ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2000

Departamento de Tumbes

Instituto Nacional de Estadística e Informática

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

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

Measure/DHS+, Macro International Inc.

Lima - Perú
Octubre 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 y Estudios Sociales Impreso en los Talleres de la Oficina de Impresiones de la Oficina Técnica de Administración del Instituto Nacional de Estadística e Informática
Diagramación	:	Centro de Edición del INEI
Edición	:	100 Ejemplares
Domicilio	:	Av. Gral. Garzón Nº 658 Jesús María, Lima 11
Orden Nº	:	657-OTA-INEI
Depósito Legal	:	Nº 1501132001-3734

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

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 Tumbes, 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, Octubre del 2001

Gilberto Moncada Vigo
Jefe
Instituto Nacional de Estadística
e Informática

INDICE

PRESENTACION 3
RESUMEN GENERAL 11
DATOS BASICOS 15

I. INTRODUCCION 19

1.1 Antecedentes y Objetivos de la Encuesta 19

Antecedentes y Justificación 19
Objetivos de la Encuesta 19

1.2 Aspectos Metodológicos 20

Población Bajo Estudio 20
Diseño y Tamaño de la Muestra para la ENDES 2000 20
Cuestionarios y Principales Temas Investigados 20

1.3 Aspectos Operativos de la Encuesta 22

Entrenamiento del Personal 22
Recolección de los Datos 22
Consistencias y Procesamiento de Datos 23

1.4 Contexto Económico y Políticas de Población y Salud 23

Perú: Economía, Programa Nacional de Población y Programa de Salud al año 2000 23
Economía 23
Política y Programa Nacional de Población 24
Plan Nacional de Población 1998 - 2002 24
Acciones en favor de la Mujer 25
Erradicación de la Violencia Contra la Mujer 25
Salud Reproductiva y Programa de Planificación Familiar 1996-2000 25
Programas y Prioridades de Salud 26

1.5 Nivel Departamental 27

1.5.1 Tumbes: Aspectos Geográficos y Políticos Administrativos 27

Aspectos Geográficos 27
Aspectos Políticos Administrativos 28
Población 28
Economía 28

1.5.2 Tumbes: Tamaño de la Muestra de la ENDES IV 28

II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION 31

2.1 Características de la Población del Departamento de Tumbes 31

Población por Edad, Sexo y Residencia Urbana-Rural 31
Nivel de Educación y Asistencia a Centros de Enseñanza Regular 33
Asistencia Escolar 34
Composición de los Hogares 35

2.2 Características de las Viviendas 37

Disponibilidad de Bienes de Consumo Duradero y de Medios de Transporte 38

III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES 41

3.1 Entrevistadas por Edad, Estado Conyugal y Area de Residencia 41

3.2 Nivel de Educación 41

3.3 Acceso a los Medios Masivo de Comunicación 44

3.4 Situación Laboral 45

3.5 Decisiones sobre Aspectos importantes en el Hogar 47

IV. FECUNDIDAD 57

4.1 Niveles, Tendencias y Diferenciales de la Fecundidad 57

4.2 Fecundidad Acumulada 60

4.3 Intervalos entre Nacimientos 61

4.4 Edad de la Madre al Nacimiento del Primer Hijo 62

4.5 Fecundidad en Adolescentes 63

V. PLANIFICACION FAMILIAR 67

5.1 Conocimiento de Métodos 67

5.2 Uso de Métodos Anticonceptivos 69

El Uso Pasado 69
Prevalencia Actual del Uso de Métodos 70
Diferenciales en los Niveles de Uso Actual 72
Número de Hijos al Iniciar el Uso de Anticonceptivos 73
Conocimiento del Período Fértil 74
Fuentes de Suministro de Métodos Modernos 75

5.3 Discontinuación del Uso de Métodos y Uso Futuro 76

Razones de Discontinuación del Uso de Métodos Anticonceptivos 76
Intenciones de Uso en el Futuro 78
Mensajes sobre Planificación Familiar: Exposición y Aceptabilidad 79
Discusión sobre la Planificación Familiar entre parejas 81

VI. OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD 87

6.1 Estado Conyugal Actual 87

6.2 Edad a la Primera Unión Conyugal 89

6.3 Edad a la Primera Relación Sexual 90

6.4 Actividad Sexual Previa y Reciente 91

6.5 Infertilidad Postparto 92

6.6 Exposición al Riesgo de Embarazo entre las Mujeres de 30 y Más Años 93

VII. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD 97

7.1 El Deseo de Más Hijos 97

7.2 La Necesidad Insatisfecha y la Demanda de Servicios de Planificación Familiar 99

La Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar 100
La Demanda Total de Planificación Familiar 101

