4,4	20,3	12,4	17,0	27,4	18,3	0,2	100,0	1 487	8,8
Junín	6,1	26,8	13,8	19,5	19,1	14,3	0,4	100,0	2 510	6,7
La Libertad	6,1	31,5	15,5	13,4	18,4	14,9	0,2	100,0	2 927	5,8
Lambayeque	6,5	27,5	14,8	18,5	19,4	12,7	0,6	100,0	2 590	6,2
Lima	2,5	15,9	11,4	18,1	29,2	22,7	0,2	100,0	17 730	10,1
Loreto	7,5	37,4	15,4	17,6	12,1	9,5	0,5	100,0	1 796	5,3
Madre de Dios	6,4	27,5	13,7	22,9	17,5	11,6	0,3	100,0	144	6,4
Moquegua	4,4	19,0	13,7	18,1	23,3	21,1	0,4	100,0	313	8,7
Pasco	7,1	29,1	16,0	23,1	13,7	11,0	0,0	100,0	531	5,9
Piura	8,4	30,3	16,0	15,3	17,9	12,0	0,1	100,0	4 134	5,7
Puno	7,6	35,3	14,7	18,7	14,0	9,4	0,2	100,0	2 541	5,5
San Martín	6,3	34,2	23,8	14,4	12,2	8,9	0,3	100,0	1 506	5,4
Tacna	4,1	19,7	11,8	17,6	26,4	19,6	0,8	100,0	567	8,9
Tumbes	5,5	25,1	12,5	20,8	20,4	15,5	0,2	100,0	434	7,1
Ucayali	5,6	34,1	13,6	22,3	12,9	11,1	0,5	100,0	759	5,7
Total	6,1	27,1	14,1	17,2	20,0	15,2	0,3	100,0	55 207	6,6

Nota: Población de facto.

Cuadro 2.5 Nivel de educación de la población femenina de 6 años y más

Distribución porcentual de la población femenina de 6 años y más por nivel de educación alcanzado, según características seleccionadas, Perú 2000

Características	Nivel de educación							Total	Número de mujeres	Mediana de años
	Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	NS/ sin información			
Departamento										
Amazonas	16,0	41,1	21,5	11,3	5,3	4,7	0,1	100,0	769	4,0
Ancash	23,3	33,7	13,7	13,3	8,7	7,2	0,1	100,0	2 277	3,7
Apurímac	29,0	38,1	10,3	11,7	4,6	6,0	0,2	100,0	852	2,6
Arequipa	8,8	23,0	12,1	16,6	19,1	20,0	0,3	100,0	2 391	7,3
Ayacucho	27,1	36,2	10,7	12,0	5,5	8,3	0,2	100,0	1 008	3,0
Cajamarca	24,9	40,2	15,8	8,4	4,7	5,8	0,3	100,0	3 074	3,0
Cusco	22,8	37,5	9,5	12,1	8,9	8,4	0,8	100,0	2 466	3,2
Huancavelica	28,9	42,2	12,4	9,4	3,1	3,8	0,3	100,0	934	2,4
Huánuco	24,6	42,6	10,2	11,4	4,6	6,3	0,4	100,0	1 632	2,7
Ica	6,8	23,0	12,5	17,5	20,1	19,9	0,2	100,0	1 514	7,9
Junín	12,8	27,8	15,4	17,2	14,2	12,4	0,2	100,0	2 673	5,6
La Libertad	12,4	29,1	14,8	14,1	15,3	14,1	0,2	100,0	3 033	5,6
Lambayeque	11,0	26,3	16,6	16,9	15,3	13,6	0,4	100,0	2 618	5,8
Lima	5,6	17,9	12,4	17,6	26,8	19,4	0,2	100,0	17 960	9,1
Loreto	10,2	41,8	14,8	16,4	8,8	7,4	0,6	100,0	1 728	4,7
Madre de Dios	9,9	34,1	13,4	21,1	11,1	10,3	0,2	100,0	129	5,4
Moquegua	9,7	23,2	11,7	17,9	15,7	21,2	0,5	100,0	322	7,2
Pasco	16,8	32,3	12,8	18,4	9,0	10,6	0,0	100,0	534	5,1
Piura	12,7	31,0	16,4	13,8	13,6	12,3	0,3	100,0	4 152	5,4
Puno	22,0	35,8	16,1	13,6	7,5	4,6	0,4	100,0	2 721	3,9
San Martín	11,5	36,0	20,5	15,4	8,8	7,7	0,1	100,0	1 390	5,1
Tacna	8,3	23,1	11,7	19,9	20,7	15,7	0,6	100,0	586	7,4
Tumbes	7,1	28,4	12,1	21,2	16,6	14,6	0,1	100,0	438	6,5
Ucayali	8,1	37,2	14,0	20,1	9,9	10,5	0,2	100,0	757	5,3
Total	12,9	28,2	13,7	15,3	16,2	13,4	0,3	100,0	55 959	5,6

Nota: Población de facto.

Cuadro 3.5 Alfabetismo por características seleccionadas

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por nivel más alto alcanzado y por nivel de alfabetismo, según características seleccionadas, Perú 2000

Características	Sin escolaridad o escuela primaria			Sin información	Con educación secundaria o más	Total	Número de mujeres
	No puede leer	Lee con dificultad	Lee fácilmente				
Departamento							
Amazonas	13,5	5,3	44,6	0,2	36,3	100,0	362
Ancash	18,5	5,4	25,0	0,2	50,9	100,0	1 026
Apurímac	25,2	6,4	27,6	0,4	40,4	100,0	352
Arequipa	4,3	2,7	13,0	0,7	79,2	100,0	1 232
Ayacucho	20,1	6,6	26,4	0,4	46,4	100,0	433
Cajamarca	21,6	6,9	41,1	0,0	30,4	100,0	1 442
Cusco	23,0	8,9	20,5	0,2	47,5	100,0	1 130
Huancavelica	26,1	18,7	25,1	0,3	29,7	100,0	383
Huánuco	24,1	9,2	27,5	0,2	39,0	100,0	740
Ica	2,6	2,8	13,3	0,6	80,8	100,0	793
Junín	7,1	5,9	19,1	0,6	67,3	100,0	1 337
La Libertad	8,2	3,8	23,8	0,7	63,6	100,0	1 484
Lambayeque	5,6	1,9	25,2	0,2	67,1	100,0	1 350
Lima	2,1	2,1	10,9	0,2	84,7	100,0	9 531
Loreto	10,4	6,4	27,3	0,4	55,4	100,0	820
Madre de Dios	8,5	5,2	22,0	0,4	63,8	100,0	66
Moquegua	2,9	3,5	14,0	0,6	79,1	100,0	173
Pasco	7,8	7,6	21,3	0,6	62,6	100,0	250
Piura	7,3	5,1	25,0	0,5	62,2	100,0	2 097
Puno	14,7	11,1	30,9	0,2	43,2	100,0	1 206
San Martín	10,5	7,2	33,9	0,3	48,1	100,0	692
Tacna	3,4	2,3	16,0	0,1	78,2	100,0	328
Tumbes	4,1	2,5	18,8	0,0	74,6	100,0	235
Ucayali	8,9	4,5	20,7	1,3	64,6	100,0	381
Total	8,6	4,6	20,2	0,3	66,2	100,0	27 843

Cuadro 4.3 Fecundidad y paridez por lugar de residencia y educación

Tasa global de fecundidad, porcentaje de mujeres embarazadas y número promedio de hijos nacidos vivos a mujeres de 40-49 años, por lugar de residencia y nivel de educación. Perú 2000

Características	Tasa global de fecundidad	Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas	Número promedio de nacidos vivos a mujeres
	15-49	15-49	40-49
Departamento			
Amazonas	3,8	5,9	6,4
Ancash	3,4	5,1	4,2
Apurímac	4,2	6,3	7,1
Arequipa	2,2	3,6	3,3
Ayacucho	4,2	6,0	6,4
Cajamarca	3,5	5,7	4,3
Cusco	4,0	6,0	5,2
Huancavelica	6,1	7,0	6,9
Huánuco	4,3	5,8	5,0
Ica	2,5	4,0	3,2
Junín	3,2	5,0	3,1
La Libertad	2,9	4,2	3,2
Lambayeque	2,4	4,4	3,8
Lima	2,1	3,3	4,1
Loreto	4,3	6,6	6,8
Madre de Dios	3,5	5,4	5,4
Moquegua	2,1	3,4	3,4
Pasco	3,3	6,0	2,4
Piura	2,7	4,6	4,2
Puno	3,8	5,3	4,6
San Martín	3,0	5,5	5,0
Tacna	2,0	3,6	3,0
Tumbes	2,3	4,7	2,9
Ucayali	3,2	5,4	4,5
Total	2,9	4,4	4,3

Cuadro 5.5 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas por características seleccionadas

Distribución porcentual de las mujeres en unión por método usado actualmente, por características seleccionadas e indicadores de estatus de la mujer, Perú 2000

Característica	Usando algún método	Usando algún método moderno	Total tradicionales	Métodos folclóricos	No usa actualmente	Número de mujeres
Departamento						
Amazonas	64,8	44,3	19,6	0,9	35,2	246
Ancash	62,5	40,9	21,4	0,2	37,5	608
Apurímac	63,9	47,6	14,9	1,4	36,1	250
Arequipa	75,4	57,6	17,2	0,7	24,6	659
Ayacucho	55,4	33,1	21,8	0,6	44,6	258
Cajamarca	62,9	41,2	21,1	0,5	37,1	927
Cusco	67,3	43,8	19,1	4,4	32,7	719
Huancavelica	49,6	24,6	24,5	0,5	50,4	259
Huánuco	60,2	46,0	13,3	1,0	39,8	449
Ica	77,5	60,9	16,4	0,2	22,5	418
Junín	74,5	43,5	30,8	0,2	25,5	748
La Libertad	68,3	46,7	21,1	0,5	31,7	811
Lambayeque	65,6	50,8	14,5	0,3	34,4	746
Lima	72,9	58,1	14,3	0,5	27,1	4 707
Loreto	63,1	48,3	12,6	2,3	36,9	537
Madre de Dios	66,9	54,5	11,5	0,8	33,1	44
Moquegua	75,8	60,3	15,3	0,3	24,2	105
Pasco	70,9	50,4	18,6	1,9	29,1	136
Piura	68,9	57,0	11,8	0,1	31,1	1 201
Puno	61,4	24,2	35,7	1,6	38,6	768
San Martín	72,5	57,5	12,1	3,0	27,5	478
Tacna	79,4	60,1	18,7	0,6	20,6	176
Tumbes	77,8	69,1	8,5	0,2	22,2	135
Ucayali	70,4	58,9	7,9	3,7	29,6	241
Total	68,9	50,4	17,5	0,9	31,1	15 628

Cuadro 7.6.1 Necesidad de servicios de planificación familiar para las mujeres en unión, por características seleccionadas

Porcentaje de mujeres en unión con necesidad insatisfecha de planificación familiar y demanda total de planificación familiar, por características seleccionadas, Perú 2000

Características	Necesidad satisfecha ²									Demanda satisfecha (porcentaje) ⁴	Número de mujeres en unión
	Necesidad insatisfecha ¹			(uso de métodos)			Demanda total ³				
	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total		
Departamento											
Amazonas	6,2	7,7	13,9	23,1	41,7	64,8	31,3	52,5	83,8	83,4	246
Ancash	3,7	11,6	15,4	17,1	45,4	62,5	22,5	59,5	82,0	81,3	608
Apurímac	5,1	7,9	13,0	17,5	46,3	63,9	26,2	56,1	82,3	84,3	250
Arequipa	2,3	4,4	6,7	18,2	57,2	75,4	21,5	62,6	84,1	92,1	659
Ayacucho	4,7	14,4	19,2	12,4	43,1	55,4	19,4	61,0	80,4	76,2	258
Cajamarca	4,8	8,7	13,5	19,4	43,4	62,9	25,2	53,5	78,7	82,9	927
Cusco	2,2	9,5	11,8	13,8	53,5	67,3	17,0	65,9	83,0	85,8	719
Huancavelica	6,5	15,9	22,4	8,9	40,7	49,6	18,8	60,0	78,8	71,6	259
Huánuco	4,9	12,5	17,4	16,6	43,6	60,2	23,6	59,1	82,7	78,9	449
Ica	1,7	3,5	5,2	25,3	52,1	77,5	29,6	56,4	86,0	93,9	418
Junín	1,8	2,6	4,4	19,2	55,4	74,5	22,9	60,6	83,4	94,7	748
La Libertad	3,1	5,7	8,8	21,4	46,9	68,3	26,5	54,1	80,6	89,0	811
Lambayeque	4,8	8,0	12,8	16,2	49,4	65,6	22,0	58,6	80,6	84,1	746
Lima	3,0	4,3	7,3	24,8	48,0	72,9	29,7	53,2	82,9	91,2	4 707
Loreto	4,7	11,6	16,3	18,3	44,9	63,1	24,4	57,6	82,0	80,1	537
Madre de Dios	5,4	7,9	13,3	13,3	53,5	66,9	20,0	62,0	82,0	83,8	44
Moquegua	1,6	2,4	4,0	21,3	54,5	75,8	24,3	57,7	82,0	95,2	105
Pasco	3,9	4,7	8,6	20,7	50,2	70,9	25,8	56,1	81,9	89,5	136
Piura	4,6	4,9	9,5	20,7	48,2	68,9	26,7	54,5	81,2	88,3	1 201
Puno	4,6	12,0	16,6	11,4	50,1	61,4	18,6	66,4	85,0	80,5	768
San Martín	4,1	4,7	8,9	26,3	46,2	72,5	33,1	51,8	84,9	89,6	478
Tacna	2,2	3,7	5,9	21,8	57,6	79,4	25,7	62,5	88,2	93,3	176
Tumbes	2,6	2,6	5,2	23,4	54,4	77,8	27,0	57,4	84,3	93,8	135
Ucayali	2,9	8,0	10,9	19,3	51,2	70,4	23,1	60,2	83,4	86,9	241
Total	3,6	6,7	10,2	20,3	48,5	68,9	25,7	56,8	82,5	87,6	15 628

¹ Necesidad insatisfecha para **limitar**: mujeres embarazadas o amenorricas cuyo último embarazo **no fue deseado** y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorricas **que no desean más hijos**. Necesidad insatisfecha para **espaciar**: mujeres actualmente embarazadas o amenorricas cuyo último embarazo **si fue deseado, pero más tarde** y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorricas **que si desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años**.

