

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2000

Departamento de Moquegua

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°	:	650-OTA-INEI
Depósito Legal	:	N° 1501132001-3733



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 Moquegua, el cual provee información actualizada sobre la situación demográfica, los aspectos de salud reproductiva y de salud materno infantil del departamento de Moquegua.

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 Moquegua, 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.....	17
I. INTRODUCCIÓN	21
1.1 Antecedentes y Objetivos de la Encuesta	21
Antecedentes y Justificación	21
Objetivos de la Encuesta	21
1.2 Aspectos Metodológicos	22
Población Bajo Estudio	22
Diseño y Tamaño de la Muestra para la ENDES 2000	22
Cuestionarios y Principales Temas Investigados	22
1.3 Aspectos Operativos de la Encuesta	24
Entrenamiento del Personal	24
Recolección de los Datos	24
Consistencias y Procesamiento de Datos	24
1.4 Contexto Económico y Políticas de Población y Salud	25
Perú: Economía, Programa Nacional de Población y Programa de Salud al año 2000	25
Economía	25
Política y Programa Nacional de Población	26
Plan Nacional de Población 1998 - 2002	26
Salud Reproductiva y Programa de Planificación Familiar 1996-2000	26
Programas y Prioridades de Salud	27
Acciones en favor de la Mujer	27
Erradicación de la Violencia Contra la Mujer	28
1.5 Nivel Departamental	28
1.5.1 Moquegua: Aspectos Geográficos y Políticos Administrativos	28
Aspectos Geográficos	28
Aspectos Políticos Administrativos	29
Población	29
Economía	29
1.5.2 Moquegua: Tamaño de la Muestra de la ENDES IV	29

II.	CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION	33
2.1	Características de la Población del Departamento de Moquegua	33
	Población por Edad, Sexo y Residencia Urbana-Rural	33
	Nivel de Educación y Asistencia a Centros de Enseñanza Regular	35
	Asistencia Escolar	36
	Composición de los Hogares	37
2.2	Características de las Viviendas	38
	Disponibilidad de Bienes de Consumo Duradero y Medio de Transporte	40
III.	CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES	43
3.1	Entrevistadas por Edad, Estado Conyugal y Area de Residencia	43
3.2	Nivel de Educación	44
3.3	Acceso a los Medios Masivo de Comunicación	47
3.4	Situación Laboral	48
3.5	Decisiones sobre Aspectos importantes en el Hogar	50
IV.	FECUNDIDAD	59
4.1	Niveles, Tendencias y Diferenciales de la Fecundidad	59
4.2	Fecundidad Acumulada	62
4.3	Intervalos entre Nacimientos	63
4.4	Edad de la Madre al Nacimiento del Primer Hijo	64
4.5	Fecundidad en Adolescentes	66
V.	PLANIFICACION FAMILIAR	69
5.1	Conocimiento de Métodos	69
5.2	Uso de Métodos Anticonceptivos	71
	El Uso Pasado	71
	Prevalencia Actual del Uso de Métodos	72
	Diferenciales en los Niveles de Uso Actual	74
	Número de Hijos al Iniciar el Uso de Anticonceptivos	75
	Conocimiento del Período Fértil	76
	Fuentes de Suministro de Métodos Modernos	76

5.3	Discontinuación del Uso de Métodos y Uso Futuro	80
	Razones de Discontinuación del Uso de Métodos Anticonceptivos	80
	Intenciones de Uso en el Futuro	81
	Mensajes sobre Planificación Familiar: Exposición y Aceptabilidad	82
	Discusión sobre la Planificación Familiar entre parejas	85
VI.	OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD	89
6.1	Estado Conyugal Actual	89
6.2	Edad a la Primera Unión Conyugal	91
6.3	Edad a la Primera Relación Sexual	91
6.4	Actividad Sexual Previa y Reciente	93
6.5	Infertilidad Postparto	94
6.6	Exposición al Riesgo de Embarazo entre las Mujeres de 30 y Más Años	96
VII.	PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD	99
7.1	El Deseo de Más Hijos	99
7.2	La Necesidad Insatisfecha y la Demanda de Servicios de Planificación Familiar	102
	La Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar	102
	La Demanda Total de Planificación Familiar	102
7.3	Número Ideal de Hijos	104
7.4	Planificación de la Fecundidad	105
7.5	Tasas de Fecundidad Deseada	106
VIII.	MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ	111
8.1	Mortalidad Infantil y en la Niñez	111
	Niveles y Tendencias de la Mortalidad Infantil y en la Niñez	112
8.2	Diferenciales de la Mortalidad Infantil y en la Niñez	112
8.3	La Mortalidad Perinatal	113
8.4	Grupos de Alto Riesgo Reproductivo	114

IX.	SALUD MATERNO-INFANTIL	119
9.1	Atención Prenatal y Asistencia en el Parto	119
	Atención Prenatal	119
	Toxoide Antitetánico	122
9.2	Asistencia del Parto	124
	Lugar de Ocurrencia del Parto	124
	Tipo de Asistencia Durante el Parto	125
	Características del Parto	125
9.3	Cuidado Postnatal de las Madres	127
9.4	Síntomas que Llevan a Buscar Ayuda Médica	130
9.5	Vacunación	131
	Vacunación en Cualquier Momento	132
	Vacunación a la Edad Apropiaada	132
9.6	Enfermedades Respiratorias Agudas	133
9.7	Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea	135
	Prevalencia de la Diarrea	136
	Conocimiento del Cuidado de la Diarrea	136
	Formas de Eliminación de las Deposiciones de los Niños	139
X.	LACTANCIA Y NUTRICION DE NIÑOS Y MADRES	143
10.1	Iniciación de la Lactancia	143
10.2	Lactancia y Alimentación Suplementaria según Edad del Niño	145
10.3	Duración de la Lactancia según Características Seleccionadas	146
10.4	Tipo de Alimentación Complementaria según Meses desde el Nacimiento	148
10.5	Nutrición de los Niños	151
	Prevalencia de la Desnutrición Crónica	151
	Prevalencia de la Desnutrición Aguda o Emaciación	151
	Prevalencia de la Desnutrición Global o General	151
10.6	Nutrición de las Mujeres	153
	Estatura de las Mujeres en Edad Fértil	154
	Peso y Masa Corporal de las Mujeres	155

10.7 Anemia en Niños y Mujeres	156
Introducción	156
Prueba de Anemia	157
Resultados	158
 XI. CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y OTRAS ETS	163
11.1 Conocimiento de VIH/SIDA y Formas de Evitar el Contagio	163
11.2 Conocimiento de Asuntos Relacionados con el VIH/SIDA	166
11.3 Conocimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)	168
11.4 Prevalencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual	170
11.5 Conducta Sexual, Uso de Condón y Acceso al Condón	172
 XII. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS NIÑOS	177
12.1 Violencia Verbal del Esposo contra la Mujer	177
12.2 Violencia Física contra la Mujer	179
12.3 Solicitud de Ayuda y Denuncia del Maltrato	182
12.4 Maltrato a los Niños	184
 ANEXO	193
 APENDICE A: DISEÑO Y COBERTURA DE LA MUESTRA	205
A.1 Introducción	205
A.2 Diseño y Selección	205
Unidades de Muestreo	205
Marco Muestral	205
Composición de la Muestra	206
Selección de la Muestra	206
Rendimiento de la Muestra	209
Metodología de Estimación	209
 APENDICE B: LOS ERRORES DE MUESTREO	213
 APENDICE C: LISTA DE CUADROS	221
LISTA DE GRAFICOS	226

RESUMEN General

ANTECEDENTES

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). Su finalidad es proporcionar los encargados de diseñar políticas y programas sociales, de salud reproductiva y salud materno-infantil, información actualizada del departamento de Moquegua, sobre niveles actuales de fecundidad y mortalidad infantil, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, fuentes de obtención de los métodos, salud materno infantil, prevalencia de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, vacunación y estado nutricional de madres y niños. Asimismo, el conocimiento y actitudes hacia el SIDA y la accesibilidad a los servicios de salud materno-infantil gubernamentales y/o privados.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2000) tiene como población objetivo a los hogares particulares y sus miembros, las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años, realizadas en una muestra probabilística, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento del país. En una submuestra de la ENDES IV, a todas las mujeres y los niños menores de 5 años se les realizó una Prueba de Hemoglobina para el estudio de los niveles de anemia. Se aplicaron dos cuestionarios: un cuestionario del hogar por cada vivienda seleccionada y un cuestionario individual para cada una de las mujeres entre 15 y 49 años. En el departamento de Moquegua, la muestra fue de 1372 hogares y 1,111 mujeres. Se obtuvo el 87 por ciento de entrevistas completas en hogares y el 93 por ciento en mujeres.

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.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y LOS HOGARES

En el año 2000, la población estimada para el Perú fue de 25.7 millones de habitantes. Para el mismo año, la población del departamento de Moquegua fue estimada en 147,374 habitantes, la cual representa el 0.6 por ciento de la población nacional.

La población de Moquegua puede ser caracterizada como relativamente joven, con una tendencia al envejecimiento. El 29 por ciento de la población es menor a 15 años. La mediana de edad del departamento es de 26.8 años. En Moquegua hay un mayor porcentaje de mujeres que de varones (50.4% y 49.6%, respectivamente) y el índice de masculinidad es de 98.2 por ciento.

La mediana de años de educación, alcanzada por la población de 6 años a más del departamento es de 8.7 años de estudio en los hombres y 7.2 años en las mujeres. La mediana de años de estudio de los varones residentes en el área urbana casi es el doble de su similar rural (10 años y 6 años). En el caso de las mujeres, la mediana de estudios de las residentes urbanas es mayor en 4 años que la mediana de las mujeres del área rural (5 años).

El 78 por ciento de los hogares del departamento de Moquegua tiene como jefes de hogar a varones. El área urbana presenta un porcentaje ligeramente mayor que el área rural de hogares con jefatura masculina (79% y 76%). Los hogares con jefatura femenina presentan una situación opuesta: el área rural alcanza el 24 por ciento, mientras que el área urbana el 21 por ciento.

El promedio de miembros por hogar es de cuatro personas. En el área urbana, los hogares con 3 y 4 miembros constituyen el 49 por ciento, mientras que en el área rural la más alta proporción se concentra en hogares de uno y dos miembros (44%).

CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS Y LOS HOGARES

Más de la quinta parte de los hogares del departamento de Moquegua (21%) no tienen servicio de electricidad. El 58 por ciento de los hogares rurales no cuentan con este servicio. Mientras que sólo el 5 por ciento de los hogares del área urbana se encuentran en esta condición.

En cuanto a la fuente de aprovisionamiento de agua el 86 por ciento de los hogares tiene red pública dentro o fuera de la vivienda. Por área de residencia, es el área urbana donde alcanza la mayor proporción (98%), el área rural se abastece por esta fuente en un 58 por ciento.

El 32 por ciento de los hogares del área rural cuentan con letrina, con este servicio en el área urbana solo cuenta el 16 por ciento de los hogares.

El 89 por ciento de los hogares posee radio y 77 por ciento televisión, siendo los hogares urbanos los que presentan mayores proporciones. Otros bienes, como refrigerador o teléfono, lo tienen menores porcentajes de hogares (47% y 21%, respectivamente).

CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 27 por ciento de la población total del departamento y el 54 por ciento del total de mujeres. En el área urbana se presenta un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil que en el área rural (57% y 45%, respectivamente).

Cerca de un quinto de las mujeres entrevistadas tiene algún año de educación primaria, el 45 por ciento secundaria y el 34 por ciento alcanzó nivel superior. La mediana de años de escolaridad en el departamento es de 10.3 años, siendo mayor en el área urbana (10.6 años) que en la rural (7.5 años).

Del 21 por ciento de las mujeres con primaria o sin nivel de educación, el 14 por ciento podía leer fácilmente, 4 por ciento no lee con facilidad y 3 por ciento declaró que no puede leer.

La mayoría de las mujeres en edad fértil tuvo un trabajo en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta (69%). El 43 por ciento cuenta con trabajo permanente y solo el 7 por ciento lo hace ocasionalmente, mientras que 9 por ciento trabaja por temporada.

La mayoría de mujeres deciden ellas mismas en que gastar el dinero que ganan (63%). Las mayores proporciones de mujeres con esta característica se presentan entre las menores de 20 años, las mujeres divorciadas, separadas, viudas (99%) y las solteras (93%), las que habitan en el área urbana (68%) y las que tienen un nivel de educación de secundaria y más.

FECUNDIDAD

Niveles y Tendencias

La tasa global de fecundidad del departamento de Moquegua es de 2.1 hijos por mujer, mientras para el total del país esta tasa es de 2.9 hijos por mujer. En el área urbana del departamento las mujeres tienen menos hijos que en el área rural (la TGF es de 2 hijos por mujer y 2.4, respectivamente).

La fecundidad y la educación tienen una relación inversa, la TGF de las mujeres con educación primaria (3.4 hijos por mujer) es casi el doble de la tasa de fecundidad de las mujeres con educación superior (1.8 hijos por mujer).

Fecundidad Adolescente

En el departamento de Moquegua, el 6 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres y el 1 por ciento está embarazada con el primer hijo. Pero, se observan diferencias según el área de residencia: las mujeres del área rural que ya son madres (13%), superan en 9 puntos porcentuales a las del área urbana (4%).

Nupcialidad y Exposición al Riesgo del Embarazo

El 61 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) viven en estado de unión conyugal: 34% es casada y 26% es convivientes. El 31% del total de mujeres en edad fértil es soltera. La proporción de solteras es mayor en el área urbana (32%) que en el área rural (29%). Asimismo, el mayor porcentaje de solteras se presenta en las mujeres de menor edad y las que tienen educación secundaria.

Estado conyugal y edad a la primera Unión

En el departamento de Moquegua la edad mediana a la primera unión conyugal de las mujeres de 25 a 49 años de edad, es 21.6 años. La proporción de mujeres que se unen antes de los 20 años parece estar en descenso: el 39 por ciento de las mujeres de 45-49 años se unían antes de cumplir esa edad, mientras que la proporción de mujeres de 30-34 años es menor en 8 puntos (31%). Pero, luego se presenta un ascenso en las mujeres de 15-19 años (35%), para siempre en un porcentaje menor a las mujeres de más edad.

Sin embargo, la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25-49 años de edad, es 18.9 años. Esta cifra es 2.7 años menor que la edad mediana a la primera unión conyugal (21.6 años). La proporción de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años alcanza al 59 por ciento de las mujeres de 25 a 49 años y va en descenso hasta llegar a 53 por ciento en mujeres de 20 a 24 años.

Infertilidad Postparto

Al momento de la entrevista, el 23 por ciento de las madres con niños menores de 3 años estaban en amenorrea, el 13 por ciento en abstinencia sexual y un 28 por ciento en condición de insusceptibilidad de postparto.

La amenorrea postparto tiene una duración promedio de 9.6 meses, la abstinencia de 5.3 meses mientras la insusceptibilidad dura en promedio 11 meses.

Preferencias de Fecundidad

En el departamento de Moquegua, el 51 por ciento de las mujeres actualmente unidas no desea tener más hijos en el futuro. Si se adiciona las esterilizadas (15%), se obtiene que más de 6 de cada 10 mujeres no desea más hijos. El deseo de tener un hijo antes de los próximos dos años es expresado por 12 por ciento de mujeres unidas y el 17 por ciento desea tener un hijo dentro de dos años o más. Las indecisas sobre sus preferencias y las infértiles alcanzan a 4 por ciento.

La mayoría de las mujeres en unión del departamento de Moquegua no desea tener más hijos, incluyendo a las esterilizadas (66%). Este deseo es mayor entre las mujeres del área rural (73%) que entre las del área urbana (64%). En ambas áreas las mujeres unidas que no desean tener más hijos se incrementa entre las que tienen 2 o más hijos vivos.

Número Ideal de Hijos

El número promedio ideal de hijos para todas las entrevistadas en el departamento de Moquegua es de 2.1 y el promedio ideal de hijos de las mujeres unidas es 2.2.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos

El conocimiento de métodos anticonceptivos, en el departamento de

Moquegua, es muy extendido. Casi la totalidad de mujeres en edad fértil conoce o ha oído hablar de algún método anticonceptivo. Respecto a los métodos modernos, la proporción de mujeres que los conoce también es elevada, presentando porcentajes similares entre las mujeres actualmente unidas y el total de mujeres (99.4% en ambos casos).

El uso de métodos anticonceptivos en el departamento de Moquegua registra porcentajes que se pueden considerar como altos con relación al resto de departamentos. El departamento constituye, junto con Lima Metropolitana, Junín, Arequipa, Ica, Tumbes y Tacna, el departamento con mayores porcentajes de uso de métodos modernos por las mujeres actualmente unidas. En cuanto al uso de cualquier método tradicional, el departamento de Moquegua es uno de los que presenta porcentajes bajos de uso (15%).

La esterilización femenina y el inyectable son los métodos modernos preferidos por el total de mujeres (10% en ambos casos). En las mujeres actualmente unidas, el método moderno preferido es el inyectable (16%). Entre los métodos tradicionales, el método de mayor uso es la abstinencia periódica: 9 por ciento del total de mujeres y 14 de las actualmente unidas.

Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar

El 4 por ciento de las mujeres en unión del departamento de Moquegua tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar. Para limitar el número de hijos y para espaciarlos, presentan un porcentaje similar (2% en ambos casos).

Mortalidad Infantil

En el departamento de Moquegua, durante el quinquenio 1995-2000, de cada 1000 niños que nacieron, 14 murieron antes de cumplir su primer año de vida. La tasa de mortalidad infantil evidencia una reducción de 67 por ciento respecto a la estimada para el período 1990-95 (42 por mil).

La tasa de mortalidad infantil es mayor en los niños (31 por mil) que en las niñas (25 por mil). Los diferenciales de la mortalidad se incrementa según la edad de la madre al nacimiento y el orden de nacimiento.

Respecto a la educación de la madre, en el departamento de Moquegua se observa que hay un mayor riesgo de morir en los niños menores de un año, cuando la madre no tiene educación (59 por mil). Este riesgo disminuye a 13 por mil cuando la educación de la madre es superior.

Alto Riesgo Reproductivo

En el departamento de Moquegua, el 34 por ciento de los nacimientos de los últimos cinco años ocurrió en alguna condición de alto riesgo reproductivo. Estos niños tendrían casi tres veces y media más de riesgo de morir en el primer año de vida con respecto a los hijos de madres con ninguna categoría de riesgo elevado.

SALUD MATERNO INFANTIL

Atención Prenatal

El 95 por ciento de los últimos nacimientos menores de cinco años recibió asistencia prenatal por profesional de salud o por otra persona. De los nacimientos con atención prenatal, el 90 por ciento fueron realizadas por profesionales de salud y el 5 por ciento por enfermeras o técnicos (incluyendo a promotores de salud).

Las acciones más frecuentes en la atención prenatal son la medición de la barriga y la presión arterial (99% en ambos casos) y el control de peso (97.2%). Al 84 por ciento de madres le explicaron los síntomas o complicaciones del embarazo y apenas el 54 por ciento recibió pastillas de hierro.

Asistencia del Parto

El 16 por ciento de los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, tuvieron lugar en la casa de la parturienta y la gran mayoría ocurrió en un servicio de salud (84%).

Pero, en un porcentaje menor estos nacimientos fueron atendidos por profesionales de la salud (83.2%). Sin embargo el 13 por ciento de los nacimientos fue atendido por partera, pariente u otra persona.

Vacunación

El porcentaje de niños de 18 a 29 meses que ha recibido todas las vacunas en el departamento de Moquegua alcanza a 67%.

Con relación a la cobertura promedio de las vacunas, el 99 por ciento de los niños de 18 a 29 meses ha recibido la vacuna contra la BCG. En proporciones similares han recibido la DPT1, pero la proporción decae en la tercera dosis. Sólo 71 por ciento de niños recibieron la dosis de la polio al nacer. La protección contra el sarampión fue recibida por el 90 por ciento de los niños de 18 a 29 meses.

Infecciones Respiratorias Agudas

El 16 por ciento de los menores de cinco años presentó síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) durante las dos semanas anteriores a la encuesta. Las IRA se presentan en porcentajes cercanos en niños y niñas (16% y 15% respectivamente).

Prevalencia y tratamiento de la Diarrea

El 9 por ciento de los niños menores de 5 años, en el departamento de Moquegua, tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. Este problema, afectó en mayor porcentaje a los niños menores de 6 meses de edad (16%). La prevalencia de diarrea por sexo, muestra una mayor proporción en los niños que en las niñas (11% y 7% respectivamente).

LACTANCIA Y NUTRICIÓN

El 98 por ciento de los niños nacidos en los últimos 5 años anteriores a la ENDES 2000 en el departamento de Moquegua, ha lactado alguna vez. Este porcentaje es mayor en los niños que en las niñas. La totalidad de los niños residentes en el área rural y el 97% de los que residen en el área urbana ha lactado alguna

vez. La lactancia es más frecuente en los niños cuyas madres tienen educación superior. El tiempo promedio de duración de la lactancia en los niños menores de tres años es de 21.3 meses. La duración mediana de la lactancia es ligeramente menor al tiempo promedio de duración observado e indica que el 50 por ciento de los niños lactan 20.1 meses.

Nutrición de los Niños

En el departamento de Moquegua, en las 24 horas anteriores a la encuesta, los niños menores de tres años que se encuentran lactando, el 57 por ciento recibió algún tipo de lácteo, como leche, yogurt o queso y el 6 por ciento fórmula infantil. El 72 por ciento de los niños menores de tres años que se encuentran lactando consumieron algún alimento sólido, 68 por ciento consumió otro tipo de líquidos, 68 por ciento frutas y vegetales, 66 por ciento consumió tubérculos, 65 por ciento consumió cereales, 61 por ciento consumió carnes y 59 por ciento alimentos ricos en grasas. Los alimentos menos consumidos fueron frijoles o legumbres (5%).

Nutrición de las Mujeres

El 6 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 Índice de Masa Corporal de las mujeres en el departamento de Moquegua, utilizando la fórmula de Quetelet, es de 26.6. Tomando el punto de corte (18.5), menos de 1 por ciento de las mujeres tendrían una masa corporal deficiente.

CONOCIMIENTO SOBRE EL SIDA

En el departamento de Moquegua, la gran mayoría de las mujeres conocen acerca del VIH/SIDA (93%). El 28 por ciento de las mujeres conoce el VIH/SIDA pero no sabe como evitarlo y el 47% de las entrevistadas conoce alguna

forma válida de evitar infectarse con el VIH/SIDA.

Entre las formas válidas más conocidas de evitar el VIH/SIDA, son "limitando el número de parejas sexuales" (39%) y "el uso del condón" (35%). La primera respuesta fue mayormente mencionada por las mujeres de 30 a 39 años (43%), las unidas (42%), las mujeres residentes en el área urbana (41%) y las que tienen nivel educativo superior (50%).

El uso del condón fue mencionado por las mujeres de 20 a 29 años (78%), las solteras con relaciones sexuales (43%) y las que tienen educación superior (47%).

En el departamento de Moquegua, el 40 por ciento de las entrevistadas conoce otras enfermedades de transmisión sexual. De ellas un 16 por ciento desconoce cualquier síntoma específico de las ETS, un porcentaje similar conoce por lo menos un síntoma y el 28 por ciento conoce dos o más síntomas.

Más del 45 por ciento de las mujeres que han tenido relaciones sexuales tuvieron una ETS, flujo vaginal o úlceras vaginales en los 12 meses anteriores a la encuesta. El 20 por ciento de las mujeres tuvo flujo vaginal anormal y el 3 por ciento tuvo llagas o úlceras vaginales. El flujo vaginal fue reportado en mayor proporción por entrevistadas cuyas edades están entre los 20 y 29 años, las mujeres alguna vez unidas, residentes en el área urbana, y las mujeres con educación superior (24%).

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS NIÑOS

Una gran proporción de mujeres alguna vez unidas vive o han vivido con su esposo o compañero situaciones de apoyo emocional, manifestada a través de pasar tiempo con ella (93%) o ser cariñoso (92%). Más de la cuarta

parte de mujeres viven o han vivido situaciones de control de la pareja como la ignora o es indiferente. El 17 por ciento menciona que la pareja le prohíbe que estudie o trabaje y un 22 por ciento manifiesta que la pareja le impide ver amistades y familiares.

En cuanto a situaciones desobligantes, el 42 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifiesta que su pareja la grita cuando se dirige a ella y el 24 por ciento mencionó que su pareja le dice que no sirve para nada. En ambos casos, la proporción aumenta a medida que avanza la edad, siendo mayores los porcentajes en las mujeres de 45 a 49 años. También se observa que las situaciones desobligantes son más frecuentes en las mujeres alguna vez unidas y entre las que tienen menores niveles de educación.

En el departamento de Moquegua, el 39 por ciento de las mujeres alguna vez unidas ha vivido alguna situación de violencia física por parte del esposo. De ellas, el 15 por ciento vive una situación de violencia física en forma frecuente y 85 por ciento en forma ocasional. La violencia física en las mujeres de parte del esposo o compañero, mayormente se presentó en las que estuvieron anteriormente casadas o unidas (62%), entre las que viven en el área urbana (39%) y en las de 25 años o más de edad.

MALTRATO A LOS NIÑOS

En el departamento de Moquegua, el 86 por ciento de mujeres con al menos un hijo vivo que vive con ella mencionó que el esposo o compañero castiga a los niños con reprimendas verbales. Una cuarta parte menciona que el castigo era quitándoles algo que les gusta. El 14 por ciento contestó que los corregía con golpes o castigos físicos y un 13 por ciento con palmadas. En menores proporciones se refirieron a otras formas de castigo.

DATOS BÁSICOS MOQUEGUA

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

Población total (en miles)	147
Mujeres en edad fértil (en miles)	40

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

Población de la muestra	
Mujeres de 15 a 49 años	1,040
Niños nacidos en últimos 5 años	351
Sobrevivientes menores de 5 años	346
Niños vivos de 18-29 meses	79

Características básicas ¹	
Porcentaje urbano	77.2
Porcentaje con secundaria o más	79.0

Matrimonio y otros determinantes de la fecundidad	
Porcentaje de mujeres actualmente unidas	60.6
Porcentaje que han estado unidas alguna vez	68.8
Para mujeres 25-49 años:	
Edad mediana a la primera unión	21.6
Edad mediana al primer nacimiento	22.2
Duración media de la amenorrea (en meses) ²	5.9
Duración media de la abstinencia (en meses) ²	2.3

Fecundidad	
Tasa Global de Fecundidad ³	2.1
Nacidos vivos en mujeres 40-49 años	3.4

Preferencias reproductivas	
Porcentaje de mujeres actualmente unidas:	
Que no desea tener más hijos (incluyendo las mujeres esterilizadas)	66.0
Que desea postergar el nacimiento siguiente más de 2 años	17.0
Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años	2.1

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos	
Porcentaje de las mujeres actualmente unidas:	
Que conoce algún método moderno	99.4
Que actualmente usa un método	75.8
Píldora	6.7
Esterilización femenina	13.8
Esterilización masculina	0.8
DIU	13.0
Condón	8.7
Inyecciones	15.7
Métodos vaginales	0.6
Abstinencia periódica	13.5
Retiro	1.7
Otros métodos tradicionales/folclóricos	0.3

Mortalidad y salud materno-infantil

Tasa de mortalidad infantil ⁴	14.0
Tasa de mortalidad de menores de cinco años ⁴	14.0

Atención materna

Porcentaje de últimos nacimientos cuyas madres recibieron: ⁵	
Atención de un médico, enfermera, auxiliar o sanitario durante el embarazo	94.7
Atención de un médico, enfermera, auxiliar o sanitario durante el parto	86.6

Vacunación

Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad con tarjeta de vacunación	49.4
Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad que ha tenido al menos una dosis de vacuna	98.7
Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad que ha recibido: ⁶	
BCG	98.7
DPT (las tres dosis)	84.8
Polio (las tres dosis)	77.2
Antisarampionosa	89.9
Todas las vacunas ⁷	67.1

Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años	
Porcentaje de niños con diarrea ⁸	9.0
Porcentaje de niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral SRO	29.0
Porcentaje de niños enfermos con IRA ⁹	15.7

Lactancia infantil y nutrición en la niñez	
Duración media de la lactancia (en meses) ²	20.1
Porcentaje de niños menores de 4 meses amamantados	94.7
Porcentaje de niños de 4 a 5 meses amamantados	92.3
Porcentaje de niños de 6 a 9 meses amamantados	100.0
Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica ¹⁰	9.3

Nutrición de las mujeres en edad fértil	
Porcentaje de madres con talla menor de 145 cms	6.2

- 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.

En los últimos años, 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, 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

- Brindar información actualizada acerca de la salud materna e infantil, prevalencia anticonceptiva, fecundidad, salud y mortalidad en el primer año de vida.
- 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.
- 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.
- 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.

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 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

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 no 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 periodo 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 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).

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

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

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

las actividades de la economía decrecieron, excepto la actividad agropecuaria que pasó de 1.7% a 7.5%.

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 establece que la población de mayor prioridad de atención eran 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 compromiso de mejorar la situación de las mujeres, especialmente de

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

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 poder legislativo, en Marzo de 1996, aprueba la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar todas las formas de Violencia contra la Mujer; donde incluye la violencia física, psicológica y sexual.

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 Moquegua: Aspectos Geográficos, y Políticos Administrativos

Aspectos Geográficos

Ubicación y Superficie

El departamento de Moquegua se encuentra ubicado en la parte Sur del Perú. Limita por el Norte con el departamentos de Arequipa,

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

5 Compendio de Estadísticas Sociodemográficas 1999-2000; INEI

por el Este con el departamento de Puno, con el Sur con el departamento de Tacna y por el Oeste con el Océano Pacífico.

Tiene una superficie territorial de 15,733.98 Km², que representa el 1.2 por ciento del territorio nacional.

Relieve y Regiones Naturales

El territorio del departamento de Moquegua abarca zonas de la costa y región andina, desde alturas que varían desde los 0 metros hasta más de 6000 metros sobre el nivel del mar.

La altitud de las zonas inmediatas al mar, fluctúa entre los 0 metros y los 1500 m.s.n.m. A partir de los 400 metros, la topografía del suelo se torna muy accidentada, a poca distancia del mar, donde se ubican las "lomas" costaneras en forma de abanicos.

La región andina del departamento comprende áreas de Cordillera Occidental y la alta meseta andina. Es zona volcánica, de topografía accidentada, con alturas superiores a los 6000 metros. Algunos volcanes son el Ubinas, Tutupaca, Huaynaputina y entre nevados Huaytire, el Arundane y el Uchusuma.

Clima

El clima de Moquegua es variado y los factores dominantes son la Corriente Peruana y la Cordillera de los Andes.

El clima de la costa es templado y se caracteriza por su uniformidad durante el año. El mes de máximo calor es Febrero con temperaturas máximas de 25° C y el de más frío es Agosto con temperaturas de 14° C.

La parte de costa cercana a la Cordillera, presenta un clima desértico y seco, que se prolonga hasta la región andina, zona donde las lluvias se presentan en el verano. En esta zona el clima es seco, lo que determina una gran oscilación de temperaturas diarias.

En la región andina el clima es templado en los valles interandinos. En las punas el clima es glacial y durante la noche las temperaturas descienden a varios grados bajo cero.

Las lluvias son escasas en la costa y pisos inferiores de la región andina. En las partes altas, las precipitaciones no pasan de los 500 mm. anuales.

Hidrografía

En el territorio del departamento de Moquegua la red hidrográfica está formada por ríos de corto recorrido y con poco caudal. El principal río es el Moquegua, que en su recorrido toma los nombres de Osmore e Ilo y su recorrido es de norte a sur. El río Moquegua forma un valle de un buen clima y tierras fértiles.

Aspectos Políticos Administrativos

El departamento de Moquegua está dividido en 3 provincias: Ilo, Mariscal Nieto y General Sánchez Cerro.

Población

La población del departamento, estimada al año 2000, es de 147,374 habitantes, la cual representa el 0.6 por ciento de la población peruana. La densidad poblacional es de 9.4 habitantes por Km². La población que habita el área urbana representa aproximadamente el 73% de la población total del departamento.

Economía

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

1.5.2 Moquegua : Tamaño de la Muestra de la ENDES 2000.

En el departamento de Moquegua, la muestra fue de 1,372 hogares y 1,111 mujeres. Se obtuvo el 87% de entrevistas completas en hogares y el 93% en mujeres.



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, 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 MOQUEGUA

Población por Edad, Sexo y Residencia Urbana-Rural

El Cuadro 2.1 presenta la distribución de la población del departamento de Moquegua a partir de la información obtenida 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 de Moquegua puede ser caracterizada como relativamente joven,

con una tendencia al envejecimiento. Aproximadamente la tercera parte de la población son menores de 15 años (29%). El porcentaje de hombres menores de 15 años es mayor con relación a las mujeres de la misma edad.

- La mediana de edad del departamento es de 27 años
- El 64 por ciento del total de la población está constituida por la población en edad de trabajar (15 a 64 años), presentando una mayor concentración entre los menores de 45 años.
- Las personas de 65 o más años de edad representan el 7 por ciento de la población total del departamento. En este grupo de edad, la presencia de los varones es ligeramente mayor que las mujeres (7.3% y 6.8% respectivamente).
- En Moquegua, se encuentra un mayor porcentaje de mujeres que de varones (50.4% y 49.6%, respectivamente). El índice de masculinidad es de 98.2, es decir, que por cada 100 mujeres existen 98 varones.

Composición por edad según área de residencia

- Cerca de tres cuartas partes de la población del departamento de Moquegua habita en el área urbana (73%). Solo el 27 por ciento de la población habita en el área rural.
- La población menor de 15 años es mayor en el área rural que en la urbana (30% y 29%, respectivamente). De igual manera,

Cuadro 2.1 Población total de los hogares por edad, sexo y residencia urbana - rural

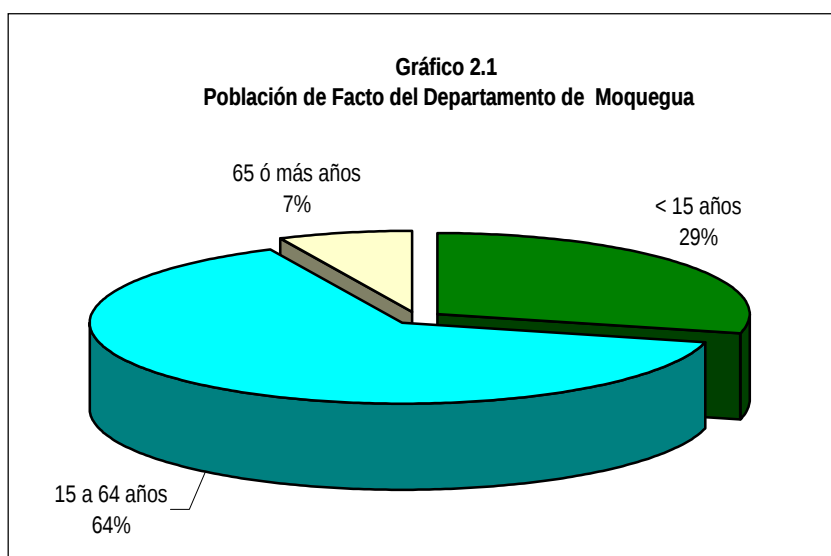
Distribución porcentual de la población de-facto de los hogares por grupo quinquenales de edad según sexo y residencia urbana-rural, Moquegua 2000

Grupos de Edad	Area Urbana			Area Rural			Total		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
0-4	10,1	8,6	9,3	8,5	7,9	8,2	9,7	8,4	9,0
5-9	9,2	10,5	9,9	9,1	9,7	9,4	9,2	10,3	9,7
10-14	10,3	9,2	9,7	12,9	12,2	12,6	11,0	10,0	10,5
15-19	9,3	9,4	9,4	8,0	8,8	8,4	8,9	9,3	9,1
20-24	8,9	10,9	9,9	5,8	5,3	5,6	8,0	9,5	8,8
25-29	9,2	7,9	8,5	7,3	6,2	6,7	8,6	7,5	8,0
30-34	7,8	8,2	8,0	4,9	7,7	6,3	7,0	8,1	7,6
35-39	6,8	9,5	8,2	6,9	5,7	6,3	6,9	8,5	7,7
40-44	7,3	6,3	6,8	5,4	5,1	5,3	6,8	6,0	6,4
45-49	5,5	4,6	5,0	5,1	6,6	5,8	5,4	5,1	5,3
50-54	4,2	4,2	4,2	5,1	4,0	4,6	4,4	4,1	4,3
55-59	3,5	4,0	3,7	4,2	3,7	3,9	3,7	3,9	3,8
60-64	2,7	2,2	2,5	4,0	4,2	4,1	3,1	2,8	2,9
65-69	2,1	1,9	2,0	2,7	2,0	2,4	2,3	1,9	2,1
70-74	1,4	0,7	1,0	2,7	4,0	3,4	1,7	1,6	1,6
75-79	0,9	0,9	0,9	3,3	2,4	2,8	1,5	1,3	1,4
80 +	0,8	1,0	0,9	4,0	4,4	4,2	1,7	1,9	1,8
Sin información /No sabe	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	1 474	1 515	2 989	551	547	1 097	2 025	2 062	4 086

la población rural de 65 años y más edad, supera en 8 puntos porcentuales a la población urbana (13% y 5% respectivamente). Contrariamente ocurre con el grupo de edad de 15 a 64 años, donde la mayor proporción se encuentra en el área urbana (66%) que en la rural (57%).

Mujeres en edad fértil

- Las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 27 por ciento de la población total del departamento y el 54 por ciento del total de mujeres. En el área urbana se presenta un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil que en el área rural (29% y 23%, respectivamente).



- Las mujeres menores de 30 años constituyen el 49% de las MEF del departamento. Asimismo, el porcentaje de las MEF en las edades mencionadas es mayor en el área urbana (50%) que en el área rural (45%).

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 la salud de los niños.

Los cuadros 2.2 y 2.3 dan cuenta del nivel educativo de los habitantes del departamento de Moquegua, así como el porcentaje de las personas que no tienen ningún nivel educativo.

Cuadro 2.2 y 2.3

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, Moquegua 2000

Características	Nivel de educación								Número de hombres	Mediana de años
	Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	NS/ sin información	Total		
6-9	29,8	69,5	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	100,0	151	0,8
10-14	0,4	45,3	27,4	26,5	0,0	0,4	0,0	100,0	223	5,2
15-19	0,0	3,9	1,7	67,4	18,8	8,3	0,0	100,0	181	8,9
20-24	0,0	1,8	0,6	13,5	50,3	33,7	0,0	100,0	163	10,7
25-29	0,0	0,6	2,9	7,4	49,7	39,4	0,0	100,0	175	10,8
30-34	0,0	2,1	7,7	13,4	35,2	40,1	1,4	100,0	142	10,8
35-39	0,0	5,8	5,8	10,8	35,3	42,4	0,0	100,0	139	10,8
40-44	0,0	4,4	14,6	15,3	29,9	35,0	0,7	100,0	137	10,5
45-49	0,0	11,0	18,3	18,3	25,7	26,6	0,0	100,0	109	10,1
50-54	1,1	14,4	25,6	15,6	18,9	24,4	0,0	100,0	90	8,5
55-59	2,7	20,0	28,0	5,3	24,0	18,7	1,3	100,0	75	6,0
60-64	1,6	32,3	33,9	12,9	6,5	9,7	3,2	100,0	62	5,5
65+	19,9	32,2	34,9	4,8	4,8	2,7	0,7	100,0	146	4,7
Sin información/No sabe..	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	100,0	2	6,0
Área de residencia										
Urbana.	3,7	14,4	12,0	18,0	26,2	25,3	0,4	100,0	1 296	10,1
Rural	6,2	30,9	18,3	18,3	15,7	10,2	0,4	100,0	498	5,7
Total	4,4	19,0	13,7	18,1	23,3	21,1	0,4	100,0	1 794	8,7

Nota: Población de facto.

Nivel de educación

- La mediana de años de educación alcanzada por la población de 6 años a más del departamento es de 8.7 años de estudio en los hombres y 7.2 años en las mujeres.
- La mediana de años de estudio de los varones residentes en el área urbana casi es el doble de su similar en el área rural (10 y 6 años respectivamente). En el caso de las mujeres, la mediana de estudios de las residentes urbanas es mayor en 3.6 años que la mediana de años de estudio de las que viven en el área rural (8.6 años y 5, respectivamente).
- En el departamento de Moquegua, apenas el 4 por ciento de varones de 6 y más años no tienen educación, mientras que esta cifra es mayor en las mujeres (10%). Los varones sin educación se concentran en los que se ubican en los grupos de edad de 65 años y más. Mientras que las mujeres sin educación se concentran en las de 50 años y más edad.

- La educación inicial y primaria, constituyen las etapas más importantes para el aprendizaje escolar y social de las personas. Sin embargo, en el departamento de Moquegua, un mayor porcentaje de niños de 6 a 9 años que de niñas no tienen educación (30% y 24%, respectivamente).
- El 23% de los varones alcanzaron educación secundaria completa y en menor porcentaje lograron este nivel educativo las mujeres (16%). En cuanto a la educación superior, tanto varones como mujeres presentan porcentajes similares (21% en ambos casos).

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, Moquegua 2000

Características	Nivel de educación								Número de mujeres	Mediana de años
	Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	NS/ sin información	Total		
6-9	24,1	75,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	170	1,1
10-14	0,0	44,7	21,8	33,5	0,0	0,0	0,0	100,0	206	5,2
15-19	0,5	3,7	1,0	58,6	22,5	13,1	0,5	100,0	191	9,2
20-24	0,5	2,1	7,2	12,8	36,9	40,0	0,5	100,0	195	10,7
25-29	1,3	6,5	5,8	14,3	26,0	46,1	0,0	100,0	154	10,8
30-34	2,4	9,6	6,6	18,6	23,4	39,5	0,0	100,0	167	10,6
35-39	1,7	12,0	14,9	11,4	20,0	39,4	0,6	100,0	175	10,5
40-44	4,9	16,3	15,4	15,4	15,4	31,7	0,8	100,0	123	8,8
45-49	9,4	23,6	18,9	17,9	10,4	17,9	1,9	100,0	106	5,8
50-54	20,0	27,1	22,4	2,4	10,6	16,5	1,2	100,0	85	5,1
55-59	21,3	20,0	26,3	5,0	18,8	7,5	1,3	100,0	80	5,3
60-64	42,1	31,6	19,3	1,8	3,5	1,8	0,0	100,0	57	1,9
65+	38,0	35,0	14,6	5,1	3,6	2,2	1,5	100,0	137	2,4
Sin información/No sabe	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2	0,0
Area de residencia										
Urbana.	6,9	19,8	10,3	17,7	18,2	26,5	0,6	100,0	1 355	8,6
Rural	17,5	32,7	15,7	18,5	8,7	6,5	0,4	100,0	492	5,0
Total	9,7	23,2	11,7	17,9	15,7	21,2	0,5	100,0	1 847	7,2

Nota: Este cuadro está basado en la población de hecho (de facto).

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

- El nivel de asistencia a un centro de enseñanza regular, entre la población de 6 a 15 años, es bastante alto en el departamento de Moquegua (93%), pero,
- Los grupos de edad que mejores porcentajes de asistencia escolar presentan, tanto en el área urbana como en el área rural, son los de 6 a 15 años, en comparación a los de 16 a 24 años.

al igual que otros indicadores, se presentan diferencias entre las áreas urbana y rural (96% y 89% respectivamente). En el área urbana el porcentaje de varones de 6 a 15 años que asisten a la escuela es igual que el de las mujeres (96% en ambos casos). Pero en el área rural se presenta un mayor porcentaje de varones que de mujeres con asistencia escolar (91% en varones y 87% en mujeres).