7.3 Número Ideal de Hijos 102

7.4 Planificación de la Fecundidad 104

7.5 Tasas de Fecundidad Deseada 105

VIII. MORTALIDAD INFANTIL, EN LA NIÑEZ Y MATERNA 109

8.1 Mortalidad Infantil y en la Niñez 109

Niveles y Tendencias de la Mortalidad Infantil y en la Niñez 110

8.2 Diferenciales de la Mortalidad Infantil y en la Niñez 110

8.3 La Mortalidad Perinatal 112

8.4 Grupos de Alto Riesgo Reproductivo 113

IX. SALUD MATERNO-INFANTIL 117

9.1 Atención Prenatal y Asistencia en el Parto 117

Atención Prenatal 117
Toxoide Antitetánico 121

9.2 Asistencia del Parto 122

Lugar de Ocurrencia del Parto 122
Tipo de Asistencia Durante el Parto 123
Características del Parto 124

9.3 Cuidado Postnatal de las Madres 126

9.4 Síntomas que Llevan a Buscar Ayuda Médica 128

9.5 Vacunación 130

Vacunación en Cualquier Momento 130
Vacunación a la Edad Apropiada 132

9.6 Enfermedades Respiratorias Agudas 133

9.7 Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea 134

Prevalencia de la Diarrea 134
Conocimiento del Cuidado de la Diarrea 135
Formas de Eliminación de las Deposiciones de los Niños 138

X. LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑOS Y MADRES 141

10.1 Iniciación de la Lactancia 141

10.2 Lactancia y Alimentación Suplementaria según Edad del Niño 143

10.3 Duración de la Lactancia según Características Seleccionadas 144

10.4 Tipo de Alimentación Complementaria según Meses desde el Nacimiento 146

10.5 Nutrición de los Niños 148

Prevalencia de la Desnutrición Crónica 149
Prevalencia de la Desnutrición Aguda o Emaciación 149
Prevalencia de la Desnutrición Global o General 149

10.6 Nutrición de las Mujeres 151

Estatura de las Mujeres en Edad Fértil 151
Peso y Masa Corporal de las Mujeres 152

10.7 Anemia en Niños y Mujeres 154

Introducción 154
Prueba de Anemia 154
Resultados 156

XI. CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y OTRAS ETS 161

11.1 Conocimiento de VIH/SIDA y Formas de Evitar el Contagio 161

11.2 Conocimiento de Asuntos Relacionados con el VIH/SIDA 165

11.3 Conocimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) 167

11.4 Prevalencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual 170

11.5 Conducta Sexual, Uso de Condón y Acceso al Condón 171

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 181

12.4 Maltrato a los Niños 184

ANEXO 191

APÉNDICE A: DISEÑO Y COBERTURA DE LA MUESTRA 203

A.1 Introducción 203

A.2 Diseño y Selección 203

Unidades de Muestreo 203
Marco Muestral 203
Composición de la Muestra 204
Selección de la Muestra 204
Rendimiento de la Muestra 207
Metodología de Estimación 207

APÉNDICE B: LOS ERRORES DE MUESTREO 211

APÉNDICE C: LISTA DE CUADROS 219
LISTA DE GRAFICOS 224

Resumen General

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

El departamento de Tumbes se encuentra ubicado al extremo norte del Perú, constituyendo su frontera límite con el país del Ecuador, con una altitud de sólo 7 m.s.n.m. y una temperatura media de 27 °C, es uno de los departamentos del Perú más cercanos a la línea ecuatorial. Su población proyectada al 2000 es de 193 840 habitantes, conformado por 102 405 hombres y 91 435 mujeres, con una densidad poblacional de 41.5 hab/Km2. en la ENDES 2000 se ha proyectado que 17 por ciento de sus habitantes vive en el área rural.

La población de Tumbes es joven. Un tercio de la población es menor de 15 años mientras que, los menores de 25 años conforman el 54 por ciento del departamento. La población de edades económicamente activa (15 a 64 años) representa el 62 por ciento tal que, las personas de 65 años o más son sólo el 5 por ciento del total del departamento.