² La *necesidad satisfecha para espaciar* se refiere a las mujeres que usan algún método de planificación familiar porque desean espaciar los nacimientos (respondieron que desean tener más hijos o están indecisas al respecto). La *necesidad satisfecha para limitar* se refiere a aquellas mujeres que están usando porque desean limitar los nacimientos (respondieron que no desean más hijos).

³ La *demanda total* incluye mujeres embarazadas o amenorricas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falta de método).

⁴ $[(\text{Necesidad satisfecha}) + (\text{falta de método})] / (\text{demanda total})$

Cuadro 9.7 Atención durante el parto para los menores de cinco años de edad, por características seleccionadas

Distribución porcentual de nacidos en los cinco años que precedieron la encuesta, por persona que proporcionó la atención durante el parto, según características socioeconómicas seleccionadas, Perú 2000

Características	Asistencia durante el parto ¹					No recibió atención durante el parto	Total	Número de nacimientos
	Médico	Obstetriz	Enfermera/ Sanitario/ Promotora	Comadrona/ Partera	Pariente/ otro			
Departamento								
Amazonas	16,1	8,7	3,5	58,8	12,2	0,5	100,0	220
Ancash	21,6	17,5	2,9	30,2	24,6	3,1	100,0	557
Apurímac	23,3	14,6	17,3	25,1	18,5	1,0	100,0	234
Arequipa	53,7	22,4	1,5	5,7	16,5	0,0	100,0	417
Ayacucho	17,2	25,1	13,3	13,2	30,2	0,6	100,0	276
Cajamarca	10,7	10,1	6,3	55,7	15,6	0,8	100,0	799
Cusco	19,9	12,5	15,3	12,6	38,6	0,0	100,0	678
Huancavelica	8,7	8,1	4,2	13,9	61,2	3,7	100,0	347
Huánuco	13,0	9,6	5,2	35,9	33,5	2,5	100,0	481
Ica	53,8	39,6	0,8	3,4	2,4	0,0	100,0	297
Junín	21,1	26,7	6,2	21,9	23,6	0,4	100,0	627
La Libertad	37,4	10,9	3,2	28,9	15,4	4,0	100,0	656
Lambayeque	34,5	25,3	1,4	35,7	2,4	0,2	100,0	527
Lima	69,3	20,5	1,3	2,7	5,9	0,1	100,0	3 022
Loreto	18,5	13,2	6,5	29,7	30,7	0,6	100,0	534
Madre de Dios	39,9	29,9	5,9	12,6	10,7	0,7	100,0	36
Moquegua	48,3	34,9	3,4	4,0	9,1	0,3	100,0	58
Pasco	23,2	23,9	9,6	23,9	17,2	1,5	100,0	125
Piura	29,7	34,5	2,0	29,2	4,1	0,4	100,0	909
Puno	13,4	9,5	4,9	18,0	52,9	1,2	100,0	688
San Martín	24,2	16,6	7,6	40,7	9,0	1,2	100,0	344
Tacna	57,8	25,7	3,7	5,4	6,4	0,7	100,0	102
Tumbes	39,6	48,3	0,5	10,0	1,3	0,0	100,0	86
Ucayali	23,5	19,2	3,1	32,2	19,8	1,8	100,0	201
Total	35,7	19,1	4,5	21,1	18,3	0,9	100,0	12 222

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el período 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Se incluyen todos los nacimientos en los cinco años.

¹ Si la entrevistada mencionó más de una fuente de atención, se considera sólo la más calificada

Cuadro 9.12 Cuidado postnatal por características seleccionadas

Entre los últimos nacimientos de los 5 años anteriores a la encuesta, porcentaje que nacieron en un establecimiento de salud y distribución porcentual de los que nacieron en un servicio de salud según momento del primer control postnatal, por características seleccionadas. Perú 2000

Características	Control Postnatal según lugar del parto			Número de nacimientos	Momento del primer control para madres que no tuvieron el parto en establecimiento de salud					Total	Número de nacimientos
	Servicio de Salud	Otro Lugar	Total		Primeros 2 días después del parto	3 - 7 días después	8 - 27 días después	4 o más semanas después	No recibió control postnatal		
Departamento											
Amazonas	27,3	10,0	37,3	165	1,4	1,9	4,7	5,8	86,2	100,0	120
Ancash	38,4	18,7	57,1	418	6,3	6,3	11,0	5,5	69,6	100,0	257
Apurímac	49,3	32,4	81,7	176	15,1	23,9	15,1	9,7	35,9	100,0	89
Arequipa	79,4	11,5	90,9	338	9,2	13,8	13,8	18,5	44,6	100,0	70
Ayacucho	47,2	17,8	65,0	201	5,7	12,5	8,8	6,8	66,2	100,0	106
Cajamarca	22,2	14,5	36,7	599	1,4	1,7	5,8	8,1	81,4	100,0	466
Cusco	39,4	26,7	66,1	501	3,2	11,7	16,5	12,1	56,0	100,0	304
Huancavelica	19,6	26,7	46,3	220	5,7	5,0	17,5	4,7	66,8	100,0	177
Huánuco	28,3	12,7	41,0	348	1,7	4,9	6,3	4,9	82,3	100,0	249
Ica	92,5	3,5	96,0	249	4,2	25,0	12,5	4,2	54,2	100,0	19
Junín	46,0	19,1	65,1	470	5,3	7,2	18,7	4,3	64,6	100,0	254
La Libertad	51,6	14,5	66,1	501	2,2	6,0	12,6	8,7	69,9	100,0	242
Lambayeque	57,4	17,8	75,2	414	1,4	3,6	26,6	9,4	58,3	100,0	177
Lima	89,5	5,7	95,2	2 570	13,1	16,6	13,5	11,1	45,8	100,0	270
Loreto	39,6	6,3	45,9	388	0,3	1,3	4,6	3,6	89,5	100,0	234
Madre de Dios	74,9	9,2	84,1	29	4,3	8,7	20,0	5,2	61,7	100,0	7
Moquegua	83,6	10,7	94,3	51	16,0	28,0	16,0	6,0	32,0	100,0	8
Pasco	50,7	10,7	61,4	98	2,5	5,5	5,5	8,5	78,1	100,0	48
Piura	63,4	10,1	73,5	710	1,9	5,0	13,1	7,5	72,5	100,0	260
Puno	20,5	37,1	57,6	498	8,5	6,9	17,8	13,0	53,3	100,0	396
San Martín	45,8	17,2	63,0	275	1,9	4,7	20,4	4,7	68,2	100,0	149
Tacna	82,2	13,5	95,7	90	15,2	21,7	30,4	8,7	23,9	100,0	16
Tumbes	85,7	5,8	91,5	73	0,0	19,1	19,1	4,3	57,4	100,0	10
Ucayali	46,3	15,3	61,6	155	4,0	4,0	10,7	9,4	71,4	100,0	83
Total	57,9	13,9	71,8	9 535	4,6	7,0	13,0	8,1	66,9	100,0	4 013

Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el período 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Sólo se incluye el último nacimiento de la mujer. El total incluye 0.5 por ciento de nacimientos sin información sobre control postnatal.

Cuadro 9.16 Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas para los menores de cinco años

Entre los niños menores de cinco años, porcentaje que estuvo enfermo con tos acompañada de respiración agitada durante las dos semanas que precedieron la encuesta; y entre los niños enfermos, el porcentaje que recibió tratamientos específicos, por características seleccionadas, Perú 2000

Característica	Infección respiratoria aguda		Tratamiento de IRA	
	Prevalencia infección respiratoria aguda ¹	Número de Niños	Porcentaje llevado a proveedores de salud ²	Número de Niños
Departamento				
Amazonas	19,6	212	52,0	42
Ancash	20,0	542	61,0	109
Apurímac	8,2	224	73,6	18
Arequipa	21,8	398	61,7	87
Ayacucho	15,9	263	59,8	42
Cajamarca	21,5	758	44,7	163
Cusco	16,8	627	54,7	105
Huancavelica	19,2	333	39,5	64
Huánuco	26,1	455	49,7	119
Ica	17,7	290	75,8	51
Junín	21,2	606	51,9	129
La Libertad	9,1	627	46,5	57
Lambayeque	32,2	502	57,5	161
Lima	20,3	2 969	63,4	603
Loreto	27,2	507	59,4	138
Madre de Dios	13,6	35	50,0	5
Moquegua	15,7	58	79,6	9
Pasco	24,6	118	44,3	29
Piura	21,6	879	56,4	190
Puno	17,6	649	54,1	114
San Martín	17,4	328	61,7	57
Tacna	28,6	100	80,7	29
Tumbes	7,4	83	85,7	6
Ucayali	22,0	190	61,9	42
Total	20,2	11 754	57,6	2 369

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período de 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacidos en el mes de la entrevista.

Todos los porcentajes están basados en más de 25 casos sin ponderar.

¹ Tos con respiración agitada o rápida.

² Incluye hospitales, centros y puestos de salud, promotores, farmacias y médicos privados.

Cuadro 9.19 Prevalencia de diarrea para los menores de cinco años

Entre los niños menores de cinco años, porcentaje que tuvo diarrea en las dos semanas que precedieron la encuesta, por características seleccionadas, Perú 2000

Característica	Todo tipo de diarrea	Número de niños
Departamento		
Amazonas	15,8	212
Ancash	15,8	542
Apurímac	21,1	224
Arequipa	10,5	398
Ayacucho	20,2	263
Cajamarca	21,5	758
Cusco	18,2	627
Huancavelica	15,4	333
Huánuco	14,9	455
Ica	12,9	290
Junín	20,8	606
La Libertad	9,7	627
Lambayeque	15,4	502
Lima	9,9	2 969
Loreto	29,8	507
Madre de Dios	10,9	35
Moquegua	9,0	58
Pasco	23,4	118
Piura	12,2	879
Puno	17,5	649
San Martín	24,1	328
Tacna	6,6	100
Tumbes	16,2	83
Ucayali	26,5	190
Total	15,4	11 754

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el periodo de 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacidos en el mes de la entrevista.

Cuadro 9.20 Conocimiento de SRO y aplicación del patrón adecuado de alimentación para el cuidado de la diarrea por características seleccionadas

Porcentaje de madres con nacimiento en los cinco años anteriores a la encuesta que conocen de SRO y distribución porcentual de niños con diarrea según cantidad de alimentos recibidos durante la diarrea, según características seleccionadas, Perú 2000

Característica	Conoce SRO		Cantidad de líquidos y de sólidos recibidos durante la diarrea								Total	Número de niños
	Porcentaje que conoce SRO	Número de madres	Cantidad de líquidos			Cantidad de sólidos						
			Nada	Menos cantidad	Misma cantidad	Más cantidad	Nada	Menos cantidad	Misma cantidad	Más cantidad		
Departamento												
Amazonas	73,7	165	3,0	20,8	31,7	44,6	22,8	42,6	29,7	5,0	100,0	34
Ancash	66,2	418	0,0	6,3	25,3	68,4	7,6	59,5	31,6	1,3	100,0	86
Apurímac	72,6	176	2,2	18,2	16,1	63,5	6,6	54,7	25,5	13,1	100,0	47
Arequipa	81,6	338	2,6	7,7	33,3	56,4	5,1	48,7	38,5	7,7	100,0	42
Ayacucho	61,1	201	6,1	24,3	24,3	44,6	11,5	63,5	21,6	2,7	100,0	53
Cajamarca	63,9	599	5,8	20,4	34,0	39,8	16,5	52,4	28,2	1,9	100,0	163
Cusco	57,5	501	2,2	11,8	34,4	51,6	11,8	40,9	41,9	5,4	100,0	114
Huancavelica	61,0	220	2,5	12,3	23,0	62,3	10,7	38,5	19,7	31,1	100,0	51
Huánuco	66,4	348	5,3	7,4	17,9	69,5	26,3	50,5	14,7	8,4	100,0	68
Ica	90,0	249	0,0	16,7	31,3	52,1	0,0	56,3	33,3	10,4	100,0	37
Junín	64,3	470	0,0	4,8	35,6	59,6	12,5	44,2	38,5	4,8	100,0	126
La Libertad	80,4	501	8,7	13,0	43,5	32,6	26,1	39,1	30,4	0,0	100,0	61
Lambayeque	88,0	414	0,0	3,3	31,1	65,6	18,0	52,5	29,5	0,0	100,0	77
Lima	89,9	2 570	2,9	12,5	25,9	57,8	13,4	63,2	21,4	1,9	100,0	293
Loreto	79,6	388	1,5	19,8	27,4	51,3	12,2	48,2	26,9	12,7	100,0	151
Madre de Dios	81,7	29	3,3	9,8	19,7	67,2	13,1	55,7	29,5	1,6	100,0	4
Moquegua	90,8	51	9,7	12,9	16,1	61,3	19,4	54,8	16,1	6,5	100,0	5
Pasco	78,7	98	0,0	18,1	31,9	50,0	9,5	58,6	29,3	2,6	100,0	28
Piura	91,3	710	0,0	12,1	31,8	56,1	13,6	60,6	25,8	0,0	100,0	107
Puno	63,1	498	1,7	6,6	34,7	57,0	13,2	44,6	35,5	6,6	100,0	113
San Martín	76,9	275	3,6	16,1	25,9	52,7	19,6	51,8	23,2	2,7	100,0	79
Tacna	86,1	90	0,0	21,1	15,8	63,2	5,3	68,4	26,3	0,0	100,0	7
Tumbes	90,3	73	0,0	6,6	23,0	68,9	8,2	57,4	29,5	3,3	100,0	13
Ucayali	77,7	155	2,2	25,0	30,1	42,6	11,8	54,4	30,9	2,9	100,0	50
Total	78,2	9 535	2,5	13,2	29,5	54,5	13,8	52,4	28,4	5,1	100,0	1 810

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período de 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. El total para 2000 incluye 0,3 por ciento sin información sobre la cantidad de líquidos y 0,4 por ciento sobre la cantidad de sólidos. Todas las distribuciones porcentuales están basadas en más de 25 casos sin ponderar.