Cuadro 2.4 Asistencia escolar de la población en los hogares

Porcentaje de la población total de los hogares 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, Moquegua 2000

Grupos de edad	Area de residencia						Total		
	Urbana			Rural					
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
6-10	96,6	96,5	96,6	92,7	91,5	92,1	94,8	94,2	94,5
11-15	95,8	94,5	95,1	89,4	82,6	86,2	93,1	89,7	91,5
Subtotal 6-15	96,2	95,5	95,8	91,1	87,4	89,3	94,0	92,0	93,0
16-20	55,7	56,3	56,0	41,8	32,1	37,4	51,0	49,0	50,0
21-24	28,2	27,8	28,1	9,7	5,8	7,8	23,0	21,7	22,4
Total	72,3	72,0	72,2	70,6	66,5	68,6	71,6	70,0	70,8

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

- En el departamento de Moquegua, el 78 por ciento de los hogares está jefaturado

Cuadro 2.5 Composición de los Hogares

Distribución porcentual de los hogares por sexo del jefe del hogar, tamaño del hogar y porcentaje de niños adoptados, según residencia urbana-rural, Moquegua 2000

Características	Area de residencia		Total
	Urbana	Rural	
Sexo del jefe del hogar			
Hombre	79,2	76,1	78,3
Mujer	20,8	23,9	21,7
Total.	100,0	100,0	100,0
Miembros usuales del hogar			
0	0,1	0,0	0,1
1	11,4	22,8	14,8
2	14,2	21,6	16,4
3	23,4	17,4	21,6
4	25,4	17,7	23,1
5	14,5	7,9	12,5
6	6,0	5,6	5,9
7	2,0	5,3	3,0
8	1,6	0,8	1,3
9+	1,4	0,8	1,3
Total	100,0	100,0	100,0
Promedio	3,6	3,1	3,5
Porcentaje de hijos adoptados	4,9	6,2	5,3

por un varón. El área urbana presenta un porcentaje ligeramente mayor que el área rural de hogares con jefatura masculina (79% y 76%). Los hogares con jefatura femenina presentan una situación opuesta: en el área rural alcanza el 24%, mientras que el área urbana el 21%.

- El promedio de miembros por hogar es de 4 personas, siendo mayor este promedio en el área urbana que en la rural (4 y 3 personas, respectivamente).
- Del total de hogares del departamento, 5 por ciento alberga entre sus miembros al

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, Moquegua 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	Sin inform. Sobre padre/ madre				
Edad													
0-2	74,6	21,0	0,0	2,0	0,0	2,0	0,0	0,5	0,0	0,5	2,4	100,0	205
3-5	77,7	18,8	1,3	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	1,3	2,2	100,0	229
6-9	71,3	17,4	1,6	2,5	0,3	4,7	0,6	0,6	0,9	3,2	6,0	100,0	317
10-14	60,5	21,4	2,5	4,6	0,9	7,4	0,9	1,1	0,7	5,5	9,4	100,0	435
Sexo													
Hombre	70,0	18,1	1,8	3,5	0,8	4,0	0,3	0,7	0,8	3,6	5,0	100,0	603
Mujer	68,3	21,4	1,4	1,9	0,0	5,5	0,7	0,7	0,2	2,7	6,9	100,0	583
Area de residencia													
Urbana	67,0	22,8	1,7	2,6	0,3	3,9	0,5	0,8	0,3	3,4	5,2	100,0	860
Rural	74,8	11,7	1,2	3,1	0,6	6,8	0,6	0,3	0,9	2,8	7,7	100,0	325
Total	69,1	19,7	1,6	2,7	0,4	4,7	0,5	0,7	0,5	3,2	5,9	100,0	1 185

Nota: Por convención, niños de crianza son aquellos que no viven con ninguno de los padres biológicos (total de las cuatro columnas bajo en encabezamiento "niños de crianza").

menos a un hijo adoptado. Este porcentaje es mayor en el área rural que en la urbana.

Condición de residencia familiar de los hijos menores de 15 años

- El 69% de los menores de 15 años del departamento vive con ambos padres. Esta situación es mayor en el área rural (75%) que en el área urbana (67%).
- 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 (20%) es mucho mayor que 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 6 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 Moquegua.

Cuadro 2.7

Servicio de electricidad

- La quinta parte de los hogares del departamento de Moquegua (21%) no tiene servicio de electricidad. Los hogares rurales que no cuentan con este servicio supera en más de 11 veces a los hogares

del área urbana en la misma situación (58% y 5%).

Fuente de agua para beber

- El 86 por ciento de los hogares se abastecen de agua por red pública ya sea dentro o fuera de la vivienda. Pero en el área urbana la disponibilidad de este

Cuadro 2.7 Características de las viviendas

Distribución porcentual de los hogares por características seleccionadas de la vivienda, según área de residencia, Moquegua 2000

Características	Residencia		Total
	Area urbana	Area rural	
Luz eléctrica			
Si	95,1	41,9	79,2
No	4,9	58,1	20,8
Total	100,0	100,0	100,0
Fuente de agua para beber			
Dentro de la vivienda	85,1	49,7	74,5
Fuera de la vivienda pero dentro del edificio	2,0	3,4	2,4
Pilón / grifo público / red	10,6	5,1	9,0
Pública fuera de la vivienda	0,1	0,3	0,2
Pozo en la casa / patio / lote	0,0	0,3	0,1
Pozo público	0,6	11,0	3,7
Manantial	0,5	29,5	9,1
Rio.	0,2	0,0	0,2
Camión, Tanque	0,8	0,8	0,8
Otro			
Total	100,0	100,0	100,0
Tiempo para ir a fuente de agua			
<15 minutos	95,8	83,1	92,0
Servicio sanitario			
Inodoro exclusivo dentro de la vivienda.	74,4	20,2	58,3
Inodoro común dentro de la vivienda.	3,5	1,7	2,9
Inodoro exclusivo fuera de la vivienda.	0,5	1,4	0,8
Inodoro común fuera de la vivienda	0,6	1,7	0,9
Letrina exclusiva.	15,9	29,5	19,9
Letrina común	0,4	2,2	0,9
No hay servicio	4,8	43,0	16,2
Rio, canal	0,0	0,3	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Principal material del piso			
Tierra, arena	20,5	72,2	36,0
Madera, entablado	0,5	0,3	0,4
Parquet o madera pulida	0,5	0,3	0,4
Vinílicos o similares	13,4	0,0	9,4
Losetas, terrazos o similares	2,3	0,0	1,6
Cemento, ladrillo	62,6	27,2	52,1
Otra	0,2	0,0	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Número de hogares	836	356	1 192

servicio es mayor que en el área rural: (98% y 58% respectivamente).

- El 13 por ciento de los hogares se abastecen de río y manantial; es en el área rural donde el abastecimiento por esta fuente alcanza al 41 por ciento de los hogares.

Servicio sanitario

- La mayor parte de los hogares del departamento de Moquegua cuentan con servicio sanitario: 58 por ciento tiene inodoro exclusivo dentro de la vivienda. Pero, se observan grandes diferencias en la disponibilidad de este servicio entre las áreas de residencia: 74 por ciento en los hogares urbanos y 20 por ciento en los hogares rurales.
- En cuanto a la disposición de letrina, una quinta parte de los hogares del departamento de Moquegua utilizan este servicio, adquiriendo mayor importancia en el área rural (30%) que en la urbana (16%).
- El 16 por ciento de los hogares carecen de cualquier tipo de servicio sanitario, alcanzando al 43 por ciento de los hogares rurales y al 5 por ciento de los hogares urbanos.

Disponibilidad de Bienes de Consumo Duraderos 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 Moquegua.

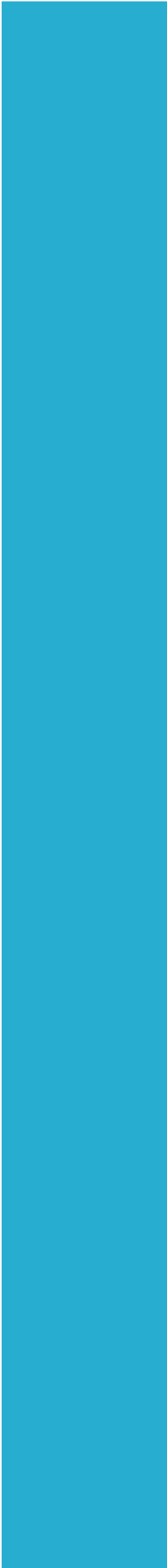
Cuadro 2.8

- El 89 por ciento de los hogares posee radio y 77 por ciento tiene televisión, siendo los hogares urbanos los que presentan mayores proporciones, en proporciones que superan el 90 por ciento.
- Otros bienes, como refrigerador o teléfono, lo tienen menores porcentajes de hogares (47% y 21%, respectivamente).
- El 15 por ciento de los hogares cuentan con un carro o camión y 13 por ciento con bicicleta, especialmente en el área urbana.

Cuadro 2.8 Bienes de consumo duraderos por área de residencia

Porcentaje de hogares que poseen bienes de consumo duraderos específicos según área de residencia, Moquegua 2000

Bienes de consumo duraderos	Residencia		Total
	Área urbana	Área rural	
Radio	96,2	71,6	88,9
Televisión	92,2	41,3	77,0
Teléfono	29,6	0,0	20,8
Refrigerador	61,8	10,7	46,5
Computadora	8,0	0,6	5,8
Bicicleta	15,5	7,6	13,2
Motocicleta	1,7	0,8	1,4
Carro/camión	18,6	7,0	15,2
Otro medio de transporte	0,5	26,4	8,2
Ninguno de los anteriores	2,4	19,4	7,5
Número de hogares	836	356	1192



III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

El propósito de este capítulo es describir la situación de las mujeres en edad reproductiva del departamento de Moquegua. 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.

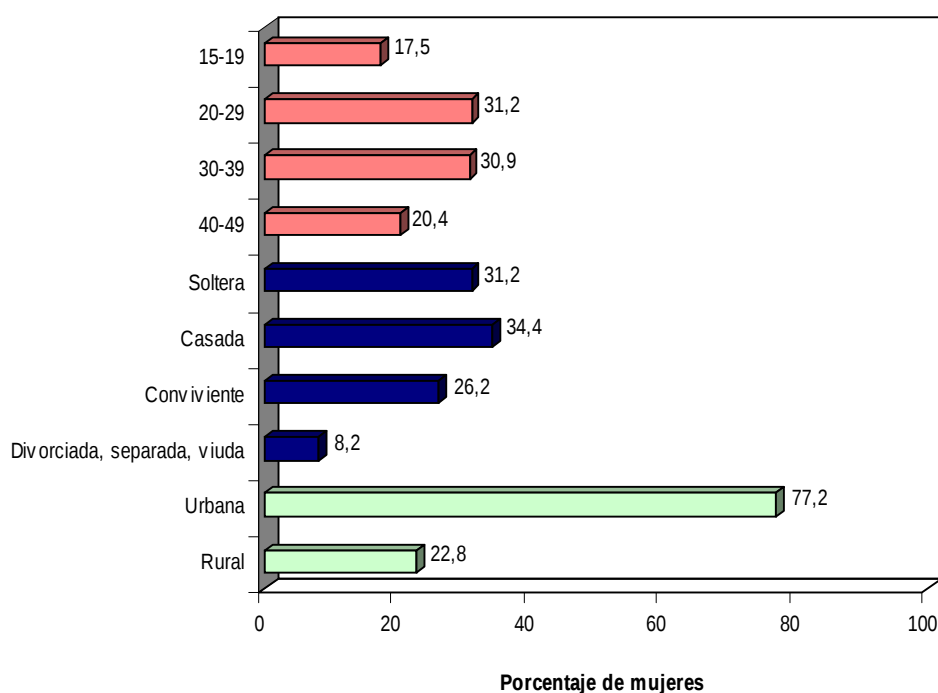
3.1 ENTREVISTADAS POR EDAD, ESTADO CONYUGAL Y ÁREA DE RESIDENCIA

Gráfico 3.1

- La ENDES 2000, entrevistó en Moquegua a 1,038 mujeres de 15 a 49 años. Las mujeres en edad fértil entrevistadas se concentran en los dos primeros grupos de edad, más de la tercera parte son menores de 25 años (39%).
- 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.

Gráfico 3.1

Mujeres Entrevistadas por Edad, Estado Conyugal y Area de Residencia



- El 61 por ciento del total de las MEF es casada o conviviente y aproximadamente un tercio de las entrevistadas son solteras (31%). En cuanto al área de residencia, más de las tres cuartas partes de las MEF habitan en el área urbana (77%) y el 23 por ciento reside en el área rural.
- La mediana de años de escolaridad en el departamento es de 10.3 años, siendo mayor en el área urbana que en la rural por tres años (10.6 años y 7.5 años, respectivamente).
- Se observan diferencias en cuanto al nivel educativo más alto alcanzado por las mujeres en edades fértiles, según grupos de edad. En el grupo de las mujeres más adultas (45-49 años) predominan las mujeres con educación primaria incompleta (22%) o completa (21%), entre las mujeres de 35 a 39 años de edad es mayor la proporción de las que cuentan con secundaria incompleta o completa (16% y 17%, respectivamente). Las más jóvenes, 20 a 24 años, son las que llegan a los niveles educativos de secundaria o más.
- Según el área de residencia, el nivel educativo alcanzado por las MEF también presenta diferencias. Mientras en el área rural es mayor la proporción de mujeres sin educación (5%) o con secundaria (42%), en el área urbana predominan las MEF con secundaria (47%) y educación superior (39%).

3.2 NIVEL DE EDUCACIÓN

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 y Gráfico 3.2

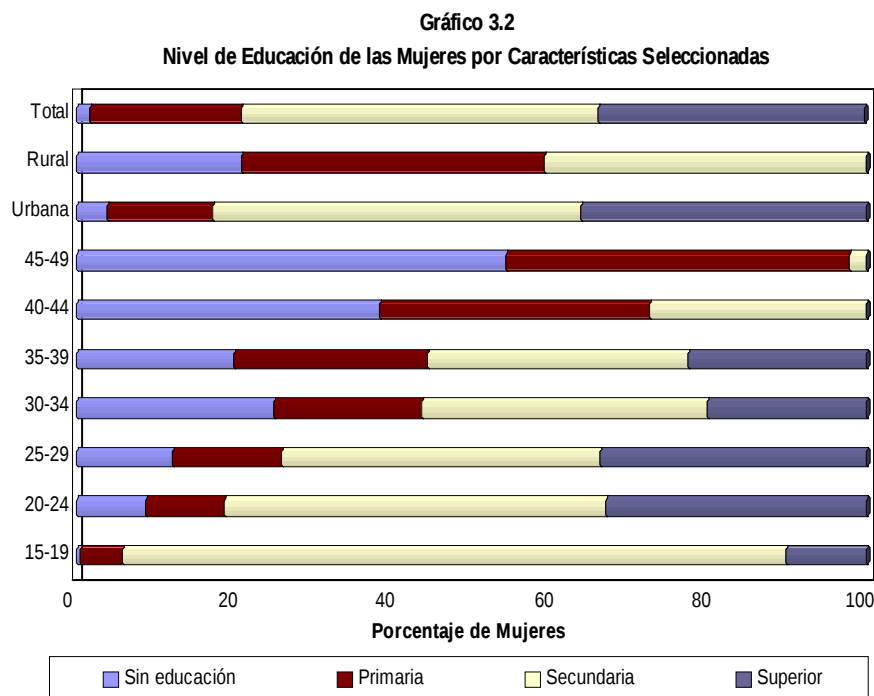
- Cerca de un quinto de las mujeres entrevistadas tiene algún año de educación primaria, el 45 por ciento tiene secundaria y el 34 por ciento alcanzó nivel superior.

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, Moquegua 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	3,8	1,6	59,3	24,7	10,4	100,0	182	9,0
20-24	0,0	1,7	8,3	11,1	37,2	41,7	100,0	180	10,8
25-29	0,0	7,6	6,3	16,0	24,3	45,8	100,0	144	10,8
30-34	2,4	8,4	10,2	16,3	19,9	42,8	100,0	166	10,6
35-39	1,9	12,3	12,3	16,1	16,8	40,6	100,0	155	10,4
40-44	0,9	21,4	12,8	15,4	15,4	34,2	100,0	117	9,8
45-49	11,7	22,3	21,3	16,0	11,7	17,0	100,0	94	5,8
Área de residencia									
Urbana	1,0	6,1	7,2	21,0	25,5	39,2	100,0	802	10,6
Rural	4,6	21,5	16,9	28,7	13,1	15,2	100,0	237	7,5
Total	1,8	9,6	9,4	22,7	22,6	33,7	100,0	1 040	10,3

- Comparando las dos últimas ENDES, en el año 2000, el porcentaje de mujeres en edad fértil con secundaria (45%) es mayor en 7 puntos porcentuales al observado en 1996 (38%). De igual manera, en 1996 las MEF sin educación alcanzaban un porcentaje de tres por ciento y en el año 2000 se calcula en dos por ciento.



Cuadros 3.2 y 3.3

Asistencia escolar y Alfabetismo

- En el departamento de Moquegua el 54 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de edad estaba estudiando en un centro de enseñanza regular según la ENDES 2000.
- Las principales causas del abandono escolar, se relacionan con la situación económica, que sumadas alcanzan al 17 por ciento de las mujeres: "no podía pagar la pensión" (8%), "la familia necesitaba ayuda" (3%) o "necesitaba ganar dinero" (6%).
- Los motivos relacionados con la maternidad (quedó embarazada, se casó o tenía que cuidar los niños más pequeños), afectan al 14 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de Moquegua.
- De otro lado, la proporción de mujeres que declaró "suficiente estudio" fue del 8 por ciento en el departamento.

La condición de alfabetismo es de gran importancia a nivel de la mujer y de la sociedad por estar asociada con resultados positivos tales como mejores condiciones de vida.

- Del 21 por ciento de las mujeres con primaria o sin nivel de educación, del departamento de Moquegua, el 14% puede leer con facilidad. El cuatro por ciento no podía leer con facilidad y tres por ciento declaró que no podía leer.

- La limitación de leer se presenta en mayor proporción entre las mujeres de mayor edad: Del 55 por ciento de las mujeres de 45 a 49 años, el 13 por ciento tiene esta limitación.
- Mientras que en el área urbana el dos del 14,3 por ciento de las MEF con primaria o sin nivel educativo manifestaron que no pueden leer, en el área rural este porcentaje se eleva a 7 por ciento del 43 por ciento de las MEF con esas características.

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, Moquegua 2000

Asiste actualmente/ Razón de abandono	Nivel de educación alcanzado					Total
	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	
Actualmente asiste	*	*	79,7	31,3	56,4	53,9
Quedó embarazada	*	*	7,0	16,1	3,2	9,1
Se casó	*	*	0,8	4,5	2,1	3,0
Tenía que cuidar los niños más pequeños	*	*	0,0	2,7	1,1	1,9
La familia necesitaba ayuda	*	*	1,6	4,5	0,0	2,8
No podían pagar la pensión	*	*	2,3	17,0	1,1	7,5
Enfermedad	*	*	0,8	0,9	1,1	0,8
Necesitaba ganar dinero	*	*	4,7	8,9	3,2	5,5
Se graduó/ suficiente estudio	*	*	0,0	1,8	28,7	8,0
No aprobó examen de ingreso	*	*	0,0	7,1	0,0	2,2
No quiso estudiar	*	*	0,8	0,9	0,0	1,1
Escuela muy lejos/ no había escuela	*	*	0,0	0,9	0,0	0,6
Otra	*	*	1,6	3,6	1,1	2,5
NS/ Sin información	*	*	0,8	0,0	2,1	1,1
Total	*	*	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	10	18	128	112	94	363

*: Menos de 20 casos.

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, Moquegua 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	0,0	1,1	3,8	0,5	94,5	100,0	182
20-24	0,6	1,1	8,3	0,0	90,0	100,0	180
25-29	0,0	0,7	12,5	0,7	86,1	100,0	144
30-34	4,2	4,2	12,7	0,0	78,9	100,0	166
35-39	3,2	5,2	18,1	0,0	73,5	100,0	155
40-44	4,3	9,4	20,5	0,9	65,0	100,0	117
45-49	12,8	5,3	34,0	3,2	44,7	100,0	94
Area de residencia							
Urbana	1,7	2,5	9,7	0,4	85,6	100,0	802
Rural	6,8	6,8	28,3	1,3	57,0	100,0	237
Total	2,9	3,5	14,0	0,6	79,1	100,0	1 040

3.3 ACCESO A MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN

El acceso a los medios de comunicación es muy importante por que complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal y permite la transmisión de conocimientos sobre aspectos de salud, saneamiento ambiental y planificación familiar, aparte que muestra formas de vida y hábitos empleados en otras sociedades, ya sea en series, telenovelas o radionovelas, o artículos periodísticos. Los resultados se presentan en el Cuadro 3.4

Cuadro 3.4

- En el año 2000, el 89 por ciento de las mujeres entrevistadas acceden a algún medio de comunicación masivo al menos una vez por semana (radio, televisión o periódico).
- La radio es el medio de mayor difusión a nivel del departamento y es escuchado

semanalmente por el 77 por ciento de las mujeres en edad fértil. La televisión se ubica en segundo lugar (73%) y el periódico ocupa un tercer lugar (27%). Este orden de preferencia varia según el área de residencia y el nivel educativo de las entrevistadas.

- La mayor proporción de entrevistadas, que no acceden a un medio masivo de comunicación, son personas con bajo nivel de educación o residen en el área rural.
- Por el contrario, mayor proporción de acceso a cualquier medio de comunicación tienen las mujeres con nivel educativo de secundaria o más y las residentes en el área urbana (más del 90%).
- En el área rural es notorio el acceso de las mujeres a la radio (66%) en comparación al resto de medios y en segundo lugar la televisión (52%).

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, Moquegua 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	7,7	22,0	72,5	79,7	14,8	182
20-24	7,2	31,1	80,0	81,1	21,7	180
25-29	11,1	20,1	70,8	80,6	14,6	144
30-34	12,0	29,5	74,1	74,7	22,9	166
35-39	11,0	29,7	78,1	78,1	23,9	155
40-44	17,9	29,9	68,4	70,9	21,4	117
45-49	17,0	28,7	60,6	69,1	19,1	94
Area de residencia						
Urbana	7,0	31,1	79,3	80,4	22,5	802
Rural	25,7	13,9	52,3	65,8	10,5	237
Nivel de educación						
Sin educación	*	*	*	*	*	19
Primaria	28,3	11,6	45,5	60,6	7,6	198
Secundaria	7,9	24,6	77,5	80,0	17,2	472
Superior	3,4	40,9	85,4	85,4	31,1	351
Total	11,3	27,2	73,1	77,1	19,7	1040

*: Menos de 20 casos.

3.4 SITUACION LABORAL

Cuadros 3.5 y 3.6

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.

- La mayoría de las mujeres en edad fértil tuvo un trabajo en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta (69%). De ellas, el 59 por ciento se encontraba laborando en el momento de la encuesta y un 10 por ciento aunque trabajó en algún momento del año, no estaba trabajando en la semana anterior al día de la entrevista.

- Más de las dos quintas partes (43%) trabaja en forma permanente, las demás trabajan por temporadas o lo hacen de vez en cuando (9% y 7% respectivamente).
- En general, los mayores niveles de mujeres que trabajan en forma permanente se presentan entre las que tienen 25 o más

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

Distribución porcentual de las mujeres según si trabajan o no actualmente, por continuidad en el trabajo y según características seleccionadas, Moquegua 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	Sin información	Trabaja durante todo el año	Trabaja por temporada	Ocasionalmente		
Edad								
15-19	60,4	11,0	0,5	16,5	7,7	3,8	100,0	182
20-24	35,6	17,2	0,0	30,0	12,2	5,0	100,0	180
25-29	25,0	11,8	0,0	41,0	13,2	9,0	100,0	144
30-34	23,5	7,2	0,6	55,4	6,6	6,6	100,0	166
35-39	18,1	5,8	0,0	56,8	8,4	11,0	100,0	155
40-44	24,8	10,3	0,9	50,4	7,7	6,0	100,0	117
45-49	19,1	4,3	0,0	66,0	6,4	4,3	100,0	94
Estado conyugal								
Soltera	42,0	11,7	0,3	29,6	11,7	4,6	100,0	325
Casada	30,5	5,6	0,3	49,6	8,1	5,9	100,0	358
Conviviente	26,5	13,2	0,4	45,6	6,6	7,7	100,0	272
Divorciada, separada, viuda	8,2	12,9	0,0	55,3	10,6	12,9	100,0	85
Número de hijos vivos								
0	40,4	13,5	0,3	29,8	11,1	5,0	100,0	343
1-2	29,7	9,5	0,5	45,4	8,8	6,1	100,0	442
3-4	23,3	6,2	0,0	54,9	5,2	10,4	100,0	193
5+	16,1	8,1	0,0	58,1	11,3	6,5	100,0	62
Area de residencia								
Urbana	35,1	12,1	0,1	35,0	10,1	7,6	100,0	802
Rural	18,1	3,4	0,8	69,2	5,5	3,0	100,0	237
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	16,2	7,6	0,5	58,6	8,6	8,6	100,0	198
Secundaria	39,9	12,5	0,2	32,1	8,5	6,8	100,0	472
Superior	29,1	8,9	0,3	46,9	10,3	4,6	100,0	351
Total	31,2	10,1	0,3	42,8	9,1	6,6	100,0	1040

*: Menos de 20 casos.

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, Moquegua 2000

Características	Empleo agrícola				Empleo no agrícola				Hogar y domésticos	Total	Número de mujeres
	Tierra propia	Tierra de la familia	Tierra alquilada	Tierra de otros	Profes./ Técnicos/ Administrad.	Oficinista	Comercio y servicios	Trabajo manual			
Edad											
15-19	11,8	25,5	0,0	9,8	2,0	2,0	27,5	0,0	21,6	100,0	51
20-24	8,2	9,4	1,2	1,2	22,4	10,6	35,3	2,4	9,4	100,0	85
25-29	13,2	5,5	2,2	5,5	17,6	8,8	30,8	3,3	13,2	100,0	91
30-34	12,3	5,3	2,6	3,5	22,8	7,9	35,1	2,6	7,0	100,0	114
35-39	13,6	2,5	0,8	1,7	23,7	9,3	30,5	5,9	11,9	100,0	118
40-44	16,0	2,7	0,0	6,7	17,3	6,7	38,7	8,0	4,0	100,0	75
45-49	23,6	4,2	2,8	6,9	13,9	1,4	37,5	4,2	4,2	100,0	72
Estado conyugal											
Soltera	5,4	12,1	0,0	4,7	22,1	12,8	26,2	1,3	15,4	100,0	149
Casada	20,7	1,8	2,6	3,5	22,9	4,8	31,7	5,3	6,2	100,0	227
Conviviente	16,6	8,6	1,2	5,5	11,0	6,7	38,0	4,9	6,7	100,0	163
Divorciada, separada, viuda	3,0	6,0	1,5	4,5	14,9	4,5	46,3	3,0	16,4	100,0	67
Número de hijos vivos											
0	6,4	10,8	0,6	4,5	22,9	12,7	26,8	1,3	14,0	100,0	157
1-2	12,8	6,4	1,9	2,6	21,4	6,0	36,5	4,5	7,5	100,0	266
3-4	16,2	4,4	2,2	5,1	14,0	5,9	37,5	4,4	10,3	100,0	136
5+	38,3	0,0	0,0	12,8	2,1	0,0	29,8	8,5	6,4	100,0	47
Area de residencia											
Urbana	0,5	1,2	0,5	1,7	21,1	10,0	45,5	5,5	13,7	100,0	423
Rural	44,6	19,0	3,8	10,9	13,0	1,1	6,5	0,5	0,5	100,0	184
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
Primaria	30,7	9,3	2,0	11,3	0,7	0,0	34,0	2,7	8,7	100,0	150
Secundaria	12,6	11,2	1,8	3,1	3,6	3,1	40,4	5,8	18,4	100,0	223
Superior	1,4	0,5	0,5	0,5	48,1	17,1	26,9	2,8	2,3	100,0	216
Total	13,9	6,6	1,5	4,5	18,6	7,3	33,7	4,0	9,7	100,0	607

*: Menos de 20 casos.

años de edad entre las separadas, viudas o divorciadas; aquellas que tienen 3 o más hijos, las que tienen menor nivel de educación y entre las residentes del área rural.

Tipo de Ocupación de las mujeres según características seleccionadas

- De las mujeres en edad fértil que trabajan, el 27 por ciento se dedica a labores agrícolas, la mayoría de ellas en tierra propia (14%). Un 74 por ciento de las mujeres se dedican a labores no agrícolas, la mayoría de ellas como trabajadoras del comercio y servicios (34%).
- Según características sociodemográficas de las mujeres que se dedican a labores

agrícolas en tierra propia, destacan las proporciones de mujeres entre 45 a 49 años (24%), las mujeres casadas (21%), las que tienen 5 o más hijos (38%). En el caso de las mujeres que se dedican a labores no agrícolas, específicamente las que trabajan en ocupaciones de comercio y servicios, se presenta una relativa semejanza entre las proporciones de todos los grupos de edad, siendo algo menor en las de 15-19 años. Una mayor proporción de mujeres en este tipo de ocupación (comercio y servicios) se presenta entre las mujeres divorciadas, separadas o viudas (46%), entre las que tienen 3 o 4 hijos (38%), en las residentes en área urbana (46%) y en las que tienen nivel educativo de secundaria.

Cuadro 3.7

Empleador y formas de remuneración de las mujeres que trabajan, según características seleccionadas

- La mayoría de las mujeres que trabajan son independientes (52%) y el 11 por ciento trabaja para algún miembro de la familia. En ambos casos, las mujeres que trabajan

sin recibir un pago a cambio ascienden a 12 por ciento.

- Las mujeres trabajadoras independientes que reciben dinero destacan en el área urbana (47%) frente al área rural (41%). De igual modo, las mujeres que trabajan para otro y reciben dinero a cambio, se presentan en mayor proporción en el área urbana que la rural (42% y 20% respectivamente).

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: Moquegua 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	15,7	5,9	33,3	5,9	13,7	25,5	100,0	51
20-24	27,1	4,7	41,2	1,2	14,1	11,8	100,0	85
25-29	39,6	11,0	35,2	2,2	12,1	0,0	100,0	91
30-34	50,9	6,1	36,0	1,8	2,6	2,6	100,0	114
35-39	51,7	5,9	37,3	0,0	1,7	3,4	100,0	118
40-44	61,3	5,3	32,0	0,0	0,0	1,3	100,0	75
45-49	59,7	9,7	25,0	1,4	2,8	1,4	100,0	72
Area de residencia								
Urbana	47,2	0,9	41,5	1,4	5,5	3,6	100,0	423
Rural	41,3	20,7	19,6	1,6	7,6	9,2	100,0	184
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	17
Primaria	64,0	10,0	16,7	2,0	4,0	3,3	100,0	150
Secundaria	50,2	8,5	22,9	0,9	8,1	9,4	100,0	223
Superior	26,9	1,9	61,1	1,9	5,6	2,8	100,0	216
Ocupación								
Agrícola	43,1	23,8	10,0	1,9	9,4	11,9	100,0	160
No agrícola	46,2	0,9	43,7	1,3	4,9	2,9	100,0	447
Total	45,4	6,9	34,8	1,5	6,1	5,3	100,0	607

*: 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

- El 63 por ciento de mujeres deciden ellas mismas en que gastar el dinero que ganan. Las mayores proporciones de mujeres con esta característica se presentan entre las menores de 25 años, las mujeres divorciadas, separadas, viudas (99%) y las solteras (93%), las que habitan en el área urbana (68%) y las que tienen un nivel de educación de secundaria y más.

- Gran proporción de mujeres que trabajan contribuyen al sostenimiento del hogar (84%), atendiendo al menos una parte de sus gastos: 20 por ciento menos de la mitad, 39 por ciento la mitad o más y un 25 por ciento la totalidad de gastos del hogar. La proporción de mujeres que trabajan y contribuyen al sostenimiento del hogar es mayor entre las mujeres de 30-39 años de edad, las separadas, viudas o divorciadas y las que tienen 5 o más hijos. Contrariamente, es menor entre las mujeres de 15-19 años de edad y las solteras.

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, Moquegua 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	75,0	18,7	6,2	100,0	34,4	28,1	25,0	12,5	100,0	32
20-24	70,0	25,7	4,3	100,0	30,0	22,9	27,1	20,0	100,0	70
25-29	62,0	35,4	2,5	100,0	12,7	17,7	44,3	25,3	100,0	79
30-34	58,8	39,2	2,0	100,0	11,8	16,7	54,9	16,7	100,0	102
35-39	62,6	36,4	0,9	100,0	11,2	20,6	40,2	28,0	100,0	107
40-44	54,3	45,7	0,0	100,0	15,7	17,1	32,9	34,3	100,0	70
45-49	65,1	33,3	1,6	100,0	12,7	20,6	31,7	34,9	100,0	63
Estado conyugal										
Soltera	93,2	3,4	3,4	100,0	27,1	27,1	28,8	16,9	100,0	118
Casada/ conviviente	45,3	52,6	2,1	100,0	12,9	18,5	45,0	23,5	100,0	341
Divorciada, separada, viuda	98,5	1,5	0,0	100,0	13,8	12,3	26,2	47,7	100,0	65
Número de hijos vivos										
0	83,7	13,2	3,1	100,0	28,7	24,0	32,6	14,7	100,0	129
1-2	54,0	43,4	2,6	100,0	11,9	16,6	43,8	27,7	100,0	235
3-4	58,2	41,8	0,0	100,0	13,9	19,7	38,5	27,9	100,0	122
5+	59,5	37,8	2,7	100,0	8,1	24,3	32,4	35,1	100,0	37
Area de residencia										
Urbana	68,0	30,5	1,5	100,0	19,4	19,1	39,8	21,7	100,0	398
Rural	46,0	50,0	4,0	100,0	6,3	21,4	36,5	35,7	100,0	126
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13
Primaria	55,1	40,9	3,9	100,0	11,8	18,9	33,1	36,2	100,0	127
Secundaria	65,2	32,6	2,2	100,0	23,2	18,8	33,7	24,3	100,0	181
Superior	65,3	33,7	1,0	100,0	12,9	20,8	48,0	18,3	100,0	202
Total	62,7	35,2	2,1	100,0	16,3	19,7	39,0	25,0	100,0	524

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 3.9 y 3.9a

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

- La proporción de mujeres no unidas que deciden ellas mismas en que se gasta el dinero (94%), es mayor que en la mujeres unidas (53%), incluso cuando se analiza su distribución por nivel de contribución a los gastos del hogar.

- Casi la mitad de mujeres unidas comparten con el esposo o compañero la decisión del monto a usar de la remuneración de la mujer para destinarlos a los gastos del hogar (45%). Apenas uno por ciento de mujeres unidas declaró que la decisión del gasto de la remuneración de la mujer la decide solamente el esposo o compañero.

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, Moquegua 2000.

Contribución a los gastos del hogar	Actualmente unidas					Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada	Junto con el esposo/compañero	Junto con alguien más	Sólo el esposo/compañero decide	Otra persona		
Proporción de gastos del hogar que paga la entrevistada							
Casi nada	76,9	23,1	0,0	0,0	0,0	100,0	52
Menos de la mitad	54,4	39,7	0,0	4,4	1,5	100,0	68
La mitad o más	46,4	51,2	1,2	1,2	0,0	100,0	168
Todo	49,1	50,0	0,0	0,0	0,9	100,0	106
Total	52,5	45,2	0,5	1,3	0,5	100,0	395

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, Moquegua 2000

Contribución a los gastos del hogar	No unidas			Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada decide	Junto con alguien más	Otra persona		
Proporción de gastos del hogar que paga la entrevistada					
Casi nada	93,9	3,0	3,0	100,0	33
Menos de la mitad	91,4	2,9	5,7	100,0	35
La mitad o más	91,7	5,6	2,8	100,0	36
Todo	100,0	0,0	0,0	100,0	25
Total	93,8	3,1	3,1	100,0	129

Cuadro 3.10 y 3.10a

Decisiones en el Hogar

- En el departamento de Moquegua, las mujeres unidas en mayor proporción que las mujeres no unidas deciden ellas mismas sobre aspectos cotidianos del hogar. Así por ejemplo, respecto a compras para las necesidades diarias del hogar y la comida que se debe cocinar diariamente, las unidas aventajan a las no unidas (61% vs. 20% en el primer caso y 79% vs. 21% en el segundo caso).

- Respecto a la decisión del cuidado de la salud por ellas mismas, las mujeres unidas superan a las no unidas (55% y 48% respectivamente).
- Pero cuando se trata de las grandes compras del hogar, en el caso de las mujeres unidas, el 64% las decide junto con el esposo o compañero y un 8% declaró que las decide solo el esposo o compañero.
- En cuanto al cuidado de la salud, un 5 por ciento de mujeres unidas declaró que la decisión la toma sólo su cónyuge y el 37 por ciento decide junto con el esposo

Cuadro 3.10 Decisiones sobre el hogar

Distribución porcentual de las mujeres por persona que toma las decisiones específicas del hogar, por estado marital según tipo de decisión, Moquegua 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	Otra persona	Nadie	Sin información		
El cuidado de su salud	55,1	36,6	0,9	5,4	1,6	0,1	0,3	100,0	700
Las grandes compras del hogar	21,7	64,4	0,9	7,9	4,9	0,0	0,3	100,0	700
Compras para las necesidades diarias del hogar	60,8	31,3	0,6	2,6	4,1	0,0	0,6	100,0	700
Visitar a familia, amigos o parientes	29,2	60,4	0,9	5,9	2,6	0,9	0,3	100,0	700
Qué comida se debe cocinar cada día	79,1	13,0	1,7	1,4	3,7	0,7	0,3	100,0	700

Cuadro 3.10a Decisiones sobre el hogar

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

Tipo de decisión	No unidas				Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada decide	Junto con alguien más	Otra persona	Sin información		
El cuidado de su salud	47,5	3,5	48,7	0,3	100,0	340
Las grandes compras del hogar	16,5	6,5	75,8	0,3	100,0	340
Compras para las necesidades diarias del hogar	19,8	4,1	74,9	0,0	100,0	340
Visitar a familia, amigos o parientes	40,7	8,8	49,3	1,2	100,0	340
Qué comida se debe cocinar cada día	20,6	9,1	68,4	0,6	100,0	340

o compañero. En las mujeres no unidas, cerca de la mitad declaró que en este

aspecto, es alguien más la persona que toma la decisión.

- En lo que toca a la decisión de visitar familiares o amigos, las mujeres no unidas superan la proporción de las mujeres unidas de tomar la decisión por ellas mismas al respecto (41% vs.29%). La mayoría de mujeres casadas o convivientes declaró que esta decisión la toma junto con el esposo o compañero (60%) y un 6 por ciento mencionó que la decisión de visitar a familiares o amigos la toma solo el esposo.

Cuadro 3.11

Última Palabra en decisiones del hogar según características seleccionadas

- Más de la mitad de las mujeres en edad fértil tienen la última palabra en todas las decisiones del hogar que le fueron consultadas (58%), proporción que es algo mayor en el área rural (60%) que en el área urbana (58%).

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, Moquegua 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	30,2	11,5	10,4	31,9	19,2	8,2	51,6	182
20-24	75,6	46,7	54,4	70,0	57,2	38,3	13,9	180
25-29	89,6	78,5	86,8	88,9	84,0	63,9	2,1	144
30-34	92,8	87,3	89,8	94,0	92,2	77,1	1,2	166
35-39	94,2	86,5	91,0	89,7	94,2	77,4	0,6	155
40-44	94,9	91,5	92,3	93,2	95,7	85,5	1,7	117
45-49	94,7	90,4	98,9	89,4	96,8	84,0	0,0	94
Estado conyugal								
Soltera.	48,8	20,7	22,2	47,2	28,1	13,0	36,7	325
Casada/ conviviente	92,2	87,1	93,6	90,5	94,8	78,7	1,1	630
Divorciada, separada, viuda	96,5	87,1	84,7	91,8	87,1	77,6	1,2	85
Número de hijos vivos								
0	51,5	27,5	29,2	51,2	33,6	19,6	33,9	343
1-2	91,8	83,4	88,2	90,5	90,7	74,6	2,0	442
3-4	95,9	90,7	96,4	91,2	95,9	83,9	1,0	193
5+	87,1	83,9	93,5	80,6	98,4	72,6	0,0	62
Área de residencia								
Urbana	79,7	65,9	69,7	77,2	71,5	57,6	12,6	802
Rural	76,8	67,9	73,8	76,8	79,3	59,9	11,0	237
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	86,4	79,3	85,9	84,8	89,9	71,2	5,1	198
Secundaria	70,3	57,7	61,6	70,1	65,6	50,5	18,5	472
Superior	86,0	69,7	72,9	81,7	73,1	60,3	8,6	351
Trabajo actual								
No trabaja	69,5	53,6	58,3	68,1	62,2	47,6	21,4	430
Trabaja por dinero	89,5	78,8	83,4	86,4	83,4	69,4	3,8	524
Trabaja sin paga/ dinero	63,9	56,6	56,6	67,5	69,9	43,4	15,7	83
Sin información	*	*	*	*	*	*	*	3
Total	79,0	66,4	70,6	77,1	73,3	58,1	12,2	1040

*: Menos de 20 casos.

- 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, las que tienen 3 o 4 hijos, entre las mujeres con educación primaria y entre aquellas que les pagan en dinero, alcanzando valores superiores al 70 por ciento de su respectivo grupo poblacional.

Cuadro 3.12

Razones específicas para rehusar relaciones sexuales con el esposo.

- Gran proporción de las entrevistadas están 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", "sabe que el esposo tiene

una ETS", "está cansada o no está de humor".

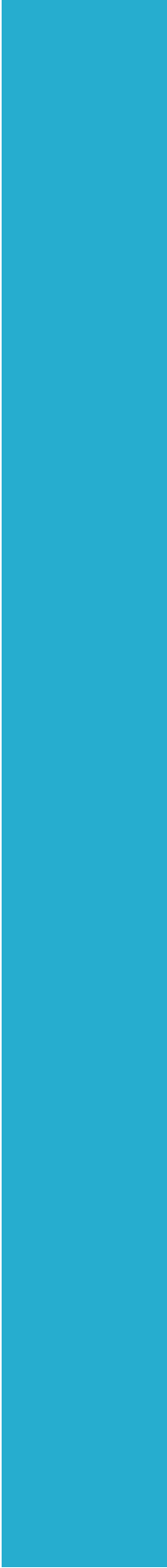
- El porcentaje de entrevistadas que está de acuerdo con todas las razones indicadas es ligeramente menor y se sitúa en 78 por ciento, presentándose un mayor porcentaje en el área urbana (80%) que en la rural (71%). Es mayor entre las mujeres con educación secundaria (81%) y superior (80%) y entre las mujeres solteras.

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, Moquegua 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	82,4	89,0	92,3	91,2	79,1	6,6	182
20-24	87,8	97,2	97,2	95,0	85,6	2,2	180
25-29	86,8	97,2	93,1	91,0	77,8	1,4	144
30-34	84,3	97,0	92,8	94,0	79,5	1,2	166
35-39	80,6	96,8	92,3	95,5	76,8	1,9	155
40-44	75,2	94,0	83,8	91,5	70,9	5,1	117
45-49	74,5	90,4	90,4	87,2	70,2	5,3	94
Estado conyugal							
Soltera	84,6	92,6	93,5	93,2	80,2	4,3	325
Casada/ conviviente	82,0	95,7	91,3	91,9	77,1	3,0	630
Divorciada, separada, viuda	77,6	95,3	94,1	95,3	76,5	1,2	85
Número de hijos vivos							
0	86,3	93,3	94,2	93,6	82,2	4,1	343
1-2	81,6	96,8	93,0	93,9	76,2	1,4	442
3-4	81,9	95,3	90,7	92,7	79,3	3,1	193
5+	69,4	85,5	80,6	77,4	64,5	12,9	62
Area de residencia							
Urbana	84,1	97,1	95,0	95,3	80,0	1,1	802
Rural	76,8	86,5	82,7	83,5	71,3	10,5	237
Nivel de educación							
Sin educación	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	74,7	85,9	79,8	81,3	69,2	11,6	198
Secundaria	84,9	96,0	95,3	94,5	80,9	1,5	472
Superior	84,6	98,6	95,4	97,4	80,0	0,6	351
Trabajo actual							
No trabaja	85,1	97,0	96,5	94,9	80,9	1,4	430
Trabaja por dinero	82,0	94,5	90,8	92,4	77,2	3,3	524
Trabaja sin paga/ dinero	72,3	85,5	79,5	83,1	68,7	12,0	83
Sin información	*	*	*	*	*	*	3
Decisiones en las cuales una mujer tiene la ultima palabra							
0	84,3	90,6	91,3	90,6	82,7	7,1	127
1-2	81,8	91,2	91,9	91,9	76,4	6,1	148
3-4	81,9	96,3	93,8	91,3	76,3	2,5	160
5+	82,4	96,0	92,0	93,5	77,9	2,0	604
Total	82,5	94,7	92,2	92,6	78,0	3,3	1040

*: Menos de 20 casos.