Con relación a algunas variables para analizar la situación de la educación, la mediana de años de educación, es de 7.1 años de estudio en los hombres y 6.5 años en las mujeres. Los mayores porcentajes de personas sin educación se presentan por encima de los 55 años a más, para ambos sexos.

Tumbes presenta altos porcentajes de niños y niñas de 6 a 9 años sin educación (29% en ambos casos), existiendo un margen evidente en el nivel educativo entre la población urbana con respecto a la rural con 24% de inasistencia o deserción escolar.

El 82 por ciento de los hogares del departamento de Tumbes tiene a varones como jefes del hogar, donde el promedio de miembros es de 4.5 personas.

El 16 por ciento de los hogares del departamento de Tumbes no tienen servicio de electricidad. La diferencia entre los hogares que no cuentan con este servicio entre el área rural y el área urbana es del doble. (27% y 13%, respectivamente). La mayoría de los hogares tienen servicio de agua dentro de la vivienda sin embargo, solo el 29 por ciento de la población que habita en el área rural gozan de estos servicios, es así que 41 por ciento de los hogares consume agua de manantial o de río. El 57 por ciento del total de las viviendas cuentan con inodoro, 28 por ciento dispone de letrinas y 15 por ciento no tiene servicios sanitarios. Algo más del 80 por ciento tienen radio y televisión, mas sólo el 44 por ciento de la población tiene un sistema de refrigeración adecuada, disminuyendo a tan solo el 22 por ciento en los hogares rurales.

CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF)

Las mujeres en edad fértil (MEF), representan el 27 por ciento de la población total del departamento y el 53 por ciento del total de mujeres. La proporción de mujeres casadas o convivientes es aproximadamente el 58 por ciento. Un tercio de las entrevistadas (34%) son mujeres solteras y 9 por ciento separadas, viudas o divorciadas.

Las principales causas del abandono escolar son los motivos relacionados con el matrimonio, afectando al 8 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años del departamento de Tumbes, la mayoría con estudios secundarios incompletos (10%).

En cuanto a estabilidad laboral, el 38 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) tuvo trabajo en los últimos 12 meses. Por ser Tumbes un departamento eminentemente dedicado a la pesca, más que a la agricultura, es que en las labores agrícolas solo trabaja alrededor del

1 por ciento de MEF, mientras que la mayoría se dedica a ocupaciones de comercio o servicio.

FECUNDIDAD

El departamento de Tumbes se encuentra por debajo del nivel de fecundidad del país (2.9 vs. 2.3 hijos por mujer). Entre los grupos extremos de educación una diferencia de casi 5 nacidos vivos de las MEF con estudios superiores con respecto a las sin educación (2.0 vs. 6.6).

La tasa de fecundidad general (TFG) en el departamento de Tumbes llega a 78 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad y la tasa bruta de natalidad (TBN) es de 19 nacimientos por cada mil habitantes, sin diferencia significativa por área de residencia.

En Tumbes existe un 13 por ciento de mujeres multíparas (mujeres con 5 o más hijos), cifra que bajo la unión conyugal asciende hasta 20 por ciento de las mujeres en edad fértil. Aún así, el intervalo intergenésico más frecuente con el que han ocurrido los nacimientos en los últimos cinco años en el departamento de Tumbes, es de más de 48 meses (49%). Hay que resaltar que existe un 19 por ciento de mujeres en edad fértil que tienen períodos intergenésicos menores a 24 meses.

La mediana al nacimiento del primer hijo casi no ha variado con respecto a la ENDES 1996 (de 21.8 en la 1996 a 21.6 años en la actual). El 9 por ciento de las mujeres de 17 a 19 años ya son madres y 2 por ciento esta embarazada con el primer hijo.

PLANIFICACION FAMILIAR

Más del 99 por ciento de mujeres en edades fértiles conoce o ha oído hablar de algún método anticonceptivo, 10 métodos conocidos en promedio, principalmente la píldora, el inyectable y el condón masculino, en menor proporción respecto a amenorrea por lactancia o MELA.

El departamento de Tumbes es el que tiene el mayor porcentaje de esterilización femenina del país (una de cada cuatro mujeres unidas),un 7 por ciento de ellas manifiesta que no ha sido informada sobre la permanencia (método definitivo) del método, pero el método más usado por el total de mujeres ha sido la píldora anticonceptiva (41%), en segundo lugar la inyección (34%) y de los métodos tradicionales, el coitus interruptus o retiro(15%). La tercera parte de mujeres usuarias del método del ritmo (39%) lo usa de manera inadecuada sin embargo, el 22 por ciento de las mujeres no utilizan ningún método. El uso se incrementa conforme el número de hijos, duplicándose la cifra luego del primer embarazo en comparación a las nulíparas, pasando de 31 por ciento a 73 por ciento.