SRO: incluye sólo las sales de rehidratación oral. El patrón adecuado de alimentación: en comparación con prácticas corrientes.

Cuadro 10.8 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, por características seleccionadas

Entre los niños menores de cinco años, porcentaje clasificado como desnutrido según tres indicadores antropométricos: talla para la edad, peso para la talla y peso para la edad, por características demográficas. Perú 2000

Características	Porcentaje con desnutrición crónica (Talla para la edad)		Porcentaje con desnutrición aguda (Peso para la talla)		Porcentaje con desnutrición global (Peso para la edad)		Número de niños
	Severa ¹	Total ²	Severa ¹	Total ²	Severa ¹	Total ²	
	Departamento						
Amazonas	12,2	36,0	0,2	0,7	0,7	10,5	180
Ancash	10,2	34,5	0,0	0,4	0,7	6,0	488
Apurímac	13,6	43,0	0,3	2,0	2,0	12,3	208
Arequipa	2,3	12,3	0,0	0,3	0,3	4,0	323
Ayacucho	12,1	33,6	0,4	3,0	1,2	10,1	240
Cajamarca	15,4	42,8	0,2	1,4	1,9	12,0	657
Cusco	14,0	43,2	0,6	1,6	3,1	13,0	595
Huancavelica	22,2	53,4	0,0	0,9	3,0	17,5	269
Huánuco	15,3	42,8	0,2	1,1	1,4	11,6	400
Ica	2,7	12,1	0,3	0,9	0,0	1,2	258
Junín	10,5	31,3	0,7	1,8	0,9	10,0	532
La Libertad	9,9	27,9	0,2	0,2	0,9	7,2	574
Lambayeque	4,3	23,6	0,0	0,3	0,0	3,8	469
Lima	1,6	8,3	0,1	0,1	0,0	0,8	2 649
Loreto	9,0	32,4	0,3	2,1	1,0	17,3	471
Madre de Dios	3,7	18,7	0,6	2,3	0,6	4,8	30
Moquegua	1,8	9,3	0,0	0,4	0,0	0,4	38
Pasco	5,0	26,4	0,0	2,6	0,9	12,2	110
Piura	7,0	24,1	0,4	1,8	0,8	8,2	818
Puno	5,9	29,7	0,3	0,7	0,3	6,1	556
San Martín	6,7	19,9	0,0	1,2	1,0	8,2	284
Tacna	0,8	5,4	0,0	0,8	0,0	0,8	83
Tumbes	3,3	12,9	0,0	1,1	0,3	4,4	81
Ucayali	9,9	33,6	0,0	0,9	1,3	11,0	165
Total	7,7	25,4	0,2	0,9	0,8	7,1	10 477

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período 3-59 meses anteriores a la encuesta (se excluyen los menores de 3 meses). Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media del patrón internacional utilizado por NCHS/CDC/OMS. Los niños se clasifican como desnutridos si están 2 o más desviaciones estándar (DE) por debajo de la media de la población de referencia.

El cuadro está basado en 89.1 por ciento del total de niños menores de 5 años (11,754). Para el 9.5 por ciento de los niños no se pudo recolectar información y para 1.3 por ciento se encontró alguna inconsistencia.

¹ Niños que están 3 DE o más por debajo de la medida.

² Niños que están 2 DE o más por debajo de la medida. Incluye los niños que están 3 DE o más por debajo de la medida.

Cuadro 10.14 Prevalencia de anemia en mujeres

Prevalencia de anemia en mujeres por tipo de anemia, según características seleccionadas, Perú 2000

Características	Distribución porcentual de mujeres con prueba de anemia						Porcentaje de mujeres sin prueba de anemia	Total de mujeres
	Mujeres con anemia			Mujeres sin anemia	Total	Número de mujeres		
	Anemia severa	Anemia moderada	Anemia leve					
Departamento								
Amazonas	0,0	5,3	26,5	68,1	100,0	75	15,0	88
Ancash	0,0	5,4	30,8	63,8	100,0	240	9,1	264
Apurímac	0,0	4,6	22,8	72,6	100,0	83	7,7	90
Arequipa	0,4	2,1	16,2	81,3	100,0	252	17,8	306
Ayacucho	0,4	8,6	36,9	54,1	100,0	91	13,0	105
Cajamarca	0,0	5,7	29,9	64,5	100,0	333	8,7	365
Cusco	0,5	8,5	31,5	59,6	100,0	261	4,1	272
Huancavelica	1,0	7,9	30,5	60,6	100,0	85	11,4	96
Huánuco	0,0	3,8	21,8	74,4	100,0	169	15,6	201
Ica	0,0	3,3	21,9	74,8	100,0	189	4,3	197
Junín	0,4	4,5	18,9	76,2	100,0	296	11,3	334
La Libertad	0,4	6,5	20,3	72,8	100,0	366	8,6	400
Lambayeque	0,0	6,1	31,3	62,6	100,0	292	9,1	321
Lima	0,4	6,4	25,9	67,4	100,0	2 069	13,4	2 389
Loreto	0,4	1,7	14,9	83,1	100,0	186	2,8	191
Madre de Dios	0,9	7,0	26,5	65,6	100,0	13	13,3	16
Moquegua	0,5	2,5	16,0	81,0	100,0	33	19,7	42
Pasco	0,0	2,7	18,5	78,8	100,0	62	4,1	65
Piura	0,3	6,9	24,7	68,1	100,0	468	3,7	486
Puno	0,0	7,8	38,0	54,3	100,0	230	26,2	311
San Martín	0,8	7,4	20,2	71,6	100,0	172	2,4	176
Tacna	0,5	7,1	31,5	60,9	100,0	68	13,6	79
Tumbes	0,0	5,5	26,3	68,2	100,0	61	1,1	61
Ucayali	0,4	5,4	21,6	72,6	100,0	89	8,0	97
Total	0,3	5,9	25,4	68,4	100,0	6 184	11,0	6 952

Nota: Anemia severa: 7.0 g/dl; anemia moderada: 7.0-9.9 g/dl; anemia leve: 10.0-11.9g/dl (10.0-10.9 para las mujeres embarazadas).

Cuadro 10.15 Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años

Prevalencia de anemia en niños 6-59 meses, por tipo de anemia, según características seleccionadas, Perú 2000

Características	Distribución porcentual de mujeres con prueba de anemia					Número de niños	Porcentaje de niños sin prueba de anemia	Total de niños
	Niños con anemia			Niños sin anemia	Total			
	Anemia severa	Anemia moderada	Anemia leve					
Departamento								
Amazonas	0,0	20,0	21,9	58,1	100,0	35	29,5	50
Ancash	0,0	27,2	21,0	51,9	100,0	88	31,4	128
Apurímac	2,1	20,4	24,6	52,8	100,0	49	9,6	54
Arequipa	7,8	15,7	15,7	60,8	100,0	55	37,0	87
Ayacucho	0,9	21,8	30,0	47,3	100,0	39	29,0	55
Cajamarca	1,1	26,4	25,3	47,3	100,0	144	24,2	190
Cusco	4,3	47,4	19,0	29,3	100,0	142	7,2	153
Huancavelica	0,8	27,3	30,5	41,4	100,0	54	24,7	71
Huánuco	2,6	15,8	37,7	43,9	100,0	81	26,9	111
Ica	1,8	10,5	14,0	73,7	100,0	44	19,7	55
Junín	1,1	24,4	28,9	45,6	100,0	109	23,7	143
La Libertad	2,0	17,0	19,0	62,0	100,0	133	9,9	147
Lambayeque	2,8	22,2	26,4	48,6	100,0	91	18,2	112
Lima	0,0	23,7	23,4	53,0	100,0	569	20,0	711
Loreto	0,0	16,1	22,8	61,1	100,0	114	1,3	116
Madre de Dios	1,1	20,4	33,3	45,2	100,0	6	19,8	7
Moquegua	0,0	15,8	10,5	73,7	100,0	6	51,3	13
Pasco	1,1	13,2	22,0	63,7	100,0	22	13,3	25
Piura	1,0	28,0	27,0	44,0	100,0	163	10,7	182
Puno	1,1	46,1	14,6	38,2	100,0	83	50,0	167
San Martín	0,0	15,3	16,7	68,1	100,0	51	19,1	63
Tacna	2,3	23,3	37,2	37,2	100,0	15	28,3	21
Tumbes	2,1	29,8	22,3	45,7	100,0	21	3,1	21
Ucayali	2,1	30,2	16,7	51,0	100,0	36	17,2	43
Total	1,3	24,9	23,4	50,4	100,0	2 150	21,1	2 726

Nota: Anemia severa: 7.0 g/dl, anemia moderada: 7.0-9.9 g/dl, anemia leve: 10.0-11.9g/dl (10.0-10.9 para las mujeres embarazadas)

Cuadro 11.7 Conocimiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ETS específicas

Distribución porcentual de las mujeres por conocimiento de los síntomas asociados con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y porcentaje de mujeres, por ETS que conocen, según características seleccionadas, Perú 2000

Característica	Síntomas específicas de las ETS				Total	Número de mujeres	Conoce ETS específicas				Número de mujeres
	No conoce sobre las ETS	No conoce síntomas de ETS		Conoce dos o más síntomas			Conoce sífilis	Conoce gonorrea	Verrugas genitales/condiloma	Otras ETS	
		Conoce un síntoma	Conoce dos o más síntomas								
Departamento											
Amazonas	60,4	11,5	9,9	18,1	100,0	362	56,5	62,7	5,8	15,7	144
Ancash	68,8	7,5	8,4	15,2	100,0	1 026	48,1	46,8	3,7	17,3	320
Apurímac	69,9	8,7	6,1	15,1	100,0	352	67,1	45,3	6,8	14,7	106
Arequipa	39,6	11,1	11,8	37,4	100,0	1 232	63,3	59,1	3,5	21,3	744
Ayacucho	66,5	8,9	6,4	18,3	100,0	433	65,4	51,4	4,7	22,0	145
Cajamarca	81,9	4,8	4,7	8,5	100,0	1 442	53,3	58,2	6,7	21,8	261
Cusco	66,6	10,8	6,9	15,4	100,0	1 130	69,2	60,7	3,2	15,9	377
Huancavelica	81,9	2,7	3,1	12,3	100,0	383	65,5	52,7	2,4	17,6	69
Huánuco	69,1	3,9	7,6	19,3	100,0	740	78,5	72,0	9,0	10,6	229
Ica	47,9	11,0	12,6	28,5	100,0	793	66,6	64,5	5,5	11,9	413
Junín	45,9	14,0	10,0	30,2	100,0	1 337	68,0	52,3	1,7	19,1	724
La Libertad	52,9	11,3	8,8	27,1	100,0	1 484	60,4	52,7	3,6	20,1	700
Lambayeque	66,6	8,5	7,1	17,8	100,0	1 350	66,5	71,3	2,3	12,1	451
Lima	35,8	9,6	17,5	37,1	100,0	9 531	64,8	51,1	4,3	25,5	6 121
Loreto	32,1	9,3	10,6	48,0	100,0	820	54,3	91,7	4,4	22,1	556
Madre de Dios	46,3	7,0	9,4	37,2	100,0	66	73,2	67,5	5,9	21,3	35
Moquegua	40,1	15,5	15,9	28,4	100,0	173	60,6	58,4	0,6	13,8	104
Pasco	60,8	9,3	11,2	18,7	100,0	250	67,3	58,8	4,9	17,6	98
Piura	61,5	6,7	9,5	22,2	100,0	2 097	71,4	70,2	8,7	9,9	808
Puno	82,4	4,0	3,7	9,9	100,0	1 206	49,1	38,1	8,8	25,2	212
San Martín	29,2	8,1	7,9	54,8	100,0	692	54,8	93,1	2,7	20,3	490
Tacna	40,3	9,8	14,5	35,3	100,0	328	70,7	70,4	3,4	22,2	196
Tumbes	16,0	3,2	29,1	51,6	100,0	235	59,9	65,9	5,5	26,7	197
Ucayali	30,2	14,5	15,9	39,5	100,0	381	60,6	90,3	5,3	18,5	266
Total	50,6	9,0	11,8	28,6	100,0	27 843	63,8	58,9	4,4	21,2	13 766



APENDICE A

A.1 INTRODUCCION

La muestra utilizada para la encuesta ENDES 2000 es una muestra probabilística que fue seleccionada en tres etapas: la selección de centros poblados en la primera etapa, la selección de conglomerados en la segunda etapa, y la selección de viviendas en la etapa final. La muestra estuvo constituida por 1414 conglomerados, distribuidos proporcionalmente en el área urbana y rural de cada departamento. El número de conglomerados por departamento fue de alrededor de 50, con la excepción de Lima en donde se seleccionaron 226. La muestra total permite sólidas estimaciones de indicadores para los hogares y para las mujeres entre 15-49 años de edad para un número de variables importantes al nivel de cada uno de los 24 departamentos, las tres regiones naturales del país (Costa, Sierra y Selva) y niveles de urbanización. Para otros indicadores como la mortalidad, por ejemplo, deben preferirse las estimaciones a nivel de las 13 regiones administrativas y no a nivel departamental. También, la cuarta parte de la muestra total permite estimaciones para la anemia en mujeres y niños. La muestra es autoponderada a nivel de departamento, pero para estimaciones a nivel agregado deben utilizarse las ponderaciones adecuadas detalladas al final de este apéndice.