IV. FECUNDIDAD

IV. FECUNDIDAD

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 su nivel en Moquegua es más bajo que el nacional y similar al de Lima. 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 periodo 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 de nacimientos que actualmente ocurren, en promedio, 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

- La tasa global de fecundidad del departamento de Moquegua es de 2.1 hijos por mujer, mientras para el total del país esta tasa es de 2.9 hijos por mujer. En el área urbana del departamento las mujeres tienen menos hijos que en el área rural (la TGF es de 2 hijos por mujer y 2.4, respectivamente a dichas áreas).
- Las tasas de fecundidad por edad, en promedio, son relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva pero alcanzan su mayor nivel en el grupo de 20 a 24 años de edad, para luego descender abruptamente en los siguientes grupos de edad.
- La tasa de fecundidad por edad más alta, tanto en el área urbana como la rural, la tiene las mujeres de 20 a 24 años. Pero, la tasa de fecundidad para este grupo de edad en el área rural es mayor que la del área urbana en las mujeres del mismo grupo de edad (155 por mil y 108 por mil).
- La tasa de fecundidad general (TFG) en el departamento de Moquegua llega a 72 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad y en el área rural a 79

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, Moquegua 2000

Grupo de edad e indicador	Área de Residencia		Total
	Urbana	Rural	
Edad			
15-19	55	86	61
20-24	108	155	116
25-29	92	77	88
30-34	67	91	73
35-39	63	43	59
40-44	13	23	15
Indicador			
Tasa global de fecundidad ^{1/}	2,0	2,4	2,1
Tasa general de fecundidad ^{2/}	70,0	79,0	72,0
Tasa bruta de natalidad ^{3/}	18,5	15,5	17,7

^{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

nacimientos en comparación a 70 en el área urbana.

- La tasa bruta de natalidad (TBN) es de 17.7 nacimientos por cada mil habitantes, presentando un nivel más alto en el área urbana (18.5 por mil) que en el área rural (15.5 por mil).

Los diferenciales en las tasas globales 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

Los diferenciales en las tasas globales 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.

- El nivel de fecundidad, presenta marcadas diferencias según el nivel educativo de la mujer y el área de residencia.
- La diferencia existente de la fecundidad entre el área urbana y rural, se manifiesta también en el porcentaje de mujeres embarazadas: en el área urbana, 3% de mujeres en edades fértiles estaban

embarazadas al momento de la encuesta, mientras que en el área urbana este porcentaje es mayor (4%) .

- 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 (3.4 hijos por mujer) es casi el doble de la tasa de fecundidad de las mujeres con educación superior (1.8 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.

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, Moquegua 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	3,1	3,5
Rural	2,4	4,2	3,0
Nivel de educación			
Sin educación	0,4	5,3	0,0
Primaria	3,4	4,1	1,5
Secundaria	1,9	3,2	3,4
Superior	1,8	2,3	4,6
Total	2,1	3,4	3,4

El cuadro 4.3 muestra las tasas de fecundidad por edad para varios quinquenios anteriores a la encuesta, lo que permite apreciar los 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.

Fecundidad por edad para varios quinquenios anteriores a la encuesta

nacimientos ha disminuido en 31 por cada mil mujeres, lo que equivale a una reducción de 25 por ciento.

Cuadro 4.3

- 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 30 a 34 años, grupo en el que el número de
- En los dos últimos quinquenios (5 a 9 años y 0 a 4 años anteriores a la ENDES 2000), la mayor disminución de la fecundidad se registra entre las mujeres de 20 a 24 años, en el orden de 20 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, Moquegua 2000

Edad de la madre ¹	Años antes de la encuesta		
	0-4	5-9	10-14
15-19	63	58	94
20-24	124	155	153
25-29	101	113	135
30-34	92	90	123
35-39	58	51	47
40-44	14	9	-
45-49			

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 Moquegua, tiene un promedio de 1.7 hijos nacidos vivos y las mujeres actualmente unidas tienen un promedio de 2.4.
- 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,

Cuadro 4.4 Número de nacidos vivos y sobrevivientes a 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, Moquegua 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	94,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	182	0,1	0,1
20-24	51,7	36,1	10,0	1,7	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	180	0,6	0,6
25-29	21,5	38,2	27,8	10,4	1,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	144	1,4	1,3
30-34	13,3	26,5	29,5	16,3	10,8	1,8	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	166	2,0	1,9
35-39	9,7	11,0	32,3	27,1	9,0	5,2	4,5	0,6	0,0	0,6	0,0	100,0	155	2,6	2,4
40-44	6,0	10,3	28,2	20,5	14,5	10,3	6,8	0,9	1,7	0,0	0,9	100,0	117	3,1	2,9
45-49	2,1	6,4	17,0	25,5	16,0	13,8	7,4	4,3	5,3	2,1	0,0	100,0	94	3,9	3,5
Total	32,9	20,2	19,8	13,0	6,5	3,5	2,5	0,6	0,7	0,3	0,1	100,0	1 040	1,7	1,6
	MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS														
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11	0,6	0,6
20-24	17,2	59,8	18,4	3,4	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	87	1,1	1,1
25-29	7,3	41,3	36,7	11,9	1,8	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	109	1,6	1,6
30-34	1,6	29,9	31,5	19,7	12,6	2,4	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	127	2,3	2,2
35-39	4,2	10,0	35,0	28,3	10,8	4,2	5,8	0,8	0,0	0,8	0,0	100,0	120	2,8	2,6
40-44	3,1	9,3	32,0	19,6	15,5	9,3	7,2	1,0	2,1	0,0	1,0	100,0	97	3,2	3,0
45-49	1,3	5,1	15,4	29,5	16,7	11,5	9,0	5,1	5,1	1,3	0,0	100,0	78	3,9	3,6
Total	6,0	26,6	28,8	18,6	9,5	4,1	4,0	1,0	1,0	0,3	0,2	100,0	630	2,4	2,3

*: Menos de 20 casos.

tanto para el total de mujeres (0.1 para las de 15 a 19 años y 3.9 para las de 45 a 49 años) como para las actualmente unidas (0.6 para las mujeres de 15 a 19 años y 3.9 para las de 45-49 años).

- 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

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 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 Moquegua, es de 48 a más meses (53%). La mediana del intervalo, es decir, el valor por debajo del cual ha ocurrido el 50 por ciento de los nacimientos es 51.5 meses. Esta mediana aumenta con la edad de la mujer (a partir de los 30 a 39 años) y con el nivel de educación (a mayor nivel educativo, mayor intervalo entre nacimientos).

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, Moquegua 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								
20-29	9,2	16,9	23,1	13,8	36,9	100,0	39,2	65
30-39	5,4	8,1	14,4	13,5	58,6	100,0	59,5	111
40 +	(4,2)	(12,5)	(4,2)	(12,5)	(66,7)	(100,0)	60,0	24
Orden de nacimiento								
2-3	7,9	11,8	13,2	13,8	53,3	100,0	52,5	152
4-6	2,4	7,1	26,2	11,9	52,4	100,0	51,0	42
7 +	*	*	*	*	*	*	*	6
Sexo del nacimiento anterior								
Hombre	7,6	9,5	15,2	13,3	54,3	100,0	52,8	105
Mujer	5,3	13,7	16,8	13,7	50,5	100,0	49,5	95
Sobrevivencia del nacimiento								
Anterior todavía vivo	6,3	11,1	16,9	13,8	51,9	100,0	51,2	189
Murió	*	*	*	*	*	*	*	11
Area de residencia								
Urbana	5,3	8,7	14,0	14,7	57,3	100,0	55,3	150
Rural	10,0	20,0	22,0	10,0	38,0	100,0	35,0	50
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	5,2	15,5	22,4	8,6	48,3	100,0	47,5	58
Secundaria	6,3	12,7	12,7	16,5	51,9	100,0	51,5	79
Superior	6,8	5,1	15,3	15,3	57,6	100,0	57,5	59
Total	6,5	11,5	16,0	13,5	52,5	100,0	51,5	200

* Menos de 20 casos

(): Entre 20 y 24

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 nulíparas 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.

Cuadros 4.6 y 4.7

Edad al primer nacimiento

- En el departamento de Moquegua, la mediana al nacimiento del primer hijo casi no ha cambiado en los últimos 25 años, aumento de 21.3 a 22.3.
- El 29 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años tuvo su primer hijo antes de los 20 años de edad frente al 35 por ciento de mujeres de 40 a 44 años que tuvieron su primer hijo antes de esa edad.
- El 6 por ciento de las mujeres adolescentes (15-19 años) de Moquegua ha sido

madre por primera vez antes de los 20 años. Sin embargo, este porcentaje 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.

Edad mediana al primer nacimiento

- La mediana de edad al primer nacimiento entre las mujeres de 25 a 49 años es 22.2 años.
- La mediana al nacimiento del primer hijo en el departamento es de 22.2 años, ligeramente mayor a la del total del país (21.9 años).
- La mediana de edad al primer nacimiento en el área urbana es ligeramente mayor

Cuadro 4.6 Edad al primer nacimiento

Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por edad al primer nacimiento, según edad actual, Moquegua 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	94,0	0,5	2,7	2,7	0,0	0,0	0,0	100,0	182	-
20-24	51,7	0,0	11,1	18,3	13,3	5,6	0,0	100,0	180	-
25-29	21,5	2,8	13,9	12,5	18,8	18,1	12,5	100,0	144	22
30-34	13,3	0,6	14,5	15,1	15,1	22,9	18,7	100,0	166	23
35-39	9,7	1,3	16,8	12,3	16,8	18,1	25,2	100,0	155	22
40-44	6,0	4,3	17,1	13,7	12,8	21,4	24,8	100,0	117	22
45-49	2,1	6,4	10,6	16,0	26,6	16,0	22,3	100,0	94	21

- 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 mediana al primer nacimiento

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

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

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.

que en la rural (22.2 años y 22.1 años, respectivamente) y según el nivel educativo, no se observan mayores diferencias (20.8 años para las que no tienen educación y 20.6 para las de educación secundaria).

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

Cuadros 4.8

4.5 FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

Para efectos de este informe, se considera como adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años de edad. 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

Fecundidad de adolescentes

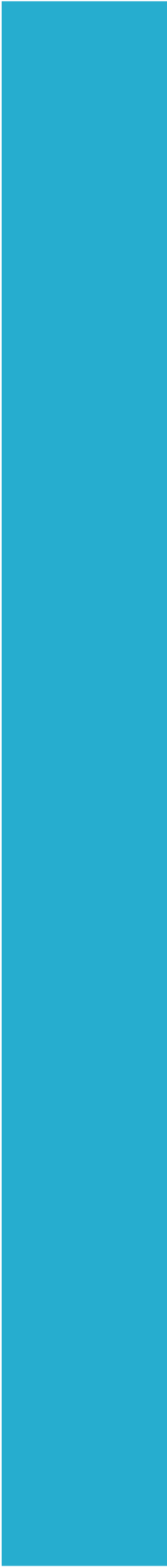
- En el departamento de Moquegua, el 6 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres y el 1 por ciento esta embarazada con el primer hijo.
- Pero, se observan diferencias según el área de residencia: las mujeres del área rural que ya son madres (13%) superan en 9 puntos porcentuales a las del área urbana (4%).
- El porcentaje más elevado de mujeres adolescentes que ya son madres o que se encuentran embarazadas con el primer hijo, le corresponde a las que tienen 19 años (15%) en tanto que las mujeres de 15 y 16 años registran un menor porcentaje de madres o que están embarazadas (2%).

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, Moquegua 2000

Características	Porcentaje de adolescentes		Total alguna vez embarazadas	Número de adolescentes
	Ya son madres	Están embarazadas con el primer hijo		
Edad				
15	2,2	0,0	2,2	45
16	0,0	0,0	0,0	29
17	2,6	2,6	5,3	38
18	10,8	2,7	13,5	37
19	15,2	0,0	15,2	33
Area de residencia				
Urbana	3,7	1,5	5,1	136
Rural	13,0	0,0	13,0	46
Nivel de educación				
Primaria	*	*	*	10
Secundaria	4,6	1,3	5,9	153
Superior	*	*	*	19
Total	6,0	1,1	7,1	182

*: Menos de 20 casos.



V. PLANIFICACION FAMILIAR

V. 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 anticonceptivos en el departamento de Moquegua es bastante extendido. Casi la totalidad de mujeres en edad fértil conoce o ha oído hablar de algún método anticonceptivo. Respecto a los métodos modernos, la proporción de mujeres que los conoce también es elevada, presentando porcentajes similares entre las mujeres actualmente unidas y el total de mujeres (99.4% en ambos casos).
- Entre las mujeres no unidas que no son sexualmente activas el conocimiento de métodos anticonceptivos también es alto, alcanzando a la totalidad de este grupo de mujeres. El 100% de este grupo de mujeres conoce o ha escuchado hablar de cualquier método, así se trate de métodos modernos o cualquier método tradicional o folklórico.

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, Moquegua 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	99,7	99,7	100,0	100,0	99,6
Cualquier método moderno	99,4	99,4	100,0	100,0	99,1
Modernos					
Píldora	96,2	96,5	100,0	97,2	94,3
DIU	96,6	97,8	100,0	97,2	92,6
Inyección	96,2	98,7	94,3	97,2	89,1
Espuma/ jalea	81,3	83,9	88,6	80,6	73,5
Condón masculino	96,4	96,3	100,0	96,5	96,1
Esterilización femenina	95,5	96,3	100,0	97,2	91,3
Esterilización masculina	86,8	88,9	97,1	84,7	80,9
Norplant	57,9	59,8	71,4	56,3	51,7
Amenorrea por lactancia (MELA)	68,3	73,8	68,6	71,5	51,3
Tradicionales	94,9	95,9	100,0	95,1	91,3
Abstinencia periódica	93,3	94,9	94,3	91,7	89,6
Retiro	67,1	73,8	91,4	69,4	43,9
Folclóricos	5,9	6,0	2,9	7,6	4,8
Tradicional y folclórico	95,2	96,3	100,0	95,1	91,3
Promedio de métodos conocidos	9,4	9,7	10,1	9,5	8,6
Número de mujeres	1040	630	35	144	230

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

- El promedio de métodos anticonceptivos conocidos es de 9.4 métodos en todas las mujeres y ligeramente mayor en las mujeres unidas (9.7 métodos).
- El método moderno más conocido por el total de las mujeres entrevistadas es el DIU (97%), seguido del condón (96.4%), la píldora e inyectable (ambos con 96.2%). También es bastante conocida la esterilización femenina (96%).
- El método menos conocido es el Norplant en todas las subpoblaciones consideradas en el cuadro y el MELA. Entre los métodos tradicionales el menos conocido es el retiro, especialmente por las mujeres sin experiencia sexual.

Cuadro 5.2

Conocimiento de métodos por características sociodemográficas de las mujeres actualmente unidas

- La gran mayoría de las mujeres actualmente unidas, independientemente de su edad, nivel de educación o lugar de residencia, conoce o ha oído hablar de algún método anticonceptivo.
- Casi la totalidad de las mujeres actualmente unidas de Moquegua conoce algún método anticonceptivo (99.7%) aunque sea sólo de nombre, y el conocimiento de algún método moderno llega a 99.4 por ciento.

Cuadro 5.2 Conocimiento de métodos en las mujeres en unión, por características seleccionadas, Moquegua 2000

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

Características	Conoce algún método	Conoce métodos modernos	Número de mujeres
Edad			
15-19	*	*	11
20-24	100,0	100,0	87
25-29	100,0	100,0	109
30-34	100,0	100,0	127
35-39	100,0	100,0	120
40-44	100,0	99,0	97
45-49	97,4	96,2	78
Area de residencia			
Urbana	100,0	99,8	470
Rural	98,8	98,1	160
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	18
Primaria	99,4	98,7	154
Secundaria	100,0	100,0	253
Superior	100,0	100,0	204
Total	99,7	99,4	630

*: Menos de 20 casos.

- La totalidad de las mujeres unidas entre 20 y 44 años conoce algún método. Alguno moderno es conocido por la totalidad de las mujeres cuyas edades se encuentran entre los 20 y 44 años. El menor porcentaje de conocimiento se presenta entre las de 45 a 49 años.
- Con respecto al área de residencia, el conocimiento de cualquier método anticonceptivo es ligeramente mayor entre las mujeres unidas que habitan en el área urbana que la rural (100% y 99% para cada caso). Si se trata de un método moderno, también son las mujeres urbanas las que tienen mayor conocimiento que las rurales.
- Asimismo, el porcentaje de las mujeres que conoce algún método entre las que tienen

educación secundaria o superior supera el de aquellas de menor nivel educativo.

5.2 USO DE MÉTODOS 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.

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

- Cerca de las tres cuartas partes del total de mujeres entrevistadas en el departamento de Moquegua ha usado alguna vez un método anticonceptivo (71%). La proporción que ha usado alguno moderno es 62 por ciento, entre ellos el más usado fue el condón masculino (31%). En cambio, el uso de métodos tradicionales en el pasado por esta población llega al 46 por ciento, predominando la abstinencia periódica o ritmo (39%).
- En la población de mujeres actualmente unidas, 9 de cada diez ha usado algún método anticonceptivo alguna vez. El 84 por ciento ha usado cualquier método moderno y el 61 por ciento, cualquier método tradicional.

- Los métodos modernos con mayores porcentajes de uso en el pasado por las mujeres actualmente unidas es el inyectable y el condón (41% en ambos casos). De los métodos tradicionales, el más utilizado ha sido el ritmo o abstinencia periódica (53%).

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 5.3 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, Moquegua 2000

Edad	Métodos modernos											Tradicionales y folclóricos					Número de mujeres
	Cualquier método	Total métodos modernos	Píldora	DIU	Inyección	Espuma jalea	Condón masculino	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Norplant	MELA	Cualquier método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro	Otro	Cualquier método tradicional o folclórico	
TODAS LAS MUJERES																	
Edad																	
15-19	11,5	8,8	1,1	0,0	2,7	0,5	7,1	0,0	0,0	0,0	0,5	8,8	7,7	5,5	0,5	9,3	182
20-24	62,2	53,3	16,7	18,3	28,9	6,1	31,1	1,7	0,0	0,0	5,6	41,7	31,7	22,8	0,6	41,7	180
25-29	88,9	81,2	34,7	37,5	39,6	20,1	45,1	3,5	0,0	1,4	5,6	62,5	54,9	27,1	2,1	62,5	144
30-34	88,6	77,7	34,9	38,6	39,2	12,7	38,6	12,0	1,2	0,0	3,0	56,0	44,6	27,1	0,0	56,0	166
35-39	93,5	85,2	42,6	47,1	41,3	26,5	43,2	16,8	0,6	0,6	8,4	58,1	52,9	22,6	2,6	58,7	155
40-44	90,6	76,9	43,6	40,2	27,4	16,2	29,9	23,1	0,9	0,0	1,7	53,0	48,7	18,8	1,7	53,8	117
45-49	84,0	66,0	42,6	22,3	29,8	17,0	23,4	23,4	1,1	0,0	0,0	52,1	45,7	20,2	2,1	54,3	94
Total	71,1	61,8	28,6	28,1	29,2	13,3	31,0	9,9	0,5	0,3	3,8	45,8	39,1	20,3	1,3	46,2	1 040
MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS																	
Edad																	
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
20-24	92,0	86,2	24,1	34,5	48,3	10,3	49,4	3,4	0,0	0,0	11,5	62,1	48,3	33,3	1,1	62,1	87
25-29	98,2	91,7	40,4	46,8	46,8	23,9	48,6	4,6	0,0	1,8	7,3	68,8	62,4	27,5	2,8	68,8	109
30-34	96,9	87,4	38,6	45,7	45,7	13,4	45,7	12,6	1,6	0,0	3,9	60,6	48,8	29,1	0,0	60,6	127
35-39	95,8	88,3	42,5	50,0	44,2	28,3	43,3	18,3	0,8	0,8	8,3	60,8	55,0	26,7	1,7	60,8	120
40-44	93,8	79,4	45,4	41,2	28,9	15,5	29,9	23,7	1,0	0,0	2,1	55,7	51,5	17,5	2,1	56,7	97
45-49	85,9	66,7	43,6	24,4	29,5	15,4	24,4	23,1	1,3	0,0	0,0	53,8	47,4	20,5	2,6	56,4	78
Total	94,0	83,9	38,8	41,0	41,2	18,1	41,2	13,8	0,8	0,5	5,7	60,6	52,6	26,2	1,7	61,2	630

Cuadro 5.4

Uso actual de métodos anticonceptivos

En el departamento de Moquegua, el 76 por ciento de mujeres unidas usan algún método anticonceptivo. En la ENDES 1996, la prevalencia de anticonceptivos para las mujeres unidas fue de 79 por ciento, aunque hay un descenso en el uso en general, la proporción de mujeres unidas que usa algún método moderno es mayor que en 1996 (60% vs. 49%).

- El uso de métodos anticonceptivos en el departamento de Moquegua registra porcentajes que se pueden considerar como altos con relación al resto de departamentos. El departamento constituye, junto con Lima Metropolitana, Junín, Arequipa, Ica, Tumbes y Tacna, el departamento con mayores porcentajes de uso de métodos modernos por las mujeres actualmente unidas. En cuanto al uso de cualquier método tradicional, el departamento de Moquegua es uno de

los que presenta porcentajes bajos de uso (15%).

- El uso actual de cualquier método anticonceptivo, es más alto en las mujeres unidas (76%) que en el total de mujeres entrevistadas (51%). En el uso actual de algún método moderno, el porcentaje de las actualmente unidas llega a 60 por ciento y el del total de mujeres es 41 por ciento.
- La esterilización femenina y el inyectable son los métodos modernos preferidos por el total de mujeres (10% en ambos casos). En las mujeres actualmente unidas, el método moderno preferido es el inyectable (16%). Entre los métodos tradicionales, el preferido es la abstinencia periódica: 9 por ciento del total de mujeres y 14 de las actualmente unidas.
- Según edad de la mujer, el uso actual de métodos se concentra en los grupos de 30 a 34 y 35 a 39 años en las dos

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, Moquegua 2000

Edad	Métodos modernos											Tradicionales y folclóricos				No usa actualmente	Total	Número de mujeres
	Cualquier método	Total métodos modernos	Píldora	DIU	Inyección	Espuma jalea	Condón masculino	Esterilización femena	Esterilización masculina	Norplant	MELA	Cualquier método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro	Método folclórico			
TODAS LAS MUJERES																		
Edad																		
15-19	5,5	2,2	0,5	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	2,7	0,0	0,5	94,5	100,0	182
20-24	43,3	36,7	6,1	7,8	15,6	0,0	5,6	1,7	0,0	0,0	0,0	6,7	5,0	1,7	0,0	56,7	100,0	180
25-29	66,7	56,3	6,9	17,4	15,3	0,7	11,1	3,5	0,0	0,7	0,7	9,7	9,0	0,7	0,7	33,3	100,0	144
30-34	70,5	55,4	6,0	9,0	15,1	0,6	10,8	12,0	1,2	0,0	0,6	15,1	12,0	3,0	0,0	29,5	100,0	166
35-39	71,0	54,8	5,8	12,3	9,7	1,3	6,5	16,8	0,6	0,6	1,3	15,5	14,8	0,6	0,6	29,0	100,0	155
40-44	64,1	50,4	5,1	11,1	6,0	0,0	4,3	23,1	0,9	0,0	0,0	13,7	12,8	0,9	0,0	35,9	100,0	117
45-49	48,9	36,2	2,1	5,3	2,1	0,0	2,1	23,4	1,1	0,0	0,0	12,8	10,6	2,1	0,0	51,1	100,0	94
Total	51,3	40,6	4,7	8,8	9,8	0,4	5,9	9,9	0,5	0,2	0,4	10,4	9,2	1,3	0,3	48,7	100,0	1 040
MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS																		
Edad																		
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
20-24	78,2	67,8	8,0	14,9	31,0	0,0	10,3	3,4	0,0	0,0	0,0	10,3	6,9	3,4	0,0	21,8	100,0	87
25-29	80,7	68,8	9,2	21,1	19,3	0,9	11,9	4,6	0,0	0,9	0,9	11,0	10,1	0,9	0,9	19,3	100,0	109
30-34	82,7	66,1	7,1	10,2	19,7	0,8	13,4	12,6	1,6	0,0	0,8	16,5	14,2	2,4	0,0	17,3	100,0	127
35-39	83,3	63,3	6,7	13,3	12,5	0,8	8,3	18,3	0,8	0,8	1,7	20,0	19,2	0,8	0,0	16,7	100,0	120
40-44	70,1	53,6	6,2	12,4	6,2	0,0	4,1	23,7	1,0	0,0	0,0	16,5	15,5	1,0	0,0	29,9	100,0	97
45-49	53,8	38,5	2,6	6,4	2,6	0,0	2,6	23,1	1,3	0,0	0,0	15,4	12,8	2,6	0,0	46,2	100,0	78
Total	75,8	60,3	6,7	13,0	15,7	0,5	8,7	13,8	0,8	0,3	0,6	15,3	13,5	1,7	0,3	24,2	100,0	630

*: Menos de 20 casos.

poblaciones: en el total de entrevistadas y en las actualmente unidas. La diferencia es que mientras mayor proporción de las de 30 a 34 años usa la inyección, en las de 35 a 39 años mayor proporción usa la esterilización femenina.

- Con relación al mayor porcentaje de mujeres por grupo de edad que usan el inyectable (el método más usado), las mujeres de 20 a 34 años presentan la mayor concentración porcentual, en el total de mujeres, y entre los 20-24 años en las unidas. Lo contrario sucede en el uso de métodos tradicionales, el más alto porcentaje se concentra en las usuarias de la abstinencia periódica, sobre todo entre las mujeres de 35 a 39 años (15% en el total de mujeres y 19% en las actualmente unidas).

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 geográficas y sociales, incluyendo ciertos indicadores del estatus de la mujer. En la

discusión que sigue debe tenerse en cuenta que se trata solamente de mujeres casadas o unidas en el momento de la entrevista, a quienes se les está denominando actualmente unidas.

Cuadro 5.5

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

- Los mayores niveles en el uso de métodos anticonceptivos en el departamento de Moquegua se registran entre las residentes del área urbana, en mujeres que tienen educación primaria o más y en las que tienen dos o tres hijos sobrevivientes.
- El uso de algún método anticonceptivo por las mujeres actualmente unidas del área urbana supera al de residentes en el área rural en 5 puntos porcentuales. Por otro lado, en el área rural, el 28 por ciento de las mujeres actualmente unidas no usan ningún tipo de método anticonceptivo.
- Los métodos específicos más usados tanto en el área urbana como en la rural son: el

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, Moquegua 2000

Características	Métodos modernos											Tradicionales y folclóricos				Total	Número de mujeres
	Cualquier método	Total métodos modernos	Píldora	DIU	Inyección	Es-puma-jalea	Condón masculino	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Nor-plant	MELA	Cualquier método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro todo folclórico	No usa actualmente		
Área de residencia																	
Urbana	77,2	62,7	7,5	13,9	14,5	0,6	9,6	14,9	0,6	0,4	0,6	14,1	12,4	1,7	0,4	22,8	470
Rural	71,9	53,1	4,4	10,6	19,4	0,0	6,3	10,6	1,3	0,0	0,6	18,8	16,9	1,9	0,0	28,1	160
Nivel de educación																	
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	72,1	52,6	2,6	5,2	21,4	0,6	4,5	16,2	1,3	0,0	0,6	19,5	16,2	3,2	0,0	27,9	154
Secundaria	75,9	62,5	7,1	11,5	16,6	0,8	9,9	15,8	0,4	0,4	0,0	13,0	12,3	0,8	0,4	19,3	253
Superior	80,9	65,7	9,8	22,1	10,3	0,0	11,3	9,3	1,0	0,5	1,5	14,7	12,7	2,0	0,5	19,1	204
Número de hijos vivos																	
Ninguno	31,6	15,8	10,5	0,0	2,6	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5	7,9	2,6	5,3	68,4	38
1 hijo	73,0	57,9	3,9	17,4	21,3	0,6	12,9	1,7	0,0	0,0	0,0	15,2	12,9	2,2	0,0	27,0	178
2 hijos	80,7	65,1	10,9	16,7	15,6	0,5	5,7	13,5	0,5	0,5	1,0	15,6	14,6	1,0	0,0	19,3	192
3 hijos	86,7	70,8	4,4	10,6	16,8	0,9	12,4	22,1	1,8	0,9	0,9	15,9	13,3	2,7	0,0	13,3	113
4+ hijos	75,9	60,2	4,6	6,5	10,2	0,0	5,6	30,6	1,9	0,0	0,9	15,7	14,8	0,9	0,0	24,1	108
Total	75,8	60,3	6,7	13,0	15,7	0,5	8,7	13,8	0,8	0,3	0,6	15,3	13,5	1,7	0,3	24,2	630

*: Menos de 20 casos.

inyectable (15% y 19%, respectivamente), esterilización femenina (15% y 11% para cada área) y ritmo (12% y 17%, respectivamente). 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 el MELA¹.

- El uso de métodos anticonceptivos está relacionado, también, al nivel educativo. Se observa que 81 por ciento de las mujeres con nivel superior de educación usa algún método, frente a sólo 72 por ciento de las que tienen nivel primaria.
- Los mayores porcentajes de usuarias de la abstinencia periódica se encuentra entre las que tienen educación primaria.
- Según el número de hijos vivos, el mayor porcentaje de las usuarias de algún método se registra entre las que tienen 3 hijos (87%), seguido por las que tienen 2 hijos (81%). Cerca de un tercio de mujeres unidas que no tienen hijos esta usando algún anticonceptivo (32%).

- En la mayoría de los casos, el mayor o menor nivel de la prevalencia anticonceptiva está asociado al estatus que tiene la mujer en el hogar. Así, las mujeres unidas que tienen la última palabra en un mayor número de decisiones en el hogar presentan una prevalencia anticonceptiva mayor en comparación al resto.

- También, las mujeres unidas con mayor número de razones para oponerse a tener relaciones sexuales presentan una mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

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 cuan 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 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, Moquegua 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	*	*	*	*	*	*	*	11
20-24	7,4	51,6	36,8	4,2	0,0	0,0	100,0	95
25-29	3,4	38,5	41,0	14,5	0,9	1,7	100,0	117
30-34	3,4	28,1	40,4	19,9	6,8	1,4	100,0	146
35-39	3,5	25,2	35,0	22,4	7,7	6,3	100,0	143
40-44	5,5	15,5	52,7	10,9	3,6	11,8	100,0	110
45-49	14,1	3,3	28,3	18,5	15,2	20,7	100,0	92
Total	6,0	27,7	38,8	15,5	5,6	6,3	100,0	715

*: Menos de 20 casos.

¹ Hay que tener en cuenta que el MELA se usa solo en los primeros 6 meses de lactancia materna exclusiva, por lo tanto, en las mujeres que tienen niños menores de 6 meses los porcentajes son mayores.

Cuadro 5.6

Número de hijos al iniciar el uso de anticonceptivos

- En el departamento de Moquegua, el 94 por ciento de mujeres alguna vez unidas usa algún método anticonceptivo, el 39 por ciento empezó a usarlos después de tener el primer hijo, especialmente entre las mujeres de 25 a 34 años. El 16 por ciento inició el uso de métodos anticonceptivos cuando tuvo el segundo hijo. Entre las que aún no tienen hijos el 28 por ciento ya inició el uso de la anticoncepción. En este grupo, el 52% de las mujeres de 20 a 24 años alguna vez unidas están usando algún método anticonceptivo.

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). 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

- Cerca de las tres cuartas de mujeres usuarias del método del ritmo conoce la manera adecuada de usarlo (73%). Entre las no usuarias de éste método es mayor la proporción que desconoce cuáles son los días de mayor riesgo en los que puede quedar embarazada, llegando a casi un tercio de las mujeres a reconocer que "no sabe", de lo cual se desprende la necesidad de poner énfasis en la educación para el conocimiento de su periodo fértil a las mujeres del departamento de Moquegua.

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, Moquegua 2000

Percepción del período fértil	Abstinencia periódica		
	Son usuarias actualmente	No son usuarias actuales	Todas las mujeres
Justo antes de la menstruación	1,1	1,9	1,8
Durante la menstruación	0,0	2,8	2,5
Justo después de la menstruación	10,5	9,2	9,3
En la mitad del ciclo	72,6	41,5	44,3
En cualquier momento	1,1	8,2	7,5
Otra	7,4	5,5	5,7
No sabe	7,4	31,0	28,8
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	95	945	1040

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 cuadro 5.8. 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 5.9.

Cuadro 5.7a y Gráficos 5.1 y 5.2

- Al igual que para el total del país, en el departamento de Moquegua la principal fuente de suministro de métodos anticonceptivos modernos es el sector

Cuadro 5.7a Fuente de suministro para métodos modernos

Distribución porcentual de usuarias actuales de métodos modernos específicos por fuente de suministro, según método, Moquegua 2000

Fuente de suministro	Método moderno								Total
	Píldora	DIU	Inyección	Espuma, jalea	Condón masculino	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Norplant	
Sector Público	85,7	79,1	91,2	*	63,9	82,5	*	*	80,6
Hospital MINSA	4,1	0,0	0,0	*	0,0	9,7	*	*	2,9
Centro de salud MINSA	57,1	51,6	69,6	*	41,0	28,2	*	*	48,7
Puesto de salud MINSA	6,1	2,2	8,8	*	9,8	0,0	*	*	5,0
Promotor de salud MINSA	18,4	25,3	9,8	*	13,1	43,7	*	*	23,0
Hospital de ESSALUD	0,0	0,0	1,0	*	0,0	0,0	*	*	0,2
Policlínico/centro/posta de ESSALUD	0,0	0,0	1,0	*	0,0	1,0	*	*	0,5
Campaña / feria / jornada	0,0	0,0	1,0	*	0,0	0,0	*	*	0,2
Sector Privado	14,3	16,5	7,8	*	34,4	17,5	*	*	17,3
Clínica privada	6,1	7,7	2,9	*	0,0	16,5	*	*	7,7
Farmacia	6,1	0,0	2,9	*	34,4	0,0	*	*	6,7
Consultorio médico particular	2,0	8,8	2,0	*	0,0	1,0	*	*	2,9
Otro Sector Privado	0,0	2,2	0,0	*	0,0	0,0	*	*	1,0
Amigos/ parientes	0,0	2,2	0,0	*	0,0	0,0	*	*	1,0
Otro	0,0	0,0	1,0	*	0,0	0,0	*	*	0,5
Sin Información	0,0	2,2	0,0	*	1,6	0,0	*	*	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	*	100,0	100,0	*	*	100,0
Número de mujeres	49	91	102	4	61	103	5	2	418

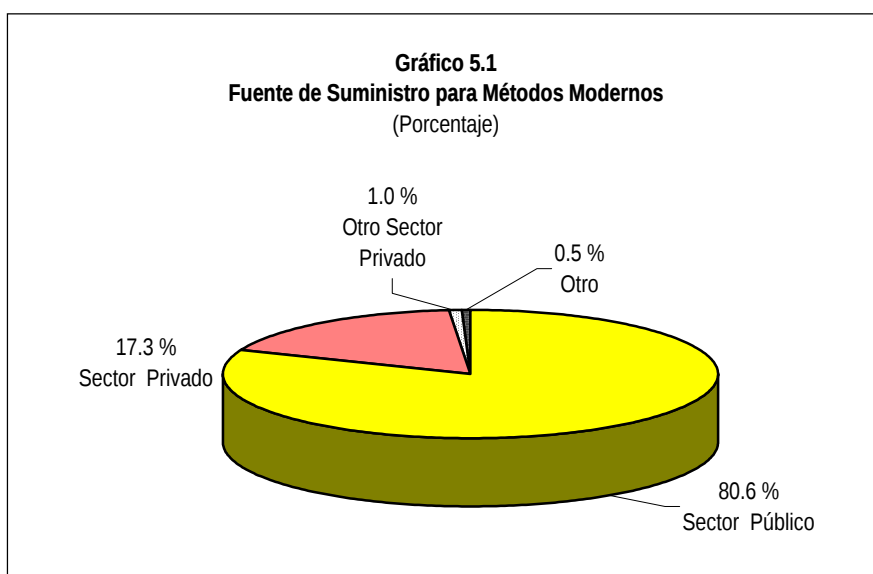
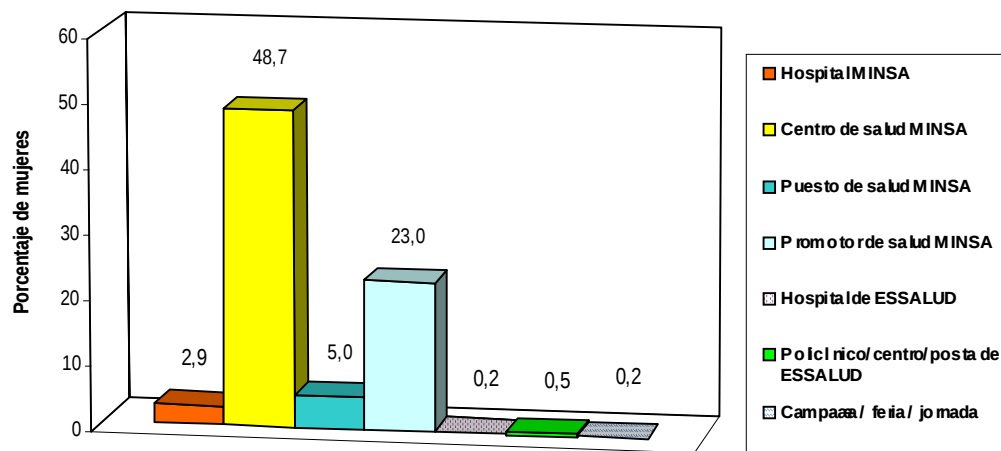


Gráfico 5.2
Fuente de Suministro del Sector Público



público (81%). 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 alcanza al 18%.

- Con relación al tipo de método, el mayor porcentaje de métodos hormonales (inyectable y píldora) los suministran los centros de salud del MINSA.
- Los métodos quirúrgicos (esterilización femenina y masculina), en la medida que necesitan especial cuidado y recursos especializados, no se realizan en los puestos de salud. Las mayores proporciones de usuarias de estos métodos fueron intervenidas en hospitales y centros de salud.

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.

- El 81 por ciento de las mujeres usuarias de métodos modernos manifiesta haber recibido información sobre los efectos secundarios del método que usa. El 89 por ciento recibió información de lo que tendría que hacer si experimenta tales efectos y 89 por ciento recibió información sobre otros métodos. Cabe resaltar, que un importante 94 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, la mayoría son las usuarias de píldoras (90%), DIU (87%) e inyectable (81%); sin embargo los porcentajes son mayores si se trata de información sobre lo que tiene que hacer si experimenta dichos efectos (91% en el caso de píldoras. 90% en el DIU y 93% en inyectables). A todas las mujeres a las que les colocaron el norplant

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, Moquegua 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				
Píldora	-	89,5	91,2	94,7
DIU	-	86,8	89,8	95,6
Inyección	-	81,3	93,2	93,4
Esterilización femenina	-	100,0	100,0	100,0
Esterilización masculina	94,2	66,0	80,0	66,0
Otra	100,0	-	-	-
	-	50,0	50,0	100,0
Area de residencia				
Urbana				
Rural	95,4	81,8	88,0	90,6
	90,5	75,5	95,0	81,1
Nivel de educación				
Sin educación				
Primaria	100,0	60,0	100,0	80,0
Secundaria	91,2	66,0	80,6	76,6
Superior	95,7	81,8	93,3	90,0
	96,0	87,2	87,8	93,6
Total	94,4	80,5	89,3	88,7
Número de mujeres	108	256	206	256

¹ Solamente para usuarias de esterilización

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

³ Solamente para usuarias de esterilización femenina, píldora, 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

le informaron sobre efectos secundarios, que hacer si se les presenta y sobre otros métodos.

- Siendo el inyectable el método moderno más usado, sólo el 81% de mujeres fueron informadas de los efectos secundarios y al 93% le informaron sobre qué hacer si se presentan estos efectos. A un 93% de usuarias de inyectables les 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 (66%) e información sobre otros métodos (66%).

- Las mujeres del área urbana en mayor porcentaje que las del área rural, recibió información sobre los efectos secundarios del método anticonceptivo y, en forma inversa, las mujeres rurales en mayor porcentaje que las urbanas, fueron informadas acerca de qué hacer si se les presentan los efectos secundarios. Las mujeres urbanas fueron las que mayor información recibió sobre otros métodos anticonceptivos.
- A diferencia de otro tipo de indicadores que muestran que las mujeres de mayor nivel educativo aventajan en conocimiento

a las que tienen menor o ningún nivel educativo, en este caso no se aprecia un comportamiento similar con respecto a la información recibida de algunas características del método. Así, las usuarias sin nivel educativo se encuentran en desventaja de las que tienen primaria y más en la información recibida sobre efectos secundarios. Con respecto a lo que tienen que hacer si tienen efectos secundarios a causa del uso del método, las mujeres con educación primaria presentan mayores porcentajes que las que

tienen primaria y más. Pero, el mayor nivel educativo asociado al mayor conocimiento se observa en cuanto a la información recibida sobre otros métodos.

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

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, Moquegua 2000

Razón de discontinuación	Píldora	DIU	Inyección	Espuma, Jalea	Condón masculino	Abstinencia periódica	Retiro	Norplant	MELA	Otra	Todos los métodos
Quedó embarazada mientras lo usaba	9,8	3,4	0,7	(14,3)	19,7	38,8	23,9	*	8,8	*	16,4
Quería quedar embarazada	6,1	14,4	6,5	(4,8)	19,7	19,1	8,7	*	0,0	*	12,5
Esposo desaprueba	0,0	0,8	0,0	(0,0)	3,1	0,0	8,7	*	0,0	*	1,1
Efectos secundarios	40,9	55,9	56,1	(9,5)	2,4	0,0	2,2	*	0,0	*	25,3
Razones de salud	3,8	3,4	1,4	(0,0)	0,8	1,1	0,0	*	2,9	*	1,9
Acceso y disponibilidad	6,8	0,8	4,3	(9,5)	5,5	0,0	0,0	*	0,0	*	3,1
Quería método más efectivo	9,1	4,2	5,8	(28,6)	18,9	18,1	28,3	*	82,4	*	16,3
Incómodo de usar	12,1	0,8	2,2	(9,5)	1,6	2,1	2,2	*	0,0	*	3,6
Sexo poco frecuente/marido ausente	4,5	0,8	6,5	(9,5)	11,0	8,5	8,7	*	5,9	*	6,7
Costo	0,0	0,8	0,7	(0,0)	0,0	0,0	0,0	*	0,0	*	0,2
Dificultad para embarazarse/ menopáusica	1,5	1,7	0,7	(0,0)	1,6	2,1	0,0	*	0,0	*	1,4
Disolución matrimonial/separada	3,8	0,0	5,8	(4,8)	11,8	6,9	15,2	*	0,0	*	6,0
Otra	0,8	11,9	7,2	(9,5)	2,4	1,6	0,0	*	0,0	*	4,2
Sin información	0,8	0,8	2,2	(0,0)	1,6	1,6	2,2	*	0,0	*	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	(100,0)	100,0	100,0	100,0	*	100,0	*	100,0
Número de segmentos discontinuos	132	118	139	21	127	188	46	2	34	3	811

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 y 24 casos.

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. Este grupo de razones de abandono de métodos se considera representativo de la experiencia de los últimos 5 años en el uso de métodos.

Cuadro 5.9

- La principal razón de abandono del método fueron los efectos secundarios para el 25 por ciento de los segmentos de uso. La segunda razón es haber quedado embarazada mientras estaba usando el método y la búsqueda de un método más efectivo (16% de los segmentos de uso, para ambos casos).

- Las mayores tasas de falla corresponden a la abstinencia periódica (39%) lo cual está en relación con el desconocimiento de las mujeres sobre los días de mayor riesgo para quedar embarazadas.
- La discontinuación de los segmentos de uso a causa de los efectos secundarios, le corresponden en mayor porcentaje al inyectable (56%), seguido del DIU (56%) y la píldora (41%).

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 5.11 se presentan las intenciones de uso para aquellas mujeres que no usan actualmente y en el gráfico 5.1 se las razones de no uso para quienes no intentan usar.

Cuadro 5.10 y Gráfico 5.3

Intenciones de uso de métodos en el futuro

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

- El 53 por ciento de las mujeres actualmente unidas, no usuarias de métodos, tiene la intención de usar alguno en el futuro. Las que no tienen intención de ser usuarias llegan a 40 por ciento.

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, Moquegua 2000

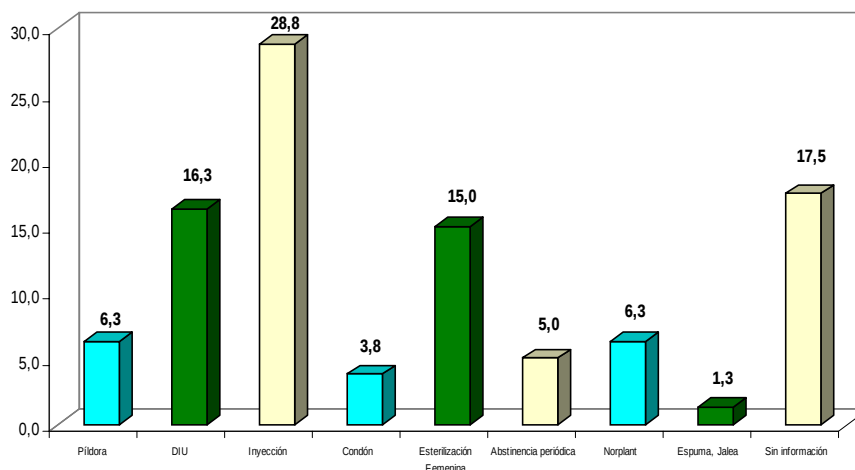
Intención futura	Número de hijos sobrevivientes ¹					Total
	0	1	2	3	4+	
Intentará usar más tarde	*	67,3	59,5	(52,2)	14,8	52,6
Insegura de la intención	*	3,8	2,7	(8,7)	0,0	4,6
No tiene intención de usar	*	26,9	32,4	(39,1)	81,5	40,1
Total	100,0	100,0	100,0	(100,0)	100,0	100,0
Número de mujeres	13	52	37	23	27	152

*: Menos de 20 casos.

(): Entre 20 y 24 casos.

¹ Incluye el embarazo actual

Gráfico 5.3
Preferencia de Métodos para uso futuro

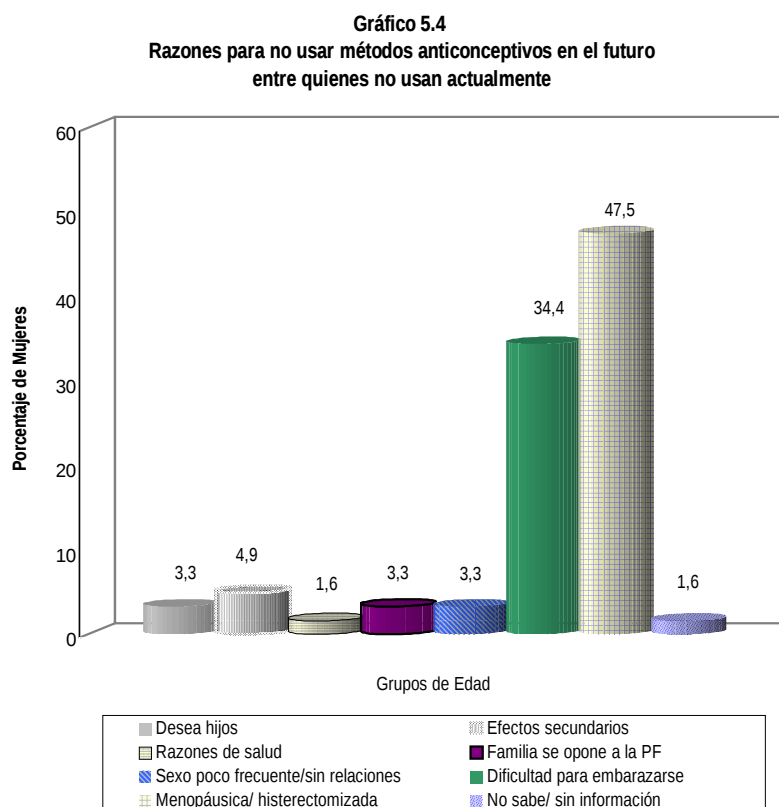


- En el gráfico 5.3, se observa que el inyectable y el DIU son los métodos de mayor preferencia en las mujeres que tienen intención de usarlos en el futuro (29% y 16% respectivamente).

Gráfico 5.4

Razones para no usar métodos anticonceptivos

- En el departamento de Moquegua, dos son las razones principales que las mujeres



argumentan para no usar métodos anticonceptivos en el futuro: la menopausia o histerectomía (48%) y la dificultad de embarazarse (34%).

Mensajes sobre Planificación Familiar: Exposición 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 5.13 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 5.14.

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, Moquegua 2000

Características	Ha escuchado mensajes en radio o televisión				Total	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			
Edad							
15-19	46,7	10,4	11,5	31,3	100,0	43,4	182
20-24	55,0	12,2	16,1	16,7	100,0	51,7	180
25-29	52,8	13,9	16,7	16,7	100,0	49,3	144
30-34	51,2	8,4	15,7	24,1	100,0	43,4	166
35-39	60,6	3,2	10,3	25,8	100,0	53,5	155
40-44	59,0	8,5	9,4	23,1	100,0	49,6	117
45-49	47,9	12,8	7,4	31,9	100,0	38,3	94
Area de residencia							
Urbana	59,1	6,2	14,6	20,1	100,0	50,8	802
Rural	33,8	21,9	7,2	36,7	100,0	35,9	237
Nivel de educación							
Sin educación	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	38,4	15,2	7,1	38,9	100,0	29,8	198
Secundaria	55,6	9,1	13,2	22,1	100,0	46,3	472
Superior	60,0	7,7	16,3	16,0	100,0	60,6	351
Total	53,3	9,8	12,9	23,9	100,0	47,4	1 040

Nota: El total incluye 0.1 por ciento sin información

*: Menos de 20 casos.

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 (10% solamente por radio y 13% sólo por la televisión).
- Los mayores porcentajes de mujeres que han escuchado mensajes por ambos medios son las de 35-39 y 40-44 años (61% y 59% en cada caso). El mayor porcentaje de las que han escuchado los mensajes sólo por radio, tienen entre 25 a 29 años.
- Las mujeres que habitan en el área rural, que han escuchado mensajes por ambos medios radio y televisión, presentan menores porcentajes que las mujeres urbanas, diferenciándose en 25 puntos porcentuales; sin embargo, el porcentaje de mujeres rurales que ha escuchado mensajes sobre planificación familiar sólo por radio, es casi cuatro veces mayor al porcentaje de las mujeres del área urbana.
- 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 (60%). Entre las que han escuchado esos mensajes sólo por radio tienen en su mayoría educación primaria (15%).
- Respecto a mensajes de planificación familiar en medios escritos, el 47 por ciento de entrevistadas en el departamento de Moquegua los vio o leyó, en mayor proporción las mujeres de 35 a 39 años, las residentes en el área urbana y las mujeres con educación superior.

Cuadro 5.12

Contacto de las no usuarias con los proveedores de planificación familiar

proporciones se encuentran entre los 20 y 24 años edad (80%), viven en el área urbana (77%) tienen nivel educativo superior (79%).

- El 28 por ciento de mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos tuvieron contacto con un trabajador de planificación familiar en los doce meses anteriores a la encuesta. De las mujeres que tuvieron contacto, 7 por ciento fue en su domicilio y 13 por ciento en un establecimiento de salud.
- Entre las mujeres que no han tenido contacto con un trabajador de planificación familiar las mayores
- 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 y discutieron sobre el tema, se presentan entre las mujeres de 25 a 29 años.
- Entre las mujeres que han visitado a un trabajador de planificación familiar en un establecimiento de salud, las mayores proporciones se presentan en las mujeres de: 35 a 39 años.

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, Moquegua 2000

Característica	Fue visitada por TPF			No fue visitada por TPF			Porcentaje sin contacto con proveedores de PF ²	Total	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	4,1	0,6	9,3	13,4	14,0	58,7	72,7	100,0	172
20-24	5,9	0,0	2,9	10,8	15,7	64,7	80,4	100,0	102
25-29	8,3	0,0	12,5	18,8	22,9	37,5	60,4	100,0	48
30-34	2,0	0,0	6,1	26,5	34,7	30,6	65,3	100,0	49
35-39	17,8	0,0	4,4	6,7	26,7	44,4	71,1	100,0	45
40-44	7,1	4,8	4,8	14,3	26,2	42,9	69,0	100,0	42
45-49	4,2	8,3	10,4	4,2	18,8	54,2	72,9	100,0	48
Area de residencia									
Urbana	4,6	0,8	4,9	13,3	21,5	55,0	76,5	100,0	392
Rural.	11,3	3,5	15,7	13,0	13,9	42,6	56,5	100,0	115
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Primaria	7,9	1,3	10,5	7,9	17,1	55,3	72,4	100,0	76
Secundaria	7,0	1,2	9,7	14,0	16,0	52,1	68,1	100,0	257
Superior	4,3	0,6	1,8	14,7	27,6	50,9	78,5	100,0	163
Total	6,1	1,4	7,3	13,2	19,8	52,2	71,9	100,0	507

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 5.14) y sobre la percepción de ellas de la actitud de su pareja conyugal respecto a las planificación familiar (cuadro 5.15).

Cuadro 5.13

- El 82 por ciento de las mujeres unidas que usan métodos anticonceptivos por decisión propia, ha dialogado alguna vez con su esposo o compañero sobre planificación familiar durante el último año. La mayor proporción de ellas ha discutido una o dos veces (48%) y son las de 20-29 años las que discutieron el tema con sus esposos en mayor proporción.

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, Moquegua 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	*	*	*	*	*	6
20-24	5,3	52,6	42,1	0,0	100,0	38
25-29	8,0	58,0	30,0	4,0	100,0	50
30-34	9,5	47,6	40,5	2,4	100,0	42
35-39	20,8	50,0	29,2	0,0	100,0	48
40-44	29,2	41,7	29,2	0,0	100,0	48
45-49	35,0	35,0	30,0	0,0	100,0	40
Total	18,0	48,2	32,7	1,1	100,0	272

*: Menos de 20 casos.

- Menos de la quinta parte de las mujeres unidas nunca han discutido el tema con su pareja, las mayores proporciones corresponden a las de mayor edad (45 a 49 años).

Cuadro 5.14

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

- En el departamento de Moquegua, el 97% de mujeres actualmente unidas que usan

algún método por propia decisión aprueba la planificación familiar y una proporción importante considera que el esposo o compañero también aprueba el uso de métodos anticonceptivos (88%).

- La proporción de mujeres que aprueban la planificación familiar pero piensan que su pareja no la aprueba (6%), es más frecuente en las mujeres cuyas edades están entre 35 a 39 años, las residentes en el área rural y las de menor nivel educativo.

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, Moquegua 2000

Característica	La mujer aprueba			La mujer desaprueba			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	Ella no conoce actitud del cónyuge	La mujer no está segura		La mujer aprueba	El cónyuge aprueba ¹	
Edad										
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
20-24	89,5	7,9	2,6	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	89,5	38
25-29	88,0	6,0	4,0	2,0	0,0	0,0	100,0	98,0	90,0	50
30-34	83,3	4,8	4,8	0,0	2,4	4,8	100,0	92,9	83,3	42
35-39	83,3	8,3	6,3	2,1	0,0	0,0	100,0	97,9	85,4	48
40-44	97,9	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	97,9	48
45-49	82,5	7,5	2,5	2,5	2,5	2,5	100,0	92,5	87,5	40
Area de residencia										
Urbana	90,6	5,4	2,5	1,0	0,5	0,0	100,0	98,5	91,6	203
Rural	76,8	5,8	8,7	1,4	1,4	5,8	100,0	91,3	79,7	69
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Primaria	73,0	6,3	9,5	4,8	0,0	6,3	100,0	88,9	79,4	63
Secundaria	90,1	5,4	3,6	0,0	0,9	0,0	100,0	99,1	90,1	111
Superior	93,3	5,6	1,1	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	93,3	90
Total	87,1	5,5	4,0	1,1	0,7	1,5	100,0	96,7	88,6	272

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 61 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) viven en estado de unión conyugal: 34% es casada y 26% es conviviente.
- El 31% del total de mujeres en edad fértil es soltera. La proporción de solteras es mayor en el área urbana (32%) que en el área rural (29%). Asimismo, el mayor porcentaje de solteras se presenta en las mujeres de menor edad y las que tienen educación secundaria.
- El 7 por ciento de las MEF ha disuelto su unión conyugal, por divorcio o separación. Pero, el divorcio se manifiesta en las mujeres de 35 años y más (con porcentajes que van del uno a dos por ciento), mientras que las separaciones se presentan a partir

Cuadro 6.1 Estado conyugal actual

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

Edad	Estado conyugal de las mujeres entrevistadas						Total	Número de mujeres
	Solteras	Casadas	Convivientes	Viudas	Divorciadas	Separadas		
Edad								
15-19	94,0	1,1	4,9	0,0	0,0	0,0	100,0	182
20-24	47,2	10,0	38,3	0,0	0,0	4,4	100,0	180
25-29	18,8	30,6	45,1	0,0	0,0	5,6	100,0	144
30-34	12,0	47,6	28,9	2,4	0,0	9,0	100,0	166
35-39	7,7	54,2	23,2	0,0	0,6	14,2	100,0	155
40-44	6,0	59,8	23,1	2,6	1,7	6,8	100,0	117
45-49	2,1	63,8	19,1	4,3	1,1	9,6	100,0	94
Area de residencia								
Urbana	32,0	33,5	25,1	1,2	0,5	7,7	100,0	802
Rural	28,7	37,6	30,0	0,4	0,0	3,4	100,0	237
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	11,6	46,5	31,3	0,5	0,5	9,6	100,0	198
Secundaria	38,9	24,0	29,7	1,5	0,0	5,9	100,0	472
Superior	33,7	40,3	18,0	0,6	0,9	6,6	100,0	351
Total	31,2	34,4	26,2	1,1	0,4	6,7	100,0	1 040

*: Menos de 20 casos.

de los 20-24 años, pasando del 4 por ciento en ese grupo de edad a 14 por ciento en las mujeres de 35 a 39 años.

Tipo de Relación Sexual de las Mujeres No Unidas

- En porcentajes bastantes cercanos, las mujeres alguna vez unidas (no al momento

Cuadro 6.2

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, Moquegua 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	2,3	1,8	95,9	0,0	0,0	0,0	100,0	171
20-24	6,5	6,5	78,5	4,3	0,0	4,3	100,0	93
25-29	17,1	0,0	60,0	5,7	2,9	14,3	100,0	35
30-34	5,1	0,0	46,2	12,8	7,7	28,2	100,0	39
35-39	0,0	0,0	34,3	20,0	0,0	45,7	100,0	35
40-44	(0,0)	(0,0)	(35,0)	(15,0)	(10,0)	(40,0)	(100,0)	20
45-49	*	*	*	*	6,3	*	*	16
Area de residencia								
Urbana	4,5	2,4	70,2	6,3	2,1	14,5	100,0	333
Rural	3,9	1,3	83,1	1,3	0,0	10,4	100,0	77
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	2,3	0,0	50,0	6,8	2,3	38,6	100,0	44
Secundaria	2,8	1,8	79,4	4,1	1,8	10,1	100,0	218
Superior	7,5	3,4	69,9	6,8	1,4	11,0	100,0	146
Total	4,4	2,2	72,6	5,4	1,7	13,7	100,0	410

*: Menos de 20 casos.

(): Entre 20 y 24 casos.

de la encuesta) y las mujeres nunca unidas, declararon que tienen pareja sexual regular en la actualidad (5% y 4%, respectivamente).

6.2 EDAD A LA PRIMERA UNION CONYUGAL

Cuadros 6.3 y 6.4

- El porcentaje de mujeres alguna vez unidas y las nunca unidas que tienen un compañero sexual regular es mayor entre las mujeres con educación superior y entre las residentes del área urbana.
- En el departamento de Moquegua la edad mediana a la primera unión conyugal de las mujeres de 25 a 49 años de edad, es 21.6 años.

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, Moquegua 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	0,5	-	-	-	-	94,0	182	-
20-24	2,8	15,6	35,0	-	-	47,2	180	-
25-29	4,2	24,3	36,1	54,9	75,0	18,8	144	21,5
30-34	3,0	18,7	30,7	51,2	71,1	12,0	166	21,9
35-39	2,6	20,0	38,1	52,3	63,9	7,7	155	21,7
40-44	6,8	24,8	37,6	48,7	70,1	6,0	117	22,1
45-49	6,4	18,1	39,4	60,6	80,9	2,1	94	20,7
Total 25-49	4,3	21,2	35,9	53,1	71,4	10,1	677	21,6

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

- La proporción de mujeres que se unen antes de los 20 años parece estar en descenso: el 39 por ciento de las mujeres de 45-49 años se unían antes de cumplir esa edad, mientras que la proporción de mujeres de 30-34 años es menor en 8 puntos (31%).
- La edad mediana a la primera unión conyugal no tiene mayor variación entre áreas de residencia (21.7 años en el área urbana y 21.3 en la rural). Pero se observa que la edad mediana a la primera unión va en ascenso a medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres.

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 6.6, 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 6.5. 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

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, Moquegua 2000

Características	Edad actual					Total mujeres 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Area de residencia						
Urbana	21,8	22,2	21,6	22,1	20,4	21,7
Rural	20,7	20,9	24,0	22,5	21,0	21,3
Nivel de educación						
Sin educación	-	18,0	20,5	-	20,5	20,4
Primaria	20,0	17,8	19,0	21,3	19,9	19,8
Secundaria	19,3	20,9	20,3	19,7	20,4	20,2
Superior	24,4	24,3	25,4	25,0	23,0	24,6
Total	21,5	21,9	21,7	22,1	20,7	21,6

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

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 25-49 años de edad es 18.9 años. Esta cifra es 2.7 años menor que la edad mediana a la primera unión conyugal (21.6 años).
- La proporción de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años alcanza al 59 por ciento de las mujeres de 25 a 49 años y a 58 por ciento del grupo de 20 a 49 años. Esta proporción es mayor en las mujeres de 45 a 49 años (62%) y va en descenso hasta llegar a 53% en las mujeres de 20 a 24 años.
- Solo el 9 por ciento de las mujeres de 20-49 años de edad nunca ha tenido

Cuadro 6.5 Edad a la primera relación sexual por edad actual de las mujeres

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, Moquegua 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	3,8	-	-	-	-	83,5	182	-
20-24	5,0	35,0	53,3	-	-	30,0	180	-
25-29	6,9	36,8	58,3	74,3	87,5	6,3	144	19,0
30-34	4,8	36,1	52,4	69,9	84,9	5,4	166	19,6
35-39	9,7	39,4	61,3	72,9	88,4	2,6	155	18,8
40-44	13,7	43,6	63,2	76,9	86,3	1,7	117	18,5
45-49	16,0	36,2	61,7	77,7	91,5	0,0	94	19,1
Total 20-49	8,5	37,6	57,7	71,7	83,6	9,1	858	19,0
Total 25-49	9,5	38,3	58,9	73,8	87,4	3,6	677	18,9

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

relaciones sexuales, porcentaje que disminuye al 2 por ciento entre las mujeres de 40 a 44 años.

- La edad de inicio sexual de las mujeres urbanas es mayor en un año que las residentes del área rural (19.1 años y 18.4 años, para cada caso).

- Según el nivel de educación, se observa que las edades de inicio sexual en las mujeres con menor educación, son más tempranas si se las compara a las edades de las mujeres que tienen educación superior.

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, Moquegua 2000

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

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

6.4 ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA Y RECIENTE

La probabilidad de una mujer de quedar embarazada está en función a su 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. En este cuadro 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. 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 78 por ciento de las mujeres en edad fértil ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida en el departamento de Moquegua.
- En las cuatro semanas que precedieron al día de la entrevista un 55 por ciento de mujeres estuvo activa sexualmente y un 23 por ciento no tuvo actividad sexual, la mayoría de ellas por un motivo diferente a la abstención de postparto (19%).
- La actividad sexual reciente es menor entre las mujeres de 15-19 años (7%) pero aumenta con la edad, alcanzando el mayor porcentaje en el grupo de mujeres de 30 a 34 años de edad (74%)

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, Moquegua 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 abstinención (de postparto)		En abstinención (no postparto)					
		0-1 años	2 ó + años	0-1 años	2 ó + años				
Edad									
15-19	7,1	2,2	0,0	6,6	0,0	0,5	83,5	100,0	182
20-24	47,8	4,4	1,7	13,9	2,2	0,0	30,0	100,0	180
25-29	68,1	1,4	0,0	16,0	6,9	1,4	6,3	100,0	144
30-34	74,1	1,8	1,2	11,4	5,4	0,6	5,4	100,0	166
35-39	69,0	1,9	0,6	13,5	11,0	1,3	2,6	100,0	155
40-44	70,9	0,9	0,9	14,5	11,1	0,0	1,7	100,0	117
45-49	67,0	0,0	0,0	17,0	13,8	2,1	0,0	100,0	94
Duración de la unión									
0-4	77,4	5,1	0,7	13,9	1,5	1,5	0,0	100,0	137
5-9	82,9	2,1	0,7	12,3	2,1	0,0	0,0	100,0	146
10-14	81,6	1,4	0,7	9,9	4,3	2,1	0,0	100,0	141
15-19	75,9	1,9	0,0	13,9	8,3	0,0	0,0	100,0	108
20-24	73,5	0,0	0,0	16,7	9,8	0,0	0,0	100,0	102
25+	67,5	0,0	1,3	17,5	12,5	1,3	0,0	100,0	80
Nunca unidas	6,2	2,2	0,9	11,1	8,0	0,6	71,0	100,0	325
Area de residencia									
Urbana	54,7	1,6	0,6	13,0	6,2	0,9	23,0	100,0	802
Rural	57,0	3,4	0,8	12,2	6,8	0,4	19,4	100,0	237
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	62,6	4,5	0,5	15,2	10,6	1,0	5,6	100,0	198
Secundaria	49,0	1,3	0,6	13,4	4,7	0,4	30,6	100,0	472
Superior	58,6	1,7	0,9	10,0	6,3	1,1	21,4	100,0	351
Método anticonceptivo actual									
Ningún método	23,9	3,4	0,8	14,4	10,9	1,2	45,5	100,0	507
Píldora	91,8	0,0	0,0	6,1	2,0	0,0	0,0	100,0	49
DIU	83,5	0,0	1,1	14,3	1,1	0,0	0,0	100,0	91
Esterilización	75,9	0,0	1,9	13,9	7,4	0,9	0,0	100,0	108
Abstinencia periódica	84,2	0,0	0,0	15,8	0,0	0,0	0,0	100,0	95
Otro	89,4	2,1	0,0	7,4	0,5	0,5	0,0	100,0	189
Total	55,2	2,0	0,7	12,8	6,4	0,8	22,2	100,0	1 040

*: Menos de 20 casos.

- La actividad sexual según la duración de la unión, presenta porcentajes elevados entre las mujeres con menos de 24 años de unión, en todos los grupos más del 73 por ciento estuvo activa sexualmente en las cuatro semanas que precedieron la encuesta, alcanzando el mayor porcentaje en las mujeres con 5-9 y 10-14 años de unión conyugal (83% en ambos casos). Después de los 20 años de unión el nivel de actividad sexual disminuye hasta el 68 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 (76%).

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 23 por ciento de las madres con niños menores de 3 años estaban en amenorrea de postparto, el 13 por ciento en abstinencia sexual postparto y un 28 por ciento en condición de insusceptibilidad de postparto.

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, Moquegua 2000

Indicadores	En amenorrea	En abstinencia	En insusceptibilidad ¹	Número de nacimientos
Total	22,8	13,0	28,0	193
Mediana	5,9	2,3	6,9	-
Promedio aritmético	9,6	5,3	11,4	-
Promedio P/I	8,1	4,6	9,9	-

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

- En el departamento de Moquegua, si bien la amenorrea postparto tiene una duración promedio de 9.6 meses, ésta se presentó al 50 por ciento de las madres hasta los 5.9 meses. De otro lado, la abstinencia de postparto dura en promedio 5.3 meses, pero el 50 por ciento de las madres reinició su actividad sexual a los 2.3 meses.
- El período de insusceptibilidad al riesgo de embarazo desde el nacimiento del hijo anterior en promedio es de 11.4 meses y la mediana se sitúa en 6.9 meses.
- La duración mediana de la abstinencia postparto es similar entre las mujeres

Cuadro 6.9

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, Moquegua 2000

Características	Amenorrea	Abstinencia	Insusceptibilidad	Número de nacimientos
Edad				
<30	10,5	2,2	10,5	117
30+	3,7	2,7	3,7	76
Area de residencia				
Urbana	5,5	2,0	5,5	146
Rural	8,5	5,3	8,5	47
Nivel de educación				
Sin educación	*	*	*	1
Primaria	3,2	4,5	4,5	42
Secundaria	6,5	2,1	7,2	81
Superior	4,5	2,1	4,5	69
Total	5,9	2,3	6,9	193

*: Menos de 20 casos.

menores de 30 años y las de 30 años y más (2.2 y 2.7 meses, respectivamente).

- Según el nivel educativo, la duración mediana de la abstinencia postparto es el doble en las mujeres con primaria que en las que tienen educación superior (4.5 y 2.1 meses, en cada caso)
- Las diferencias en la duración mediana de la amenorrea por grupos de edad son marcadas. La mediana de la amenorrea en las mujeres menores de 30 años es de 10.5 meses y en las de 30 años y más es de 3.7 meses.
- La duración mediana de la insusceptibilidad postparto es mayor entre las madres menores de 30 años.

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 Moquegua entre las mujeres de 30 y más años utilizando la definición inmediata anterior.

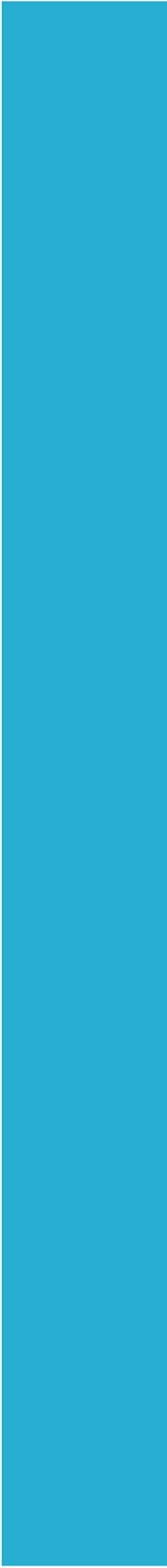
Cuadro 6.10

- 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 seis meses o más.
- La proporción de mujeres en menopausia aumenta rápidamente a partir de los 44 años: desde el 25 por ciento entre las mujeres de 44-45 años, hasta el 57 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, Moquegua 2000

Edad	Porcentaje	Número
30-34	8,8	148
35-39	6,2	145
40-41	11,5	52
42-43	6,7	45
44-45	25,0	40
46-47	37,5	40
48-49	56,7	30
Total	14,6	501



VII. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

VII. PREFERENCIAS DE LA 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 aquellas que deseaban espaciar los nacimientos. Se reconoce ya que hay un grupo grande de mujeres que quieren espaciar, 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 ha preguntado a aquellas mujeres que deseaban más hijos, cuánto tiempo les gustaría esperar para tener otro (o tener el primero para aquellas sin hijos). Específicamente, a las nulíparas se les preguntó si deseaban tener hijos; al resto, si deseaban más hijos. A aquellas 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 7.2 por número de hijos sobrevivientes. La misma distribución, pero por grupos de edad se presenta en el Cuadro 7.3.

Cuadros 7.1

Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes

- En el departamento de Moquegua, el 51 por ciento de las mujeres actualmente unidas no desea tener más hijos en el futuro. Si a este porcentaje se adiciona las esterilizadas (15%), se obtiene que 7 de cada 10 mujeres no desean más hijos. El 12 por ciento de las mujeres desean tener un hijo antes de los próximos dos años y el

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, Moquegua 2000

Preferencia	Número de hijos sobrevivientes ¹							Total mujeres 15-49
	0	1	2	3	4	5	6+	
No desea más	4,0	27,4	79,7	90,9	94,4	87,8	(95,7)	66,0
No quiere más	4,0	25,8	65,6	68,6	64,2	54,5	(60,9)	51,4
Esterilizadas	0,0	1,6	14,1	22,3	30,2	33,3	(34,8)	14,6
Desea más, indecisa o infecunda	96,0	72,5	20,3	9,1	5,7	12,2	(4,3)	34,0
Desea tener otro pronto ²	48,0	24,2	7,8	2,5	0,0	6,1	(0,0)	12,1
Desea tener otro más tarde ³	40,0	43,4	6,8	4,1	0,0	0,0	(0,0)	17,0
Indecisa	0,0	3,3	3,6	0,8	3,8	0,0	(0,0)	2,5
Infértil	8,0	1,1	1,6	1,7	1,9	6,1	(0,0)	1,9
Sin información	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	(4,3)	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	(100,0)	100,0
Número de mujeres	25	182	192	121	53	33	23	630

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

(): Entre 20 y 24 casos.

17 por ciento desea tener un hijo luego de haber esperado dos años o más. Las indecisas sobre sus preferencias y las infértiles alcanzan a 4 por ciento.

se observa en las que ya tienen un hijo (43%).

Cuadro 7.2

Preferencias de fecundidad por edad

- 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 3 a más hijos vivos. El 66 por ciento de las mujeres que tienen dos hijos expresan también el deseo de culminar su paridez.
- Por otro lado, el mayor porcentaje de las mujeres que quieren tener un hijo en los próximos dos años se presenta en las mujeres nulíparas (48%) y el mayor porcentaje de mujeres que desea tener hijos, pero desea esperar dos años o más se observa en las que ya tienen un hijo (43%).
- La proporción de mujeres que no desea tener más hijos aumenta rápidamente con la edad. Las proporciones de las mujeres unidas que no desean más hijos, incluyendo a las que recurrieron a la esterilización, pasa de 38 por ciento en las mujeres cuyas edades se encuentran entre los 20 y 24 años a 80 por ciento en las mujeres de 45 a 49 años de edad. Se advierte un incremento de las esterilizadas entre los 30 a 49 años.
- El mayor porcentaje de mujeres que desea tener hijos pero quieren esperar dos años

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, Moquegua 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	*	37,9	58,7	67,0	77,5	77,3	79,5	66,0
No quiere más	*	34,5	54,1	52,8	58,3	52,6	55,1	51,4
Esterilizadas	*	3,4	4,6	14,2	19,2	24,7	24,4	14,6
Desea más, indecisa o infecunda	*	62,1	41,3	33,1	22,5	22,8	20,6	34,0
Desea tener otro pronto ¹	*	11,5	5,5	13,4	15,0	15,5	10,3	12,1
Desea tener otro más tarde ²	*	48,3	31,2	16,5	3,3	0,0	0,0	17,0
Indecisa	*	2,3	4,6	1,6	1,7	5,2	0,0	2,5
Infértil	*	0,0	0,0	0,8	2,5	2,1	7,7	1,9
Sin información	*	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	2,6	0,5
Total	*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	11	87	109	127	120	97	78	630

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

*: Menos de 20 casos.

o más se encuentra entre las mujeres de 20 a 24 años (48%). Luego, esta proporción va disminuyendo conforme aumenta la edad.

Mujeres que no desean más hijos por características sociodemográficas

- La mayoría de las mujeres en unión del departamento de Moquegua no desea tener más hijos, incluyendo a las

Cuadro 7.3

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, Moquegua 2000

Características	Número de hijos sobrevivientes ¹							Total mujeres 15-49
	0	1	2	3	4	5	6+	
Area de residencia								
Urbana	0,0	25,5	76,9	90,6	96,9	86,7	92,3	63,8
Rural	11,1	34,1	91,7	92,0	90,5	88,9	100,0	72,5
Nivel de educación								
Sin educación	-	0,0	100,0	50,0	100,0	80,0	100,0	83,3
Primaria	33,3	36,8	82,9	97,0	95,8	94,1	94,1	83,8
Secundaria	0,0	32,6	79,2	88,2	91,3	87,5	100,0	63,6
Superior	0,0	19,7	77,0	91,4	100,0	66,7	-	53,9
Total	4,0	27,5	79,7	90,9	94,3	87,9	95,7	66,0

Nota: Incluye mujeres cuyo esposo o compañero está esterilizado

¹ Incluye el embarazo actual

esterilizadas (66%). Este deseo es mayor entre las mujeres del área rural (73%) que entre las del área urbana (64%). En ambas áreas las mujeres unidas que no desean tener más hijos se incrementa entre las que tienen 2 o más hijos vivos.

- Las mayores diferencias entre subgrupos poblacionales según nivel de educación, se observa entre las mujeres que no tienen nivel educativo alguno y las que alcanzaron nivel superior (83% y 54%, respectivamente).

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, aquéllas 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 sí 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); y
- 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

- El 4 por ciento de las mujeres en unión del departamento de Moquegua tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar. Para limitar el número de hijos y para espaciarlos, presentan un porcentaje similar (2% en ambos casos).
- La necesidad insatisfecha disminuye conforme avanza la edad, de 7 por ciento en las mujeres de 20 a 24 años a 3 por ciento en el grupo de 40 a 44 años.
- La necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en el área urbana (4%)

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, Moquegua 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	4,6	2,3	6,9	47,1	31,0	78,2	52,9	34,5	87,4	92,1	87
25-29	3,7	3,7	7,3	32,1	48,6	80,7	38,5	52,3	90,8	91,9	109
30-34	0,8	0,8	1,6	21,3	61,4	82,7	24,4	63,8	88,2	98,2	127
35-39	0,0	2,5	2,5	12,5	70,8	83,3	14,2	74,2	88,3	97,2	120
40-44	0,0	3,1	3,1	9,3	60,8	70,1	9,3	64,9	74,2	95,8	97
45-49	0,0	1,3	1,3	2,6	51,3	53,8	2,6	52,6	55,1	97,7	78
Área de residencia											
Urbana	1,5	2,8	4,3	23,7	53,5	77,2	27,1	56,9	84,0	94,9	470
Rural	1,9	1,3	3,1	14,4	57,5	71,9	16,3	60,0	76,3	95,9	160
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	1,3	2,6	3,9	7,8	64,3	72,1	9,1	68,8	77,9	95,0	154
Secundaria	2,8	3,6	6,3	22,1	53,8	75,9	25,3	57,7	83,0	92,4	253
Superior	0,5	0,5	1,0	32,4	48,5	80,9	36,8	49,5	86,3	98,9	204
Total	1,6	2,4	4,0	21,3	54,5	75,8	24,3	57,7	82,0	95,2	630

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 (falla de método).

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

*: Menos de 20 casos.

que en la rural (3%). En el área rural hay una ligera mayor necesidad de planificación familiar para espaciar los embarazos, que en el área urbana. Contrariamente, en el área urbana hay una mayor necesidad de planificación familiar para limitar el número de hijos, que en la rural.

- Las mujeres con educación secundaria tienen la necesidad insatisfecha más alta (6%), seguidas de las mujeres con primaria (4%).

Demanda total de planificación familiar

- La demanda total de planificación familiar es alta en el departamento de Moquegua (82%): 24 por ciento para espaciar los nacimientos y 58 por ciento para limitar el tamaño de la familia.
- El nivel de demanda total de planificación familiar aumenta con la edad. Esta situación se observa especialmente en la demanda para limitar los nacimientos, cuyo mayor porcentaje se presenta en las mujeres de 35 a 39 años. Mientras, la demanda total para espaciar el número de hijos disminuye con la edad.
- La demanda total en el área urbana es mayor en 8 puntos porcentuales a la del área rural (84% y 76% respectivamente).
- Los mayores niveles de la demanda total se presentan entre las mujeres con estudios superiores (86%) en comparación a las que no tienen nivel educativo (78%).
- Del total de mujeres unidas con necesidad de planificación familiar, 76 por ciento satisface esta necesidad. Este nivel es mayor entre las mujeres que habitan el área urbana (77%) y entre las que tienen estudios superiores (81%).

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 Moquegua es de 2.1 y el promedio ideal de hijos de las mujeres unidas es 2.2.

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, Moquegua 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	3,7	3,6	3,2	0,0	3,2	5,6	3,8	3,1
1	17,1	16,4	11,7	11,5	6,3	2,8	3,8	13,6
2	69,7	67,6	66,7	46,0	69,8	61,1	61,5	64,9
3	6,7	7,6	11,7	28,1	9,5	13,9	15,4	11,5
4	1,5	1,8	3,6	7,9	6,3	8,3	7,7	3,6
5	0,0	0,4	0,5	2,2	0,0	5,6	0,0	0,7
6+	0,3	0,9	1,4	0,7	1,6	0,0	0,0	0,8
Respuestas no numéricas	0,9	1,8	1,4	3,6	3,2	2,8	7,7	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	328	225	222	139	63	36	26	1 040
Promedio ideal de hijos²								
Promedio para todas las mujeres	1,9	1,9	2,1	2,4	2,2	2,3	2,2	2,1
Número de mujeres	325	221	219	134	61	35	24	1 020
Promedio para las actualmente unidas	2,2	1,9	2,1	2,5	2,2	2,4	2,2	2,2
Número de mujeres unidas	25	179	190	117	52	32	21	617

¹ Incluye el embarazo actual.

² Excluye las entrevistadas que dieron respuesta no numérica.

- En el total de entrevistadas, el promedio ideal de hijos aumenta conforme aumenta el número de hijos vivos. El número ideal de hijos es de 1.9 hijos para quienes no tienen hijos, va en aumento hasta llegar a un promedio de 2.4 hijos entre las mujeres que tienen tres hijos vivos, para luego descender a 2.2 hijos entre las mujeres que tienen seis hijos o más.
- En general, el promedio ideal de hijos, de las mujeres actualmente unidas, no difieren tanto del total de entrevistadas.
- El promedio ideal de hijos de las mujeres que residen en el área urbana es ligeramente mayor que en las del área rural (2.1 y 2 hijos respectivamente). El promedio ideal de hijos por grupo de edad es mayor en el área urbana que en la rural.
- El mayor promedio ideal de hijos lo presentan las mujeres con educación superior, seguidas de las que no tienen educación (2.2 y 2.1 hijos, respectivamente).

Cuadro 7.6

Número medio ideal de hijos por características sociodemográficas

- El número medio ideal de hijos aumenta con la edad de la entrevistada, desde 1.9 hijos en las mujeres de 15 a 19 años a 2.5 entre las que tienen 45-49 años.

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

Cuadro 7.6 Promedio ideal de hijos, según característica seleccionadas

Promedio ideal de hijos para todas las mujeres entrevistadas, por edad, según características seleccionadas, Moquegua 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	1,9	1,9	1,8	2,0	2,2	2,4	2,6	2,1
Rural	1,7	1,7	1,8	2,0	2,0	2,3	2,5	2,0
Nivel de educación								
Sin educación	-	-	-	2,0	1,0	3,0	2,3	2,1
Primaria	1,2	1,8	1,7	2,0	2,1	2,1	2,5	2,0
Secundaria	1,9	1,8	1,8	2,0	2,2	2,3	2,5	2,0
Superior	2,1	2,0	1,8	2,0	2,3	2,7	2,9	2,2
Total	1,9	1,9	1,8	2,0	2,2	2,4	2,5	2,1

información ya 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

- Del total de nacimientos ocurridos en los últimos cinco años, el 31 por ciento no

fueron deseados y 25 por ciento 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 (86% de nacimientos no fueron deseados cuando el orden de nacimiento fue de orden cuatro o más) y la edad de la madre al nacimiento del hijo (57% de los nacimientos no fueron deseados por las mujeres de 45-49 años).
- El mayor porcentaje de mujeres que desearon tener al hijo en el momento de su concepción, se presenta en el nacimiento del primer hijo (51%), luego va disminuyendo a medida que va aumentando el orden de nacimiento y la edad de la madre.

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 deseados⁷. Las tasas de

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.

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, Moquegua 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	51,2	36,6	12,2	100,0	164
2	50,9	24,5	24,5	100,0	106
3	36,4	16,7	47,0	100,0	66
4+	14,3	0,0	85,7	100,0	49
Edad al nacimiento					
<19	36,7	41,7	21,7	100,0	60
20-24	37,3	38,2	24,5	100,0	102
25-29	52,7	18,7	28,6	100,0	91
30-34	48,8	13,8	37,5	100,0	80
35-39	42,2	11,1	46,7	100,0	45
40-44	*	*	*	*	7
Total	43,9	25,2	30,9	100,0	386

Nota: **Orden de nacimiento** incluye el embarazo actual.

¹ Número de nacimientos más embarazos actuales

*: Menos de 20 casos.

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.

Tasas de fecundidad deseada

- En el departamento de Moquegua la tasa global de fecundidad real es muy cercana a la tasa global de fecundidad deseada. La tasa global de fecundidad sería de 1.5 hijos en promedio por mujer si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos. La tasa de fecundidad

Cuadro 7.8 y Gráfico 7.1

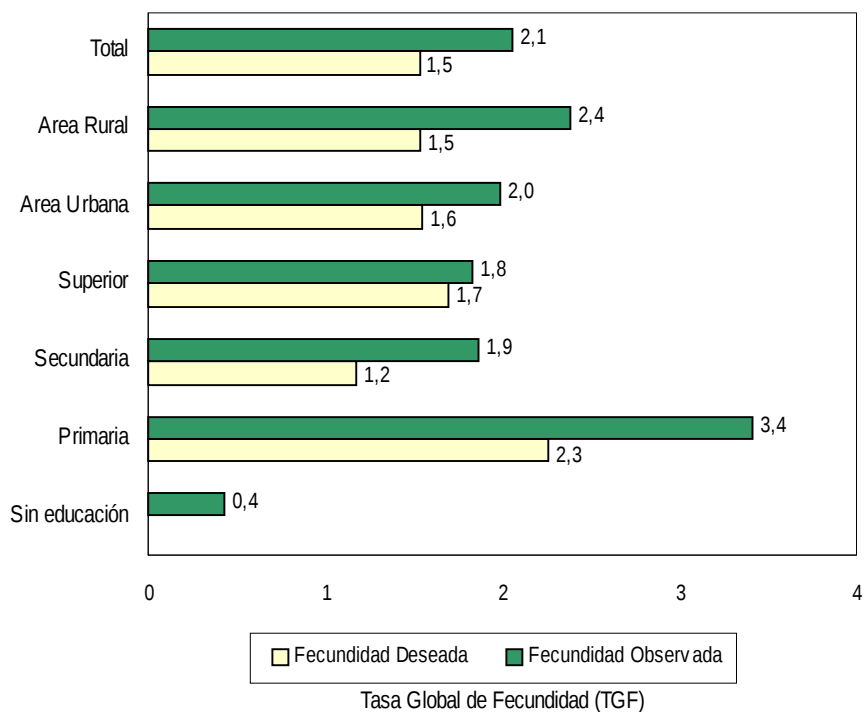
Cuadro 7.8 Fecundidad deseada y observada

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

Características	TGF	
	Deseada	Observada
Area de residencia		
Urbana	1,6	2,0
Rural	1,5	2,4
Nivel de educación		
Sin educación	0,0	0,4
Primaria	2,3	3,4
Secundaria	1,2	1,9
Superior	1,7	1,8
Total	1,5	2,1

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.