Para la muestra total, el número de hogares visitados fue de 33,046, de los cuales sólo 28,900 fueron entrevistados. En los hogares entrevistados se encontró un total de 29,423 mujeres elegibles y de las cuales se obtuvo un total de 27,843 entrevistas completas. La muestra seleccionada representa la totalidad de la población total del país. Ninguna área fue deliberadamente omitida del marco muestral.

A.2 DISEÑO Y SELECCION

Unidades de Muestreo

Las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) fueron los centros poblados empadronados en el último censo de población del año de 1993. Cada UPM fue dividida en conglomerados (USM), y toda vivienda localizada en dicha área se considera como la unidad última de muestreo (UUM).

Marco Muestral

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó el último censo de población y de vivienda en 1993 y mantiene un listado computarizado de los centros poblados con información censal, lo cual permite el cálculo de los parámetros para el diseño de cualquier muestra utilizando dicho marco de unidades. El archivo computarizado de centros poblados dentro de cada departamento ha sido estratificado de tal manera que refleje la agrupación de ellos en sedes urbanas, en el resto urbano y en el área rural.

Como consecuencia se decidió usar este marco muestral para la encuesta ENDES 2000. La razón principal es que es factible una subdivisión en conglomerados adecuada para los objetivos de la encuesta ENDES 2000. La segunda razón, es la de hacer posible la implementación de los listados actualizados de viviendas en cada conglomerado seleccionado.

Además de la estratificación por departamento, en cada uno de ellos los centros poblados fueron clasificados en cuatro grupos: sedes urbanas (20 mil o más habitantes), resto

urbano (2 mil a menos de 20 mil), semirural (localidades con 500 a menos de 2 mil habitantes) y rural (localidades con menos de 500 habitantes).

Composición de la muestra

Con el objetivo inicial de obtener un total aproximado de 28,000 entrevistas completas de mujeres elegibles se utilizó información de la encuesta ENDES 1996, como un instrumento de ayuda para estimar ciertos parámetros del diseño, especialmente las tasas de respuesta. Se estimó que se haría necesario un total aproximado de 33,000 viviendas a ser seleccionadas para obtener ese número de entrevistas completas. Ese total fue distribuido por departamentos pero no proporcionalmente a su tamaño poblacional sino para poder cumplir con los objetivos requeridos de la encuesta de tener indicadores a nivel departamental. Para ello se fijó el número esperado de entrevistas por departamento en alrededor de 1,000 (3,325 para Lima), tal como se puede observar en el Cuadro A.1.

Selección de la muestra

La muestra resultante para la ENDES 2000 se obtuvo en tres etapas: la primera etapa es una selección sistemática de centros poblados con probabilidad proporcional a su tamaño. Después de la primera etapa de selección se implementó una actualización del levantamiento cartográfico existente y de sus viviendas en las áreas de nueva construcción que se habían generado después del último censo de población. Inmediatamente después de esta actualización cartográfica se dividió el centro poblado en conglomerados (de un tamaño promedio apropiado, más o menos alrededor de 100 viviendas cada uno), para proceder a la selección de ellos. En los conglomerados seleccionados se realizó un levantamiento exhaustivo de viviendas. Finalmente fue seleccionado un número de viviendas en cada conglomerado, de tal manera de mantener una

fracción muestral uniforme para cada vivienda (e implícitamente para cada hogar) dentro de cada departamento.

Para el proceso de selección de los centros poblados se siguieron los siguientes pasos:

- El número de conglomerados a ser seleccionados en cada departamento fue calculado como la división del tamaño de muestra esperado en el departamento y del tamaño promedio de muestra esperado dentro del conglomerado.
- El total de muestra requerido en cada departamento fue distribuido entre sus substratos (sede, resto urbano y rural) de acuerdo a su población censal, y también dentro de cada dentro de cada substrato, sus centros poblados fueron ordenados de acuerdo a su continuidad geográfica en serpentin.
- Para cada substrato, se elaboró un listado de sus centros poblados con sus correspondientes totales de población (viviendas) y también de sus correspondientes acumulados parciales de población.
- En cada substrato, se realizó una selección (sistemática y con probabilidad proporcional a su tamaño poblacional) de un número de centros poblados requeridos para esta encuesta, digamos a , en el total de ellos en dicho substrato.
- La probabilidad de selección del i -ésimo centro poblado para la ENDES 2000 es:

$$P_{ii} = (a * m_i) / (Sm_i)$$

donde

a : es el número de centros poblados a ser seleccionados en el substrato.

m_i : es el total de viviendas del i -ésimo centro poblado de acuerdo al censo de 1993,

Sm_i : es el total de viviendas del substrato según el censo de 1993.

La selección de las UPMs, mediante el muestreo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño, se efectuó de la manera siguiente:

- Se listaron las UPMs con su respectivo tamaño (m_i) de viviendas.
- Se acumularon los valores de m_i uno a uno. Al final, se verificó que el acumulado total sea igual a la suma de los valores m_i .
- Dado que a es el número de UPMs a ser seleccionadas, se calcula el intervalo de selección (K): Se eligió al azar un número comprendido entre 1 y K . Este número se denomina "arranque aleatorio" (aa).

$$K = \frac{\text{Total de Viviendas en el subestrato}}{\text{N}^\circ \text{ de UPM's a elegirse en el subestrato}} = \frac{\sum m_i}{a}$$

- El arranque aleatorio (aa) es el número que determina la primera UPM a seleccionar. La segunda UPM seleccionada será: $aa + K$. La tercera UPM seleccionada será: $aa + 2K$, y así sucesivamente hasta completar las UPM requeridas para la muestra.

Antes de la siguiente etapa de selección, cada centro poblado seleccionado (previa actualización cartográfica) se dividió en áreas compactas denominadas conglomerados (unidades secundarias de muestreo o USMs). Para el proceso de selección de los conglomerados o USMs se siguieron los siguientes pasos:

- En cada UPM o centro poblado, se realizó una selección (sistemática y con probabilidad proporcional a su tamaño) del número de conglomerados requeridos para la ENDES 2000.
- La probabilidad final del j -ésimo conglomerado está dada como:

Cuadro A.1 Número de conglomerados urbanos y rurales por departamentos

Número de conglomerados urbanos y rurales por departamento, Perú 2000

Departamento	Número esperado de entrevistas de mujeres	Número de conglomerados seleccionados			Total
		Sede	Resto urbano	Rural	
Amazonas	1 000	5	9	36	50
Ancash	1 100	13	14	25	52
Apurímac	1 000	7	6	37	50
Arequipa	1 150	40	5	11	56
Ayacucho	1 200	14	8	38	60
Cajamarca	900	4	6	40	50
Cusco	900	10	7	33	50
Huancavelica	1 000	6	2	42	50
Huánuco	1 000	13	3	34	50
Ica	1 000	28	12	10	50
Junín	1 100	17	13	20	50
La Libertad	1 200	23	12	17	52
Lambayeque	1 000	26	12	12	50
Lima	3 600	198	13	15	226
Loreto	1 200	27	8	23	58
Madre de Dios	1 000	23	2	25	50
Moquegua	1 000	31	5	14	50
Pasco	1 000	14	9	27	50
Piura	900	9	21	20	50
Puno	1 200	15	8	37	60
San Martín	1 000	12	15	23	50
Tacna	1 000	40	2	8	50
Tumbes	1 000	24	17	9	50
Ucayali	1 000	28	6	16	50
Total	27 450	627	215	572	1 414

$$P_{ji} = (a * m_i) / (\sum m_i) (n_i / N_i)$$

donde

n_i : es el número de (USMs) conglomerados seleccionado en el i -ésimo centro poblado,

N_i : es el número total de (USMs) conglomerados en el i -ésimo centro poblado.

Antes de la última etapa de selección, el listado de viviendas de cada conglomerado (USM) seleccionado fue actualizado mediante trabajo de campo. Después de obtener los listados actualizados de viviendas para los conglomerados (USMs) seleccionados, se determinó el número final de viviendas de acuerdo al siguiente procedimiento:

$$P_{2ij} = (b_{ij} / L_{ij})$$

$$f = P_{1i} * P_{2ij}$$

y de las cuales se obtiene

$$b_{ij} = (f * L_{ij}) / (P_{1i})$$

donde:

b_{ij} : es el número de viviendas a seleccionar en la j -ésima USM de la i -ésima UPM.

L_{ij} : es el número total de viviendas listadas en el j -ésimo conglomerado de la i -ésima UPM según el censo de 1999.

f : es la fracción de muestreo para cada departamento, según el diseño.

P_{1i} : es la probabilidad de selección del j -ésimo conglomerado.

Una vez establecido el número total de viviendas a ser seleccionado, el procedimiento de selección de ellos depende si el conglomerado es urbano o rural.

Conglomerados urbanos. Se procedió a seleccionar automáticamente por computadora las unidades últimas de muestreo usando una selección sistemática para cada conglomerado seleccionado, mediante el siguiente algoritmo:

- Se listan las viviendas particulares de la USM seleccionada.
- Se enumeran las viviendas en la lista desde 1 hasta L_{ij} .
- Se determina el intervalo de selección (K):

$$K = \frac{\text{Total de viviendas ocup. acumuladas en el conglomerado}}{\text{Total de viviendas a seleccionarse en el conglomerado}} = \frac{L_{ij}}{b_{ij}}$$

- Se elige al azar un número como "arranque aleatorio" (aa). Este número muestral debe estar entre 1 y K .

- El arranque aleatorio (aa) es el número muestral que corresponde a la primera vivienda seleccionada. La segunda vivienda seleccionada será el arranque aleatorio (aa) + K . La tercera vivienda seleccionada será el arranque aleatorio (aa) + $2K$, y así sucesivamente hasta completar el número requerido de viviendas a seleccionar dentro del conglomerado.

Conglomerados rurales. Par cada conglomerado rural, la selección se hace en grupos compactos de ocho hogares contiguos sobre el listado de hogares de acuerdo al siguiente procedimiento:

- Se enumeran las viviendas en forma consecutiva en el listado de conglomerados rurales.
- Después de cada múltiplo de ocho (es decir 8, 16, 24, etc) se traza una línea horizontal (con un marcador de color). Cada grupo está formado por las viviendas entre cada dos líneas horizontales consecutivas y el primer grupo está constituido por la primera vivienda en la lista hasta el anterior inmediato a la primera línea horizontal, y en el caso de existir más de 4 viviendas después de la última línea horizontal, el último grupo estará constituido por esas viviendas después de la última línea horizontal. Todos estos grupos así formados se denominan grupos compactos; sea G_{ij} ese total de ellos.
- Si hubieran viviendas (menos de cuatro) después de la última línea horizontal, ellas serán distribuidas uniformemente entre los grupos compactos anteriores en forma sistemática y con un inicio al azar.
- Se calcula el número de grupo compactos a seleccionar como

$$g_{ij} = \text{redondeo al entero más cercano de } (b_{ij}/8)$$

- Se selecciona entonces g_{ij} grupos compactos del total G_{ij} en una forma sistemática y con un comienzo al azar.
- Todas las viviendas dentro de los grupos compactos en el conglomerado rural será considerado como la muestra de viviendas de dicho conglomerado.

Rendimiento de la muestra

En los Cuadros A.2 y A.3. Se presentan las tasas de respuesta por departamento y por área de residencia para la encuesta de hogares (Cuadro A.2) y para la encuesta de mujeres (Cuadro A.3). De un total de 1,414 conglomerados seleccionados, se logró implementar la encuesta en todos ellos.