Gráfico 7.1
Fecundidad Deseada y Observada por Lugar
de Residencia y Educación



observada es de 2.1 hijos en promedio por mujer, es decir, 0.6 hijos más que los deseados.

reducciones en el nivel de fecundidad se darían entre las mujeres con primaria o menos y en las mujeres que residen en el área rural.

- Si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos, las mayores

*VIII. MORTALIDAD
INFANTIL Y EN LA
NIÑEZ*

VIII. MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

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 (1 q 0)

Mortalidad post-infantil: Probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario (4 q 1).

Mortalidad en la niñez: Probabilidad de morir antes de cumplir 5 años (5 q 0)

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.

¹ Las estimaciones de mortalidad no son tasas sino probabilidades calculadas siguiendo los procedimientos estándar de tablas. Para cada período calendario se tabulan las muertes y las personas expuestas para los intervalos de edad en meses: 0,1-2, 3-5, 6-11, 12-23, 24-35, 36-47, 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)

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

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

Cuadro 8.1

En el departamento de Moquegua, en los cinco años anteriores a la encuesta, de cada

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, Moquegua 2000

Años antes de la encuesta	Neonatal (MN)	Postneonatal (MPN)	Infantil (1q0)	Post infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
0-4	8,4	5,6	14,0	0,0	14,0
5-9	17,1	25,3	42,4	10,0	52,0
10-14	21,9	23,3	45,2	18,3	62,7
15-19	25,8	44,7	70,5	19,0	88,2
20-24	28,7	23,7	52,5	12,5	64,3

1000 niños que nacieron, 14 murieron antes de cumplir su primer año de vida. La tasa de mortalidad infantil evidencia una reducción de 67 por ciento respecto a la estimada para el período 1990-95 (42 por mil).

La probabilidad de que un niño muera antes de cumplir los 5 años de vida ha disminuido de 52 a 14 defunciones por mil nacidos vivos en los quinquenios 1990-95 y 1995-2000, disminución que es del orden de 73 por ciento.

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 los niños que en las niñas (31 y 25 defunciones

por mil, respectivamente). Los diferenciales de la mortalidad se incrementan según la edad de la madre al nacimiento y el orden de nacimiento.

El riesgo de morir de los niños menores de un año aumenta cuando las mujeres se ubican en los grupos extremos de edad. Así, la tasa de mortalidad infantil es de 47 por mil cuando la madre es menor de 20 años y se eleva a 118 por mil cuando las madres tienen entre 45 y 49 años de edad.

Los riesgos de mortalidad para los niños aumentan con el número de orden de los nacimientos. Cuando el nacimiento es de cuarto a sexto orden, los niños tienen una vez y media más de probabilidad de morir que en el primer orden (42 y 28 por mil, respectivamente).

Respecto a la educación de la madre, en el departamento de Moquegua se observa que hay un mayor riesgo de morir en los niños menores de un año, cuando la madre no tiene educación (59 por mil). Este riesgo disminuye a 13 por mil cuando la educación de la madre es superior.

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, Moquegua 2000

Características	Neonatal (MN)	Postneonatal (MPN) ¹	Infantil (1q0)	Post infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
Sexo del niño					
Hombre	14,3	17,0	31,3	5,8	36,9
Mujer	11,2	13,9	25,2	4,3	29,3
Edad de la madre al nacimiento					
<20	9,5	37,2	46,7	14,3	60,3
20-29	12,8	10,2	23,0	2,4	25,4
30-39	10,0	15,0	24,9	5,1	29,8
40-49	117,6	0,0	117,6	0,0	117,6
Orden del nacimiento					
Primer nacimiento	10,5	17,5	28,1	7,5	35,3
2-3	9,7	16,0	25,7	1,7	27,3
4-6	31,1	10,4	41,5	9,5	50,5
Intervalo con nacimiento previo					
<2	11,3	10,7	22,0	4,9	26,8
2 años	34,9	0,0	34,9	0,0	34,9
3 años	0,0	15,3	15,3	0,0	15,3
4 años y más	11,1	22,6	33,7	6,0	39,5
Nivel de Educación					
Sin Educación	58,8	0,0	58,8	0,0	58,8
Primaria	24,2	11,6	35,8	13,4	48,7
Secundaria	13,9	20,7	34,7	3,6	38,1
Superior	0,0	12,8	12,8	0,0	12,8
Total	12,7	15,4	28,2	5,0	33,0

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 20 defunciones por mil embarazos de 7 o más meses de duración.

- El mayor nivel de mortalidad perinatal se presenta entre las mujeres que residen en el área rural y según el nivel educativo de la madre los riesgos de tener un nacido muerto o una muerte neonatal son más altos en aquellas con educación primaria.

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, Moquegua 2000

Características	Número de nacidos muertos ¹	Tasa de mortalidad perinatal	Número de embarazos de 7 y más meses de duración
Edad de la madre al nacimiento			
<20	0	0,0	10
20-29	0	17,0	29
30-39	1	26,1	19
40-49	0	166,7	1
Intervalo con el embarazo previo			
1er embarazo	0	13,9	24
<15 meses	0	0,0	2
15-26 meses	0	21,3	8
27-38 meses	0	0,0	5
39+ meses	1	33,9	20
Area de residencia			
Urbana	1	18,5	45
Rural	0	23,8	14
Nivel de educación			
Sin educación	0	0,0	1
Primaria	0	38,0	13
Secundaria	0	13,6	25
Superior	0	16,0	21
Total	1	19,7	59

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 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

- En el departamento de Moquegua, el 34 por ciento de los nacimientos de los últimos cinco años ocurrió en alguna condición de alto riesgo reproductivo.
- Del total de nacimientos que ocurrieron en alto riesgo reproductivo, el 27 por ciento se ubicó en una sola categoría de riesgo y las proporciones más elevadas se encuentran en las categorías de nacimientos con intervalo menor a 24 meses o de orden de nacimiento mayor a tres (8% en ambos casos), seguido de los nacimientos con madres mayores de 34 años (7%).

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, Moquegua 2000

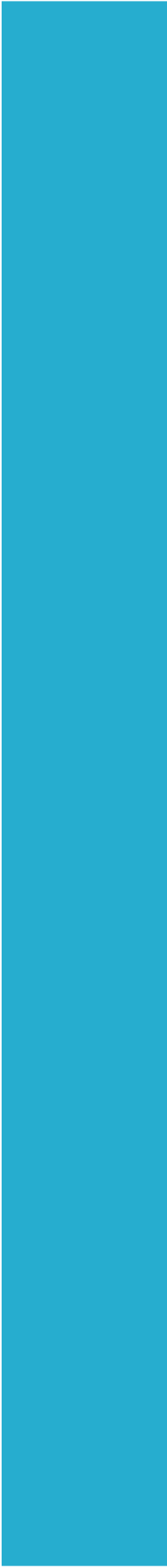
Categoría de riesgo	Porcentaje de nacimientos	Razón de riesgo	Porcentaje de mujeres en unión
En ninguna categoría de riesgo elevado	28,9	1,0	43,6 ¹
Categoría de Riesgo Inevitable²	37,4	0,0	4,3
Total en Categorías de Riesgo Elevado	33,7	3,4	52,1
<i>En una sola categoría de riesgo elevado</i>	26,9	3,2	29,4
Madre menor de 18 años (Edad<18)	4,3	6,7	0,3
Madre mayor de 34 años (Edad>34)	7,1	4,0	17,0
Intervalo de nacimiento <24 meses (IN< 24)	7,7	0,0	5,1
Orden de nacimiento mayor de 3 (ON >3)	7,7	3,7	7,0
<i>En varias categorías de riesgo</i>	6,9	4,2	22,7
Edad <18 & IN de <24 ³	0,0	-	0,2
Edad >34 & IN<24	0,9	0,0	1,0
Edad >34 & ON >3	4,3	0,0	19,7
Edad >34 & IN <24 & ON >3	1,1	25,3	1,1
IN <24 & ON >3	0,6	0,0	0,8
Total	100,0	-	100,0
Número de nacimientos	351	-	630

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 ha agravado en los últimos años con los recortes del gasto público en términos reales, que han ocasionado 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. La

situación nutricional de los niños y de las madres se discute en el Capítulo 10.

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

"distancia al establecimiento de salud" (27%).

Percepción del acceso a servicios como un gran problema

- De cada 10 mujeres entrevistadas, 7 tienen al menos un problema para acceder a los servicios de salud. El problema económico es el motivo principal que tienen las mujeres del departamento de Moquegua para acceder a los servicios de salud (49%). El segundo problema mencionado es "la falta de personal femenino" (38%). Asimismo, problemas referente a la accesibilidad geográfica son los que presentan mayores porcentajes: la "dificultad en el transporte" (22%) y la
- Con relación al área de residencia, 61 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 mujeres de menor nivel educativo (68% de las mujeres que tienen educación primaria) y en las que trabajan y no reciben remuneración en dinero (60%).

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, Moquegua 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	18,1	18,1	50,0	23,6	18,7	42,3	58,2	85,2	182
20-29	14,2	10,8	49,7	25,0	21,0	22,8	40,4	74,4	325
30-39	14,6	15,9	48,3	27,7	24,0	18,4	31,5	68,2	322
40-49	16,6	9,5	46,0	29,4	25,1	18,5	28,0	61,6	211
Número de hijos vivos									
0	17,8	14,9	44,4	23,4	18,1	35,4	53,8	77,2	343
1-2	13,4	12,0	46,3	23,8	21,3	18,1	32,2	68,7	442
3-4	15,0	15,0	52,8	31,1	25,9	16,6	25,9	66,8	193
5+	19,4	9,7	74,2	48,4	41,9	25,8	33,9	79,0	62
Estado conyugal									
Soltera	18,5	15,1	47,2	24,7	19,1	35,5	54,0	79,6	325
Casada	14,0	12,2	47,7	28,1	24,5	18,8	31,2	67,6	630
Divorciada, separada, viuda	15,3	15,3	60,0	21,2	18,8	18,8	30,6	72,9	85
Área de residencia									
Urbana	14,9	12,5	44,8	20,3	15,5	23,6	36,5	69,0	802
Rural	17,7	16,5	61,2	47,3	45,6	25,3	44,3	81,0	237
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	21,7	14,6	68,2	40,9	38,4	24,2	37,9	79,8	198
Secundaria	16,8	12,1	55,0	24,6	19,5	28,0	42,5	76,0	472
Superior	10,3	14,3	27,4	20,0	16,0	18,3	33,1	60,9	351
Trabajo actual									
No trabaja	11,6	10,1	45,6	21,7	18,3	29,4	40,7	69,1	328
Trabaja por dinero	17,1	14,5	48,4	27,4	22,4	20,5	34,5	71,3	621
Trabaja sin paga	18,7	17,6	60,4	37,4	36,3	28,6	54,9	84,6	91
Total	15,5	13,4	48,6	26,5	22,4	24,0	38,2	71,8	1 040

*: 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 por profesional de salud o por otra persona. De los nacimientos con atención prenatal, el 90 por ciento fueron realizadas por profesionales de salud y el 5 por ciento por enfermeras o técnicos (incluyendo a promotores de salud).
- El mayor porcentaje de mujeres del área urbana fueron atendidas en su control prenatal por una obstetriz (53%), luego le sigue el médico (41%). El 3 por ciento no tuvo control prenatal. En el área rural, también la más alta proporción de mujeres fueron atendidas por obstetrices (60%), médicos (15%) y enfermeras, técnicos o promotores de salud (13%). En esta área el 10 por ciento no tuvo control prenatal.
- Con respecto al nivel de educación se observa que a medida que el nivel

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, Moquegua 2000

Características	Persona que proporcionó atención prenatal ¹			No recibió atención durante el parto	Sin información	Total	Número de nacimientos
	Médico	Obstetriz	Enfermera/ Sanitario/ Promotora				
Edad de la madre al nacimiento							
<20	21,7	63,0	8,7	4,3	2,2	100,0	46
20-34	36,9	55,6	4,2	3,3	0,0	100,0	214
35+	40,9	43,2	2,3	13,6	0,0	100,0	44
Orden del nacimiento							
Primer nacimiento	36,9	54,9	4,9	2,5	0,8	100,0	122
2-3	36,2	55,1	4,3	4,3	0,0	100,0	138
4-5	29,0	67,7	0,0	3,2	0,0	100,0	31
6+.	*	*	*	*	*	*	13
Área de residencia							
Urbana.	41,1	53,4	2,1	3,4	0,0	100,0	236
Rural	14,7	60,3	13,2	10,3	1,5	100,0	68
Nivel de educación							
Sin educación.	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	19,7	52,5	13,1	13,1	1,6	100,0	61
Secundaria	24,0	68,2	4,7	3,1	0,0	100,0	129
Superior	57,7	41,4	0,0	0,9	0,0	100,0	111
Número de decisiones en que la mujer tiene la última palabra							
0	*	*	*	*	*	*	7
1-2	(22,7)	(63,6)	(9,1)	(4,5)	(0,0)	(100,0)	22
3-4	32,8	53,4	8,6	5,2	0,0	100,0	58
5+	36,9	54,4	3,2	5,1	0,5	100,0	217
Número de razones que justifican que esposa se niegue a tener relaciones							
0	*	*	*	*	*	*	9
1-2	*	*	*	*	*	*	17
3-4	36,3	54,3	5,0	4,3	0,0	100,0	279
Total	35,2	54,9	4,6	4,9	0,3	100,0	305

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.

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

*: Menos de 20 casos.

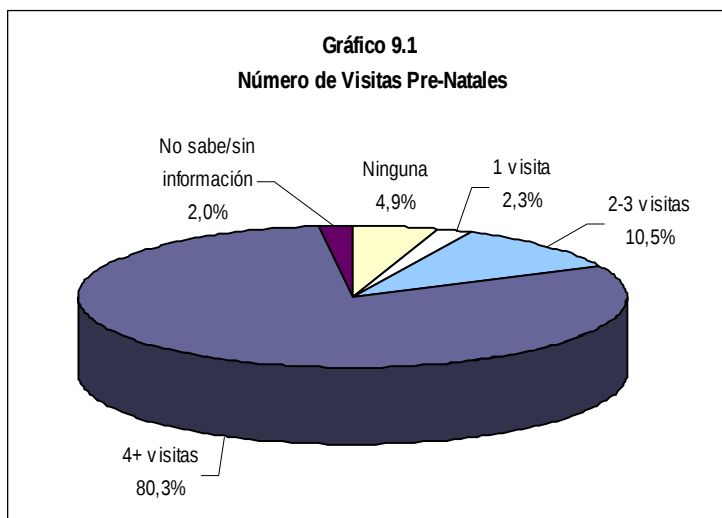
(): Entre 20 y 24 casos.

educativo aumenta, el porcentaje de mujeres con control prenatal realizado por médicos, también aumenta. Contrariamente, las mujeres con menor nivel de educación fueron las que en mayor medida no tuvieron control prenatal.

- Entre las madres de los nacidos vivos en los últimos 5 años, que no recibieron

atención prenatal destacan las mayores de 35 años de edad, las que habitan el área rural y los embarazos de orden de nacimiento 3 a más.

- Para 80 por ciento de últimos nacidos vivos en el tiempo de referencia las madres tuvieron cuatro consultas prenatales o más.



Cuadro 9.3

Contenido de la atención

- Las acciones más frecuentes en la atención prenatal son la medición de la barriga, de la presión arterial (99% en ambos casos) y el control de peso (97.2%). Al 84 por ciento de madres le explicaron los síntomas o complicaciones del embarazo y apenas el 54 por ciento recibió pastillas de hierro.
- La explicación de los síntomas o complicaciones del embarazo es menos frecuente entre las madres con menor nivel de educación y las de cuarto a quinto orden de nacimiento (73%).
- Las mayores proporciones de mujeres que recibieron pastillas de hierro se presentan entre las madres con primer orden de

nacimiento (59%), las mujeres que con educación superior (56%) y entre las que residen en el área urbana (56%).

- El examen de orina y de sangre es menos frecuente en la atención prenatal. Estos exámenes, los tuvieron en mayor proporción las madres con educación superior y las residentes en el área urbana.

Toxoide 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 Moquegua sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir al niño de contraer el tétanos neo-natal al momento del alumbramiento. Sin embargo, los resultados de

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. Moquegua 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 la vacuna contra el tetano	Recibió pastillas de hierro	
Edad de la madre al nacimiento									
<20	86,0	97,7	97,7	100,0	79,1	76,7	76,7	69,8	43
20-34	84,1	97,1	98,6	98,1	72,9	70,5	77,3	50,7	207
35+	84,2	97,4	100,0	100,0	86,8	84,2	65,8	50,0	38
Orden del nacimiento									
1	89,8	98,3	98,3	98,3	83,9	81,4	79,7	58,5	118
2-3	82,6	97,0	98,5	98,5	73,5	70,5	73,5	50,8	132
4-5	73,3	100,0	100,0	100,0	53,3	60,0	70,0	53,3	30
6+	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Area de residencia									
Urbana.	84,2	98,2	99,1	98,7	78,5	75,0	74,1	55,7	228
Rural	85,0	93,3	96,7	98,3	65,0	66,7	81,7	45,0	60
Nivel de educación									
Sin educación.	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria.	78,8	96,2	100,0	100,0	65,4	57,7	73,1	46,2	52
Secundaria.	84,0	96,8	98,4	99,2	73,6	72,0	76,8	54,4	125
Superior	87,3	98,2	98,2	97,3	82,7	81,8	75,5	56,4	110
Total	84,4	97,2	98,6	98,6	75,7	73,3	75,7	53,5	289

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. Sólo se incluye el último nacimiento de la mujer

*: Menos de 20 casos.

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 morbi-mortalidad 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 tétano neonatal

- Entre los últimos nacimientos de los 5 años anteriores a la ENDES 2000, 76 por ciento recibió protección contra el tétano neonatal mientras la madre estaba embarazada. El 28 por ciento recibió una dosis y el 43 por ciento dos dosis o más.
- Entre los embarazos de alto riesgo por edad, los menos protegidos son los hijos de las madres de menores de 20 años
- Según el lugar de residencia, los menores niveles de vacunación antitetánica se presentan en el área urbana (26%).
- Según la educación, los menos protegidos son los nacimientos de los hijos de madres con educación secundaria (23%).

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, Moquegua 2000

Características	Número de vacunas contra el tétano				Total	Número de nacimientos
	Ninguna	Una dosis	Dos dosis o más	No sabe/ Sin información		
Edad de la madre al nacimiento						
<20	30,0	28,0	40,0	2,0	100,0	50
20-34	22,5	29,5	45,0	3,0	100,0	200
35+	26,3	21,1	39,5	13,2	100,0	38
Orden del nacimiento						
Primer nacimiento	24,5	27,3	43,2	5,0	100,0	139
2-3	25,2	27,0	45,9	1,8	100,0	111
4-5	18,5	33,3	37,0	11,1	100,0	27
6+.	*	*	*	*	*	10
Area de residencia						
Urbana.	25,9	27,6	43,4	3,1	100,0	228
Rural	18,3	30,0	43,3	8,3	100,0	60
Nivel de educación						
Sin educación.	*	*	*	*	*	1
Primaria.	26,9	19,2	46,2	7,7	100,0	52
Secundaria.	23,2	33,6	40,0	3,2	100,0	125
Superior	24,5	26,4	45,5	3,6	100,0	110
Total	24,3	28,1	43,4	4,2	100,0	289

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.

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, nivel de educación y número de visitas prenatales.

Cuadros 9.5

Lugar de ocurrencia del parto

- El 16 por ciento de los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, tuvieron lugar en la casa de la parturienta y la gran mayoría ocurrió en un servicio de salud (84%).

- El porcentaje de los partos domiciliarios es mayor en las madres menores de 20 o de 35 años a más de edad al nacimiento del hijo y entre los nacimientos de cuarto a quinto orden de nacimiento.
- El parto en la vivienda de la madre es más frecuente en el área rural (41%) y en las mujeres con educación primaria (46%).
- Hay una notable diferencia porcentual entre los nacimientos ocurridos en un servicio de salud y los ocurridos en la casa. Los más altos porcentajes de nacimientos en un establecimiento de salud se encuentran entre las madres con edades entre los 20 a 34 años al nacer el hijo (86%), cuando el nacimiento ha sido el primero (89%), nacimientos de madres que viven en el área urbana (91%) y nacimientos de madres que tienen educación superior (98%).

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, Moquegua 2000

Características	En servicio de salud	En la casa	Otro lugar	Total	Número de nacimientos
Edad de la madre al nacimiento					
<20	78,3	21,7	0,0	100,0	46
20-34	86,4	13,1	0,5	100,0	214
35+	75,0	22,7	2,3	100,0	44
Orden del nacimiento					
Primer nacimiento	88,5	11,5	0,0	100,0	122
2-3	84,1	14,5	1,4	100,0	138
4-5	80,6	19,4	0,0	100,0	31
6+	*	*	*	*	13
Area de residencia					
Urbana	91,1	8,5	0,4	100,0	236
Rural	57,4	41,2	1,5	100,0	68
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	3
Primaria	52,5	45,9	1,6	100,0	61
Secundaria	86,8	13,2	0,0	100,0	129
Superior	98,2	0,9	0,9	100,0	111
Número de visitas prenatales					
Ninguna	*	*	*	*	15
1-3 visitas	64,1	35,9	0,0	100,0	39
4+ visitas	89,3	9,8	0,8	100,0	244
Sin información	*	*	*	*	6
Total	83,6	15,8	0,7	100,0	305

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.

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. Los diferenciales por lugar de residencia y educación se detallan en el Cuadro 9.7.

Cuadros 9.6

Tipo de atención durante el parto

- En el departamento de Moquegua, el 83 por ciento de nacimientos de los 5 años anteriores a la encuesta han tenido asistencia durante el parto por profesionales de la salud y en un porcentaje menor fueron atendidos por personal técnico de la salud. El 13 por

ciento de los nacimientos fue atendido por partera, pariente u otra persona.

- La atención del parto por un pariente u otra persona fue mayor en las mujeres cuyas edades eran de 35 años o más al tener el hijo, en los nacimientos de cuarto o quinto orden, en las mujeres que habitan el área rural y en las que tienen menor nivel de educación (27%).
- La atención del parto por médico fue más frecuente en las mujeres de 35 años o más, en el primer hijo, en las mujeres del área urbana y las que tienen educación superior.

Características del Parto

En la ENDES 2000 se preguntó, para cada nacimiento ocurrido desde enero de 1995, sobre el peso al nacer y si el nacimiento fue por cesárea. Los resultados se presentan en el

Cuadro 9.8 y en el Cuadro 9.9 se detallan las complicaciones durante el parto según el tipo

de atención, para últimos nacidos vivos menores de 5 años.

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, Moquegua 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			
Edad de la madre al nacimiento								
<20	50,0	29,3	3,4	5,2	12,1	0,0	100,0	58
20-34	46,9	38,4	3,7	3,7	6,9	0,4	100,0	245
35+	53,2	23,4	2,1	4,3	17,0	0,0	100,0	47
Orden del nacimiento								
1	53,7	34,2	2,7	3,4	6,0	0,0	100,0	149
2-3	45,8	38,6	4,6	2,6	7,8	0,7	100,0	153
4-5	47,1	29,4	0,0	14,7	8,8	0,0	100,0	34
6+	*	*	*	*	*	*	*	14
Area de residencia								
Urbana	55,2	36,2	0,4	1,5	6,3	0,4	100,0	268
Rural	25,6	30,5	13,4	12,2	18,3	0,0	100,0	82
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	29,9	26,0	7,8	9,1	27,3	0,0	100,0	77
Secundaria	47,3	38,4	4,1	4,1	5,5	0,7	100,0	146
Superior	61,8	37,4	0,0	0,8	0,0	0,0	100,0	123
Número de decisiones en que la mujer tiene la última palabra²								
0	*	*	*	*	*	*	*	9
1-2	50,0	26,9	0,0	3,8	19,2	0,0	100,0	26
3-4	50,0	27,9	4,4	8,8	7,4	1,5	100,0	68
5+	47,0	37,7	3,6	2,8	8,9	0,0	100,0	247
Número de razones que justifican que esposa se niegue a tener relaciones³								
0	*	*	*	*	*	*	*	11
1-2	(40,0)	(50,0)	(0,0)	(10,0)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	20
3-4	50,2	34,2	3,4	3,8	8,2	0,3	100,0	320
Número de visitas prenatales⁴								
Ninguna	*	*	*	*	*	*	*	15
1-3 visitas	28,2	38,5	2,6	15,4	12,8	2,6	100,0	39
4+ visitas	56,1	34,8	3,3	0,8	4,9	0,0	100,0	244
No se preguntó	34,8	34,8	4,3	8,7	17,4	0,0	100,0	46
No sabe / sin información	*	*	*	*	*	*	*	6
Total	48,3	34,9	3,4	4,0	9,1	0,3	100,0	351

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.

² Decisiones: el cuidado de su salud, compras grandes del hogar, compras para necesidades diarias, visitas a familia/amigos, la comida del día.

³ Razones: sabe que él tiene ETS, sabe que él tiene otra mujer, parto reciente, estar casada o no estar de humor.

⁴ Sólo se hizo la pregunta para los últimos nacimientos.

*: Menos de 20 casos.

(): Entre 20 y 24 casos.

Cuadro 9.7

Características del parto: nacimientos por cesárea

- El alumbramiento de 18 por ciento del total de nacimientos de los últimos 5 años

fue por cesárea. Los nacimientos por cesárea son más frecuentes en madres de 35 o más años de edad al tener el hijo y cuando se trata del primer parto. Así también, el porcentaje de estos nacimientos es mayor en las madres del área urbana y en las que tienen educación superior.

Características del parto: peso del niño al nacer

- El 89 por ciento de los nacidos vivos en los últimos 5 años fueron pesados al nacer.
- Aproximadamente 4 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años tenían bajo peso al nacer, es decir menos de 2 kilos y medio. Este porcentaje es mayor en las madres de 35 a más años y cuando el orden de nacimiento es

primero. Según el lugar de residencia, el mayor porcentaje de niños con bajo peso al nacer se encuentra en las mujeres residentes en el área rural.

- La mayor proporción de nacidos vivos en los últimos 5 años que no fueron pesados al nacer corresponde: a las madres de 35 años y más de edad al nacimiento del hijo, a nacimientos de 4º ó 5º orden, a hijos de madres residentes en el área rural.

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, Moquegua 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	19,0	10,3	3,4	86,2	0,0	100,0	58
20-34	15,9	7,8	3,3	86,9	2,0	100,0	245
35+	27,7	14,9	6,4	76,6	2,1	100,0	47
Orden del nacimiento							
1	20,8	6,0	4,7	89,3	0,0	100,0	149
2-3	19,0	8,5	2,6	85,6	3,3	100,0	153
4-5	8,8	11,8	2,9	82,4	2,9	100,0	34
6+	*	*	*	*	*	*	14
Área de residencia							
Urbana.	20,9	6,0	3,4	88,8	1,9	100,0	268
Rural	8,5	19,5	4,9	74,4	1,2	100,0	82
Nivel de educación							
Sin educación.	*	*	*	*	*	*	4
Primaria.	9,1	23,4	2,6	68,8	5,2	100,0	77
Secundaria.	13,7	6,2	3,4	89,7	0,7	100,0	146
Superior	28,5	1,6	4,1	93,5	0,8	100,0	123
Total	18,0	9,1	3,7	85,4	1,7	100,0	351

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.

Cuadro 9.8

Complicaciones durante el parto

- El 45 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años tuvo alguna complicación durante el parto, siendo las más frecuentes el "sangrado excesivo" (26%) y el "parto prolongado" (25%). En menor proporción se presentó la "fiebre alta con sangrado vaginal" (10%), convulsiones (6%) u otras (8%).
- El tipo de complicación según la atención recibida varía para los nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta.

Mientras que para los que tuvieron atención prenatal y en el parto la complicación más frecuente fue el parto prolongado (25%), los que tuvieron sólo control prenatal la complicación más frecuente fue el sangrado excesivo (36%).

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 por la vagina, desmayo o pérdida de conciencia, fiebre, temperatura alta o escalofríos, infección de los senos, dolor y ardor al orinar, flujos o

Cuadro 9.8 Complicaciones durante el parto

Últimos nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta: Porcentaje de madres que tuvieron complicaciones durante el parto, según atención prenatal y durante el parto, Moquegua 2000

Cuidado médico materno	Complicación durante el parto ¹					Ninguna complicación	Número de nacidos vivos ²
	Parto prolongado	Sangrado excesivo	Fiebre alta con sangrado vaginal	Convulsiones	Otras		
Prenatal y parto	25,0	23,1	8,8	5,8	9,2	56,2	260
Prenatal	25,0	35,7	14,3	3,6	0,0	53,6	28
Parto	*	*	*	*	*	*	7
Ninguno	*	*	*	*	*	*	9
Total	25,3	26,0	9,5	5,6	8,2	54,9	305

Nota:

La atención se refiere a aquella recibida por médico, obstetriz, enfermera, partera entrenada; o a la recibida en hospital.

¹ Las entrevistadas pueden presentar más de una complicación

² Incluye los nacimientos en el mes de la entrevista; clínica, centro o puesto de salud

*: Menos de 20 casos.

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 9.9 (problemas postnatales) y 9.10 (atención médica) para el último nacimiento de cada mujer. Para quienes no tuvieron el nacimiento en una institución de salud, el Cuadro 9.2 detalla la persona que proporcionó la atención postnatal.

Cuadro 9.9

Problemas experimentados durante el postparto

- En el departamento de Moquegua, el problema de salud más frecuente que se presentó durante los 40 días después del parto fue la "fiebre alta o escalofrío" y el "dolor al orinar" (16% en ambos casos).

Cuadro 9.9 Problemas postnatales por características seleccionadas

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

Característica	Tipo de problema postnatal							Número de nacimientos
	Sangrado intenso por 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	8,7	2,2	21,7	10,9	19,6	13,0	4,3	46
20-34	8,4	5,1	15,9	5,1	16,4	13,6	8,4	214
35+	4,5	6,8	11,4	0,0	11,4	15,9	11,4	44
Orden del nacimiento								
Primer nacimiento	9,8	4,1	18,9	6,6	17,2	10,7	4,9	122
2-3	7,2	2,9	10,9	3,6	13,0	13,8	5,8	138
4-5	3,2	12,9	29,0	6,5	25,8	19,4	22,6	31
6+.	*	*	*	*	*	*	*	13
Area de residencia								
Urbana.	7,6	3,4	16,9	5,9	16,5	13,1	7,6	236
Rural	8,8	10,3	13,2	2,9	14,7	16,2	10,3	68
Nivel de educación								
Sin educación.	*	*	*	*	*	*	*	3
Primaria.	9,8	9,8	16,4	4,9	18,0	14,8	14,8	61
Secundaria.	8,5	4,7	18,6	4,7	19,4	15,5	6,2	129
Superior	6,3	2,7	13,5	6,3	11,7	11,7	7,2	111
Total	7,9	4,9	16,1	5,3	16,1	13,8	8,2	305

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.

Otros problemas fueron los "flujos vaginales" (14%), "sangrado intenso por la vagina" y "pérdida de orina" (8% en ambos casos).

- Tanto la fiebre o escalofríos, como el dolor al orinar, fueron los problemas postnatales más frecuentes entre las madres menores de 20 años al tener el hijo y si el último nacimiento era de cuarto o quinto orden. En cuanto al área de residencia, la fiebre o escalofríos y el dolor al orinar fueron más frecuentes en las residentes en el área urbana.
- Según nivel de educación de las madres la "fiebre o escalofríos" y "el dolor al orinar" se presenta en mayor proporción en las mujeres con educación secundaria.

Cuadro 9.10

Atención recibida para alguno de los problemas experimentados durante el postparto

- El porcentaje de atenciones postnatales en el departamento de Moquegua es mayor

de lo que ocurre en el país. A nivel nacional el porcentaje de atenciones postnatales es de 47%, en cambio en el departamento de Moquegua es de 49 por ciento.

- En los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, los problemas postnatales que con mayor frecuencia recibieron atención postnatal fueron: flujos vaginales (57%), infección de los senos (56%), dolor al orinar (51%), sangrado intenso por la vagina (50%) y desmayo (47%).
- La atención médica a las madres por "infección de los senos" fue más frecuente en las menores de 20 años, en los nacimientos de primer orden, en las que habitan el área urbana (57%) y en las que tienen educación superior (71%). La atención para los flujos vaginales durante el puerperio ocurrió con mayor frecuencia en las mujeres de 20 a 34 años (66%) al tener hijo, en nacimientos de primer orden (69%), en las que viven en el área urbana (61%) y las que tienen educación superior (77%).

Cuadro 9.10 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, Moquegua 2000

Característica	Tipo de problema postnatal							Total con algún tratamiento
	Sangrado intenso por 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	25,0	0,0	30,0	60,0	44,4	16,7	0,0	35,3
20-34	55,6	54,5	41,2	54,5	48,6	65,5	33,3	50,6
35+	50,0	33,3	60,0	-	80,0	57,1	40,0	60,0
Orden del nacimiento								
Primer nacimiento	66,7	60,0	47,8	62,5	61,9	69,2	16,7	57,8
2-3	30,0	25,0	20,0	60,0	33,3	63,2	37,5	42,9
4-5	100,0	75,0	66,7	50,0	75,0	50,0	57,1	53,3
6+.								
Área de residencia								
Urbana.	55,6	50,0	42,5	57,1	51,3	61,3	33,3	50,0
Rural	33,3	42,9	33,3	50,0	50,0	45,5	28,6	45,5
Nivel de educación								
Primaria.	33,3	50,0	30,0	33,3	54,5	44,4	33,3	40,9
Secundaria.	54,5	50,0	41,7	50,0	44,0	50,0	25,0	43,8
Superior	57,1	33,3	46,7	71,4	61,5	76,9	37,5	61,1
Total	50,0	46,7	40,8	56,3	51,0	57,1	32,0	49,1

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 9.2

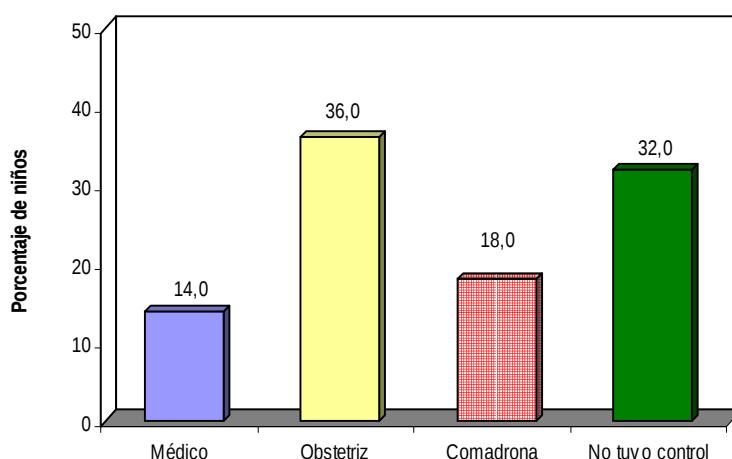
Asistencia postnatal y persona que brindó la atención postnatal

- El 68 por ciento de madres de los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta tuvo control postnatal. El mayor porcentaje de madres fue atendido por obstetriz (36%), enfermera, sanitarios o promotores (18%) y médico (14%).

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 Cuadro 9.11.

Gráfico 9.2
Proveedores de atención postnatal para los menores de cinco años



Cuadro 9.11

- Los síntomas que alarman con mayor frecuencia a las madres para que asistan inmediatamente a un establecimiento de salud son la presencia de fiebre, diarrea o vómito (80%), "se pone más enfermo" (43%) y la "respiración rápida" (23%). La "dificultad para respirar" (11%) y "no puede beber o lactar" (1%) son síntomas mencionados por menores proporciones de madres para llevar a los niños menores de 5 años a un establecimiento de salud.
- La presencia de "fiebre, diarrea y vómito" como síntomas de alarma para que las

madres los lleven a un establecimiento de salud es mayor cuando el niño es menor de 6 meses de edad (88%) y si son varones (82%). Asimismo, en las madres de los niños de primer orden de nacimiento (85%), en las madres residentes en el área urbana (81%) y en las que alcanzaron educación superior (91%).

- El motivo "se pone más enfermo" es expresado con mayor frecuencia en las madres cuyos hijos tienen entre 12 a 23 meses de edad (48%), son de segundo a tercer orden de nacimiento (46%), los que habitan en el área rural (46%) y madres que tienen educación primaria (48%).

Cuadro 9.11 Síntomas que conllevan a la madre a buscar ayuda médica inmediata

Porcentaje de madres con niños menores de 5 años de edad que viven con ella, por los síntomas que considera como razón para llevar su niño a un establecimiento de salud inmediatamente, según características seleccionadas, Moquegua 2000

Característica	No puede beber o lactar	Se pone más enfermo	La da fiebre/diarrea/vómito	Tiene respiración rápida	Tiene dificultad para respirar	Tiene deposición con sangre	Come o bebe poco	No sabe/sin información	Número de madres
Edad del niño									
<6 meses	0,0	32,0	88,0	36,0	24,0	0,0	0,0	0,0	25
6-11 meses	*	*	*	*	*	*	*	*	14
12-23 meses	0,0	48,1	84,6	21,2	7,7	0,0	5,8	0,0	52
24-35 meses	0,0	41,7	78,3	28,3	18,3	1,7	5,0	1,7	60
36-47 meses	1,4	45,1	74,6	21,1	4,2	0,0	4,2	1,4	71
48-59 meses	2,6	44,7	78,9	18,4	10,5	1,3	3,9	5,3	76
Sexo del niño									
Hombre	0,6	41,4	81,5	26,8	14,6	0,6	3,2	1,3	157
Mujer	2,1	44,7	78,7	19,1	7,8	0,7	5,0	2,8	141
Orden del nacimiento									
Primer nacimiento	0,7	41,4	84,8	21,4	12,4	1,4	5,5	1,4	145
2-3	1,8	46,0	80,5	26,5	12,4	0,0	1,8	1,8	113
4-5	3,6	39,3	71,4	21,4	7,1	0,0	7,1	0,0	28
6+.	*	*	*	*	*	*	*	*	12
Area de residencia									
Urbana.	1,3	42,0	81,4	24,2	12,1	0,9	3,9	1,3	231
Rural	1,5	46,3	76,1	19,4	9,0	0,0	4,5	4,5	67
Nivel de educación									
Sin educación.	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Primaria.	1,7	48,3	61,7	21,7	13,3	0,0	5,0	10,0	60
Secundaria.	0,8	43,3	80,3	23,6	12,6	0,0	4,7	0,0	127
Superior	1,9	39,8	90,7	24,1	9,3	1,9	2,8	0,0	108
Total	1,3	43,0	80,2	23,2	11,4	0,7	4,0	2,0	299

*: Menos de 20 casos.

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 por

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.

¹ En **Endes 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.

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 ya se deben haber recibido todas las vacunas, incluyendo la del sarampión. La información para estos niños se presenta en los Cuadros 9.12a y 9.12b. En el Cuadro 9.12a

se presentan, para cada vacuna, los resultados generales de cobertura en cualquier momento según la fuente de información. En el cuadro 9.13 se muestran los porcentajes de niños que han recibido vacunas específicas a la edad apropiada

Cuadro 9.12.a y 9.12.b

Vacunaciones por fuente de información

- De los datos registrados sobre las vacunas de los niños, 49 por ciento se han registrado de las tarjetas de vacunación.

Cuadro 9.12a Vacunaciones en cualquier momento para los niños de 18-29 meses según fuente de información

Entre los niños de 18-29 meses de edad, porcentaje de niños que han recibido vacunas específicas en cualquier momento, según si la información proviene de la madre o del carné de vacunación, Moquegua 2000

Fuente de información	DPT ¹				Polio				Antisarampionosa	Todas las vacunas ²	Ninguna	Número de niños
	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Al nacer	Polio 1	Polio 2	Polio 3				
Total	98,7	98,7	89,9	84,8	70,9	94,9	89,9	77,2	89,9	67,1	1,3	79
Según carné ³	49,4	49,4	49,4	48,1	48,1	49,4	49,4	49,4	48,1	46,8	0,0	39
Informe de la madre	49,4	49,4	40,5	36,7	22,8	45,6	40,5	27,8	41,8	20,3	1,3	40

Nota: Todos los porcentajes se calculan sobre el total de niños

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 Niños con vacunación completa (i.e., aquellas que han recibido BCG, tres dosis de DPT, tres de Polio y Sarampión. Se excluye Polio al nacer).

³ Para el 49,4 por ciento se obtuvo el carné de vacunación.

Vacunaciones según sexo, orden de nacimiento, lugar de residencia y educación

- El porcentaje de niños de ambos sexos de 18 a 29 meses que ha recibido todas las vacunas en el departamento de Moquegua alcanza a 67%.
- Con relación a la cobertura promedio de las vacunas, el 99 por ciento de los niños de 18 a 29 meses ha recibido la vacuna contra la BCG. En proporciones similares han recibido la DPT1 y el 95 por ciento recibió la primera dosis de la Polio. Pero la proporción decae en la tercera dosis: el 85 por ciento recibió la DPT3 y 77 por

ciento la Polio3. La protección contra el sarampión fue recibida por el 90 por ciento de los niños de 18 a 29 meses

- En cuanto al sexo de los niños, hay una mayor proporción de niños que de niñas que recibieron todas las vacunas (71% de niños y 63% de niñas). Los niños de ambos sexos cuyas madres tienen educación superior recibieron todas las vacunas en mayor proporción que el resto.

Vacunación a la edad apropiada

La evolución de la cobertura de vacunación en los últimos 4 años se presenta

Cuadro 9.12b BCG, DPT, Polio y Sarampión: vacunación en cualquier momento de los niños de 18-29 meses, por sexo del niño y orden de nacimiento

Entre los niños de 18-29 meses de edad, porcentaje con carné de vacunación visto por la entrevistadora y porcentaje que recibió vacunas específicas en cualquier momento, según características seleccionadas, Moquegua 2000

Característica	DPT ¹				Polio				Antisaram- pionosa	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					
Sexo del niño													
Hombre	97,7	97,7	88,6	84,1	68,2	93,2	86,4	81,8	88,6	70,5	2,3	54,5	44
Mujer	100,0	100,0	91,4	85,7	74,3	97,1	94,3	71,4	91,4	62,9	0,0	42,9	35
Orden de nacimiento													
Primer nacimiento	100,0	100,0	84,4	78,1	62,5	93,8	90,6	81,3	93,8	68,7	0,0	46,9	32
2-3	97,5	97,5	92,5	87,5	75,0	95,0	90,0	75,0	85,0	65,0	2,5	50,0	40
4-5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
6+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Area de residencia													
Urbana	98,2	98,2	87,7	84,2	70,2	93,0	87,7	78,9	87,7	68,4	1,8	49,1	57
Rural	(100,0)	(100,0)	(95,5)	(86,4)	(72,7)	(100,0)	(95,5)	(72,7)	(95,5)	(63,6)	(0,0)	(50,0)	22
Nivel de educación													
Primaria	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Secundaria	100,0	100,0	89,2	81,1	73,0	94,6	91,9	83,8	91,9	67,6	0,0	54,1	37
Superior	96,3	96,3	96,3	96,3	70,4	96,3	96,3	81,5	85,2	74,1	3,7	44,4	27
Total	98,7	98,7	89,9	84,8	70,9	94,9	89,9	77,2	89,9	67,1	1,3	49,4	79

Nota: La información proviene del carné de vacunación o del informe de la madre

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.

*: Menos de 20 casos.

(): Entre 20 y 24 casos.

en el cuadro 9.1.3. En el cuadro se muestra los porcentajes de niños 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.

Cuadros 9.13

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, excepto para el sarampión), se incrementó anualmente en casi todos los tipos de vacunas recomendadas. La tercera dosis de DPT se incrementó, al pasar de 78 por ciento en los niños de 48 a 59 meses a 88

por ciento en los de 18 a 23 meses. Asimismo, la vacuna contra la polio, colocada al nacer, se aumentó de 57 por ciento en los niños de 48-59 meses de edad a 60 por ciento en los de 18-23 meses. De igual manera, la tercera dosis de la vacuna contra la Polio se incrementó al pasar de 68 por ciento en los niños de 48-59 meses de edad a 85 por ciento.

- En el departamento de Moquegua, el porcentaje de niños que han recibido las dosis recomendadas en el primer año de vida alcanza a 62 por ciento.

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

Cuadro 9.13 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, Moquegua 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	97,5	97,5	92,5	87,5	60,0	97,5	92,5	85,0	92,5	77,5	2,5	47,5	40
24-35 meses	98,7	100,0	85,3	82,7	68,0	90,7	84,0	70,7	92,0	61,3	0,0	44,0	75
36-47 meses	100,0	96,2	86,0	83,4	64,5	93,6	88,6	66,9	78,3	58,9	3,8	34,2	76
48-59 meses	97,4	93,1	86,8	77,9	56,6	90,6	79,3	68,0	76,8	55,3	5,4	31,6	76
Total	98,5	96,9	87,4	82,5	62,5	92,9	85,5	71,2	84,8	62,0	2,7	38,2	267

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.

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 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 9.14 se presenta información sobre la prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas. Las razones por las cuales las madres no acuden a un establecimiento de salud cuando el niño tiene neumonía, se presentan solo como referencia en el gráfico 9.3. 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 9.14 y Gráfico 9.3

Prevalencia y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas

- El 16 por ciento de los menores de cinco años presentó síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) durante las dos semanas anteriores a la encuesta.
- Las IRA se presentan en porcentajes cercanos en niños y niñas (16% y 15% respectivamente)

Cuadro 9.14 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, Moquegua 2000

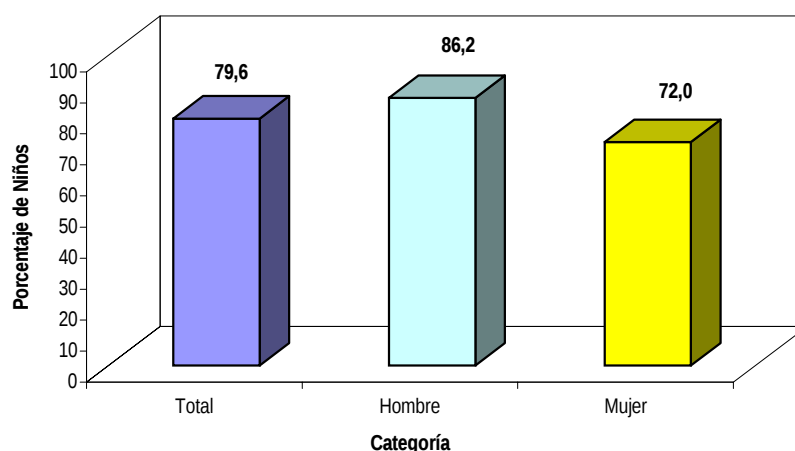
Característica	Prevalencia infección respiratoria aguda ¹	
		Total niños
Edad del niño		
<6 meses	12,5	32
6-11 meses	*	19
12-23 meses	10,4	67
24-35 meses	16,0	75
36-47 meses	13,2	76
48-59 meses	25,0	76
Sexo del niño		
Hombre	15,8	183
Mujer	15,4	162
Orden de nacimiento		
Primer nacimiento	13,5	148
2-3	16,6	151
4-5	18,7	32
6+	*	14
Area de residencia		
Urbana	17,4	264
Rural	9,9	81
Nivel de educación		
Sin educación	*	3
Primaria	18,4	76
Secundaria	13,9	144
Superior	16,4	122
Total	15,7	346

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 9.3
Porcentaje de Niños Menores de 5 años que tuvieron IRA y fueron llevados a Proveedores de Salud



- En el departamento de Moquegua, sólo 80 por ciento de los menores de cinco años que tuvieron tos y respiración agitada fueron llevados a un servicio de salud.

(46%). Otras razones son "no tenía tiempo" (27%) y "sabe que hacer" (18%).

9.7 PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA

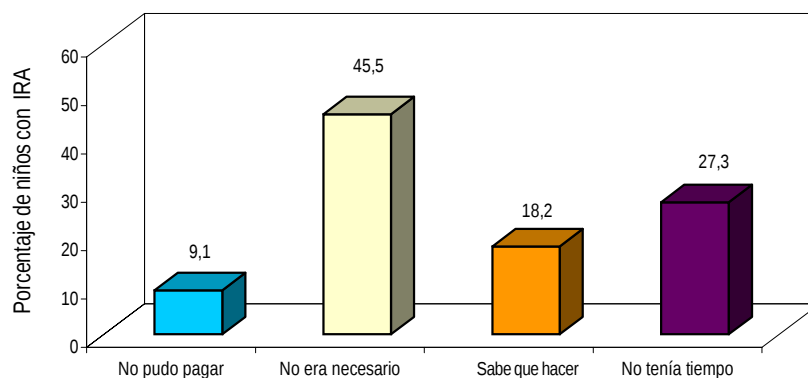
Gráfico 9.4

Razones para no llevar a un niño con IRA a un establecimiento de salud

- La principal razón por la que las madres no llevan a sus niños a un establecimiento de salud cuando tienen IRA son: porque la madre considera "que no era necesario"

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,

Gráfico 9.4
Razones para no llevar a un Niño con IRA a un Establecimiento de Salud



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 la 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 9.15.

Cuadro 9.15

Prevalencia de diarrea por edad, sexo y orden de nacimiento

- El 9 por ciento de los niños menores de 5 años, en el departamento de Moquegua, tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. Este problema, afectó en mayor porcentaje a los niños menores de 6 meses de edad (16%).
- La prevalencia de diarrea por sexo, muestra una mayor proporción en los niños que en las niñas (11% y 7% respectivamente).
- Según lugar de residencia, la mayor prevalencia de diarrea se presentan en los niños que habitan el área urbana (10%) que los que habitan el área rural (5%).

- La diarrea tiene mayor prevalencia entre los hijos de madres con secundaria o menos, que en los hijos de madres con educación superior (6%).

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 y de las prácticas adecuadas de

Cuadro 9.15 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, Moquegua 2000

Característica	Todo tipo de diarrea	Número de niños
Edad del niño		
<6 meses	15,6	32
6-11 meses	*	19
12-23 meses	11,9	67
24-35 meses	10,7	75
36-47 meses	3,9	76
48-59 meses	6,6	76
Sexo del niño		
Hombre	10,9	183
Mujer	6,8	162
Area de residencia		
Urbana.	10,2	264
Rural	4,9	81
Nivel de educación		
Sin educación.	*	3
Primaria.	10,5	76
Secundaria.	11,1	144
Superior	5,7	122
Total	9,0	346

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.

tratamiento para prevenir la deshidratación se detalla en el Cuadro 9.16.

Cuadro 9.16

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

- El 91 por ciento de 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 y más de edad (94%).
- El conocimiento de las SRO es también más frecuente en las madres de los niños de cuarto y quinto orden de nacimiento (96%) y de acuerdo a la educación de las madres, en las que alcanzaron superior (100%)

Gráfico 9.5

Cantidad de líquidos y sólidos que dieron al niño con diarrea

- El 61 por ciento de cada 10 niños con diarrea recibieron líquidos en la cantidad

Cuadro 9.16 Conocimiento de SRO

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

Característica	Conoce SRO	
	Porcentaje que conoce SRO	Número de madres
Edad de la madre al nacimiento		
<20	*	11
20-34	90,6	213
35+	93,8	80
Orden del nacimiento		
Primer nacimiento	89,3	149
2-3	93,9	115
4-5	96,4	28
6+	*	12
Area de residencia		
Urbana.	94,1	236
Rural	79,4	68
Nivel de educación		
Primaria.	78,7	61
Secundaria.	89,1	129
Superior	100,0	111
Total	90,8	305

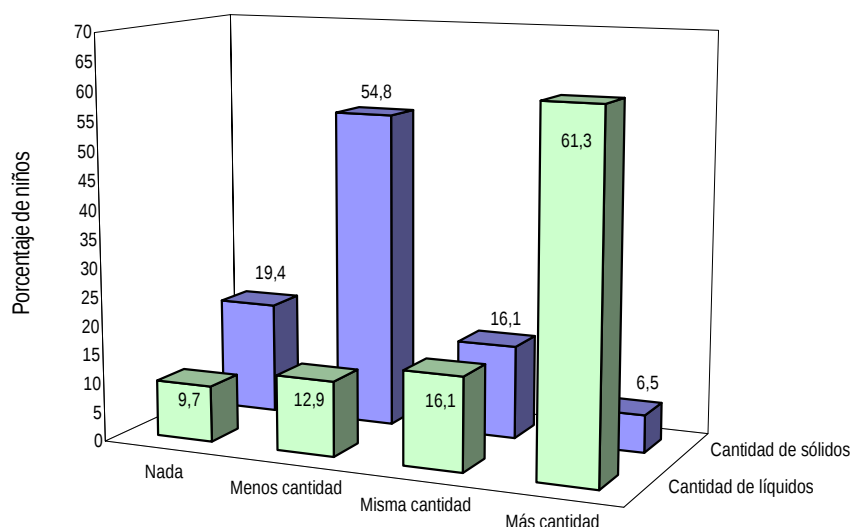
Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período de 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista

SRO: incluye sólo las sales de rehidratación oral.

*: Menos de 20 casos.

(): Entre 20 y 24 casos.

Gráfico 9.5
Cantidad de Sólidos y Líquidos Recibidos por Menores de 5 años durante un Episodio Diarreico



recomendada, 16 por ciento en la misma cantidad de lo habitual y 13 por ciento en menor cantidad.

ciento la misma cantidad y a 19 por ciento no se les dio alimentos sólidos durante el episodio de diarrea.

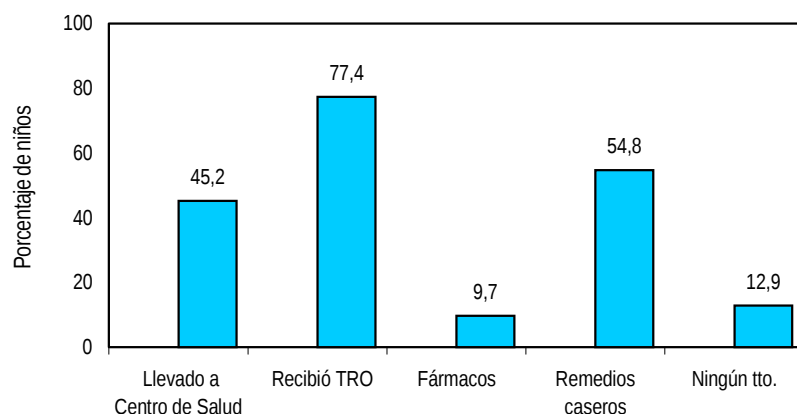
- Los alimentos sólidos presentan frecuencias diferentes a la ingesta de líquidos en los niños con diarrea. En el departamento de Moquegua, se encontró que a 55 por ciento de los niños se le dió menor cantidad de alimentos sólidos que lo habitual, a 7 por ciento más de lo normal, a 16 por

Gráfico 9.6 y 9.6 a

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

- El 45 por ciento de los niños que tuvieron diarrea fueron llevados a un servicio de

Gráfico 9.6
Tratamiento de diarrea para los menores de cinco años

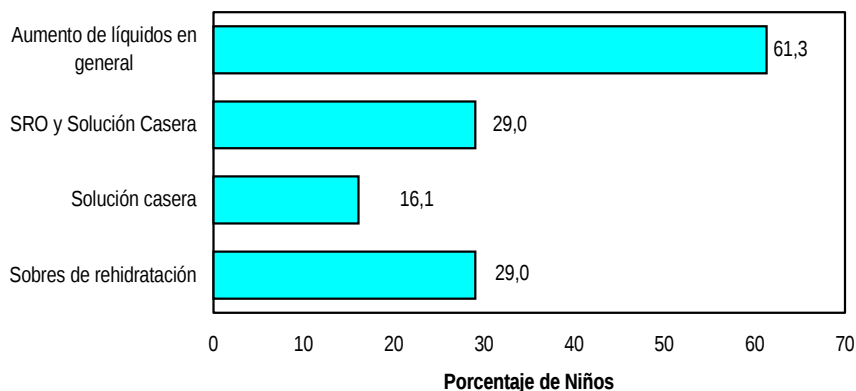


salud para su tratamiento (ver Informe Nacional cuadro 9.21).

paquetes de SRO, el 16 por ciento recibió remedios caseros recomendados y el 29 por ciento recibió ambos (SRO y RCR).

- El 77 por ciento recibió alguna terapia contra la diarrea: el 29 por ciento recibió

Gráfico 9.6a
Tipos de TRO



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 9.17 se presenta, según características seleccionadas, la distribución de las madres entrevistadas por forma de eliminación de las deposiciones.

Cuadro 9.17

- El 72 por ciento de las madres del departamento de Moquegua deshecha las deposiciones de su hijo menor de cinco

Cuadro 9.17 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, Moquegua 2000

Característica	Deposiciones desechadas		Deposiciones no desechadas				Otras respuestas	Total	Número de madres
	Siempre usa inodoro/ letrina	Las tira en inodoro/ letrina	Las tira en patio/ campo	Las barre con agua	Las bota en la basura	No hace nada			
Area de residencia									
Urbana	47,6	32,0	4,8	3,5	11,3	0,4	0,4	100,0	231
Rural	22,4	22,4	43,3	6,0	4,5	1,5	0,0	100,0	67
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	28,3	25,0	33,3	8,3	3,3	1,7	0,0	100,0	60
Secundaria	40,2	33,9	15,0	3,9	5,5	0,8	0,8	100,0	127
Superior	50,9	27,8	0,9	1,9	18,5	0,0	0,0	100,0	108
Total	41,9	29,9	13,4	4,0	9,7	0,7	0,3	100,0	299

Nota: Madres con un niño menor de cinco años que vive con ella.

*: Menos de 20 casos.

*X. LACTANCIA Y
NUTRICION DE
NIÑOS Y MADRES*

X. LACTANCIA Y NUTRICION 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 periodo 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 futuro 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 Moquegua 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 periodo 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 de niños 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

- El 98 por ciento de los niños nacidos en los últimos 5 años anteriores a la ENDES 2000 en el departamento de Moquegua, ha lactado alguna vez. Este porcentaje es mayor en los niños que en las niñas. La totalidad de los niños residentes en el área rural y el 97 por ciento de los que residen en el área urbana ha lactado alguna vez. La lactancia es más frecuente en los niños cuyas madres tienen educación superior.
- El 48 por ciento de los niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, el 88 por ciento durante el primer día de

nacido y 37 por ciento recibió alimentos antes de la lactancia.

- Según el área de residencia, el 49 por ciento de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta cuyas madres habitan el área urbana, iniciaron la lactancia durante la primera hora de nacidos, superando en 4 puntos porcentuales, a quienes iniciaron la lactancia en ese espacio de tiempo en el área rural.
- Así también, los niños cuyas madres cuentan con educación secundaria y más registran los más bajos porcentajes entre aquellos que iniciaron la lactancia en la primera hora de nacido.

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, Moquegua 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	98,9	40,5	82,7	40,1	187
Mujer	96,9	56,3	93,7	32,5	163
Área de residencia					
Urbana	97,4	48,7	88,5	36,9	268
Rural	100,0	45,1	85,4	35,4	82
Educación de la madre					
Sin educación	*	*	*	*	4
Primaria	98,7	50,0	85,5	32,5	77
Secundaria	97,3	46,5	89,4	31,5	146
Superior	99,2	46,7	86,9	46,3	123
Asistencia al parto					
Médico	96,4	47,2	86,5	45,0	169
Obstetriz	100,0	47,5	91,0	27,9	122
Enfermera/ sanitario/ promotor	*	*	*	*	12
Comadrona/ partera	*	*	*	*	14
Familiar/ otro	100,0	50,0	90,6	28,1	32
Nadie	*	*	*	*	1
Lugar del parto					
Establecimiento de salud	97,6	46,4	88,7	36,6	254
En la casa	97,9	42,6	83,0	29,2	48
Otra	*	*	*	*	2
No se preguntó	100,0	63,0	87,0	45,7	46
Total	98,0	47,8	87,8	36,6	351

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.

- De igual forma los porcentajes de los niños que iniciaron la lactancia durante el primer día de nacidos son mayores entre aquellos cuyas madres habitan el área urbana y en las que tienen secundaria (89% en cada caso).
- Entre los niños que recibieron alimentos antes de la lactancia destacan los porcentajes de los hijos de madres que residen en el área urbana (37%) y las que tienen educación superior (46%).

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 cuadro 10.2 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

Tipo de lactancia por edad del niño

- Al momento de la encuesta, el 95 por ciento de los niños menores de 4 meses y

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 características seleccionadas, Moquegua 2000

Edad en meses	No están lactando	Lactan exclusivamente	Lactan y reciben			Total	Alimentación con biberón	Número de niños
			Líquidos (agua/jugos)	Leche no materna	Suplementos			
Edad 0-9 meses								
<4	5,3	52,6	10,5	31,6	0,0	100,0	47,4	19
4 a 5	7,7	61,5	0,0	15,4	15,4	100,0	23,1	13
6 a 9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	55,6	9
Edad 0-36 meses								
0-1	9,1	45,5	18,2	27,3	0,0	100,0	54,5	11
2-3	0,0	62,5	0,0	37,5	0,0	100,0	37,5	8
4-5	7,7	61,5	0,0	15,4	15,4	100,0	23,1	13
6-7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	80,0	5
8-9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	25,0	4
10-11	44,4	0,0	0,0	0,0	55,6	100,0	66,7	9
12-13	14,3	0,0	0,0	0,0	85,7	100,0	57,1	7
14-15	10,0	0,0	0,0	0,0	90,0	100,0	80,0	10
16-17	20,0	0,0	0,0	0,0	80,0	100,0	60,0	10
18-19	46,7	0,0	0,0	0,0	53,3	100,0	60,0	15
20-21	60,0	0,0	0,0	0,0	40,0	100,0	80,0	5
22-23	55,6	5,6	0,0	0,0	38,9	100,0	55,6	18
24-25	47,4	0,0	0,0	0,0	52,6	100,0	52,6	19
26-27	66,7	0,0	0,0	0,0	33,3	100,0	41,7	12
28-29	85,7	0,0	0,0	0,0	14,3	100,0	85,7	7
30-31	88,9	0,0	0,0	0,0	11,1	100,0	55,6	9
32-33	88,9	0,0	0,0	0,0	11,1	100,0	22,2	9
34-35	92,3	0,0	0,0	0,0	7,7	100,0	15,4	13

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

el 92 por ciento de los niños entre 4 y 5 meses estaban siendo amamantados. En cambio, la totalidad de niños de 6 a 9 meses se encontraba lactando.

- La proporción de los niños que lactan disminuye con la edad: después de los 9 meses más de la mitad de los niños ya no son amamantados, llegando a alcanzar al 67 por ciento de niños cuyas edades se encuentran entre 26 y 27 meses.
- Con relación a la lactancia exclusiva, el 53 por ciento de los niños de Moquegua menores de 4 meses lactan en exclusividad, este porcentaje aumenta a 62 por ciento entre los de 4 a 5 meses y alcanza a la totalidad de los niños entre 6 y 9 meses.
- La ingesta de otros líquidos y alimentos suplementarios, además de la leche materna en los niños menores de 4 meses en el departamento de Moquegua (11%) es considerablemente menor con respecto a los datos nacionales en los niños de la misma edad (25%).
- El uso del biberón entre los menores alcanza al 55 por ciento de los menores de un mes de nacido llegando al porcentaje más elevado entre los niños de 28-29 meses (86%). También presenta porcentajes considerables en el uso de biberón los niños de 6 y 7 meses, 14-15 meses y 20-21 meses (80% en todos los casos).

10.3 DURACION DE LA LACTANCIA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

El cuadro 10.3 presenta para los niños menores de tres años la duración mediana de la lactancia, edad en la cual todavía están siendo amamantados el 50 por ciento de los niños; y el porcentaje de menores de seis meses que fueron amamantados por seis o más veces durante las 24 horas precedentes a la entrevista. 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 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 10.3

Duración mediana de la lactancia

- El tiempo promedio de duración de la lactancia en los niños menores de tres años es de 21.3 meses. La duración mediana de la lactancia es ligeramente menor al tiempo promedio de duración observado e indica que el 50 por ciento de los niños lactan 20.1 meses.
- En el departamento de Moquegua, la duración mediana del amamantamiento es mayor en las niñas que en los niños (24.5 meses y 17.7 meses, respectivamente).
- La duración mediana de la lactancia exclusiva es inferior a un mes (0.7 mes) y el promedio de lactancia exclusiva para todos los niños es de 4.4 meses.

Gráfico 10.1

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

Cuadro 10.3 Duración de la lactancia para niños menores de tres años

Duración de la lactancia, en meses, entre niños menores de tres años, por tipo de lactancia; según características seleccionadas, Moquegua 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	17,7	2,5	3,6	96
Mujer	24,5	0,6	0,6	88
Area de residencia				
Urbana	19,4	2,5	3,4	140
Rural	23,7	0,6	7,0	44
Educación de la madre				
Sin educación	*	*	*	1
Primaria	20,0	6,5	6,5	38
Secundaria	25,3	0,8	4,5	78
Superior	16,5	0,5	0,5	67
Total	20,1	0,7	4,5	184
Promedio para todos los niños	21,3	4,4	4,8	99
P/I para todos los niños.	19,9	3,7	4,1	-

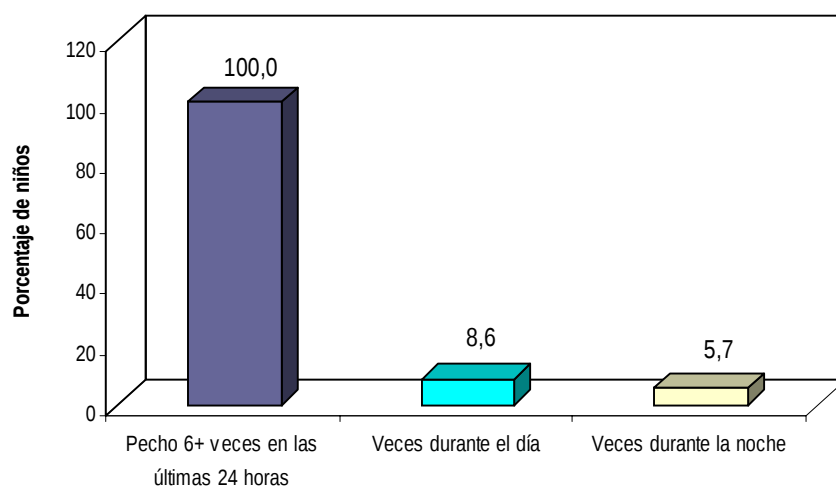
Nota: Las medianas y promedios aritméticos se calcularon a partir de las distribuciones por edad previamente suavizadas.

- : No aplicable

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

*: Menos de 20 casos.

Grafico 10.1
Porcentaje de Niños menores de 6 meses que recibieron pecho 6 ó más veces



anticonceptivo para las amenorréicas. En el departamento de Moquegua, la totalidad de los niños menores de seis meses recibió leche materna por lo menos seis veces en el día anterior a la entrevista, frecuencia de lactancia que se ajusta a las recomendaciones médicas sobre el particular.

- La intensidad de la lactancia de los niños menores de 6 meses, durante el día, es de 8.6 veces en promedio, durante la noche, la frecuencia disminuye a 5.7 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. A continuación se analizan las diferencias más significativas en cuanto al tipo de alimentos, consistencia y frecuencia de consumo en la población. En el Cuadro 10.2a y 10.2b se presenta, para distintas edades de los niños, el porcentaje que recibió, en las últimas 24 horas, distintos tipos de comidas: alimentos líquidos, sólidos, semisólidos y alimentos hechos con aceite o mantequilla. Los resultados se presentan por separado para niños lactantes y no lactantes.

La siguiente información sobre micronutrientes se incluye en el Cuadro 10.4 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.

Gráficos 10.2a y 10.2b

Tipos de comidas recibidas en las 24 horas antes de la encuesta por niños que lactan

- En el departamento de Moquegua, en las 24 horas anteriores a la encuesta entre los niños menores de tres años que se encuentran lactando, el 68 por ciento recibió algún líquido, 57 por ciento algún tipo de lácteo, como leche, yogurt o queso.
- El 72 por ciento de los niños menores de tres años que se encuentran lactando consumieron algún alimento sólido, 68 por ciento frutas y vegetales, 66 por ciento consumió tubérculos, 65 por ciento consumió cereales, 61 por ciento consumió carnes y 59 por ciento alimentos ricos en grasas.
- El 65 por ciento de niños menores de tres años recibieron alimentos ricos en vitamina A.

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

- Entre los niños menores de tres años que no se encuentran lactando, en las 24 horas anteriores a la encuesta, el 93 por ciento consumió algún líquido, 83 por ciento algún derivado lácteo.
- Con relación al consumo de alimentos sólidos el 95 por ciento consumió alguno de ellos. Las frutas y vegetales, así como

Gráfico 10.2a
Porcentaje de Menores de Tres Años por
Tipo de Comidas Recibidas

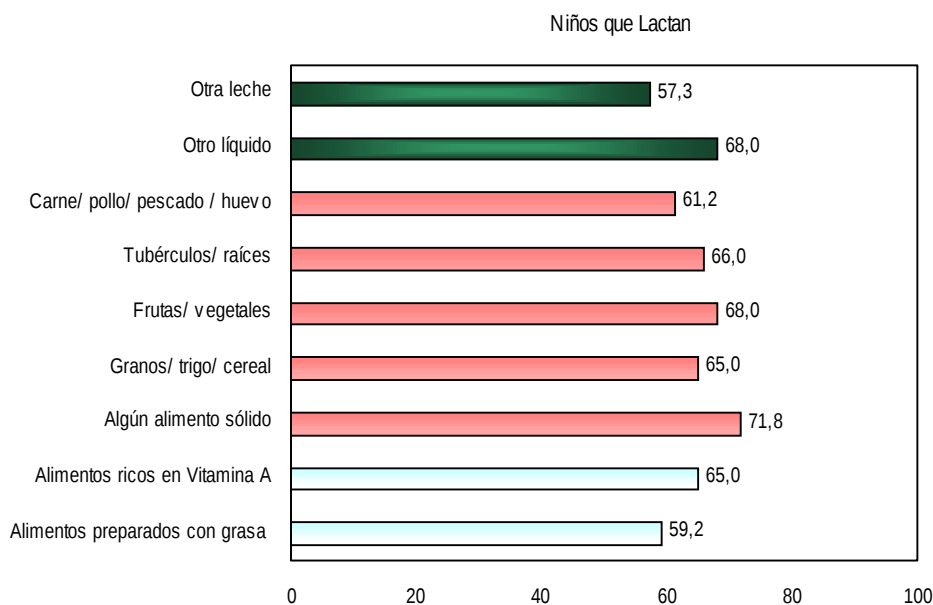
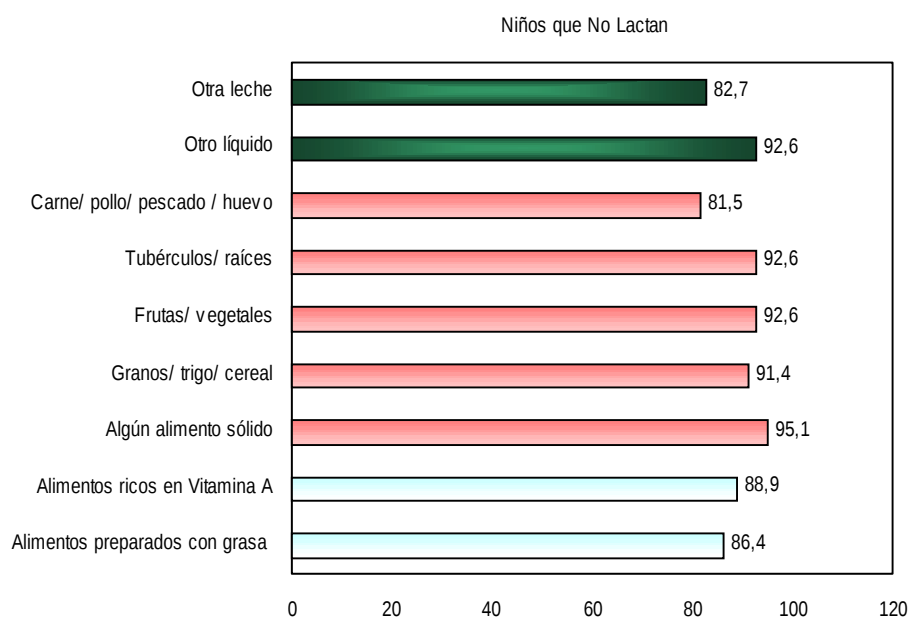


Gráfico 10.2b
Porcentaje de Menores de Tres Años por
Tipo de Comidas Recibidas



los tubérculos, raíces y plátanos fueron consumidos por el 93 por ciento de los niños en ambos casos. El 91 por ciento consumió cereales el 86 por ciento alimentos ricos en grasas y el 82 por ciento consumió alimentos de origen animal ricos

en proteínas (carne, pescado, huevos y pollo).

- El 89 por ciento de los niños menores de tres años que no se encuentran lactando consumió alimentos con vitamina A.

Cuadro 10.4

Micronutrientes

- El 80 por ciento de niños menores de tres años recibieron alimentos ricos en vitamina A, a través de alimentos suplementarios. Por sexo esta proporción es mayor en las niñas (83%) que en los niños (78%).
- Se observa un porcentaje ligeramente mayor en los niños menores de tres años residentes del área rural que recibieron vitamina A, a través de alimentos

suplementarios, en comparación a los urbanos (82% y 80% respectivamente).

- Las madres de 8 por ciento de niños menores de tres años fueron reforzadas con vitamina A después del parto. Esta proporción es mayor en las madres que habitan en el área rural que la urbana (11% y 6%, respectivamente) y entre las madres de 20 a 24 años (11%).
- De otro lado, las madres de 8 por ciento de los menores de 3 años tuvieron ceguera nocturna durante el embarazo, siendo

Cuadro 10.4 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, Moquegua 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	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	
Edad del niño						
<6 meses	6,2	32,0	9,4	9,4	9,4	32
6-9 meses	*	9,0	*	*	*	10
10-11 meses	*	9,0	*	*	*	9
12-15 meses	*	17,0	*	*	*	17
16-23 meses	89,6	48,0	4,2	6,3	14,6	48
24-35 meses	98,6	69,0	5,7	7,1	12,9	70
Sexo del niño						
Hombre	78,1	96,0	8,2	8,2	14,4	97
Mujer	83,0	88,0	6,7	7,9	12,4	89
Orden del nacimiento						
1	81,0	84,0	5,9	5,9	21,2	85
2-3	78,0	82,0	9,8	9,8	7,3	82
4-5	*	13,0	*	*	*	14
6+	*	5,0	*	*	*	5
Área de residencia						
Urbana	80,0	140,0	6,3	9,9	14,8	142
Rural	81,8	44,0	11,4	2,3	9,1	44
Edad de la madre						
15-19	*	10,0	*	*	*	10
20-24	78,7	61,0	11,3	6,5	19,4	62
25-29	78,6	42,0	4,8	14,3	14,3	42
30-34	89,2	37,0	2,7	8,1	13,5	37
35-39	82,6	23,0	4,3	0,0	4,3	23
40-44	*	10,0	*	*	*	11
45-49	*	1,0	*	*	*	1
Total	80,4	184,0	7,5	8,1	13,4	186

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.

mayor en las madres del área urbana que la rural (10% y 2% para cada área).

- Asimismo, el 13 por ciento de madres de niños menores de tres años recibió hierro por 90 días durante la etapa de gestación, siendo más frecuente en el área urbana (15%) que en el área rural (9%).

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 10.7 por edad del niño, sexo y orden de

nacimiento; y en el Cuadro 10.8 por lugar de residencia y educación.

solamente el 2 por ciento de esta población.

Cuadros 10.5 y 10.6

Talla para la edad o desnutrición crónica

- El 9 por ciento de los niños menores de 5 años en el departamento de Moquegua adolecen de desnutrición crónica, es decir retardo en el crecimiento (talla para la edad). La desnutrición severa afecta a
- La desnutrición crónica afecta en mayor medida a las niñas que a los niños (11% y 7% respectivamente).
- La proporción de niños con desnutrición crónica en el área rural afecta al 21 por ciento de niños mientras que en el área urbana al 6% y es mayor en más de cuatro veces en los niños de madres con

Cuadro 10.5 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, Moquegua 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	
Edad del niño					
<6 meses	*	*	*	*	13
6-9 meses	*	*	*	*	5
10-11 meses	*	*	*	*	9
12-15 meses	3,1	15,6	0,0	0,0	32
16-23 meses	0,0	8,9	0,0	0,0	45
24-35 meses	0,0	4,1	2,0	2,0	49
36-47 meses	3,1	14,1	0,0	0,0	64
48-59 meses					
Sexo del niño					
Hombre	1,9	7,4	0,0	0,0	108
Mujer	1,7	11,0	0,8	0,8	118
Orden del nacimiento					
1	2,0	8,2	0,0	0,0	98
2-3	2,1	9,5	1,1	1,1	95
4-5	0,0	8,7	0,0	0,0	23
6+	*	*	*	*	10
Intervalo de nacimiento					
Primer nacimiento	2,0	8,2	0,0	0,0	98
<24 meses	4,2	12,5	4,2	4,2	24
24-47 meses	2,6	18,4	0,0	0,0	38
48+ meses	0,0	4,5	0,0	0,0	66
Total	1,8	9,3	0,4	0,4	226

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

(): Menos de 24 casos.

Cuadro 10.6 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años

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 seleccionadas, Moquegua 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	
Área de residencia					
Urbana	0,0	6,2	0,6	0,6	178
Rural	8,3	20,8	0,0	0,0	48
Educación de la madre					
Sin educación	*	*	*	*	2
Primaria	6,1	22,4	0,0	0,0	49
Secundaria	0,0	6,0	1,0	1,0	100
Superior	1,3	5,3	0,0	0,0	75
Total	1,8	9,3	0,4	0,4	226

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

educación primaria que en los niños de madres con educación superior (22% y 5%, respectivamente).

- En el departamento de Moquegua, menos del 1 por ciento de los niños menores de cinco años tienen un peso deficiente para su edad.

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 Moquegua; 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.

Peso para la edad o desnutrición general

- El peso para la edad es un indicador general de la desnutrición, no diferencia 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.

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 todas las mujeres entrevistadas.

de manera bastante confiable el estado nutricional en lo referente al crecimiento lineal.

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 materna.¹ Por el hecho de haber finalizado el crecimiento físico, una sola medición de la estatura de la mujer es suficiente para valorar

La información general sobre la distribución porcentual de las madres según la estatura y las medidas se aprecian en el cuadro 10.7

Cuadro 10.7

La talla como indicador de la situación nutricional de las mujeres

- La estatura o talla promedio de la madre del departamento de Moquegua es de 152.9 centímetros.
- El 6 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

Cuadro 10.7 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, Moquegua 2000

Característica	Talla promedio en cms.	Porcentaje con menos de 145 cms.	Número de mujeres
Edad			
15-19	153,3	4,7	172
20-24	153,6	4,7	171
25-29	153,0	6,6	136
30-34	153,0	7,2	152
35-39	152,1	6,9	145
40-44	152,7	4,7	106
45-49	152,0	11,0	82
Area de residencia			
Urbana	153,3	5,2	748
Rural	151,6	9,7	217
Educación de la madre			
Sin educación	*	*	16
Primaria	151,1	8,9	179
Secundaria	152,8	7,4	447
Superior	154,3	2,2	324
Total	152,9	6,2	966

*: 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.

el embarazo, mortalidad intrauterina, perinatal o infantil.

- La estatura promedio de las mujeres del departamento de Moquegua es ligeramente mayor en el área urbana (153 cm.) que en el área rural (152 cm.). Este promedio guarda diferencias por el nivel educativo de la mujer, superando en 3.2 cm las que tienen educación superior a las que tienen educación primaria.
- El mayor porcentaje de las madres con talla menor a 145 centímetros se encuentran en el área rural (10%). Asimismo, esta frecuencia es mayor entre las mujeres con secundaria y menos.

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 10.8.

Peso y masa corporal como indicadores de la situación nutricional de las madres

entre las mujeres de 15-19 a 81 por ciento entre las de 45-49 años de edad.

Cuadro 10.8

- El Índice de Masa Corporal de las mujeres en el departamento de Moquegua, utilizando la fórmula de Quetelet, es de 26.6. Tomando el punto de corte (18.5), menos de 1 por ciento de las mujeres tendrían una masa corporal deficiente.
- El Índice de Masa Corporal promedio aumenta con la edad, es mayor en el área urbana y no tiene grandes diferencias por 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 58 por ciento en el departamento de Moquegua. Este porcentaje se incrementa con la edad: de 30 por ciento

- El índice de masa corporal mayor o igual a 25, es mayor en: las mujeres con nivel de educación primaria (65%) y en las mujeres que habitan el área urbana (61%).

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

Cuadro 10.8 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, Moquegua 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	23,7	2,4	30,0	170
20-24	24,9	1,9	44,0	159
25-29	26,5	0,0	61,6	125
30-34	27,6	0,7	65,2	141
35-39	28,3	0,0	76,3	139
40-44	28,0	0,0	69,2	104
45-49	29,9	0,0	80,5	82
Área de residencia				
Urbana	26,9	0,7	60,9	715
Rural	25,5	1,5	48,1	206
Educación de la madre				
Sin educación	*	*	*	16
Primaria	27,4	1,7	65,3	173
Secundaria	26,3	0,7	54,5	430
Superior	26,7	0,7	58,3	303
Total	26,6	0,9	58,0	922

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.

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 llevadas a nivel del mar con el siguiente procedimiento:

Nivel ajustado = nivel observado - ajuste por altura

Ajuste = $-0.032 \cdot (\text{alt}) + 0.022 \cdot (\text{alt} \cdot \text{alt})$
donde (alt) es: [(altura en metros)/1,000]*3.3

Resultados

Los resultados se presentan en el Cuadro 10.9 para mujeres y en el Gráfico 10.3 para niños. En el Gráfico 10.4 se relaciona la anemia de los niños con la anemia de las madres.

Cuadro 10.9 y Gráfico 10.3

- El 19 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad del departamento de Moquegua padece de algún grado de anemia. En la ENDES 2000 se encontró que el 16 por ciento tiene anemia leve, 3 por ciento anemia moderada y menos del 1 por ciento presenta anemia severa.
- Según el área de residencia, las mujeres que habitan el área rural presentan mayor porcentaje de casos de anemia (32%) que las que residen en el área urbana (15%). Así también, la proporción de anemia entre las mujeres con nivel de educación primaria tiende a ser mayor.

² Las referencias básicas utilizadas son: World Health Organization. *Nutritional 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, 1984; Dirren H., Logman H.G.M., Barcaly D.V. & Freire W.B. *Altitude Adjustment for Hemoglobin*. *Europ J Clin Nutr* 48:625-632, 1994; Hurtado A., Merino C., Delgado E. *Influence of Anorexia on the Hemopoietic Activity*. *Arch Intern Med* 75:284-323, 1945.

Cuadro 10.9 Prevalencia de anemia en mujeres

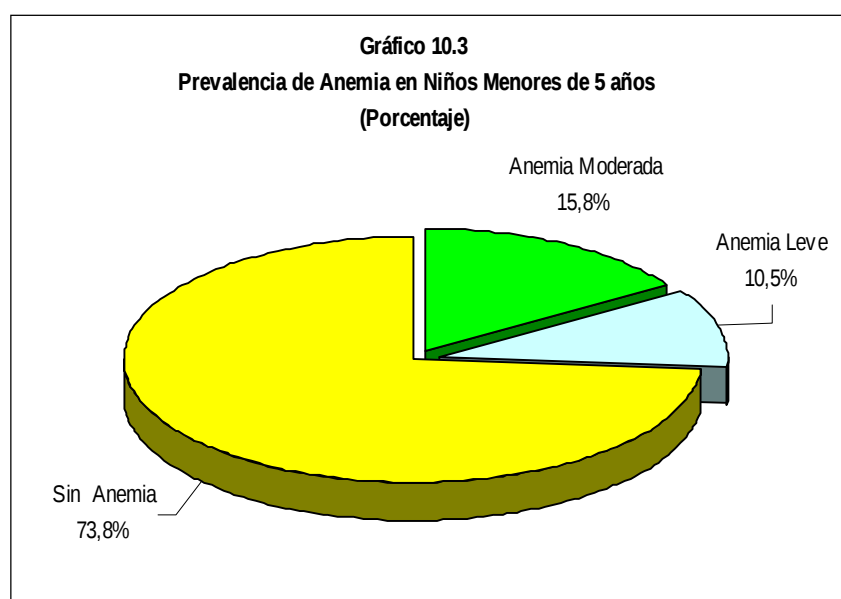
Prevalencia de anemia en mujeres por tipo de anemia, según características seleccionadas, Moquegua 2000

Características	Distribución porcentual de mujeres con prueba de anemia						Número 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					
Edad								
15-19	0,0	2,8	11,1	86,1	100,0	36	4	40
20-24	0,0	5,7	17,1	77,1	100,0	35	8	43
25-29	(0,0)	(0,0)	(29,2)	(70,8)	(100,0)	24	5	29
30-34	2,4	0,0	21,4	76,2	100,0	42	17	59
35-39	0,0	3,2	12,9	83,9	100,0	31	5	36
40-44	*	*	*	*	*	15	7	22
45-49	*	*	*	*	*	17	3	20
Paridad								
No tiene hijos	0,0	2,6	18,2	79,2	100,0	77	12	89
1	0,0	2,9	14,3	82,9	100,0	35	6	41
2-3	1,5	1,5	14,9	82,1	100,0	67	23	90
4-5	*	*	*	*	*	15	7	22
6+	*	*	*	*	*	6	1	7
Embarazo y lactancia								
Embarazada	*	*	*	*	*	8	2	10
Lactando	*	*	*	*	*	15	6	21
Ninguna	0,6	1,7	14,1	83,6	100,0	177	41	218
Usa DIU								
Si	*	*	*	*	*	17	5	22
No	0,0	2,2	15,8	82,0	100,0	183	44	227
Area de residencia								
Urbana	0,0	2,6	12,4	85,0	100,0	153	39	192
Rural	2,1	2,1	27,7	68,1	100,0	47	10	57
Educación de la madre								
Sin educación	*	*	*	*	*	4	1	5
Primaria	3,3	3,3	23,3	70,0	100,0	30	8	38
Secundaria	0,0	3,4	18,2	78,4	100,0	88	17	105
Superior	0,0	1,3	11,5	87,2	100,0	78	23	101
Total	0,5	2,5	16,0	81,0	100,0	200	49	249

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.