De los 33,046 hogares que fueron seleccionados, casi el 9 por ciento de sus viviendas estaban desocupadas, destruidas o en otra condición. En los restantes (hogares residenciales) se obtuvieron 28,900 entrevistas completas, el 88 por ciento de los hogares potenciales seleccionados.

De un total de 29,423 mujeres elegibles se logró entrevistar 27,843, obteniéndose una tasa de respuesta individual del 95 por ciento. La tasa de respuesta combinada de hogares y mujeres fue del 93 por ciento, la cual es bastante

satisfactoria para este tipo de encuesta. La mejor tasa de cobertura se logró en el departamento de Tumbes con 99 por ciento y la más baja en el departamento de Lima con casi un 89 por ciento.

Metodología de estimación

Para que las estimaciones derivadas de la ENDES 2000 sean representativas de la población, es necesario multiplicar los datos de cada hogar muestral contenido en los archivos por el peso o factor de expansión calculada según el diseño muestral.

El factor final para cada hogar tiene dos componentes: el factor básico de muestreo y el factor de ajuste por la no respuesta. El factor básico de expansión es determinado por el diseño de la muestra y equivale al inverso de la probabilidad final de selección de cada hogar, la misma que es igual a la fracción de muestreo en el departamento. Esto quiere decir que los factores básicos de expansión varían según el departamento de estudio.

El factor de ajuste por no respuesta es utilizado para ajustar los factores básicos de muestreo con el fin de tener en cuenta los hogares no entrevistados en el conglomerado. Este ajuste a los factores básicos es realizado a nivel de departamento.

Cuadro A.2 Implementación de la muestra: hogares

Distribución porcentual de la población total en los hogares visitados por nivel de urbanización y región natural, según departamento, Perú 2000

Área y departamento	Comple- pletos	Persona compe- tente ausente	Hogar ausente	Rechazo	Vivienda deso- cupada	Vivi- enda des- truida	Vivienda no encon- trada	Otra	Total	Número de hogares	Tasa de respuesta
Área de residencia											
Urbana	88,9	0,4	1,9	1,1	6,8	0,3	0,4	0,3	100,0	17,401	97,9
Rural	85,9	0,5	3,4	0,1	6,9	0,5	0,8	1,9	100,0	15,645	98,3
Departamento											
Amazonas	86,5	0,6	3,8	0,3	7,3	0,4	0,9	0,1	100,0	1,379	97,9
Ancash	88,2	0,8	0,8	0,2	9,7	0,0	0,1	0,2	100,0	1,188	98,8
Apurímac	85,9	0,2	4,3	0,3	7,8	0,3	0,6	0,7	100,0	1,534	98,8
Arequipa	87,6	0,7	3,6	1,5	6,0	0,0	0,3	0,1	100,0	1,358	97,1
Ayacucho	83,9	0,8	4,8	0,2	5,9	0,4	0,9	3,1	100,0	1,847	97,8
Cajamarca	85,9	0,3	1,8	0,1	8,0	0,0	1,7	2,2	100,0	1,083	97,7
Cusco	91,5	0,2	3,3	0,3	3,5	0,3	0,3	0,5	100,0	1,166	99,2
Huancavelica	84,3	0,3	2,1	0,0	5,8	0,5	1,0	6,0	100,0	1,443	98,4
Huánuco	84,5	0,2	8,0	0,2	5,1	0,5	0,6	0,8	100,0	1,255	98,8
Ica	88,2	0,2	1,2	0,4	9,1	0,4	0,1	0,6	100,0	1,126	99,3
Junín	89,4	0,4	3,0	0,1	4,3	0,7	0,8	1,1	100,0	1,152	98,5
La Libertad	87,7	0,5	0,8	0,0	9,8	0,2	0,3	0,7	100,0	1,259	99,1
Lambayeque	92,2	0,1	0,5	1,3	5,5	0,1	0,2	0,1	100,0	1,000	98,3
Lima	89,9	0,5	1,5	2,6	4,8	0,1	0,5	0,2	100,0	3,714	96,2
Loreto	83,9	1,0	4,7	0,3	7,0	1,3	1,5	0,3	100,0	1,121	96,8
Madre de Dios	83,5	0,6	3,6	0,6	9,2	1,3	0,9	0,4	100,0	1,418	97,6
Moquegua	87,0	0,0	0,9	1,2	10,6	0,0	0,1	0,1	100,0	1,372	98,4
Pasco	86,3	0,2	0,8	0,2	7,5	0,5	0,6	3,8	100,0	1,301	98,9
Piura	91,8	0,5	1,6	0,1	4,9	0,1	1,1	0,0	100,0	1,191	98,2
Puno	86,2	0,7	3,9	0,8	7,4	0,1	0,1	0,8	100,0	1,925	98,2
San Martín	89,0	0,3	1,9	0,2	5,0	0,5	0,9	2,2	100,0	1,093	98,5
Tacna	87,5	0,0	0,9	0,6	10,8	0,0	0,1	0,1	100,0	1,067	99,3
Tumbes	90,6	0,1	1,3	0,1	7,6	0,3	0,0	0,0	100,0	1,014	99,8
Ucayali	88,6	0,9	2,3	0,8	5,2	1,1	0,7	0,6	100,0	1,040	97,5
Total	87,5	0,4	2,6	0,7	6,8	0,4	0,6	1,0	100,0	33,046	98,1

Cuadro A.3 Implementación de la muestra: mujeres

Distribución porcentual de mujeres elegibles en la muestra por resultado de la entrevista de mujeres y tasas de respuesta, Perú, 2000

Departamento	Mujer completa	Mujer ausente	Rechazo	Parcial	Incapa- citada	Otra	Total	Número	Tasa de respuesta	Tasa de respuesta global
Área de residencia										
Urbana	94,0	2,9	1,9	0,4	0,6	0,1	100,0	18,152	94,0	92,1
Rural	95,6	2,9	0,5	0,1	0,9	0,1	100,0	11,270	95,6	94,0
Departamento										
Amazonas	93,5	4,1	0,4	0,1	1,7	0,2	100,0	1,166	93,5	91,6
Ancash	95,5	2,9	0,7	0,1	0,6	0,2	100,0	990	95,5	94,3
Apurímac	96,7	1,9	0,9	0,1	0,3	0,1	100,0	1,054	96,7	95,5
Arequipa	92,7	4,4	1,5	0,3	0,6	0,2	100,0	1,241	92,7	89,9
Ayacucho	93,5	4,7	0,9	0,2	0,7	0,1	100,0	1,292	93,5	91,4
Cajamarca	95,9	3,2	0,0	0,1	0,7	0,1	100,0	952	95,9	93,7
Cusco	96,3	2,5	0,2	0,4	0,4	0,0	100,0	958	96,3	95,5
Huancavelica	95,0	3,1	0,5	0,3	1,0	0,0	100,0	959	95,0	93,5
Huánuco	95,9	2,1	0,7	0,4	0,7	0,1	100,0	1,083	95,9	94,8
Ica	92,3	5,0	1,8	0,0	0,9	0,0	100,0	1,103	92,3	91,6
Junín	94,5	4,2	0,9	0,2	0,3	0,0	100,0	1,165	94,5	93,1
La Libertad	94,8	2,5	1,6	0,2	0,8	0,1	100,0	1,181	94,8	94,0
Lambayeque	95,2	0,6	2,9	0,3	1,1	0,0	100,0	1,117	95,2	93,5
Lima	92,8	3,3	2,7	0,4	0,7	0,1	100,0	3,823	92,8	89,3
Loreto	93,5	4,2	0,5	0,6	0,9	0,2	100,0	1,142	93,5	90,5
Madre de Dios	95,0	1,9	2,0	0,1	0,8	0,2	100,0	1,103	95,0	92,7
Moquegua	93,4	1,7	3,5	0,5	0,9	0,0	100,0	1,111	93,4	92,0
Pasco	98,5	0,6	0,3	0,2	0,5	0,0	100,0	1,062	98,5	97,5
Piura	96,2	2,3	0,1	0,0	1,2	0,1	100,0	1,341	96,2	94,5
Puno	93,2	4,3	1,4	0,5	0,4	0,1	100,0	1,380	93,2	91,5
San Martín	95,8	2,3	0,9	0,2	0,6	0,2	100,0	1,023	95,8	94,3
Tacna	92,6	2,7	3,2	0,9	0,6	0,0	100,0	1,026	92,6	91,9
Tumbes	99,3	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	100,0	1,069	99,3	99,0
Ucayali	95,1	2,6	1,3	0,1	0,8	0,1	100,0	1,081	95,1	92,7
Total	94,6	2,9	1,4	0,3	0,7	0,1	100,0	29,422	94,6	92,8



APENDICE B

LOS ERRORES DE MUESTREO

APENDICE B

Por tratarse de una encuesta por muestreo, los resultados de la ENDES 2000 que se incluyen en el presente informe son estimaciones que están afectadas por dos tipos de errores: aquellos que se producen durante las labores de recolección y procesamiento de la información (que se denominan usualmente errores no muestrales) y los llamados errores de muestreo, que resultan del hecho de haberse entrevistado sólo una muestra y no la población total.

El primer tipo de error incluye la falta de cobertura de todas las mujeres seleccionadas, errores en la formulación de las preguntas y en el registro de las respuestas, confusión o incapacidad de las mujeres para dar la información y errores de codificación o de procesamiento. En el presente estudio se trató de reducir a un mínimo este tipo de errores a través de una serie de procedimientos que se emplean en toda encuesta bien diseñada y ejecutada, como son: el diseño cuidadoso y numerosas pruebas del cuestionario, intensa capacitación de las entrevistadoras, supervisión intensa y permanente del trabajo de campo, revisión de los cuestionarios en el campo por parte de las críticas, supervisión apropiada en la etapa de codificación, y procesamiento de los datos y limpieza cuidadosa del archivo con retroalimentación a las supervisoras, críticas y entrevistadoras a partir de los cuadros de control de calidad. Los elementos de juicio disponibles señalan que este tipo de errores se mantuvo dentro de márgenes razonables en la ENDES 2000. En lo que sigue no se hará más referencia a los errores ajenos al muestreo sino únicamente a los llamados errores de muestreo.

La muestra de mujeres estudiadas en la ENDES 2000 no es sino una de la gran cantidad de muestras del mismo tamaño que sería posible seleccionar de la población de interés utilizando el diseño empleado. Cada una de ellas habría

dado resultados en alguna medida diferentes de los arrojados por la muestra usada. La variabilidad que se observaría entre todas las muestras posibles constituye el error de muestreo, el cual no se conoce pero puede ser estimado a partir de los datos suministrados por la muestra realmente seleccionada. El error de muestreo se mide por medio del error estándar. El error estándar de un promedio, porcentaje, diferencia o cualquier otra estadística calculada con los datos de la muestra se define como la raíz cuadrada de la varianza de la estadística y es una medida de su variación en todas las muestras posibles. En consecuencia, el error estándar mide el grado de precisión con que el promedio, porcentaje, o estadística basado en la muestra, se aproxima al resultado que se habría obtenido si se hubiera entrevistado a todas las mujeres de la población bajo las mismas condiciones.

El error estándar puede ser usado para calcular intervalos dentro de los cuales hay una determinada confianza de que se encuentra el valor poblacional. Así, si se toma cierta estadística calculada de la muestra (un porcentaje, por ejemplo) y se le suma y resta dos veces su error estándar, se obtiene un intervalo al cual se le asigna una confianza de 95 por ciento de que contiene, en este caso, el porcentaje poblacional.

Si las mujeres incluidas en la muestra hubieran sido seleccionadas en forma simple al azar, podrían utilizarse directamente las fórmulas muy conocidas que aparecen en los textos de estadística para el cálculo de errores estándar y límites de confianza y para la realización de pruebas de hipótesis. Sin embargo, como se ha señalado, el diseño empleado es complejo, por lo cual se requiere utilizar fórmulas especiales que consideran los efectos de la estratificación y la conglomeración.

Ha sido posible realizar estos cálculos para un cierto grupo de variables de interés especial, empleando la metodología, actualmente incorporada en ISSA, del programa CLUSTERS (Computation and Listing of Useful Statistics on Errors of Sampling), un programa de computador desarrollado por la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS), apropiado para el análisis estadístico de muestras complejas como la de la ENDES 2000. El programa CLUSTERS maneja el porcentaje o promedio de interés como una razón estadística $r = y/x$, en donde tanto el numerador $[y]$ como el denominador $[x]$ son variables aleatorias. El cálculo de la varianza de r lo hace CLUSTERS utilizando la fórmula que seguidamente se indica y el error estándar tomando la raíz cuadrada de esa varianza:

$$\text{var}(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 \cdot \frac{z_{hi}^2}{m_h} \right) \right]$$

en donde $z_{hi} = y_{hi} - r$ o x_{hi} y en forma análoga $z_h = y_h - r$ o x_h , el subíndice h representa los estratos y varía de 1 a H , m_h es el número de conglomerados en el estrato h , las cantidades y_{hi} y x_{hi} son la suma de los valores de la variable y el número de casos (mujeres) en el conglomerado i del estrato h , respectivamente. Finalmente, f representa la fracción de muestreo, la cual es ignorada por el programa CLUSTERS.