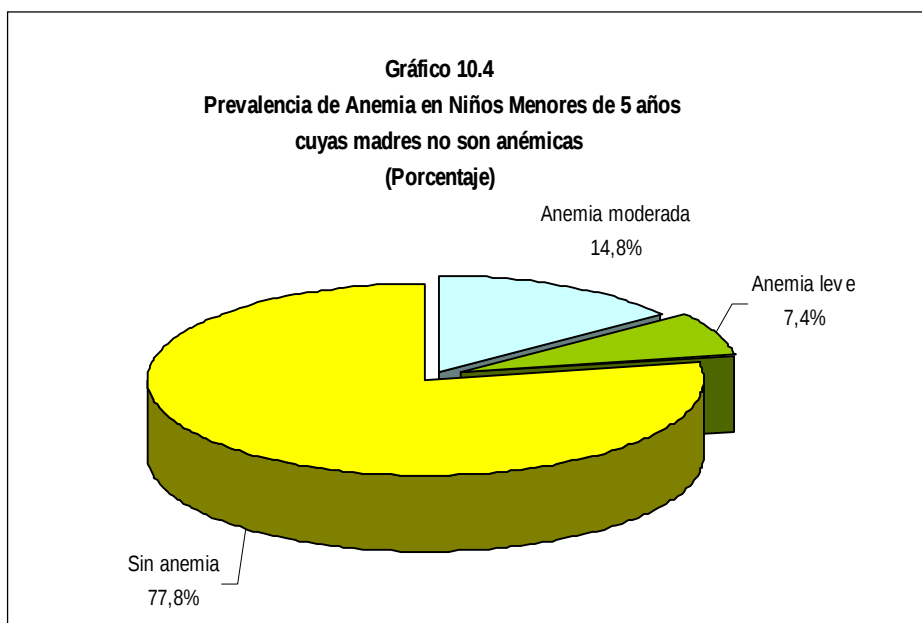
(): Entre 20 y 24 casos.



- En el departamento de Moquegua el 26 por ciento de niños de 6 a 59 meses, a quienes se les hizo la prueba de anemia, padece algún grado de anemia. El 16 por ciento padece de anemia moderada en el departamento de Moquegua y el 11 por ciento de niños padece de anemia leve.

Gráfico 10.4

- Existe cierta relación entre el estado de anemia de la madre y el de sus niños. Cuando ellas no tienen anemia es mayor el porcentaje de niños sin anemia (78%).



*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 en edad fértil 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.

Cuadros 11.1 , 11.2 y Gráfico 11.1

Conocimiento de VIH/SIDA

- En el departamento de Moquegua, la gran mayoría de las mujeres conocen acerca del VIH/SIDA (93%). El 28 por ciento de las mujeres conoce el VIH/SIDA pero no sabe como evitarlo y el 47% de las entrevistadas conoce alguna forma válida de evitar infectarse con el VIH/SIDA.

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, Moquegua 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	3,3	33,0	45,6	18,1	100,0	31,3	33,5	182
20-24	5,0	25,6	51,7	17,8	100,0	39,4	38,3	180
25-29	7,6	25,0	43,8	23,6	100,0	38,9	40,3	144
30-39	6,2	25,9	49,2	18,7	100,0	34,3	43,3	322
40-49	10,4	31,3	43,6	14,7	100,0	30,8	35,1	211
Estado civil								
Casada/Conviviente	9,2	26,6	46,1	18,1	100,0	33,7	41,5	630
Divorciada, separada, viuda	1,2	31,8	51,8	15,3	100,0	40,0	31,8	85
Soltera, ha tenido relaciones	2,1	23,4	47,9	26,6	100,0	42,6	40,4	94
Soltera/ no ha tenido relaciones	3,0	32,6	47,8	16,5	100,0	31,7	32,6	230
Area de residencia								
Urbana	2,1	26,0	52,8	19,1	100,0	39,0	40,7	802
Rural	21,5	35,0	27,8	15,6	100,0	19,8	31,6	237
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	23,2	40,4	28,8	7,6	100,0	15,2	23,2	198
Secundaria	2,1	29,7	50,3	17,8	100,0	34,8	37,8	472
Superior	0,6	18,0	55,4	26,0	100,0	47,1	50,3	351
Total	6,6	28,0	47,1	18,3	100,0	34,6	38,6	1 040

¹ Conocimiento de formas específicas de importancia programática

² "Pareja mutuamente fiel" o no tener muchas parejas sexuales

*: Menos de 20 casos.

- Los porcentajes de mujeres que menos conocen de la existencia del VIH/SIDA se observan en las mujeres de 25 años y más, en las casadas o convivientes y en las residentes en el área rural.

Conocimiento de formas de evitar contagio

- Con relación a las posibles formas de evitar infectarse con el virus que causa el SIDA, en el departamento de Moquegua, el 65% de mujeres conoce alguna forma: 47 por ciento conoce una forma válida y 18 por ciento dos o más formas válidas.
- Entre las formas válidas más conocidas de evitar el VIH/SIDA, son "limitando el

número de parejas sexuales" (39%) y "el uso del condón" (35%). La primera respuesta fue mayormente mencionada por las mujeres de 30 a 39 años (43%), las unidas (42%), las mujeres residentes en el área urbana (41%) y las que tienen nivel educativo superior (50%). El uso del condón fue mencionado por las mujeres de 20 a 29 años, las solteras con relaciones sexuales (43%) y las que tienen educación superior (47%).

- El uso del condón, tener una sola pareja sexual, evitar compartir inyecciones o navajas de afeitar y evitar sexo con personas que tienen muchas parejas, fueron las formas de evitar el contagio de

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, Moquegua 2000

Característica	Formas de evitar el SIDA												
	Abste-nerse	Usar condón	No tener muchas parejas sexuales	Ser pareja mutua-mente fiel	Evitar sexo con personas pro-miscuas	Evitar sexo con prosti-tutas	Evitar sexo homo-sexual	No compartir jeringas o navajas de afeitar	Otras formas	No sabe que hacer	No sabe si se puede evitar	No hay forma de evitar	Número de mujeres
Edad													
15-19	18,2	32,4	14,2	23,9	19,9	2,3	2,8	23,9	32,4	3,4	6,3	2,3	176
20-24	11,1	41,5	14,0	32,2	16,4	6,4	2,9	24,6	35,1	7,0	3,5	2,3	171
25-29	13,5	42,1	12,8	37,6	25,6	6,8	3,8	22,6	30,8	3,0	6,0	3,8	133
30-39	10,3	36,5	14,0	36,2	21,3	11,0	2,7	20,3	25,9	5,6	6,3	2,3	302
40-49	7,9	34,4	13,8	29,1	21,7	10,6	4,8	16,4	23,3	10,1	6,9	2,6	189
Estado civil													
Casada/Conviviente	8,4	37,1	14,7	36,3	21,5	8,8	4,0	17,7	24,5	7,4	6,3	3,2	572
Divorciada, separada, viuda	10,7	40,5	13,1	22,6	20,2	14,3	1,2	16,7	23,8	4,8	9,5	0,0	84
Soltera, ha tenido relaciones	19,6	43,5	15,2	30,4	20,7	5,4	3,3	33,7	42,4	5,4	3,3	1,1	92
Soltera/ no ha tenido relaciones	17,9	32,7	11,2	25,6	19,3	4,5	2,2	26,9	36,3	3,1	4,5	2,7	223
Area de residencia													
Urbana	12,0	39,8	10,3	34,4	23,1	7,3	3,3	22,7	29,8	4,0	4,3	1,7	785
Rural	11,3	25,3	28,5	22,0	11,3	10,8	3,2	15,1	24,7	14,5	12,4	6,5	186
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Primaria	7,2	19,7	13,2	20,4	15,1	9,9	3,9	4,6	15,1	16,4	17,8	5,3	152
Secundaria	13,9	35,6	14,8	28,6	20,0	6,3	2,8	18,0	25,8	6,1	5,9	3,0	462
Superior	11,5	47,4	12,9	42,5	24,7	9,5	3,7	33,3	39,7	0,6	0,0	0,6	349
Total	11,9	37,0	13,8	32,1	20,8	7,9	3,3	21,2	28,9	6,0	5,9	2,6	972

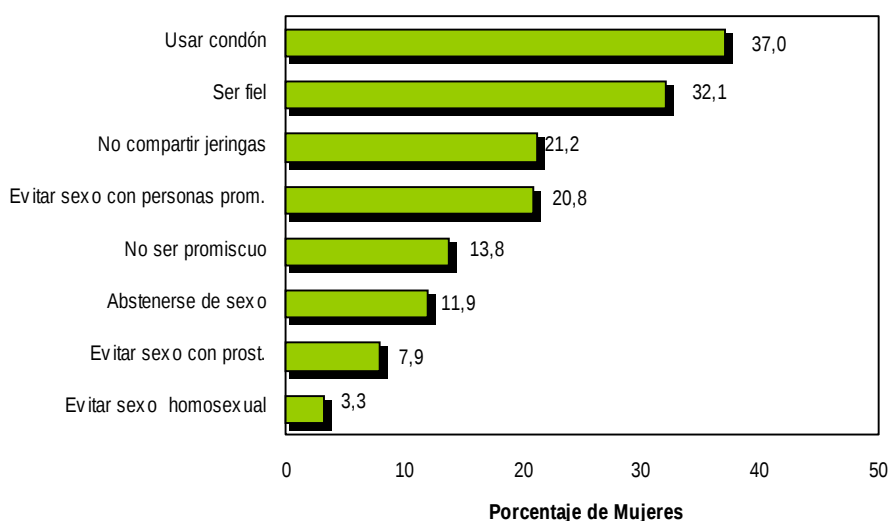
Nota: No se muestran los porcentajes para "evitar picaduras de mosquitos" y "evitar besos"

*: Menos de 20 casos.

VIH/SIDA más reconocidas por las mujeres del departamento de Moquegua. Un seis por ciento mencionó no conocer la forma de evitar el contagio y un porcentaje igual mencionó que no sabe si se puede evitar el contagio.

- Factores de alto riesgo, como son tener relaciones sexuales con prostitutas y el evitar relaciones homosexuales fueron mencionados por porcentajes muy bajos de las entrevistadas (8% y 3%, respectivamente).

Gráfico 11.1
Conocimiento de Formas de Evitar el VIH/SIDA



Fuentes de conocimiento

Cuadro 11.3

- En el departamento de Moquegua, las principales fuentes de información sobre el SIDA, mencionadas por las mujeres entrevistadas son la televisión o la radio (68% y 42%, respectivamente). Otras fuentes mencionadas fueron los trabajadores de salud (34%), los periódicos o revistas (23%), la escuela (21%) y las charlas (18%).
- La televisión es la principal fuente de información de las mujeres que residen en el área urbana (73%) y la radio es la fuente principal de las mujeres residentes en el área rural (44%). En mayor proporción las mujeres que tienen nivel educativo de secundaria o superior mencionan la televisión como la fuente principal de información (68% y 73% para cada nivel educativo).
- Los trabajadores de salud fueron la principal fuente de información de las mujeres residentes en el área rural (50%).

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, Moquegua 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	96,7	182	29,0	47,2	15,9	9,1	35,8	64,8	7,4	0,0	1,7	18,8	2,3	176
20-24	95,0	180	39,2	68,4	24,6	12,3	40,4	29,2	6,4	2,3	1,2	10,5	2,9	171
25-29	92,4	144	48,9	77,4	22,6	8,3	38,3	14,3	10,5	3,0	0,8	17,3	1,5	133
30-39	93,8	322	45,8	74,8	27,9	13,6	30,2	6,6	6,3	1,3	3,0	21,3	2,0	302
40-49	89,6	211	46,6	69,8	19,0	5,3	29,6	2,1	6,9	2,6	1,1	19,6	0,5	189
Estado civil														
Casada/Conviviente	90,8	630	44,7	72,2	25,2	9,8	34,7	8,6	5,6	1,9	1,9	18,6	1,4	572
Divorciada, separada, viuda	98,8	85	44,0	70,2	16,7	9,5	31,0	3,6	11,9	2,4	1,2	19,0	4,8	84
Soltera, ha tenido relaciones	97,9	94	48,9	65,2	20,7	12,0	39,1	26,1	8,7	1,1	1,1	17,4	3,3	92
Soltera/ no ha tenido relaciones	97,0	230	32,3	57,8	19,3	10,8	31,4	58,7	9,0	1,3	1,8	16,6	1,3	223
Área de residencia														
Urbana	97,9	802	41,7	73,3	24,2	11,0	30,2	21,0	6,9	1,5	1,7	18,4	2,2	785
Rural	78,5	237	44,1	45,7	16,1	7,0	50,0	22,6	8,6	2,7	2,2	16,7	0,5	186
Nivel de educación														
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Primaria	76,8	198	46,7	59,9	8,6	3,3	32,2	2,0	8,6	1,3	0,0	21,7	0,7	152
Secundaria	97,9	472	39,0	67,9	18,2	8,0	36,0	26,9	6,7	0,7	0,7	16,3	1,7	462
Superior	99,4	351	43,4	72,7	35,3	16,4	31,9	23,0	7,2	3,4	4,0	19,0	2,6	349
Total	93,4	1040	42,2	68,0	22,7	10,2	34,0	21,3	7,2	1,8	1,8	18,0	1,9	972

*: 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.

Cuadros 11.4

Conocimiento de asuntos relacionados con el VIH/SIDA

- Más de las tres cuartas partes de las mujeres que conocen la existencia del SIDA sabe

que una persona puede lucir saludable pero puede tener el SIDA. La proporción es más alta entre las mujeres residentes en el área urbana (84%), las que tienen educación superior (93%), las solteras que no han tenido relaciones sexuales (81%) y las mujeres entre 20 a 24 años de edad (81%).

- Por otro lado, el 72 por ciento de las mujeres conoce que el virus del SIDA puede ser transmitido de una madre

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, Moquegua 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	77,5	12,1	10,4	2,7	69,8	28,6	6,0	182
20-24	81,1	10,0	8,9	1,1	75,6	20,6	8,9	180
25-29	76,4	9,7	13,9	0,7	68,8	26,4	13,2	144
30-39	77,6	7,2	15,3	1,2	74,8	19,3	11,2	322
40-49	71,1	7,6	21,3	0,5	68,2	19,0	16,6	211
Estado civil								
Casada/Conviviente	74,7	7,8	17,5	1,0	70,1	21,6	14,1	630
Divorciada, separada, viuda	77,6	11,8	10,6	1,2	76,5	16,5	8,2	85
Soltera, ha tenido relaciones	77,7	11,7	10,6	3,2	73,4	16,0	7,4	94
Soltera/ no ha tenido relaciones	81,3	10,0	8,7	1,3	74,3	27,8	6,1	230
Area de residencia								
Urbana	84,4	7,6	8,0	1,2	80,3	21,5	4,9	802
Rural	50,6	13,5	35,9	1,3	43,5	24,1	32,9	237
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	47,5	14,1	38,4	3,0	42,9	14,6	34,3	198
Secundaria	79,0	10,0	11,0	1,3	71,8	25,3	6,4	472
Superior	93,4	4,9	1,7	0,3	91,1	22,9	1,4	351
Total	76,7	9,0	14,4	1,3	71,9	22,1	11,3	1 040

*: Menos de 20 casos.

infectada al niño durante el embarazo o el parto y el 22 por ciento conoce que puede ser transmitido durante la lactancia.

Cuadros 11.5

Aspectos sociales de la prevención del SIDA

- En el departamento de Moquegua, un 59 por ciento de mujeres opina que un

profesor que tiene SIDA puede seguir enseñando. La proporción que piensa lo contrario llega a 30 por ciento y un 12 por ciento de mujeres no sabe o no opina al respecto.

- Entre las que dieron las mujeres que opinaron en forma positiva para que un maestro con SIDA continúe enseñando,

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, Moquegua 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	34,1	5,5	34,1	60,4	5,5	73,1	17,0	9,9	182
20-24	68,3	20,0	11,7	23,9	63,9	12,2	76,7	10,6	12,8	180
25-29	61,8	25,0	13,2	22,2	61,8	16,0	75,0	8,3	16,7	144
30-39	57,3	32,7	10,0	29,3	57,9	12,8	72,9	14,6	12,5	322
40-49	48,8	33,2	18,0	28,9	50,7	20,4	66,4	15,6	18,0	211
Estado civil										
Casada/Conviviente	54,8	31,2	14,0	27,7	55,5	16,9	69,8	13,8	16,4	630
Divorciada, separada, viuda	61,2	31,8	7,1	40,0	51,8	8,2	75,3	17,6	7,1	85
Soltera, ha tenido relaciones	62,8	24,5	12,8	20,2	70,2	9,6	78,7	12,8	8,5	94
Soltera/ no ha tenido relaciones	66,5	27,4	6,1	28,3	64,3	7,4	76,5	12,2	11,3	230
Area de residencia										
Urbana	67,5	26,8	5,6	25,5	66,2	8,4	78,9	12,1	9,0	802
Rural	28,7	39,7	31,6	37,1	32,5	30,4	51,1	19,0	30,0	237
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	26,3	38,9	34,8	37,4	26,3	36,4	48,0	22,2	29,8	198
Secundaria	59,4	34,2	6,4	33,5	58,0	8,5	74,9	14,9	10,2	472
Superior	79,1	18,3	2,6	15,4	80,6	4,0	86,6	6,6	6,9	351
Total	58,7	29,8	11,6	28,1	58,5	13,4	72,5	13,7	13,8	1 040

*: Menos de 20 casos.

destacan las entrevistadas menores de 30 años, las solteras que no han tenido relaciones sexuales (67%) y las que tienen educación superior (79%).

- La mayoría de las mujeres opinan que una persona infectada de VIH/SIDA no debe ser despedida de su trabajo (59%). El 28 por ciento de las mujeres opina que una persona infectada debe ser despedida del trabajo y cerca del 13 por ciento no sabe o no opina sobre el tema.
- Entre las mujeres que consideran que no debe despedirse a una persona infectada de VIH/SIDA, es mayor la proporción en las mujeres menores de 30 años de edad, las solteras con relaciones sexuales (70%), residentes en el área urbana (66%) o en aquellas con educación superior (81%).
- Respecto a que estaría dispuesta a cuidar a un pariente si éste llegara a enfermarse

con el virus que causa el SIDA, el 73% manifiesta estar de acuerdo, 14 por ciento no está de acuerdo y 14% no sabe. Las que demuestran en general tener menos prejuicios o temores respecto a estos aspectos son las mujeres menores de 30 años, las solteras que han tenido relaciones sexuales (79%), las residentes en el área urbana (79%) y las que tienen educación superior (87%).

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 Moquegua, el 60 por ciento de las entrevistadas conoce otras enfermedades de transmisión sexual. Un 16 por ciento desconoce cualquier síntoma específico de las ETS, un porcentaje similar conoce por lo menos un síntoma y el 28 por ciento conoce dos o más síntomas.

- El desconocimiento de las ETS es más alto en las mujeres menores de 30 años de edad, en las casadas o convivientes (42%), en las residentes en el área rural (70%) y en aquéllas con menores niveles educativos.
- La sífilis y la gonorrea son las ETS más conocidas por las mujeres que han oído hablar sobre la existencia de las ETS (61% y 58% respectivamente).
- En general, la sífilis es más conocida por mujeres menores de 30 años, las solteras (indistintamente si han tenido relaciones sexuales), las residentes en el área urbana y las que alcanzaron educación superior. La gonorrea es conocida en mayor proporción por las menores de 25 años, las solteras con relaciones sexuales, las residentes en el área urbana y por las que tienen nivel superior de educación.

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, Moquegua 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 un síntoma	Conoce dos o más síntomas			Conoce sífilis	Conoce gonorrea	Verrugas genitales/condiloma	Otras ETS	
Edad											
15-19	43,4	16,5	18,1	22,0	100,0	182	67,0	68,0	0,0	12,6	103
20-24	40,0	20,0	15,6	24,4	100,0	180	61,1	60,2	0,9	15,7	108
25-29	43,8	12,5	13,2	30,6	100,0	144	60,5	56,8	1,2	17,3	81
30-39	34,0	13,7	15,9	36,4	100,0	322	58,0	55,7	0,9	13,2	212
40-49	44,1	16,1	16,1	23,7	100,0	211	59,3	54,2	0,0	11,9	118
Estado civil											
Casada/Conviviente	41,7	14,1	15,1	29,1	100,0	630	55,0	52,6	0,5	12,3	368
Divorciada, separada, viuda	34,1	15,3	18,8	31,8	100,0	85	62,5	53,6	0,0	17,9	56
Soltera, ha tenido relaciones	39,4	17,0	11,7	31,9	100,0	94	70,2	73,7	0,0	19,3	57
Soltera/ no ha tenido relaciones	38,3	19,1	18,7	23,9	100,0	230	70,4	69,0	1,4	14,1	142
Area de residencia											
Urbana	31,2	16,2	19,7	32,8	100,0	802	60,8	58,6	0,5	14,3	552
Rural	70,0	13,5	3,0	13,5	100,0	237	59,2	56,3	1,4	9,9	71
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	19	*	*	*	*	3
Primaria	75,8	9,1	8,6	6,6	100,0	198	27,1	18,8	0,0	16,7	48
Secundaria	43,3	18,3	16,1	22,3	100,0	472	50,2	48,7	0,4	12	267
Superior	13,1	16,0	20,3	50,6	100,0	351	75,3	73,7	1,0	15,1	305
Total	40,1	15,6	15,9	28,4	100,0	1 040	60,6	58,4	0,6	13,8	623

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 11.7 Conocimiento de síntomas y signos de las (ETS)

Entre las mujeres con conocimiento de ETS, porcentaje con conocimiento de síntomas y signos específicos, según características seleccionadas, Moquegua 2000

Característica	Síntomas y signos de las ETS														Número de mujeres
	Dolor abdominal	Secreción vaginal	Secreción maloliente	Molestias al orinar	Enrojecimiento/picazón en genitales	Inflamación o hinchazón en genitales	Úlceras/lagas 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	4,9	9,7	7,8	9,7	13,6	7,8	4,9	1,9	0,0	33,0	3,9	1,9	25,2	29,1	103
20-24	4,6	17,6	11,1	9,3	14,8	7,4	6,5	4,6	1,9	20,4	1,9	3,7	20,4	33,3	108
25-29	14,8	23,5	17,3	14,8	21,0	13,6	14,8	6,2	2,5	23,5	2,5	7,4	16,0	22,2	81
30-39	7,5	22,6	16,5	6,1	24,1	9,0	13,7	2,8	1,9	29,7	5,7	8,0	19,3	20,3	212
40-49	4,2	14,4	14,4	8,5	17,8	5,9	11,9	0,8	2,5	23,7	6,8	7,6	14,4	28,8	118
Estado civil															
Casada/Conviviente	7,6	21,8	14,7	7,9	22,1	8,4	12,3	2,7	1,9	24,5	6,0	7,9	15,5	24,0	368
Divorciada, separada, viuda	8,9	16,1	14,3	16,1	8,9	5,4	8,9	1,8	3,6	26,8	3,6	7,1	26,8	23,2	56
Soltera, ha tenido relaciones	1,8	14,0	22,8	10,5	24,6	12,3	17,5	3,5	0,0	24,6	1,8	5,3	22,8	28,1	57
Soltera/ no ha tenido relaciones	6,3	11,3	7,7	7,7	13,4	8,5	4,9	4,2	1,4	33,1	2,1	1,4	23,9	31,0	142
Area de residencia															
Urbana	7,6	18,1	14,2	9,1	18,7	8,5	11,1	2,5	1,8	27,8	3,8	5,6	19,8	23,4	552
Rural	1,4	18,3	11,3	7,0	22,5	8,5	8,5	7,0	1,4	18,3	9,9	9,9	14,1	45,1	71
Nivel de educación															
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	10,4	8,3	6,3	2,1	6,3	0,0	6,3	0,0	0,0	29,2	8,3	0,0	18,8	37,5	48
Secundaria	6,4	13,9	12,0	8,2	17,2	6,4	6,4	1,9	1,5	22,5	5,6	6,0	16,1	31,8	267
Superior	6,9	23,7	16,8	10,5	23,0	11,8	15,5	4,6	2,3	30,3	3,0	7,2	21,7	18,4	305
Total	6,9	18,2	13,8	8,8	19,1	8,5	10,8	3,1	1,8	26,7	4,5	6,1	19,1	25,9	623

*: Menos de 20 casos.

- Entre las mujeres que conocen las ETS, el principal síntoma identificado asociado a las enfermedades de transmisión sexual es la pérdida de peso (27%), luego se refieren al enrojecimiento o picazón de los genitales (19%), secreciones vaginales (18%), secreciones vaginales con mal olor (14%) y úlceras (11%). Cabe resaltar que algo más de un cuarto de las mujeres declaró no conocer ningún signo o síntoma de alguna enfermedad de transmisión sexual.

11.4 PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION 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/lagas genitales y a las que tuvieron alguno de

esos problemas, a quién acudió en busca de consejo o tratamiento.

Cuadros 11.8 y 11.9

- En el departamento de Moquegua, más de la quinta parte de mujeres que han tenido relaciones sexuales tuvieron una ETS, flujo vaginal o úlceras vaginales en los 12 meses anteriores a la encuesta. El 20 por ciento de las mujeres tuvo flujo vaginal anormal y el 3 por ciento tuvo llagas o úlceras vaginales.
- El flujo vaginal fue reportado en mayor proporción por entrevistadas cuyas edades están entre los 20 y 29 años, las mujeres alguna vez unidas, residentes en el área urbana, y las mujeres con educación superior (24%).
- También se indagó si la entrevistada hizo algo o no para solucionar ese problema de salud y se obtuvo que 15 por ciento no tuvo consejo o tratamiento frente al 80 por

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, Moquegua 2000

Característica	Ha tenido ETS	Flujo vaginal anormal	Úlcera o llagas genitales	ETS flujo, úlceras o llagas	Número de mujeres
Edad					
15-19	3,3	13,3	3,3	20,0	30
20-24	0,8	24,6	2,4	25,4	126
25-29	1,5	22,2	6,7	26,7	135
30-39	1,0	17,9	2,9	20,1	309
40-49	0,0	18,7	1,4	19,6	209
Estado civil					
Casada/Conviviente	0,8	18,9	3,0	21,0	630
Divorciada, separada, viuda	1,2	27,1	3,5	29,4	85
Soltera, ha tenido relaciones	1,1	18,1	3,2	21,3	94
Area de residencia					
Urbana	1,0	22,0	3,9	24,6	618
Rural	0,5	12,0	0,5	13,1	191
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	19
Primaria	0,5	12,8	2,7	14,4	187
Secundaria	0,9	21,1	3,7	23,9	328
Superior	1,1	24,0	2,9	26,2	275
Total	0,9	19,7	3,1	21,9	809

*: 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, Moquegua 2000

Característica	Médico	Curandero	Farmacia/Botica	Cualquier fuente	Consultó amigos/parientes	Se auto recetó	Ni consejos ni tratamiento	Número de mujeres
Edad								
15-19	*	*	*	*	*	*	*	6
20-24	68,7	3,1	15,6	75,0	0,0	3,1	21,9	32
25-29	75,0	13,9	13,9	80,6	5,6	2,8	11,1	36
30-39	74,2	6,5	12,9	80,6	1,6	4,8	12,9	62
40-49	78,0	12,2	19,5	82,9	0,0	2,4	14,6	41
Estado civil								
Casada/Conviviente	76,5	9,1	15,2	81,8	2,3	3,0	12,9	132
Divorciada, separada, viuda	72,0	8,0	12,0	76,0	0,0	4,0	20,0	25
Soltera, ha tenido relaciones	(55,0)	(5,0)	(25,0)	(70,0)	(0,0)	(5,0)	(25,0)	20
Area de residencia								
Urbana	75,7	7,2	17,8	80,9	1,3	2,0	15,8	152
Rural	60,0	16,0	4,0	72,0	4,0	12,0	12,0	25
Nivel de educación								
Primaria	66,7	11,1	7,4	74,1	3,7	3,7	18,5	27
Secundaria	65,4	7,7	17,9	73,1	1,3	6,4	19,2	78
Superior	84,7	8,3	16,7	88,9	1,4	0,0	9,7	72
Total	73,4	8,5	15,8	79,7	1,7	3,4	15,3	177

*: Menos de 20 casos.

(): Entre 20 y 24 casos.

ciento que recurrió a alguien. El 73 por ciento de las mujeres que tuvieron una ETS en los 12 meses anteriores a la encuesta recurrió a un médico, el 16 por ciento pidió consejo en una farmacia o tienda, el 9 por ciento fue a un curandero y el 2 por ciento recurrió a amigos o parientes. El 3 por ciento se autorecetó.

- Entre las mujeres que no recibieron tratamiento, destacan las menores de 25 años (22%), las solteras que han tenido relaciones sexuales (25%) y las que tienen educación secundaria o menos.

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.

Cuadro 11.10

Número de parejas sexuales de las mujeres

- En el departamento de Moquegua, el 39 por ciento de mujeres no unidas tuvo relaciones sexuales en los 12 meses anteriores a la encuesta. La mayoría manifestó que tuvo relaciones sexuales con una sola pareja.

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, Moquegua 2000

Característica	Número de compañeros sexuales			Total	Promedio de parejas	Número de mujeres
	Ninguno	Uno	Dos +			
Edad						
15-19	89,5	9,9	0,6	100,0	0,1	171
20-24	62,4	37,6	0,0	100,0	0,4	93
25-29	28,6	71,4	0,0	100,0	0,7	35
30-39	31,1	68,9	0,0	100,0	0,7	74
40-49	11,1	88,9	0,0	100,0	0,9	36
Estado civil						
Divorciada, separada, viuda	20,0	80,0	0,0	100,0	0,8	85
Soltera, ha tenido relaciones	1,1	97,9	1,1	100,0	1,0	94
Soltera/ no ha tenido relaciones	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	230
Area de residencia						
Urbana	60,2	39,5	0,3	100,0	0,4	333
Rural	62,3	37,7	0,0	100,0	0,4	77
Nivel de educación						
Sin educación	*	*	*	*	*	1
Primaria	34,1	65,9	0,0	100,0	0,7	44
Secundaria	69,3	30,3	0,5	100,0	0,3	218
Superior	56,2	43,8	0,0	100,0	0,4	146
Total	60,6	39,1	0,2	100,0	0,4	410

*: Menos de 20 casos.

- Entre las mujeres no unidas que son activas sexuales y tuvieron relaciones en los últimos 12 meses con una sola persona, destacan las mujeres de 25 años y más de edad, las divorciadas, separadas o viudas y las residentes en el área urbana y las que tienen educación primaria.

- La mayoría de las mujeres que conoce el condón sabe donde conseguirlo (94%). El 87 por ciento de las mujeres mencionó los establecimientos de salud del sector público como fuente de abastecimiento del condón y el 46 por ciento mencionó la farmacia.

Cuadro 11.11

Conocimiento y uso del condón

- Casi la totalidad de mujeres que conocen el VIH/SIDA y tuvieron relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, conoce el condón (99%). Este porcentaje es similar en casi todos los grupos de edad, estado conyugal, residencia urbana y rural: los porcentajes superan el 95 por ciento.

Cuadro 11.12

Uso de condón según tipo de compañero

- Con relación al uso del condón en la última relación sexual durante los 12 meses anteriores a la encuesta, el 10 por ciento de las mujeres que tuvieron relaciones con el esposo o compañero lo usaron. En este grupo los mayores porcentajes los presentan las mujeres entre 25-29 años, las que viven en el área urbana 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, Moquegua 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	96,6	69,0	6,9	34,5	0,0	55,2	17,2	0,0	6,9	0,0	29
20-24	100,0	93,3	1,7	46,2	0,0	72,3	2,5	9,2	0,8	0,8	119
25-29	99,2	90,3	0,8	41,1	0,8	75,0	5,6	12,9	2,4	0,0	124
30-39	99,0	89,6	3,5	50,0	1,4	71,2	3,5	10,4	0,3	0,3	289
40-49	97,3	79,7	1,6	43,9	0,5	64,7	9,1	5,3	0,0	0,0	187
Estado civil											
Casada/Conviviente	99,1	87,7	2,3	46,9	0,9	72,3	4,7	10,3	0,2	0,4	572
Divorciada, separada, viuda	96,4	90,5	2,4	42,9	0,0	67,9	7,1	4,8	2,4	0,0	84
Soltera, ha tenido relaciones	97,8	79,3	3,3	41,3	1,1	55,4	9,8	4,3	4,3	0,0	92
Área de residencia											
Urbana	99,5	87,9	3,0	50,0	0,8	73,5	3,8	9,4	1,0	0,3	605
Rural	95,1	83,2	0,0	28,0	0,7	53,8	13,3	7,0	0,7	0,0	143
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Primaria	95,1	78,3	0,0	27,3	0,0	53,8	17,5	2,8	0,0	0,0	143
Secundaria	99,7	90,1	2,8	41,3	0,6	72,4	3,4	9,6	0,9	0,3	323
Superior	100,0	88,3	3,3	61,9	1,5	75,8	1,5	11,7	1,5	0,4	273
Total	98,7	87,0	2,4	45,8	0,8	69,7	5,6	9,0	0,9	0,3	748

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.

En las que no están casadas o unidas pero que tienen vida sexual activa

él usó el condón en la última relación sexual.

- Un 21 por ciento de las mujeres que tienen compañero sexual pero que no viven con

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 el esposo o compañero, con compañero con quien no vive, y con cualquier compañero, según características seleccionadas, Moquegua 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	*	12	*	12	(8,7)	23
20-24	11,0	91	*	19	10,9	110
25-29	15,5	110	*	12	18,0	122
30-34	11,4	255	*	12	11,6	267
40-49	5,8	172	*	7	6,2	178
Estado civil						
Casada/Conviviente	10,3	625	*	2	10,3	625
Divorciada, separada, viuda	*	15	*	18	18,2	33
Soltera, ha tenido relaciones	*	1	19,0	42	18,6	43
Area de residencia						
Urbana	11,1	480	22,8	57	12,1	536
Rural	8,1	161	*	5	7,9	165
Nivel de educación						
Sin educación	*	17	*	0	*	17
Primaria	4,5	155	*	4	4,4	158
Secundaria	11,2	258	20,7	29	11,9	287
Superior	14,3	210	24,1	29	15,5	239
Total	10,3	641	21,0	62	11,1	701

*: Menos de 20 casos.

(): Entre 20 y 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 hicieron preguntas específicas acerca de sus esposos o compañeros, si éstos 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

· Una gran proporción de mujeres alguna vez unidas vive o han vivido con su esposo o compañero situaciones de apoyo emocional, manifestada a través de pasar tiempo con ella (93%) o ser cariñoso (92%). Las menores proporciones sobre este aspecto, se aprecian entre las mujeres de 45 a 49 años de edad entre las viudas, divorciadas o separadas, o en las de menor nivel educativo.

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, Moquegua 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	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
20-24	94,7	95,7	12,8	20,2	24,5	33,0	13,8	8,5	29,8	94
25-29	92,2	93,9	28,7	12,2	18,3	45,2	28,7	20,9	15,7	115
30-34	94,4	94,4	27,1	16,7	19,4	40,3	19,4	20,1	18,1	144
35-39	90,9	91,6	30,1	23,1	20,3	37,8	25,2	23,8	20,3	143
40-44	91,7	89,9	29,4	11,9	19,3	40,4	22,9	16,5	8,3	109
45-49	90,1	86,8	36,3	15,4	29,7	57,1	31,9	28,6	15,4	91
Estado civil										
Casada /conviviente	95,5	94,7	20,9	13,5	17,7	37,8	20,1	15,8	14,8	623
Viuda/ divorciada / separada	70,6	75,3	72,9	40,0	49,4	72,9	48,2	48,2	37,6	85
Area de residencia										
Urbana	93,1	91,7	26,9	17,2	21,5	41,9	23,1	20,7	18,3	541
Rural	90,4	94,6	28,1	15,0	21,6	42,5	24,6	16,2	15,0	167
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	88,4	89,5	36,0	17,4	27,3	47,7	29,7	23,8	15,7	172
Secundaria	92,3	91,3	28,6	21,6	19,9	45,6	23,3	20,6	22,3	288
Superior	96,1	96,5	17,5	10,0	16,6	31,9	16,6	13,5	12,7	229
Total	92,5	92,4	27,2	16,7	21,5	42,0	23,5	19,7	17,5	708

*: Menos de 20 casos.

- Más de la cuarta parte de mujeres viven o han vivido situaciones de control de la pareja como la ignora o es indiferente (27%). El 17 por ciento menciona que la pareja le prohíbe que estudie o trabaje y más de la quinta parte manifiesta que la pareja le impide ver amistades y familiares.
- En cuanto a situaciones desobligantes, el 42 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifiesta que su pareja la grita cuando se dirige a ella y el 24 por ciento mencionó que su pareja le dice que no sirve para nada. En ambos casos, la proporción aumenta a medida que avanza la edad, siendo mayores los porcentajes en las mujeres de 45 a 49 años. También se observa que las situaciones desobligantes son más frecuentes en las mujeres alguna vez unidas no al momento de la encuesta y entre las que tienen menores niveles de educación.
- Aunque no hay mucha diferencia entre los porcentajes del área urbana y rural, en cuanto a que la pareja grita a la mujer cuando se dirige a ella, en el área rural se presenta con mayor frecuencia que en la urbana esta situación (43% y 42%, respectivamente). Del mismo modo, en el área rural se presenta una mayor proporción de mujeres unidas que manifiestan que la pareja o compañero le dice a la mujer "no sirves para nada" que en el área urbana (25% y 23%, respectivamente).
- Un quinto de las mujeres ha sufrido amenazas de parte del marido tal como "me tienes cansado, me iré de la casa" y

el 18 por ciento ha sufrido la amenaza de "si te vas te quito a mis hijos". Las mayores proporciones en ambas situaciones se dan en las mujeres residentes en el área urbana en comparación a las del área rural.

12.2 VIOLENCIA FÍSICA 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 Moquegua, el 39 por ciento de las mujeres alguna vez unidas ha vivido alguna situación de violencia física por parte del esposo. De ellas, el 15 por ciento vive una situación de violencia física en forma frecuente y 85 por ciento en forma ocasional.

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, Moquegua 2000

Características	Violencia física:		Frecuencia de la violencia		Número de mujeres
	Por parte del esposo	Por parte de otros	Frecuentemente	A veces	
Edad					
15-19	*	*	*	*	11
20-24	26,6	25,5	4,0	96,0	94
25-29	41,7	31,3	10,4	89,6	115
30-34	38,9	23,6	14,3	85,7	144
35-39	35,7	27,3	25,5	74,5	143
40-44	44,0	26,6	12,5	87,5	109
45-49	45,1	16,5	14,6	85,4	91
Estado civil					
Casada /conviviente	35,2	24,3	9,1	90,9	623
Viuda/ divorciada / separada	62,4	34,1	37,7	62,3	85
Area de residencia					
Urbana	38,9	25,2	17,1	82,9	541
Rural	37,1	26,3	6,5	93,5	167
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	19
Primaria	47,1	26,2	12,3	87,7	172
Secundaria	40,1	27,2	17,4	82,6	288
Superior	28,8	23,1	13,6	86,4	229
Total	38,5	25,5	14,7	85,3	708

*: Menos de 20 casos.

- La violencia física en las mujeres de parte del esposo o compañero, mayormente se presentó en las que estuvieron anteriormente casadas o unidas (62%), entre las que viven en el área urbana (39%) y en las de 25 años o más de edad.
- La agresión frecuente ejercida por el esposo es recibida en mayor proporción por las mujeres con educación secundaria, por las residentes en el área urbana y por las mujeres de 35 a 39 años. Igualmente por las que estuvieron alguna vez unidas y no lo estaban al momento de la encuesta (38%).
- La agresión ocasional es sentida en mayor proporción por las mujeres menores de 20-24 años, por las casadas o convivientes, por las residentes en el área rural y por las mujeres que alcanzaron educación superior.

Violencia física a las mujeres alguna vez unidas por parte de otra persona

- El 26 por ciento de las mujeres manifestó que había vivido una situación de violencia física por otra persona diferente al esposo o compañero. Este tipo de violencia contra la mujer es más común en las viudas, divorciadas o separadas, las residentes en el área rural y entre las mujeres con secundaria o menos.

Cuadro 12.3

Violencia física a las mujeres en general por parte de otra persona

- El padre y la madre es quien las mujeres en edad fértil identifican en mayor proporción como las personas que ejercieron la violencia física (40% y 38%, respectivamente). El hermano y el ex-

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, Moquegua 2000

Características	Persona que ejerció la violencia								Número de mujeres
	La madre	El padre	Los padrastros	Una hermana	Un hermano	Hijos	Ex marido/compañero	Otras personas	
Edad									
15-19	49,2	46,0	1,6	9,5	20,6	0,0	1,6	15,9	63
20-24	42,9	46,9	2,0	0,0	14,3	0,0	6,1	26,5	49
25-29	21,7	47,8	6,5	2,2	15,2	0,0	13,0	28,3	46
30-34	46,5	34,9	2,3	2,3	18,6	0,0	4,7	25,6	43
35-39	32,6	30,4	4,3	6,5	2,2	0,0	13,0	34,8	46
40-44	30,0	33,3	3,3	6,7	3,3	0,0	20,0	23,3	30
45-49	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Estado civil									
Casada/Conviviente	34,4	40,4	4,0	4,6	8,6	0,7	12,6	24,5	151
Viuda/ divorciada / separada	31,0	20,7	0,0	0,0	3,4	0,0	13,8	48,3	29
Nunca casada / unida	44,6	44,6	2,7	5,4	20,5	0,0	1,8	24,1	112
Area de residencia									
Urbana	38,5	37,2	3,1	4,9	13,7	0,4	9,7	28,8	226
Rural	36,4	50,0	3,0	3,0	9,1	0,0	4,5	19,7	66
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	34,5	38,2	0,0	1,8	3,6	0,0	10,9	41,8	55
Secundaria	38,3	41,1	4,3	5,7	14,9	0,0	9,2	24,1	141
Superior	41,3	40,2	3,3	4,3	15,2	0,0	5,4	20,7	92
Total	38,0	40,1	3,1	4,5	12,7	0,3	8,6	26,7	293

*: Menos de 20 casos.

esposo o compañero, también fueron identificados como agresores (13% y 9%, respectivamente).

urbana (29%) y por las que tienen educación primaria (42%).

Cuadro 12.4

- Con mayor frecuencia las mujeres menores de 30 años, las solteras (nunca unidas) y las de educación secundaria y superior, fueron las que mencionaron al padre como agresor físico de la entrevistada.
 - La agresión física por otra persona no familiar, fue manifestada por el 27 por ciento de mujeres, proporción que es mayor entre las mujeres que fueron alguna vez unidas (48%), las residentes en el área
- Uso de alcohol hasta embriagarse por parte del esposo o compañero
- En el departamento de Moquegua ocho de cada diez mujeres alguna vez unidas declaró el uso de alcohol por sus esposos o compañeros hasta embriagarse. Cerca de las tres cuartas partes manifestó que esto sucede "a veces" (72%) y un 8% mencionó que ocurre frecuentemente.

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, Moquegua 2000

Características	Frecuente-mente	A veces	Nunca	Sin información	Total	Número de mujeres
Edad						
15-19	*	*	*	*	*	11
20-24	2,1	74,5	21,3	2,1	100,0	94
25-29	4,3	71,3	23,5	0,9	100,0	115
30-34	9,7	71,5	18,8	0,0	100,0	144
35-39	11,2	69,2	19,6	0,0	100,0	143
40-44	11,9	72,5	15,6	0,0	100,0	109
45-49	12,1	71,4	14,3	2,2	100,0	91
Estado civil						
Casada/Conviviente	5,1	74,4	19,6	0,8	100,0	623
Viuda/ divorciada / separada	35,3	51,8	12,9	0,0	100,0	85
Area de residencia						
Urbana	9,3	69,6	20,6	0,6	100,0	541
Rural	7,2	78,4	13,2	1,2	100,0	167
Nivel de educación						
Sin educación	*	*	*	*	*	19
Primaria	12,2	69,2	18,0	0,6	100,0	172
Secundaria	10,1	71,4	17,4	1,0	100,0	288
Superior	3,9	74,7	21,0	0,4	100,0	229
Total	8,8	71,7	18,8	0,7	100,0	708

*: Menos de 20 casos.