Además del error estándar, la metodología original de CLUSTERS calcula el efecto del diseño, EDIS, el cual se define como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado (EE) y el error estándar que se obtiene tratando la muestra como si hubiera sido aleatoria simple (EE_{mas}):

$$\text{EDIS} = \text{EE} / \text{EE}_{\text{mas}}$$

Un valor de EDIS igual a 1.0 indicaría que el diseño utilizado es tan eficiente como uno simple al azar del mismo tamaño, mientras que un valor superior a 1.0 indicaría que el uso de conglomerados produjo una varianza superior a la que se habría obtenido con una muestra simple al azar del mismo tamaño.

En el Cuadro B.1 se listan las variables para las cuales se han calculado los errores de muestreo. Se indica allí el tipo de estimador utilizado y la población de referencia. Los errores de muestreo para el resto de variables se presentan en los Cuadros B.2.1 a B.2.31. Los errores de muestreo para las estimaciones de fecundidad y mortalidad por zona, región y subregión se presentan en los Cuadros B.2.32 a B.2.37. Para cada variable se incluye el correspondiente valor estimado V (sea un promedio o un porcentaje), el error estándar y el número de casos (sin ponderar y ponderados) para los cuales se investigó la característica considerada. Además del error estándar, en el cuadro aparecen también el efecto del diseño (EDIS), el error relativo (EE/V) y el intervalo con 95 por ciento de confianza que contenga el verdadero valor. En algunos casos no se puede calcular cierto estimador y en la celda aparece 'NA'.

El examen de los cuadros revela que, en general, los errores estándar son pequeños y que por ello la muestra puede calificarse como bastante precisa; ésto es especialmente claro en la antepenúltima columna donde aparecen los errores relativos. Nótese que los efectos del diseño tienden a aumentar para las clasificaciones geográficas y a disminuir para clasificaciones que cruzan toda la muestra, como es la edad.

Para ilustrar el uso de las cifras en este Apéndice, considérese la variable no desea más hijos, que tiene un valor estimado de 0.583 (58 por ciento) con un error estándar de 0.020 para la población del departamento de Apurímac en el Cuadro B.2.6. Si se desea un intervalo de confianza del 95 por ciento, lo que se hace es sumarle y restarle al promedio dos veces el error estándar: $0.583 \pm (2 \times 0.020)$, lo que produce el intervalo de 0.543 a 0.624 de las dos últimas columnas. Esto significa que se tiene una confianza de 95 por ciento de que el valor estimado para el porcentaje de mujeres que no desean más hijos encuentra entre esos valores que arroja la muestra (entre el 54 y el 62 por ciento).

Cuadro B.1 Variable seleccionadas para el cálculo de los errores de muestreo

Variables, tipo de estimación y población base para el cálculo de los errores de muestreo, Perú 2000

Variable	Estimación	Población base
Residencia urbana	Proporción	Mujeres de 15-49 años
Sin instrucción	Proporción	Mujeres de 15-49 años
Educación secundaria o más	Proporción	Mujeres de 15-49 años
Nunca en unión	Proporción	Mujeres de 15-49 años
Actualmente unida	Proporción	Mujeres de 15-49 años
Casada antes de 20 años	Proporción	Mujeres de 15-49 años
Primera relación antes 18 años	Proporción	Mujeres de 15-49 años
Promedio de nacidos vivos 15-49	Promedio	Mujeres de 15-49 años
Promedio de nacidos vivos 40-49	Promedio	Mujeres de 40-49 años
Promedio de sobrevivientes 15-49	Promedio	Mujeres de 15-49 años
Conoce método anticonceptivo	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Conoce método moderno	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Alguna vez usó anticonceptivos	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Actualmente usa anticonceptivos	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa método moderno actualmente	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa píldora actualmente	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa DIU actualmente	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa condón actualmente	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa esterilización femenina	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa ritmo actualmente	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Sector público como fuente del método	Proporción	Mujeres actualmente usan métodos
No desea más hijos	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Desea esperar 2 años o más	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Tamaño ideal de familia	Promedio	Mujeres de 15-49 años con respuesta numérica
Vacuna antitetánica	Proporción	Nacidos en los últimos 5 años
Atención médica al parto	Proporción	Nacidos en los últimos 5 años
Niños con diarrea últimas 2 semanas	Proporción	Niños de 1-59 meses
Recibió tratamiento de SRO	Proporción	Niños con diarrea 2 semanas que precedieron la encuesta
Recibió tratamiento médico	Proporción	Niños con diarrea 2 semanas que precedieron la encuesta
Niños con tarjeta	Proporción	Niños de 12-23 meses
Niños que recibieron BCG	Proporción	Niños de 12-23 meses
Niños que recibieron DPT (3 dosis)	Proporción	Niños de 12-23 meses
Niños que recibieron Polio (3 dosis)	Proporción	Niños de 12-23 meses
Recibieron vacuna antisarampionosa	Proporción	Niños de 12-23 meses
Recibieron todas las vacunas	Proporción	Niños de 12-23 meses
Peso para la edad 2 DE por debajo	Proporción	Niños de 0-59 meses con medición1
Talla para la edad 2 DE por debajo	Proporción	Niños de 0-59 meses con medición1
Peso para la talla 2 DE por debajo	Proporción	Niños de 0-59 meses con medición1
Fecundidad	Tasa	Mujeres 15-49
Mortalidad neonatal	Tasa	Nacimientos en los 10 años anteriores a la encuesta
Mortalidad post-neonatal	Tasa	Nacimientos en los 10 años anteriores a la encuesta
Mortalidad infantil	Tasa	Nacimientos en los 10 años anteriores a la encuesta
Mortalidad post-infantil	Tasa	Nacimientos en los 10 años anteriores a la encuesta
Mortalidad en la niñez	Tasa	Nacimientos en los 10 años anteriores a la encuesta

1/ Los valores de la columna "valor estimado" en los Cuadros B.2.1 a B.2.22 son ligeramente diferentes a los de los

Cuadros 9.5 y 9.6 del Capítulo 9 porque estos últimos cuadros no incluyen los niños menores de 3 meses

Cuadro B.2.1 Errores de muestreo para la población total

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza para variables seleccionadas, Perú 2000

Variable	Valor estimado (V)	Efecto estándar (EE)	Número de casos			Intervalo de confianza		
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)	del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
Población urbana	0,699	0,005	27 843	27 843	1,921	0,008	0,688	0,709
Sin educación	0,051	0,002	27 843	27 843	1,743	0,045	0,047	0,056
Con secundaria o más	0,662	0,006	27 843	27 843	2,123	0,009	0,650	0,674
Nunca se unió	0,358	0,005	27 843	27 843	1,641	0,013	0,349	0,368
Actualmente unida	0,561	0,005	27 843	27 843	1,658	0,009	0,551	0,571
Casada antes de los 20 años	0,380	0,005	22 095	22 198	1,675	0,014	0,369	0,391
Primera relación antes 18 años	0,372	0,005	22 095	22 198	1,681	0,015	0,361	0,383
Promedio de nacidos vivos 15-49	2,111	0,023	27 843	27 843	1,610	0,011	2,065	2,158
Promedio de nacidos vivos 40-49	4,422	0,058	5 471	5 661	1,504	0,013	4,306	4,537
Promedio de sobrevivientes 15-49	1,918	0,020	27 843	27 843	1,560	0,010	1,879	1,958
Conoce método anticonceptivo	0,924	0,003	16 518	15 628	1,452	0,003	0,918	0,930
Conoce método moderno	0,905	0,003	16 518	15 628	1,476	0,004	0,898	0,912
Alguna vez usó anticonceptivos	0,898	0,003	16 518	15 628	1,399	0,004	0,892	0,905
Actualmente usa anticonceptivos	0,689	0,005	16 518	15 628	1,335	0,007	0,679	0,698
Usa método moderno actualmente	0,504	0,006	16 518	15 628	1,459	0,011	0,493	0,516
Usa píldora	0,067	0,003	16 518	15 628	1,364	0,040	0,061	0,072
Usa DIU	0,091	0,003	16 518	15 628	1,506	0,037	0,084	0,097
Usa inyección	0,148	0,004	16 518	15 628	1,327	0,025	0,140	0,155
Usa implante	0,002	0,000	16 518	15 628	1,196	0,194	0,001	0,003
Usa condón	0,056	0,003	16 518	15 628	1,453	0,046	0,051	0,062
Usa esterilización femenina	0,123	0,003	16 518	15 628	1,301	0,027	0,116	0,129
Usa esterilización masculina	0,005	0,001	16 518	15 628	1,369	0,149	0,004	0,007
Usa ritmo actualmente	0,144	0,004	16 518	15 628	1,286	0,024	0,137	0,151
Usa retiro	0,032	0,002	16 518	15 628	1,284	0,055	0,028	0,035
Sector público como fuente	0,783	0,007	9 100	8 911	1,635	0,009	0,769	0,797
No desea más hijos	0,545	0,005	16 518	15 628	1,409	0,010	0,535	0,556
Desea esperar 2 años o más	0,194	0,004	16 518	15 628	1,368	0,022	0,186	0,203
Tamaño ideal de familia	2,391	0,010	27 316	27 366	1,392	0,004	2,371	2,412
Vacuna antitetánica	0,577	0,006	13 697	12 222	1,431	0,011	0,564	0,589
Atención médica al parto	0,469	0,008	13 697	12 222	1,620	0,018	0,452	0,485
Niños con diarrea últimas 2 semanas	0,154	0,004	13 130	11 754	1,194	0,027	0,146	0,162
Recibió tratamiento de SRO	0,687	0,013	2 211	1 810	1,164	0,019	0,661	0,714
Recibió tratamiento médico	0,384	0,014	2 211	1 810	1,209	0,037	0,355	0,413
Niños con tarjeta	0,621	0,013	2 594	2 366	1,271	0,021	0,596	0,647
Niños que recibieron BCG	0,962	0,004	2 594	2 366	1,121	0,005	0,953	0,971
Niños que recibieron DPT (3 dosis)	0,836	0,010	2 594	2 366	1,270	0,012	0,816	0,855
Niños que recibieron polio (3 dosis)	0,752	0,011	2 594	2 366	1,269	0,015	0,729	0,775
Recibieron vacuna antisarampionosa	0,719	0,012	2 594	2 366	1,239	0,016	0,696	0,742
Recibieron todas las vacunas	0,564	0,013	2 594	2 366	1,228	0,022	0,539	0,589
Peso para la talla 2 DE por debajo	0,009	0,001	11 585	10 477	1,040	0,106	0,007	0,011
Talla para la edad 2 DE por debajo	0,254	0,006	11 585	10 477	1,356	0,025	0,242	0,267
Peso para la edad 2 DE por debajo	0,071	0,003	11 585	10 477	1,138	0,042	0,065	0,077

Cuadro B.2.25 Errores de muestreo para la población de Tacna

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza para variables seleccionadas, Perú 2000

Variable	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalo de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
Población urbana	0,875	0,017	950	328	1,594	0,020	0,840	0,909
Sin educación	0,019	0,004	950	328	0,920	0,215	0,011	0,027
Con secundaria o más	0,782	0,019	950	328	1,421	0,024	0,744	0,820
Nunca se unió	0,367	0,019	950	328	1,220	0,052	0,329	0,406
Actualmente unida	0,536	0,019	950	328	1,186	0,036	0,497	0,574
Casada antes de los 20 años	0,367	0,020	763	264	1,173	0,056	0,326	0,408
Primera relación antes 18 años	0,334	0,018	763	264	1,051	0,054	0,298	0,370
Promedio de nacidos vivos 15-49	1,655	0,056	950	328	0,926	0,034	1,543	1,766
Promedio de nacidos vivos 40-49	3,611	0,167	190	66	1,099	0,046	3,276	3,945
Promedio de sobrevivientes 15-49	1,555	0,048	950	328	0,882	0,031	1,458	1,652
Conoce método anticonceptivo	0,982	0,006	509	176	1,009	0,006	0,971	0,994
Conoce método moderno	0,976	0,007	509	176	1,055	0,007	0,962	0,991
Alguna vez usó anticonceptivos	0,980	0,007	509	176	1,155	0,007	0,966	0,995
Actualmente usa anticonceptivos	0,794	0,017	509	176	0,973	0,022	0,759	0,829
Usa método moderno actualmente	0,601	0,020	509	176	0,904	0,033	0,562	0,640
Usa píldora	0,059	0,010	509	176	0,946	0,168	0,039	0,079
Usa DIU	0,128	0,016	509	176	1,096	0,127	0,095	0,160
Usa inyección	0,214	0,013	509	176	0,736	0,063	0,187	0,241
Usa implante	0,004	0,003	509	176	1,014	0,716	0,000	0,010
Usa condón	0,065	0,011	509	176	0,979	0,165	0,043	0,086
Usa esterilización femenina	0,116	0,015	509	176	1,083	0,133	0,085	0,147
Usa esterilización masculina	0,008	0,004	509	176	0,952	0,475	0,000	0,015
Usa ritmo actualmente	0,167	0,018	509	176	1,072	0,106	0,132	0,202
Usa retiro	0,020	0,005	509	176	0,745	0,233	0,010	0,029
Sector público como fuente	0,800	0,033	350	121	1,563	0,042	0,733	0,867
No desea más hijos	0,572	0,023	509	176	1,068	0,041	0,525	0,619
Desea esperar 2 años o más	0,157	0,013	509	176	0,792	0,081	0,132	0,183
Tamaño ideal de familia	2,157	0,041	947	327	1,239	0,019	2,075	2,240
Vacuna antitetánica	0,537	0,024	296	102	0,827	0,045	0,489	0,586
Atención médica al parto	0,794	0,034	296	102	1,291	0,043	0,726	0,861
Niños con diarrea últimas 2 semanas	0,066	0,018	290	100	1,227	0,271	0,030	0,101
Recibió tratamiento de SRO	0,684	0,102	19	7	0,955	0,149	0,481	0,888
Recibió tratamiento médico	0,632	0,103	19	7	0,929	0,163	0,426	0,837
Niños con tarjeta	0,776	0,042	49	17	0,701	0,054	0,692	0,859
Niños que recibieron BCG	1,000	0,000	49	17	NA	0,000	1,000	1,000
Niños que recibieron DPT (3 dosis)	0,878	0,031	49	17	0,664	0,035	0,815	0,940
Niños que recibieron polio (3 dosis)	0,857	0,036	49	17	0,714	0,042	0,786	0,929
Recibieron vacuna antisarampionosa	0,878	0,047	49	17	1,007	0,054	0,783	0,972
Recibieron todas las vacunas	0,776	0,046	49	17	0,773	0,059	0,683	0,868
Peso para la talla 2 DE por debajo	0,008	0,006	241	83	1,002	0,706	0,000	0,020
Talla para la edad 2 DE por debajo	0,054	0,014	241	83	0,915	0,264	0,025	0,082
Peso para la edad 2 DE por debajo	0,008	0,006	241	83	0,985	0,695	0,000	0,020