- El uso del alcohol de parte de los esposos o compañeros hasta embriagarse en forma ocasional, fue la respuesta que proporcionaron mayormente las mujeres cuyas edades están entre 20 y 34 años, las casadas o convivientes (74%), las residentes en el área rural (78%) y aquellas
- que alcanzaron nivel educativo superior (75%).
- Cerca de la quinta parte de mujeres alguna vez unidas mencionó que el esposo o compañero nunca bebió alcohol hasta embriagarse.

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, el 37 por ciento pidió ayuda a una persona cercana y 25 por ciento acudieron a una institución.

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, Moquegua 2000

Características	A personas cercanas	En una institución	Número de mujeres
Edad			
15-19	41,5	9,2	65
20-24	34,8	18,2	66
25-29	35,1	28,6	77
30-34	37,2	25,6	86
35-39	38,5	29,5	78
40-44	29,0	35,5	62
45-49	39,6	31,3	48
Estado civil			
Casada/conviviente	33,6	22,1	308
Viuda/ divorciada / separada	49,2	63,5	63
Nunca casada / unida	37,5	12,5	112
Area de residencia			
Urbana	35,5	25,2	370
Rural	39,8	25,7	113
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	11
Primaria	31,5	28,8	111
Secundaria	39,2	25,7	222
Superior	36,2	22,5	138
Total	36,5	25,3	483

*: Menos de 20 casos.

- Las mujeres que menos recurrieron a personas cercanas en busca de ayuda por la agresión fueron las mujeres de 40 a 44 años, las mujeres unidas y las que tienen educación primaria.
- En cuanto a las mujeres que menos recurrieron a una institución fueron las más jóvenes (15-19 años), las solteras y las mujeres con educación superior.
- La madre es la persona a la que con mayor frecuencia recurrieron las mujeres que experimentaron violencia física (40%) y en segundo lugar el padre (24%). Otras personas a quienes recurrieron fueron los amigos y otros parientes de la mujer

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, Moquegua 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	44,4	33,3	22,2	14,8	0,0	0,0	0,0	0,0	18,5	7,4	3,7	27
20-24	(43,5)	(26,1)	(13,0)	(8,7)	(0,0)	(0,0)	(8,7)	(4,3)	(26,1)	(8,7)	(8,7)	23
25-29	51,9	25,9	7,4	11,1	0,0	11,1	3,7	0,0	11,1	11,1	14,8	27
30-34	43,7	34,4	18,7	9,4	3,1	0,0	3,1	0,0	6,2	9,4	6,2	32
35-39	33,3	23,3	3,3	13,3	3,3	0,0	6,7	3,3	13,3	26,7	13,3	30
40-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
45-49	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Estado civil												
Casada/Conviviente	39,8	21,4	11,7	13,6	5,8	4,9	5,8	3,9	14,6	13,6	5,8	103
Viuda/ divorciada / separada	32,3	22,6	6,5	6,5	0,0	0,0	6,5	3,2	12,9	19,4	19,4	31
Nunca casada / unida	45,2	33,3	21,4	11,9	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	11,9	7,1	42
Area de residencia												
Urbana	37,4	22,9	13,7	12,2	3,8	3,1	4,6	2,3	9,9	15,3	10,7	131
Rural	46,7	28,9	11,1	11,1	2,2	2,2	4,4	4,4	26,7	11,1	2,2	45
Nivel de educación												
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	20,0	20,0	5,7	14,3	11,4	5,7	5,7	2,9	14,3	25,7	5,7	35
Secundaria	47,1	20,7	17,2	12,6	1,1	2,3	3,4	3,4	13,8	11,5	10,3	87
Superior	44,0	36,0	8,0	8,0	0,0	0,0	6,0	2,0	16,0	12,0	8,0	50
Total	39,8	24,4	13,1	11,9	3,4	2,8	4,5	2,8	14,2	14,2	8,5	176

*: Menos de 20 casos.

() : Menos de 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. Moquegua 2000

Características	Institución donde buscó ayuda								No buscó ayuda	Número de mujeres
	Comisaría	Juzgado	Fiscalía	Defensoría Municipal	PROMUDEH	Defensoría del Pueblo	Establecimiento de Salud	Otra Institución		
Edad										
15-19	3,1	0,0	1,5	0,0	1,5	1,5	3,1	0,0	90,8	65
20-24	10,6	1,5	0,0	1,5	4,5	0,0	0,0	1,5	80,3	66
25-29	23,4	3,9	2,6	0,0	1,3	1,3	0,0	0,0	70,1	77
30-34	19,8	2,3	1,2	2,3	3,5	2,3	1,2	1,2	74,4	86
35-39	24,4	5,1	1,3	2,6	3,8	0,0	0,0	0,0	70,5	78
40-44	27,4	4,8	0,0	0,0	3,2	0,0	3,2	0,0	64,5	62
45-49	27,1	8,3	4,2	0,0	0,0	2,1	0,0	2,1	68,8	48
Estado civil										
Casada/Conviviente	17,6	3,6	1,3	0,7	1,0	1,0	1,0	0,0	77,2	308
Viuda/ divorciada / separada	50,8	9,5	3,2	4,8	9,5	1,6	1,6	1,6	36,5	63
Nunca casada / unida	6,3	0,0	0,9	0,0	3,6	0,9	0,9	1,8	87,5	112
Area de residencia										
Urbana	20,1	2,2	1,6	1,4	3,5	0,0	0,5	0,8	74,3	370
Rural	16,8	8,0	0,9	0,0	0,0	4,4	2,7	0,0	74,3	113
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Primaria	19,8	7,2	1,8	0,0	3,6	2,7	1,8	0,9	71,2	111
Secundaria	20,3	2,7	1,4	1,4	2,7	0,9	0,5	0,5	73,9	222
Superior	18,1	0,7	0,7	1,4	2,2	0,0	1,4	0,7	76,8	138
Total	19,3	3,5	1,5	1,0	2,7	1,0	1,0	0,6	74,3	483

*: Menos de 20 casos.

entrevistada (14% en ambos casos) y la hermana (13%).

- La comisaría fue la institución a la que más recurrieron las mujeres que sufrieron violencia física (19%).

Cuadro 12.8

Razones para no buscar ayuda o consejo

- Las razones más importantes que aludieron las mujeres para no denunciar los atropellos fueron: los daños sufridos no fueron suficientemente serios como para denunciar al agresor (19%), vergüenza y humillación (17%), siente que merece el maltrato (16%), no desea hacer daño al agresor (12%) y miedo a más agresión (10%). Un 17% considera que la agresión

es parte de la vida y es una situación normal y un 12% no sabe dónde ir.

12.4 MALTRATO A LOS NIÑOS

A las mujeres que tienen hijos vivos se les preguntó en qué forma sus esposos, 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). En el gráfico 12.1 se resume el maltrato con golpes a los hijos por parte de la entrevistada o por parte de su esposo o compañero, al igual que el porcentaje de entrevistadas que fueron golpeadas por sus padres. 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 12.8 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, Moquegua 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	10,2	8,5	18,6	28,8	0,0	6,8	23,7	18,6	0,0	0,0	1,7	6,8	59
20-24	1,9	13,2	22,6	28,3	1,9	5,7	20,8	13,2	1,9	0,0	7,5	3,8	53
25-29	9,3	18,5	16,7	14,8	1,9	11,1	22,2	9,3	11,1	3,7	7,4	7,4	54
30-34	17,2	14,1	15,6	6,3	1,6	17,2	10,9	9,4	6,3	0,0	9,4	17,2	64
35-39	9,1	16,4	20,0	16,4	3,6	5,5	20,0	14,5	9,1	0,0	12,7	14,5	55
40-44	10,0	27,5	10,0	7,5	2,5	10,0	12,5	10,0	15,0	0,0	10,0	20,0	40
45-49	27,3	27,3	9,1	6,1	6,1	15,2	24,2	6,1	3,0	6,1	12,1	3,0	33
Estado civil													
Casada/Conviviente	13,1	19,0	16,0	12,2	2,5	9,3	18,1	10,1	8,9	1,7	11,8	10,1	237
Viuda/ divorciada / separada	13,0	21,7	13,0	4,3	8,7	17,4	8,7	0,0	0,0	0,0	4,3	30,4	23
Nunca casada / unida	7,1	10,2	19,4	28,6	0,0	10,2	23,5	19,4	2,0	0,0	1,0	7,1	98
Area de residencia													
Urbana	10,6	17,2	13,5	16,1	1,1	8,4	20,8	13,5	6,2	0,4	9,1	10,9	274
Rural	14,3	15,5	27,4	16,7	6,0	15,5	13,1	7,1	7,1	3,6	6,0	9,5	84
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Primaria	15,2	21,5	11,4	3,8	5,1	19,0	10,1	11,4	3,8	2,5	10,1	16,5	79
Secundaria	9,8	15,2	14,6	16,5	2,4	7,9	22,0	12,8	5,5	1,2	9,8	9,1	164
Superior	7,5	12,3	24,5	26,4	0,0	6,6	21,7	12,3	10,4	0,0	5,7	8,5	106
Total	11,5	16,8	16,8	16,2	2,2	10,1	19,0	12,0	6,4	1,1	8,4	10,6	359

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 12.9

Castigo a los hijos por el esposo o compañero

- En el departamento de Moquegua, el 86 por ciento de mujeres con al menos un hijo vivo que vive con ella mencionó que el esposo o compañero castiga a los niños con reprimendas verbales. Una cuarta parte menciona que el castigo era quitándoles algo que les gusta. El 14 por ciento contestó que los corregía con golpes o castigos físicos y un 13 por ciento con palmadas. En menores proporciones se refirieron a otras formas de castigo.
- El castigo físico proporcionados al niño por el esposo o compañero es declarado con mayor frecuencia entre las mujeres de 35 años o más, las residentes en el área rural o las que tienen 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, Moquegua 2000

Características	Palmadas	Reprimenda verbal	Prohibiendo algo que les gusta	Con golpes	Encerrándolos	Ignorándolos	Con más trabajo	Echándoles agua	Quitándoles apoyos	Número de mujeres
Edad										
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
20-24	20,0	85,0	25,0	7,5	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	40
25-29	12,7	84,5	29,6	12,7	2,8	1,4	0,0	1,4	0,0	71
30-34	19,8	89,5	19,8	12,8	2,3	1,2	2,3	0,0	0,0	86
35-39	6,9	80,6	26,4	16,7	1,4	0,0	2,8	0,0	2,8	72
40-44	10,9	85,9	26,6	17,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	64
45-49	5,3	89,5	26,3	18,4	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	38
Área de residencia										
Urbana	13,4	82,7	28,2	12,6	2,2	1,1	1,1	0,0	0,7	277
Rural	11,6	94,7	16,8	18,9	0,0	2,1	1,1	1,1	0,0	95
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
Primaria	9,8	89,1	16,3	16,3	0,0	1,1	3,3	0,0	1,1	92
Secundaria	14,9	85,7	27,9	14,9	1,9	0,6	0,0	0,0	0,0	154
Superior	13,2	82,5	31,6	8,8	2,6	2,6	0,9	0,9	0,9	114
Total	12,9	85,8	25,3	14,2	1,6	1,3	1,1	0,3	0,5	373

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 12.10

Castigo a los hijos por las mujeres

- En cuanto al castigo a los niños de parte de las madres, el 86 por ciento mencionó que es mediante la reprimenda verbal, seguido de un 35 por ciento que los castiga quitándoles algo que les gusta. Las palmadas ocupan el tercer lugar como forma de castigo (20%), seguidas de los golpes o castigos físicos (17%). En menores porcentajes se refieren a otros tipos de castigos.

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, Moquegua 2000

Características	Palmadas	Reprimenda verbal	Prohibiendo algo que les gusta	Restringiendo la alimentación	Con golpes	Encerrándolos	Ignorándolos	Con más trabajo	Echándoles agua	Quitándoles apoyo	Otra	Número de mujeres
Edad												
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
20-24	26,3	86,0	26,3	0,0	5,3	0,0	1,8	0,0	1,8	0,0	5,3	57
25-29	25,5	83,7	39,8	1,0	20,4	8,2	1,0	1,0	6,1	0,0	0,0	98
30-34	25,8	90,3	32,3	0,0	16,9	2,4	0,8	1,6	3,2	0,8	0,0	124
35-39	17,9	78,0	38,2	0,8	22,8	4,1	1,6	0,8	1,6	3,3	0,8	123
40-44	12,5	86,4	30,7	0,0	19,3	5,7	0,0	0,0	0,0	2,3	2,3	88
45-49	8,6	91,4	38,6	1,4	11,4	0,0	1,4	1,4	0,0	4,3	0,0	70
Estado civil												
Casada/conviviente	19,2	84,4	36,0	0,6	18,1	3,4	1,3	1,1	2,5	1,3	1,1	476
Viuda/ divorciada / separada	21,3	90,7	29,3	0,0	13,3	6,7	0,0	0,0	1,3	5,3	1,3	75
Nunca casada / unida	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Area de residencia												
Urbana	21,3	84,1	39,5	0,7	14,7	4,3	0,9	0,5	2,3	2,3	1,1	442
Rural	13,7	91,1	17,7	0,0	25,8	1,6	1,6	2,4	2,4	0,0	0,8	124
Nivel de educación												
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
Primaria	13,8	87,7	24,6	0,8	23,1	1,5	0,8	2,3	2,3	3,1	1,5	130
Secundaria	20,9	86,3	35,9	0,9	19,2	3,4	0,0	0,4	2,6	0,0	1,7	234
Superior	23,4	82,6	43,5	0,0	9,2	6,0	2,7	0,0	1,6	3,3	0,0	184
Total	19,6	85,7	34,7	0,5	17,2	3,7	1,1	0,9	2,3	1,8	1,1	566

Cuadro 12.11

Castigo a la entrevistada por parte de sus padres

proporción, declararon las palmadas y el encierro (8% y 6%, respectivamente).

- La reprimenda verbal también figura como la forma principal en que los padres de la entrevistada la castigaba (60%). La segunda forma de castigo son los golpes o castigos físicos (42%) y la prohibición de algo que les gusta (23%). En menor
- La reprimenda verbal es referida en mayor frecuencia por las más jóvenes (15 a 19 años), las solteras, las residentes en el área rural y las que tienen educación secundaria.

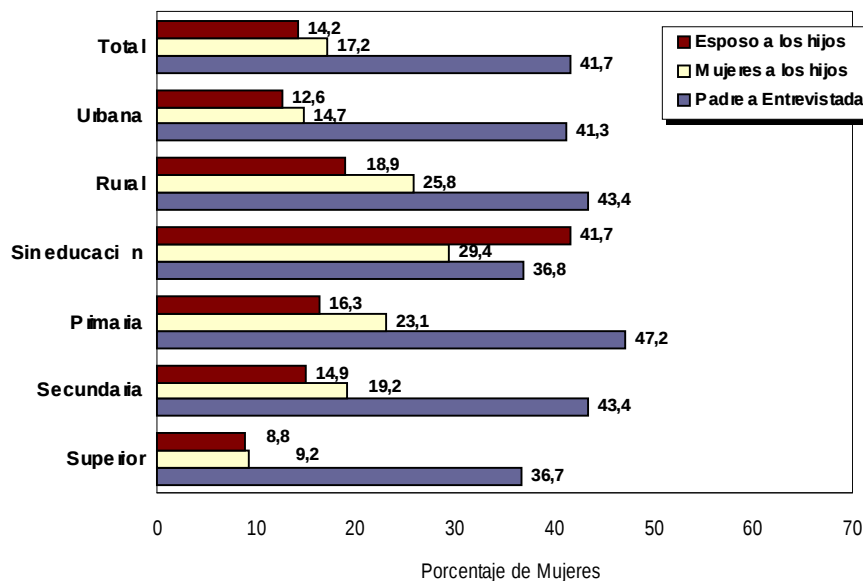
Cuadro 12.11 Violencia intrafamiliar: forma como castigan los padres a la entrevistada

Porcentaje de entrevistadas que mencionaron formas específicas como sus padres la castigaban, según características seleccionadas. Moquegua 2000

Características	Palmadas	Repri- menda verbal	Prohi- biendo algo que les gusta	Restrin- giendo la alimen- tación	Con golpes	Ence- rrán- dolos	Ignorán- dolos	Con más trabajo	Deján- dolos fuera de casa	Echán- dolos agua	Quitán- dolos la ropa	Quitán- dolos las per- tenencias	Quitán- dolos los apoyos	Otra	Número de mujeres
Edad															
15-19	5,0	70,2	40,3	1,1	30,9	9,9	1,1	5,0	0,0	0,6	0,0	0,0	2,2	2,2	181
20-24	10,1	62,6	27,9	0,6	36,9	8,4	1,7	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	1,1	179
25-29	7,0	60,6	16,2	0,0	47,9	8,5	0,0	4,2	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7	3,5	142
30-34	11,6	57,9	22,0	0,0	48,2	1,2	0,0	3,0	0,6	0,0	0,0	0,0	1,8	1,2	164
35-39	9,7	52,9	16,8	1,9	45,8	3,9	1,9	5,8	1,3	0,6	0,6	0,6	0,0	1,3	155
40-44	6,9	54,3	19,0	0,0	40,5	7,8	0,9	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	116
45-49	5,4	54,8	10,8	2,2	46,2	1,1	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	93
Estado civil															
Casada/Conviviente	8,8	55,1	19,5	0,3	45,5	3,7	0,8	4,7	0,2	0,2	0,3	0,2	0,6	1,0	623
Viuda/ divorciada / separada	7,1	62,4	16,5	1,2	50,6	5,9	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	1,2	2,4	85
Nunca casada / unida	7,1	68,1	32,5	1,5	32,2	10,8	1,2	2,8	0,0	0,3	0,0	0,0	3,4	2,2	324
Area de residencia															
Urbana	9,8	57,1	25,5	0,9	41,3	6,7	1,1	1,8	0,4	0,3	0,3	0,1	1,6	1,6	796
Rural	2,6	68,9	15,7	0,4	43,4	4,3	0,0	10,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,9	235
Nivel de educación															
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Primaria	5,1	56,4	7,7	1,5	47,2	4,1	0,0	8,2	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,5	195
Secundaria	7,2	61,7	24,7	0,9	43,4	7,0	0,9	3,2	0,0	0,2	0,2	0,0	1,5	1,5	471
Superior	11,0	59,5	31,5	0,3	36,7	6,1	1,4	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	1,4	347
Total	8,2	59,8	23,3	0,8	41,7	6,1	0,9	3,7	0,3	0,2	0,2	0,1	1,6	1,5	1 032

*: Menos de 20 casos.

Gráfico 12.1
Golpizas a los Niños por Parte de los Padres y
a la Entrevistada por Parte de su Padre



Cuadro 12.12

Necesidad del castigo físico en la educación

- Las tres cuartas partes de las mujeres en edad fértil con hijos consideran que para educar a los hijos no es necesario el castigo físico. Las mujeres menores de 30 años, las solteras, las que residen en el área urbana y las que tienen educación secundaria, son las que con mayor frecuencia opinan al respecto.
- Contrariamente a esta opinión, el 24 por ciento de las mujeres menciona que se debe proporcionar castigos físicos a los hijos para educarlos. La mayoría opina que este castigo físico debe ser "a veces". Esta opinión es más frecuente entre las mujeres de 30 a 39 años, las unidas y alguna vez unidas, las residentes en el área rural y las que tienen educación primaria.

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, Moquegua 2000

Característica	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca	Total	Número de mujeres
Edad					
15-19	0,0	12,7	86,7	100,0	181
20-24	0,6	16,8	82,1	100,0	179
25-29	0,0	21,8	78,2	100,0	142
30-34	0,0	34,1	65,9	100,0	164
35-39	0,6	32,3	66,5	100,0	155
40-44	0,0	26,7	73,3	100,0	116
45-49	0,0	30,1	69,9	100,0	93
Estado civil					
Casada/conviviente	0,3	28,3	71,1	100,0	623
Viuda/ divorciada / separada	0,0	28,2	71,8	100,0	85
Nunca casada / unida	0,0	15,2	84,5	100,0	324
Area de residencia					
Urbana	0,1	22,6	76,9	100,0	796
Rural	0,4	29,4	70,2	100,0	235
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	19
Primaria	0,5	29,2	70,3	100,0	195
Secundaria	0,2	19,1	80,2	100,0	471
Superior	0,0	26,6	73,1	100,0	347
Total	0,2	24,2	75,3	100,0	1 032

*: Menos de 20 casos.

Nota: El total incluye 0.3% sin información

Cuadro 12.13

Agresión a la madre de la entrevistada por parte de su padre

- El 45 por ciento de las MEF declara que su padre castigaba con golpes a su

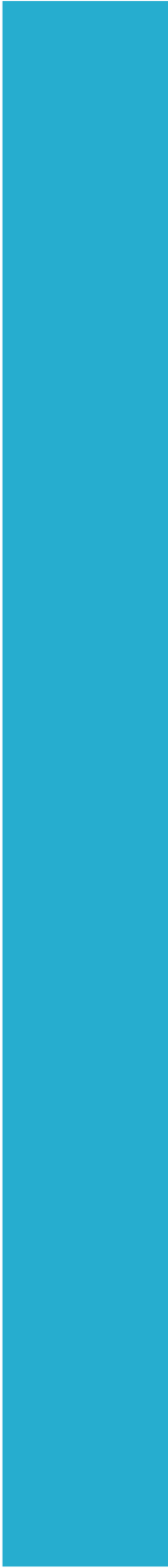
madre, proporción que es mayor entre las de 20 a 29 años, las mujeres unidas y las que tienen educación primaria según el área de residencia es similar el porcentaje.

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, Moquegua 2000

Características	La golpeaba	No la golpeaba	Sin información	Total	Número de mujeres
Edad					
15-19	43,6	49,7	6,6	100,0	181
20-24	48,0	47,5	4,5	100,0	179
25-29	49,3	47,9	2,8	100,0	142
30-34	46,3	45,7	7,9	100,0	164
35-39	41,9	52,9	5,2	100,0	155
40-44	39,7	52,6	7,8	100,0	116
45-49	43,0	48,4	8,6	100,0	93
Estado civil					
Casada/conviviente	45,7	48,1	6,3	100,0	623
Viuda/ divorciada / separada	44,7	47,1	8,2	100,0	85
Nunca casada / unida	43,3	51,7	5,0	100,0	324
Área de residencia					
Urbana	45,0	48,8	6,2	100,0	796
Rural	44,3	50,2	5,5	100,0	235
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	19
Primaria	53,3	35,4	11,3	100,0	195
Secundaria	46,4	48,1	5,5	100,0	471
Superior	38,2	59,0	2,9	100,0	347
Total	44,9	49,1	6,0	100,0	1 032

*: 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 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)

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				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	Número de nacimientos	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 período 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									
	Porcentaje que conoce SRO	Número de madres	Cantidad de líquidos				Cantidad de sólidos				Total	Número de niños
			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					Número de mujeres	Porcentaje de mujeres sin prueba de anemia	Total de mujeres
	Mujeres con anemia			Mujeres sin anemia	Total			
	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: 10.0-11.9/g/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						Porcentaje de niños sin prueba de anemia	Total de niños
	Niños con anemia			Niños sin anemia	Total	Número de niños		
	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									
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

DISEÑO Y COBERTURA DE LA MUESTRA

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 subestratos (sede, resto urbano y rural) de acuerdo a su población censal, y también dentro de cada dentro de cada subestrato, sus centros poblados fueron ordenados de acuerdo a su continuidad geográfica en serpentín.
- Para cada subestrato, se elaboró un listado de sus centro poblados con sus correspondientes totales de población (viviendas) y también de sus correspondientes acumulados parciales de población.
- En cada subestrato, 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 subestrato.
- La probabilidad de selección del i -ésimo centro poblado para la ENDES 2000 es:

$$P_{1i} = (a * m_i) / (Sm_i)$$

donde

- a : es el número de centros poblados a ser seleccionados en el subestrato.
- 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 subestrato 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).

$$K = \frac{\text{Total de Viviendas en el subestrato}}{\text{N° de UPM's a elegirse en el subestrato}} = \frac{\sum m_i}{a}$$

- 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			
		Sede	Resto urbano	Rural	Total
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

$$P_{1i} = (a * m_i) / (\sum m_i) (n_i / N_i)$$

donde

n_i : es el número de (USMs) conglomerados seleccionados 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 i -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 A3. 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

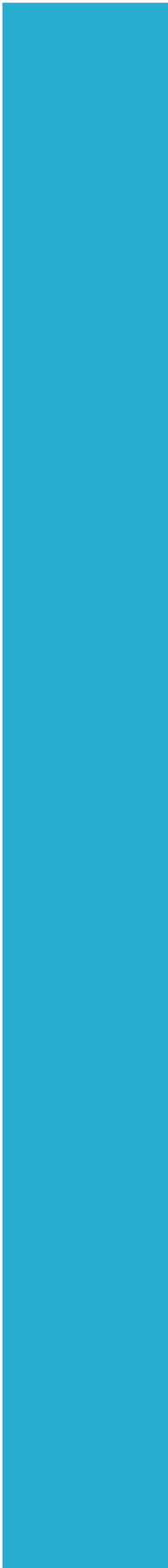
Distribución porcentual de la población total en los hogares visitados por nivel de urbanización y región natural, según departamento, Perú 2000

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:

$$\text{var}(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

en donde $z_{hi} = y_{hi} - r \text{ o } x_{hi}$ y en forma análoga $z_h = y_h - r \text{ o } x_h$, 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 (EEmas):

$$\text{EDIS} = \text{EE} / \text{EEmas}.$$

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 Error 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.2.20 Errores de muestreo para la población de Moquegua

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)	Ponde- rados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
Población urbana	0,772	0,020	1 038	173	1,572	0,027	0,731	0,813
Sin educación	0,018	0,004	1 038	173	0,853	0,194	0,011	0,025
Con secundaria o más	0,791	0,019	1 038	173	1,503	0,024	0,753	0,829
Nunca se unió	0,312	0,018	1 038	173	1,259	0,058	0,276	0,348
Actualmente unida	0,606	0,021	1 038	173	1,369	0,034	0,564	0,648
Casada antes de los 20 años	0,357	0,021	856	143	1,294	0,059	0,315	0,400
Primera relación antes 18 años	0,376	0,021	856	143	1,267	0,056	0,334	0,418
Promedio de nacidos vivos 15-49	1,703	0,062	1 038	173	1,123	0,036	1,579	1,827
Promedio de nacidos vivos 40-49	3,431	0,140	211	35	1,015	0,041	3,152	3,710
Promedio de sobrevivientes 15-49	1,598	0,055	1 038	173	1,089	0,034	1,488	1,708
Conoce método anticonceptivo	0,932	0,011	629	105	1,105	0,012	0,909	0,954
Conoce método moderno	0,919	0,014	629	105	1,266	0,015	0,891	0,946
Alguna vez usó anticonceptivos	0,940	0,008	629	105	0,872	0,009	0,923	0,956
Actualmente usa anticonceptivos	0,758	0,014	629	105	0,847	0,019	0,729	0,787
Usa método moderno actualmente	0,603	0,016	629	105	0,831	0,027	0,570	0,635
Usa píldora	0,067	0,007	629	105	0,743	0,111	0,052	0,082
Usa DIU	0,130	0,011	629	105	0,788	0,081	0,109	0,152
Usa inyección	0,157	0,015	629	105	1,033	0,095	0,127	0,187
Usa implante	0,003	0,002	629	105	0,966	0,683	0,000	0,008
Usa condón	0,087	0,012	629	105	1,047	0,135	0,064	0,111
Usa esterilización femenina	0,138	0,011	629	105	0,832	0,083	0,115	0,161
Usa esterilización masculina	0,008	0,003	629	105	0,961	0,429	0,001	0,015
Usa ritmo actualmente	0,135	0,013	629	105	0,941	0,095	0,109	0,161
Usa retiro	0,017	0,006	629	105	1,171	0,350	0,005	0,030
Sector público como fuente	0,798	0,018	421	70	0,921	0,023	0,762	0,834
No desea más hijos	0,514	0,018	629	105	0,923	0,036	0,477	0,550
Desea esperar 2 años o más	0,170	0,014	629	105	0,918	0,081	0,143	0,198
Tamaño ideal de familia	2,053	0,022	1 018	170	0,739	0,011	2,010	2,096
Vacuna antitetánica	0,600	0,029	350	58	1,090	0,048	0,543	0,657
Atención médica al parto	0,669	0,037	350	58	1,380	0,056	0,594	0,743
Niños con diarrea últimas 2 semanas	0,090	0,016	345	58	1,038	0,181	0,057	0,122
Recibió tratamiento de SRO	0,774	0,069	31	5	0,955	0,090	0,635	0,913
Recibió tratamiento médico	0,452	0,079	31	5	0,913	0,175	0,294	0,610
Niños con tarjeta	0,567	0,083	67	11	1,362	0,147	0,400	0,734
Niños que recibieron BCG	0,985	0,015	67	11	0,997	0,015	0,956	1,015
Niños que recibieron DPT (3 dosis)	0,881	0,042	67	11	1,048	0,047	0,797	0,964
Niños que recibieron polio (3 dosis)	0,851	0,052	67	11	1,196	0,061	0,746	0,955
Recibieron vacuna antisarampionosa	0,851	0,050	67	11	1,151	0,059	0,750	0,951
Recibieron todas las vacunas	0,716	0,065	67	11	1,179	0,091	0,586	0,847
Peso para la talla 2 DE por debajo	0,004	0,004	226	38	1,013	1,008	0,000	0,013
Talla para la edad 2 DE por debajo	0,093	0,020	226	38	1,051	0,215	0,053	0,133
Peso para la edad 2 DE por debajo	0,004	0,004	226	38	1,013	1,008	0,000	0,013

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)	Ponde- rados (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	25
------------	--	----

CAPITULO 2

Cuadro 2.1	Población total de los hogares por edad, sexo y residencia urbana-rural	34
Cuadro 2.2	Nivel de educación de la población masculina de 6 años y más	35
Cuadro 2.3	Nivel de educación de la población femenina de 6 años y más	36
Cuadro 2.4	Asistencia Escolar de la Población en los Hogares	37
Cuadro 2.5	Composición de los hogares	37
Cuadro 2.6	Niños según sobrevivencia de los padres y situación de residencia	38
Cuadro 2.7	Características de las viviendas	39
Cuadro 2.8	Bienes de consumo duraderos por área de residencia	40

CAPITULO 3

Cuadro 3.1	Nivel de educación de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas	44
Cuadro 3.2	Nivel de educación más alto alcanzado y razones de abandono	46
Cuadro 3.3	Alfabetismo por características seleccionadas	46
Cuadro 3.4	Acceso a los medios masivos de comunicación	47
Cuadro 3.5	Trabajo en los últimos 12 meses y tipo actual de empleo, según características seleccionadas	48
Cuadro 3.6	Tipo de ocupación de las mujeres, según características seleccionadas	49
Cuadro 3.7	Empleador y forma de remuneración de las mujeres que trabajan, según características seleccionadas	50
Cuadro 3.8	Persona que decide como gastar los ingresos y gastos del hogar que paga la entrevistada, según características seleccionadas	51
Cuadro 3.9	Control de los ingresos para la contribución a los gastos del hogar (mujeres unidas)	52
Cuadro 3.9a	Control de los ingresos para la contribución a los gastos del hogar (mujeres no unidas)	52
Cuadro 3.10	Decisiones sobre el hogar (mujeres unidas)	53
Cuadro 3.10a	Decisiones sobre el hogar (mujeres no unidas)	53
Cuadro 3.11	Última palabra en decisiones del hogar según características seleccionadas	54
Cuadro 3.12	Razones específicas para rehusar relaciones sexuales con el esposo	55

CAPITULO 4

Cuadro 4.1	Niveles de fecundidad	60
Cuadro 4.2	Fecundidad y paridez por lugar de residencia y educación	61
Cuadro 4.3	Fecundidad por edad para varios quinquenios anteriores a la encuesta	62
Cuadro 4.4	Número de nacidos vivos y sobrevivientes a las mujeres entrevistadas, según edad	63
Cuadro 4.5	Intervalos entre nacimientos	63
Cuadro 4.6	Edad al primer nacimiento	64
Cuadro 4.7	Edad mediana al primer nacimiento	65
Cuadro 4.8	Fecundidad en adolescentes	66

CAPITULO 5

Cuadro 5.1	Conocimiento de métodos específicos entre las mujeres entrevistadas	70
Cuadro 5.2	Conocimiento de métodos entre las mujeres en unión, por características seleccionadas	71
Cuadro 5.3	Uso alguna vez de métodos anticonceptivos específicos entre las mujeres entrevistadas	72
Cuadro 5.4	Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas	73
Cuadro 5.5	Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres en unión	74
Cuadro 5.6	Número de hijos al usar métodos por primera vez	75
Cuadro 5.7	Conocimiento del período fértil	76
Cuadro 5.7a	Fuente de suministro para métodos modernos	77
Cuadro 5.8	Información suministrada durante la prescripción de métodos modernos	79
Cuadro 5.9	Razones de discontinuación de métodos anticonceptivos	80
Cuadro 5.10	Uso futuro de anticoncepción entre mujeres que no usan actualmente	81
Cuadro 5.11	Exposición a mensajes de planificación familiar en medios de comunicación	83
Cuadro 5.12	Contacto de mujeres no usuarias con proveedores de planificación familiar	84
Cuadro 5.13	Discusión de planificación familiar entre parejas	85
Cuadro 5.14	Percepción de las mujeres con relación a la actitud de sus cónyuges sobre la planificación familiar	86

CAPITULO 6

Cuadro 6.1	Estado conyugal actual	90
Cuadro 6.2	Tipo de relación sexual de las mujeres no unidas	90
Cuadro 6.3	Edad a la primera unión por edad actual de las mujeres	91
Cuadro 6.4	Edad mediana a la primera unión	92
Cuadro 6.5	Edad a la primera relación sexual por edad actual de las mujeres	92
Cuadro 6.6	Edad mediana a la primera relación sexual	93
Cuadro 6.7	Actividad sexual reciente	94
Cuadro 6.8	Amenorrea, abstinencia e insusceptibilidad de postparto	95
Cuadro 6.9	Duración mediana de insusceptibilidad de postparto	95
Cuadro 6.10	Terminación de exposición al riesgo de embarazo: menopausia	96

CAPITULO 7

Cuadro 7.1	Preferencia de fecundidad por número de hijos sobrevivientes	100
Cuadro 7.2	Preferencia de fecundidad por edad actual de las mujeres	101

Cuadro 7.3	Mujeres que no desean más hijos según características seleccionadas	101
Cuadro 7.4	Necesidad de servicios de planificación familiar para las mujeres en unión, según características seleccionadas	103
Cuadro 7.5	Número ideal y promedio ideal de hijos	105
Cuadro 7.6	Promedio ideal de hijos, según características seleccionadas	106
Cuadro 7.7	Planificación de la fecundidad	107
Cuadro 7.8	Fecundidad deseada y observada	107

CAPITULO 8

Cuadro 8.1	Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios	112
Cuadro 8.2	Mortalidad infantil y en la niñez en los diez años anteriores a la encuesta, según características seleccionadas	113
Cuadro 8.3	Mortalidad perinatal, según características seleccionadas	114
Cuadro 8.4	Categorías de alto riesgo reproductivo	115

CAPITULO 9

Cuadro 9.1	Percepción del acceso a los servicios de salud como un gran problema	120
Cuadro 9.2	Atención prenatal para los menores de cinco años	121
Cuadro 9.3	Contenido de la atención prenatal para menores de cinco años	123
Cuadro 9.4	Vacuna contra el tétanos neonatal	124
Cuadro 9.5	Lugar del parto para los nacimientos en los últimos cinco años	125
Cuadro 9.6	Atención durante el parto para los menores de cinco años de edad por características seleccionadas	126
Cuadro 9.7	Características del parto: nacimientos por cesárea y peso al nacer para los menores de cinco años	127
Cuadro 9.8	Complicaciones durante el parto	128
Cuadro 9.9	Problemas postnatales por características seleccionadas	128
Cuadro 9.10	Atención médica para los problemas postnatales	129
Cuadro 9.11	Síntomas que conllevan a la madre a buscar ayuda médica inmediata	131
Cuadro 9.12a	Vacunaciones en cualquier momento para los niños de 18-29 meses según fuentes de información	132
Cuadro 9.12b	BCG, DPT, Polio y Sarampión: vacunación en cualquier momento de los niños 18-29 meses, por sexo del niño y orden de nacimiento	133
Cuadro 9.13	BCG, DPT, Polio y Sarampión: niños vacunados a la edad apropiada	134
Cuadro 9.14	Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas para los menores de cinco años	134
Cuadro 9.15	Prevalencia de diarrea para los menores de cinco años	136
Cuadro 9.16	Conocimiento de SRO	137
Cuadro 9.17	Eliminación de las deposiciones de los niños	139

CAPITULO 10

Cuadro 10.1	Lactancia inicial para niños menores de cinco años	144
Cuadro 10.2	Situación de lactancia para niños menores de tres años	145
Cuadro 10.3	Duración de la lactancia para niños menores de tres años	147
Cuadro 10.4	Micronutrientes	150
Cuadro 10.5	Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, por características seleccionadas	152
Cuadro 10.6	Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años	153

Cuadro 10.7	La talla como indicador del estado nutricional de las mujeres	154
Cuadro 10.8	El índice de masa corporal como indicador de la situación nutricional de las madres, según características seleccionadas	156
Cuadro 10.9	Prevalencia de anemia en mujeres	159

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	164
Cuadro 11.2	Conocimiento de formas para evitar el contagio entre las mujeres con conocimiento del VIH/SIDA	165
Cuadro 11.3	Fuente de conocimiento del VIH/SIDA	166
Cuadro 11.4	Conocimiento de asuntos relacionados con el VIH/SIDA	167
Cuadro 11.5	Aspectos sociales de la prevención del SIDA y su mitigación	168
Cuadro 11.6	Conocimiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual, (ETS) y ETS específicas	169
Cuadro 11.7	Conocimiento de síntomas y signos de las (ETS)	170
Cuadro 11.8	Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual por características seleccionadas	171
Cuadro 11.9	Fuente de tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual	171
Cuadro 11.10	Número de parejas sexuales de las mujeres no en unión	172
Cuadro 11.11	Conocimiento y uso del condón	173
Cuadro 11.12	Uso de condón por tipo de compañero	174

CAPITULO 12

Cuadro 12.1	Violencia intrafamiliar: apoyo emocional y violencia verbal por parte del esposo	178
Cuadro 12.2	Violencia intrafamiliar: persona que ejerció la violencia y frecuencia de ésta	179
Cuadro 12.3	Violencia intrafamiliar: persona que ejerció la violencia física	180
Cuadro 12.4	Violencia intrafamiliar: uso de alcohol por parte del esposo o compañero	181
Cuadro 12.5	Violencia intrafamiliar: búsqueda de ayuda ante la violencia	182
Cuadro 12.6	Violencia intrafamiliar: persona a quién pidió ayuda cuando la maltrataron	183
Cuadro 12.7	Violencia intrafamiliar: institución donde buscó ayuda	183
Cuadro 12.8	Violencia intrafamiliar: razones para no demandar al agresor o no buscar ayuda o consejo	184
Cuadro 12.9	Violencia intrafamiliar: forma como castigan los esposos o compañeros a sus hijos	185
Cuadro 12.10	Violencia intrafamiliar: forma como castigan las mujeres a sus hijos	186
Cuadro 12.11	Violencia intrafamiliar: forma como castigaban los padres a la entrevistada	187
Cuadro 12.12	Violencia intrafamiliar: creencia en la necesidad de castigo físico en la educación de los hijos	188
Cuadro 12.13	Violencia intrafamiliar: mujeres que declararon que su padre golpeaba a la madre de la entrevistada	189

ANEXO

Cuadro 2.4	Nivel de Educación de la población masculina de 6 años y más	193
Cuadro 2.5	Nivel de Educación de la población femenina de 6 años y más	193
Cuadro 3.5	Alfabetismo por características seleccionadas	194

Cuadro 4.3	Fecundidad y paridez por lugar de residencia y educación	194
Cuadro 5.5	Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas por características seleccionadas	195
Cuadro 7.6.1	Necesidad de Servicios de planificación familiar para las mujeres en unión por características seleccionadas	195
Cuadro 9.7	Atención durante el parto para los menores de cinco años de edad, por características socioeconómicas seleccionadas	196
Cuadro 9.12	Cuidado postnatal por características seleccionadas	197
Cuadro 9.16	Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas para los menores de cinco años	198
Cuadro 9.19	Prevalencia de diarrea para los menores de cinco años	199
Cuadro 9.20	Conocimiento de SRO y aplicación del patrón adecuado de alimentación para el cuidado de la diarrea por características seleccionadas	200
Cuadro 10.8	Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, por características socioeconómicas	201
Cuadro 10.14	Prevalencia de anemia en mujeres	201
Cuadro 10.15	Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años	202
Cuadro 11.7	Conocimiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ETS específicas	202

APENDICE A

Cuadro A.1	Número de conglomerados urbanos y rurales por departamentos	207
Cuadro A.2	Implementación de la Muestra: hogares	210
Cuadro A.3	Implementación de la Muestra: mujeres	210

APENDICE B

Cuadro B.1	Variables seleccionadas para el cálculo de los errores de muestreo	215
Cuadro B.2.1	Errores de muestreo para la población total	216
Cuadro B.2.20	Errores de muestreo para la población de Moquegua	217
Cuadro B.2.32	Errores de muestreo para la tasa global de fecundidad por lugar de residencia	218
Cuadro B.2.35	Errores de muestreo para la mortalidad infantil por lugar de residencia	219
Cuadro B.2.37	Errores de muestreo para la mortalidad en la niñez por lugar de residencia	220

LISTA DE GRAFICOS

Página

CAPITULO 2

Gráfico 2.1	Población de Facto del departamento de Moquegua	34
-------------	---	----

CAPITULO 3

Gráfico 3.1	Mujeres entrevistadas por edad, estado conyugal y area de residencia	43
Gráfico 3.2	Nivel de Educación de las mujeres por características seleccionadas	45

CAPITULO 5

Gráfico 5.1	Fuente de suministro para métodos modernos	77
Gráfico 5.2	Fuentes de suministro del sector público	78
Gráfico 5.3	Preferencia de metodos para uso futuro	81
Gráfico 5.4	Razones para no querer usar métodos anticonceptivos en el futuro entre quienes no usan actualmente	82

CAPITULO 7

Gráfico 7.1	Fecundidad deseada y observada por lugar de residencia y educación	108
-------------	--	-----

CAPITULO 9

Gráfico 9.1a	Número de visitas prenatales	122
Gráfico 9.2	Proveedores de atención postnatal para menores de cinco años	130
Cuadro 9.3	Porcentaje de niños menores de cinco años que tuvieron IRA y fueron llevados a proveedores de salud	135
Gráfico 9.4	Razones para no llevar a un niño con IRA a un establecimiento de salud	135
Gráfico 9.5	Cantidad de sólidos y líquidos recibidos por menores de cinco años durante un episodio diarreico	137

CAPITULO 10

Gráfico 10.1	Porcentaje de niños menores de 6 meses que recibieron pecho 6 ó más veces	147
Gráfico 10.2a	Porcentaje de menores de tres años por tipo de comidas recibidas (lactantes)	149
Gráfico 10.2b	Porcentaje de menores de tres años por tipo de comidas recibidas (no lactantes)	149
Gráfico 10.3	Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años	159
Gráfico 10.4	Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años cuyas madres no son anémicas	160

CAPITULO 12

Gráfico 12.1	Golpizas a los niños por parte de los padres y a la entrevistada por parte de sus padres	187
--------------	--	-----

Créditos

MOQUEGUA: 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

SUSANA GUEVARA SALAS

Analista Responsable

EDGARDO LOPEZ MENDOZA

Revisor

ANGELICA DIAZ HERRERA

Procesamiento de textos y gráficos

DIAGRAMACION Y EDICION:

Centro de Edición de la OTD