Cuadro B.2.32 Errores de muestreo para la tasa global de fecundidad por lugar de residencia

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza para variables seleccionadas, Perú 2000

Lugar de residencia	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalo de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
Área de residencia								
Urbana	2,217	0,050	NA	54 675	1,453	0,023	2,116	2,318
Rural	4,337	0,108	NA	23 329	1,702	0,025	4,120	4,553
Departamento								
Amazonas	3,831	0,315	NA	1 011	1,621	0,082	3,201	4,461
Ancash	3,374	0,270	NA	2 870	1,482	0,080	2,834	3,915
Apurímac	4,241	0,268	NA	999	1,346	0,063	3,706	4,776
Arequipa	2,242	0,246	NA	3 501	1,697	0,110	1,750	2,733
Ayacucho	4,190	0,289	NA	1 206	1,422	0,069	3,612	4,768
Cajamarca	3,536	0,281	NA	4 027	1,386	0,079	2,975	4,098
Cusco	4,003	0,300	NA	3 180	1,340	0,075	3,403	4,604
Huancavelica	6,136	0,317	NA	1 073	1,365	0,052	5,503	6,770
Huánuco	4,270	0,350	NA	2 076	1,648	0,082	3,570	4,971
Ica	2,520	0,158	NA	2 201	0,938	0,063	2,203	2,837
Junín	3,151	0,292	NA	3 671	1,655	0,093	2,566	3,735
La Libertad	2,852	0,251	NA	4 113	1,561	0,088	2,349	3,355
Lambayeque	2,359	0,254	NA	3 815	1,630	0,108	1,850	2,868
Lima	2,108	0,085	NA	26 899	1,125	0,040	1,938	2,278
Loreto	4,277	0,333	NA	2 259	1,609	0,078	3,610	4,944
Madre de Dios	3,542	0,216	NA	183	1,223	0,061	3,110	3,975
Moquegua	2,061	0,168	NA	490	1,274	0,081	1,726	2,396
Pasco	3,168	0,218	NA	694	1,259	0,069	2,733	3,603
Piura	2,656	0,177	NA	5 847	1,224	0,067	2,302	3,010
Puno	3,800	0,208	NA	4 681	1,158	0,055	3,385	4,215
San Martín	3,000	0,269	NA	1 922	1,536	0,090	2,463	3,538
Tacna	2,003	0,146	NA	921	1,124	0,073	1,711	2,295
Tumbes	2,298	0,137	NA	650	1,087	0,060	2,023	2,572
Ucayali	3,240	0,276	NA	1 051	1,616	0,085	2,689	3,791
Región natural								
Lima Metropolitana	2,017	0,085	NA	24 388	1,080	0,042	1,847	2,187
Resto Costa	2,354	0,084	NA	19 781	1,572	0,036	2,187	2,522
Sierra	3,719	0,099	NA	25 203	1,619	0,027	3,521	3,916
Selva	3,785	0,160	NA	8 632	2,049	0,042	3,465	4,106
Total	2,847	0,060	NA	78 004	1,750	0,021	2,727	2,967

NA: no aplicable

Cuadro B.2.35 Errores de muestreo para la mortalidad infantil por lugar de residencia

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza para variables seleccionadas, Perú 2000

Lugar de residencia	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalo de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2000								
Área de residencia								
Urbana	28,426	1,892	13 388	14 060	1,200	0,067	24,643	32,209
Rural	60,347	2,528	16 057	12 065	1,222	0,042	55,291	65,403
Departamento								
Amazonas	47,251	6,208	1 440	478	0,976	0,131	34,836	59,667
Ancash	49,972	7,397	1 087	1 180	0,987	0,148	35,177	64,766
Apurímac	70,953	8,239	1 533	529	1,074	0,116	54,475	87,430
Arequipa	39,892	9,598	861	922	1,310	0,241	20,696	59,089
Ayacucho	49,613	6,377	1 576	564	1,072	0,129	36,859	62,367
Cajamarca	50,558	7,412	1 090	1 721	1,104	0,147	35,733	65,382
Cusco	83,666	8,901	1 199	1 468	0,976	0,106	65,863	101,468
Huancavelica	70,492	7,805	1 617	679	1,129	0,111	54,883	86,102
Huánuco	63,250	6,283	1 466	1 044	0,916	0,099	50,685	75,816
Ica	21,362	3,999	804	626	0,794	0,187	13,364	29,360
Junín	43,017	4,938	1 099	1 335	0,780	0,115	33,142	52,892
La Libertad	45,054	7,207	1 016	1 346	1,011	0,160	30,640	59,467
Lambayeque	37,998	7,865	957	1 216	1,270	0,207	22,267	53,729
Lima	19,726	3,065	2 411	6 232	1,076	0,155	13,597	25,856
Loreto	52,983	7,003	1 467	1 126	1,142	0,132	38,978	66,989
Madre de Dios	27,654	4,445	1 236	78	0,912	0,161	18,763	36,544
Moquegua	28,181	5,411	715	119	0,893	0,192	17,358	39,003
Pasco	57,944	7,054	1 160	277	0,922	0,122	43,835	72,053
Piura	36,789	6,808	1 229	1 998	1,125	0,185	23,173	50,405
Puno	59,230	6,876	1 599	1 500	1,082	0,116	45,477	72,983
San Martín	48,509	7,760	1 157	817	1,164	0,160	32,989	64,029
Tacna	23,841	6,091	656	227	1,072	0,256	11,658	36,024
Tumbes	35,580	6,109	849	188	0,990	0,172	23,363	47,798
Ucayali	51,639	7,094	1 221	453	1,103	0,137	37,451	65,828
Región natural								
Lima Metropolitana	17,418	3,122	1 889	5 306	1,057	0,179	11,173	23,663
Resto Costa	34,349	3,220	6 113	5 915	1,338	0,094	27,908	40,789
Sierra	57,596	2,578	13 944	10 958	1,171	0,045	52,441	62,751
Selva	50,774	3,679	7 499	3 946	1,396	0,072	43,415	58,133
Total	43,173	1,640	29 445	26 124	1,213	0,038	39,893	46,452
ESTIMACIONES PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2000								
Área urbana	23,608	2,380	6 399	6 845	1,178	0,100	18,840	28,368
Área rural	44,880	3,236	7 689	5 735	1,272	0,070	38,400	51,352
Total	33,311	2,013	14 088	12 580	1,202	0,060	29,280	37,337
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 1996								
Área urbana	34,934	1,839	17 999	18 196	1,225	0,053	31,255	38,613
Área rural	71,023	3,000	17 255	12 943	1,339	0,042	65,023	77,023
Total	49,912	1,798	35 254	31 139	1,327	0,036	46,316	53,509

Cuadro B.2.37 Errores de muestreo para la mortalidad en la niñez por lugar de residencia

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza para variables seleccionadas, Perú 2000

Lugar de residencia	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalo de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2000								
Área de residencia								
Urbana	39,028	2,227	13 430	14 102	1,228	0,057	34,573	43,483
Rural	85,287	3,127	16 172	12 154	1,301	0,037	79,033	91,540
Departamento								
Amazonas	68,484	7,315	1 449	481	0,964	0,107	53,855	83,114
Ancash	71,751	10,077	1 094	1 188	1,158	0,140	51,597	91,906
Apurímac	93,942	8,635	1 541	532	1,034	0,092	76,671	111,212
Arequipa	57,588	18,297	864	925	1,996	0,318	20,995	94,182
Ayacucho	68,259	8,112	1 584	567	1,158	0,119	52,034	84,484
Cajamarca	68,936	9,913	1 097	1 733	1,281	0,144	49,110	88,762
Cusco	108,004	9,563	1 210	1 482	0,971	0,089	88,878	127,129
Huancavelica	107,713	9,651	1 636	687	1,149	0,090	88,411	127,014
Huánuco	93,218	7,644	1 476	1 051	0,932	0,082	77,931	108,505
Ica	32,236	6,541	806	628	0,935	0,203	19,153	45,318
Junín	62,056	6,608	1 107	1 344	0,840	0,106	48,840	75,272
La Libertad	60,449	8,256	1 017	1 348	1,004	0,137	43,938	76,961
Lambayeque	47,047	8,635	958	1 217	1,216	0,184	29,777	64,316
Lima	26,855	3,650	2 422	6 255	1,109	0,136	19,556	34,155
Loreto	78,651	7,369	1 474	1 131	0,993	0,094	63,912	93,390
Madre de Dios	39,850	5,252	1 239	78	0,940	0,132	29,345	50,355
Moquegua	33,029	6,097	716	120	0,928	0,185	20,836	45,222
Pasco	77,505	9,035	1 164	278	0,982	0,117	59,435	95,575
Piura	53,791	7,731	1 235	2 008	1,148	0,144	38,329	69,252
Puno	85,045	8,033	1 609	1 509	1,112	0,094	68,979	101,110
San Martín	69,671	8,512	1 163	821	1,043	0,122	52,647	86,696
Tacna	34,280	7,151	658	227	1,054	0,209	19,977	48,582
Tumbes	46,523	8,733	851	188	1,219	0,188	29,056	63,990
Ucayali	80,176	7,872	1 232	457	0,982	0,098	64,433	95,920
Región natural								
Lima Metropolitana	22,519	3,605	1 894	5 320	1,079	0,160	15,308	29,729
Resto Costa	46,076	3,764	6 128	5 933	1,397	0,082	38,548	53,604
Sierra	81,221	3,313	14 037	11 032	1,307	0,041	74,595	87,847
Selva	74,581	3,845	7 543	3 971	1,209	0,052	66,892	82,271
Total	60,381	2,052	29 602	26 256	1,308	0,034	56,277	64,485
ESTIMACIONES PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2000								
Área urbana	32,410	2,770	6 434	6 876	1,187	0,080	26,870	37,949
Área rural	63,611	3,782	7 762	5 792	1,289	0,050	56,040	71,176
Total	46,726	2,388	14 196	12 668	1,230	0,050	41,950	51,502
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 1996								
Área urbana	46,425	2,184	18 062	18 245	1,276	0,047	42,057	50,793
Área rural	99,579	3,748	17 351	13 016	1,412	0,038	92,083	107,075
Total	68,426	2,264	35 413	31 261	1,422	0,033	63,897	72,955

LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS

APENDICE

C

LISTA DE CUADROS

Página

CAPITULO 1

Cuadro 1.1	Composición del producto bruto interno	23
------------	--	----

CAPITULO 2

Cuadro 2.1	Composición de la población total por edad, sexo y residencia urbana-rural	32
Cuadro 2.2	Nivel de educación de la población masculina de 6 años y más	33
Cuadro 2.3	Nivel de educación de la población femenina de 6 años y más	33
Cuadro 2.4	Asistencia escolar de la población en los hogares	34
Cuadro 2.5	Composición de los hogares	35
Cuadro 2.6	Niños según sobrevivencia de los padres y situación de residencia	36
Cuadro 2.7	Características de las viviendas	37
Cuadro 2.8	Bienes de consumo duraderos por área de residencia	38

CAPITULO 3

Cuadro 3.1	Nivel de educación de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas	42
Cuadro 3.2	Nivel de educación más alto alcanzado y razones de abandono	43
Cuadro 3.3	Alfabetismo por características seleccionadas	44
Cuadro 3.4	Acceso a los medios masivos de comunicación	45
Cuadro 3.5	Trabajo en los últimos 12 meses y tipo actual de empleo, según características seleccionadas	46
Cuadro 3.6	Tipo de ocupación de las mujeres, según características seleccionadas	47
Cuadro 3.7	Empleador y forma de remuneración de las mujeres que trabajan, según características seleccionadas	48
Cuadro 3.8	Persona que decide como gastar los ingresos y gastos del hogar que paga la entrevistada, según características seleccionadas	49
Cuadro 3.9	Control de los ingresos para la contribución a los gastos del hogar (mujeres unidas)	50
Cuadro 3.9a	Control de los ingresos para la contribución a los gastos del hogar (mujeres no unidas)	50
Cuadro 3.10	Decisiones en el hogar (mujeres unidas)	51
Cuadro 3.10a	Decisiones en el hogar (mujeres no unidas)	51
Cuadro 3.11	Última palabra en decisiones del hogar según características seleccionadas	52
Cuadro 3.12	Razones específicas para rehusar relaciones sexuales con el esposo	53

CAPITULO 4

Cuadro 4.1	Niveles de fecundidad	58
Cuadro 4.2	Fecundidad y paridez por lugar de residencia y educación	59
Cuadro 4.3	Fecundidad por edad para varios quinquenios anteriores a la encuesta	60
Cuadro 4.4	Número de nacidos vivos y sobrevivientes de las mujeres entrevistadas, según edad	61
Cuadro 4.5	Intervalos entre nacimientos	62
Cuadro 4.6	Edad al primer nacimiento	63
Cuadro 4.7	Edad mediana al primer nacimiento	63
Cuadro 4.8	Fecundidad en adolescentes	64
Cuadro 4.9	Número de hijos en mujeres adolescentes	64

CAPITULO 5

Cuadro 5.1	Conocimiento de métodos específicos entre las mujeres entrevistadas	68
Cuadro 5.2	Conocimiento de métodos entre las mujeres en unión, por características seleccionadas	69
Cuadro 5.3	Uso alguna vez de métodos anticonceptivos específicos entre las mujeres entrevistadas	70
Cuadro 5.4	Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas	71
Cuadro 5.5	Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres en unión	72
Cuadro 5.6	Número de hijos al usar métodos por primera vez	73
Cuadro 5.7	Conocimiento del período fértil	74
Cuadro 5.8	Información suministrada durante la prescripción de métodos modernos	76
Cuadro 5.9	Razones de discontinuación de métodos anticonceptivos	77
Cuadro 5.10	Uso futuro de anticoncepción entre mujeres que no usan actualmente	78
Cuadro 5.11	Exposición a mensajes de planificación familiar en medios de comunicación	80
Cuadro 5.12	Contacto de mujeres no usuarias con proveedores de planificación familiar	81
Cuadro 5.13	Discusión de planificación familiar entre parejas	82
Cuadro 5.14	Percepción de las mujeres con relación a la actitud de sus cónyuges sobre la planificación familiar	82

CAPITULO 6

Cuadro 6.1	Estado conyugal actual	86
Cuadro 6.2	Tipo de relación sexual de las mujeres no unidas	86
Cuadro 6.3	Edad a la primera unión por edad actual de las mujeres	87
Cuadro 6.4	Edad mediana a la primera unión	87
Cuadro 6.5	Edad a la primera relación sexual	88
Cuadro 6.6	Edad mediana a la primera relación sexual	89
Cuadro 6.7	Actividad sexual reciente	90
Cuadro 6.8	Amenorrea, abstinencia e insusceptibilidad de postparto	91
Cuadro 6.9	Duración mediana de insusceptibilidad de postparto	91
Cuadro 6.10	Terminación de exposición al riesgo de embarazo: menopausia	92

CAPITULO 7

Cuadro 7.1	Preferencia de fecundidad por número de hijos sobrevivientes	96
Cuadro 7.2	Preferencia de fecundidad por edad actual de las mujeres	97
Cuadro 7.3	Mujeres que no desean más hijos por características seleccionadas	97
Cuadro 7.4	Necesidad de servicios de planificación familiar para las mujeres en unión, por características seleccionadas	99
Cuadro 7.5	Número ideal y promedio ideal de hijos	101
Cuadro 7.6.	Promedio ideal de hijos según características seleccionadas	101
Cuadro 7.7	Planificación de la fecundidad	102
Cuadro 7.8	Fecundidad deseada y observada	103

CAPITULO 8

Cuadro 8.1	Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios	108
Cuadro 8.2	Mortalidad infantil y en la niñez en los diez años anteriores a la encuesta, según características seleccionadas	109
Cuadro 8.3	Mortalidad perinatal según características seleccionadas	110
Cuadro 8.4	Categorías de alto riesgo reproductivo	111

CAPITULO 9

Cuadro 9.1	Percepción del acceso a los servicios de salud como un gran problema	116
Cuadro 9.2	Atención prenatal para los menores de cinco años	117
Cuadro 9.3	Contenido de la atención prenatal para menores de cinco años	118
Cuadro 9.4	Vacuna contra el tétanos neonatal	119
Cuadro 9.5	Lugar del parto para los nacimientos en los últimos cinco años	120
Cuadro 9.6	Atención durante el parto para los menores de cinco años de edad por características seleccionadas	121
Cuadro 9.7	Características del parto: nacimientos por cesárea y peso al nacer para los menores de cinco años	122
Cuadro 9.8	Problemas postnatales por características seleccionadas	124
Cuadro 9.9	Atención médica para los problemas postnatales	125
Cuadro 9.10	BCG, DPT, Polio y Sarampión: niños vacunados a la edad apropiada	129
Cuadro 9.11	Prevalencia de infecciones respiratorias agudas para los menores de cinco años	130
Cuadro 9.12	Prevalencia de diarrea para los menores de cinco años	132
Cuadro 9.13	Conocimiento de SRO	133
Cuadro 9.14	Eliminación de las deposiciones de los niños	135

CAPITULO 10

Cuadro 10.1	Lactancia inicial para niños menores de cinco años	140
Cuadro 10.2	Situación de la lactancia para niños menores de tres años	142
Cuadro 10.2a	Duración de la lactancia para niños menores de tres años	143
Cuadro 10.3	Micronutrientes	146
Cuadro 10.4	Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, por características seleccionadas	148
Cuadro 10.5	La talla como indicador de la estado nutricional de las mujeres	149

Cuadro 10.5a	El índice de masa corporal como indicador de la situación nutricional de las madres según características seleccionadas	151
Cuadro 10.6	Prevalencia de anemia en mujeres	153

CAPITULO 11

Cuadro 11.1	Conocimiento de VIH/SIDA en general por parte de las mujeres entrevistadas y conocimiento particular de formas válidas y específicas de evitar el VIH/SIDA	158
Cuadro 11.2	Conocimiento de formas para evitar el contagio entre las mujeres con conocimiento del VIH/SIDA	159
Cuadro 11.3	Fuente de conocimiento del VIH/SIDA	160
Cuadro 11.4	Conocimiento de asuntos relacionados con el VIH/SIDA	161
Cuadro 11.5	Aspectos sociales de la prevención del SIDA y su mitigación	162
Cuadro 11.6	Conocimiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ETS específicas	163
Cuadro 11.7	Conocimiento de síntomas y signos de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)	164
Cuadro 11.8	Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual por características seleccionadas	165
Cuadro 11.9	Fuente de tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual	165
Cuadro 11.10	Número de parejas sexuales de las mujeres no en unión	166
Cuadro 11.11	Conocimiento y uso del condón	167
Cuadro 11.12	Uso de condón por tipo de compañero	168

CAPITULO 12

Cuadro 12.1	Violencia intrafamiliar: apoyo emocional y violencia verbal por parte del esposo	172
Cuadro 12.2	Violencia intrafamiliar: persona que ejerció la violencia y frecuencia de ésta	173
Cuadro 12.3	Violencia intrafamiliar: persona que ejerció la violencia física	174
Cuadro 12.4	Violencia intrafamiliar: uso de alcohol por parte del esposo o compañero	175
Cuadro 12.5	Violencia intrafamiliar: búsqueda de ayuda ante la violencia	176
Cuadro 12.6	Violencia intrafamiliar: persona a quién pidió ayuda cuando la maltrataron	177
Cuadro 12.7	Violencia intrafamiliar: institución donde buscó ayuda	177
Cuadro 12.8	Violencia intrafamiliar: razones para no demandar al agresor o no buscar ayuda o consejo	178
Cuadro 12.9	Violencia intrafamiliar: forma como castigan los esposos o compañeros a sus hijos	179
Cuadro 12.10	Violencia intrafamiliar: forma como castigan las mujeres a sus hijos	180
Cuadro 12.11	Violencia intrafamiliar: forma como castigaban los padres a la entrevistada	181
Cuadro 12.12	Violencia intrafamiliar: creencia en la necesidad de castigo físico en la educación de los hijos	182
Cuadro 12.13	Violencia intrafamiliar: mujeres que declararon que su padre golpeaba a la madre de la entrevistada	182

ANEXO

Cuadro 2.4	Nivel de Educación de la población masculina de 6 años y más	185
Cuadro 2.5	Nivel de Educación de la población femenina de 6 años y más	185
Cuadro 3.5	Alfabetismo por características seleccionadas	186
Cuadro 4.3	Fecundidad y paridez por lugar de residencia y educación	186
Cuadro 5.5	Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas por características seleccionadas	187
Cuadro 7.6.1	Necesidad de Servicios de planificación familiar para las mujeres en unión por características seleccionadas	187
Cuadro 9.7	Atención durante el parto para los menores de cinco años de edad, por características socioeconómicas seleccionadas	188
Cuadro 9.12	Cuidado postnatal por características seleccionadas	189
Cuadro 9.16	Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas para los menores de cinco años	190
Cuadro 9.19	Prevalencia de diarrea para los menores de cinco años	191
Cuadro 9.20	Conocimiento de SRO y aplicación del patrón adecuado de alimentación para el cuidado de la diarrea por características seleccionadas	192
Cuadro 10.8	Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, por características socioeconómicas	193
Cuadro 10.14	Prevalencia de anemia en mujeres	193
Cuadro 10.15	Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años	194
Cuadro 11.7	Conocimiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ETS específicas	194

APENDICE A

Cuadro A.1	Número de conglomerados urbanos y rurales por departamentos	199
Cuadro A.2	Implementación de la Muestra: hogares	202
Cuadro A.3	Implementación de la Muestra: mujeres	202

APENDICE B

Cuadro B.1	Variables seleccionadas para el cálculo de los errores de muestreo	207
Cuadro B.2.1	Errores de muestreo para la población total	208
Cuadro B.2.25	Errores de muestreo para la población de Tacna	209
Cuadro B.2.32	Errores de muestreo para la tasa global de fecundidad por lugar de residencia	210
Cuadro B.2.35	Errores de muestreo para la mortalidad infantil por lugar de residencia	211
Cuadro B.2.37	Errores de muestreo para la mortalidad en la niñez por lugar de residencia	212

LISTA DE GRAFICOS

Página

CAPITULO 2

Gráfico 2.1	Población De Facto del departamento de Tacna	32
-------------	--	----

CAPITULO 3

Gráfico 3.1	Mujeres entrevistadas por edad, estado conyugal y área de residencia	41
-------------	--	----

CAPITULO 5

Gráfico 5.1	Fuente de suministro para métodos modernos en usuarias actuales	74
Gráfico 5.2	Preferencia de método para uso futuro	78
Gráfico 5.3	Razones para no querer usar métodos anticonceptivos	79

CAPITULO 9

Gráfico 9.1	Atención prenatal para niños menores de cinco años	118
Gráfico 9.2	Complicaciones durante el parto	123
Cuadro 9.3	Proveedores de atención postnatal para menores de cinco años	126
Gráfico 9.4	Síntomas que conllevan a la madre a buscar ayuda médica inmediata	127
Gráfico 9.5a	Porcentaje de niños con tarjeta de vacunación según sexo	128
Gráfico 9.5b	Vacunación en cualquier momento por vacunas específicas de los niños de 18 a 29 meses	128
Gráfico 9.6	Porcentaje de niños menores de cinco años que tuvieron IRA y fueron llevados a proveedores de salud	131
Gráfico 9.7	Prácticas alimentarias durante la diarrea	133
Gráfico 9.8	Tratamiento de la diarrea en menores de cinco años	134

CAPITULO 10

Gráfico 10.1	Situación de lactancia para niños menores de 6 meses	142
Gráfico 10.2	Porcentaje de niños menores de seis meses que recibieron pecho seis ó más veces y número promedio de veces	144
Gráfico 10.3a	Porcentaje de menores de tres años por tipo de comidas recibidas (lactantes)	145
Gráfico 10.3b	Porcentaje de menores de tres años por tipo de comidas recibidas (no lactantes)	145
Gráfico 10.4	Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años gráfico	154
Gráfico 10.5	Prevalencia de anemia en niños cuyas madres no son anémicas	154

Créditos

TACNA: INFORME DEPARTAMENTAL DE LA ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES IV

DIRECCION Y SUPERVISION.

Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales

ROSARIO AQUIJE VALDEZ
GENARA RIVERA ARAUJO

Directora Técnica
Directora Técnica Adjunta

EQUIPO DE TRABAJO:

LUIS ULLOA JESUS

Director Ejecutivo de Demografía

FLOR SUAREZ RODRIGUEZ

Coordinadora del equipo de analistas

MARIA HERRERA ALI

Analista Responsable

EDGARDO LOPEZ MENDOZA

Revisor

ROCIO GAMARRA JUAREZ

Procesamiento de textos y gráficos

DIAGRAMACION Y EDICION:

Centro de Edición de la OTD