La principal fuente de suministro de métodos anticonceptivos modernos es el sector público (82%). 8 de cada 10 mujeres no usuarias (85%), no ha tenido contacto con un trabajador de planificación familiar.

Los efectos secundarios mientras estaban usando el método, han sido la razón principal para la discontinuación en 34 por ciento de los segmentos de uso, esto principalmente para las usuarias de métodos hormonales. Las mayores tasas de falla corresponden a los métodos tradicionales, abstinencia periódica (34%) y al retiro (17%).

El 58 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) viven en estado de unión conyugal: casadas el 35 por ciento y en situación de convivencia el 23 por ciento. La edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25-49 años de edad, es 19 años. Este promedio es más de 1 año menor que la edad mediana a la primera unión conyugal.

En el departamento de Tumbes, la amenorrea postparto tiene una duración, para la mitad de las madres, de 5 meses postparto. El 10 por ciento de las mujeres de 30 a 49 años se encuentran en menopausia.

Cuatro de cada 10 mujeres actualmente unidas no quiere tener más hijos (42%), si se adiciona las esterilizadas (24%), se obtiene que más del 66 por ciento no desean más hijos. El deseo de no tener más hijos aumenta rápidamente con la paridez. El número promedio ideal de hijos es 2.5 y para las

mujeres unidas es 2.8, sin embargo, el 43 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados.

MORTALIDAD INFANTIL

De cada 1000 niños que nacieron en el departamento de Tumbes durante 1995-2000, murieron 28 antes de cumplir su primer año de vida. La tasa de mortalidad infantil evidencia una reducción de 33 por ciento respecto a la estimada para el período 1990-1995 (42 por mil). Tumbes se encuentra en el sexto lugar de los 24 departamentos del país en cuanto a tasa de mortalidad infantil y de la niñez más baja se refiere, pero se encuentra por encima del promedio de los departamentos de la costa. La tasa de mortalidad infantil y preponderantemente la de mortalidad en la niñez, para los 10 años anteriores a la encuesta, son mayores en los niños que en las niñas (47 vs. 24 y 59 vs. 34), respectivamente con diferencias significativas según el área e residencia. La tasa de mortalidad perinatal es de 23 por mil, para los 5 años anteriores a la encuesta. El 41 por ciento de los nacimientos de los últimos cinco años, en el departamento de Tumbes, ocurrieron en alguna condición de alto riesgo reproductivo.

SALUD MATERNO INFANTIL

Cuidados Natales y Prenatales

El 93 por ciento de los últimos nacimientos menores de cinco años recibió asistencia prenatal, siendo la mayoría atendidos por personal calificado, realizándose el control de la presión arterial, la altura uterina y el control del peso de la madre.

El 14 por ciento de los nacimientos ocurrieron en la vivienda de la parturienta. El alumbramiento del 27 por ciento del total de nacimientos de los últimos 5 años fue por cesárea.

Lactancia

Todos de los niños menores de 6 meses estaban siendo amamantados, sólo el 3 por ciento de eran consumidores de fórmulas infantiles. La lactancia combinada con alimentos suplementarios y líquidos aumenta con la edad; es así que del 67 por ciento de niños menores de 6 meses que se encuentran en lactancia exclusiva pasan, a partir de los 6 meses, a un 92 por ciento de ablactancia. Luego de los 6 meses, 1 de cada 2 niños (53%) están siendo alimentados con biberón. El tiempo promedio de duración de la lactancia en los niños menores de tres años es de 21.7 meses.

Vacunación

Menos de dos niños de cada cien se encuentran sin vacunación. Tal es así que el porcentaje de niños de 18 a 29 meses que ha recibido todas las vacunas en el departamento de Tumbes (89%) duplica a la cifra más baja del país (Ayacucho, con 45%).

Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreícas Agudas

El 7 por ciento de los menores de cinco años presentó síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) y el 16 por ciento tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. El 90 por ciento de las madres conoce los paquetes de sales de rehidratación oral (SRO), dato de suma importancia considerando que solo, menos de dos niños de cada cien se deben rehidratar por vía intravenosa.

Nutrición de los Niños y Anemia en los Niños y en las Mujeres

Más de 1 de cada 10 niños menores de 5 años en el departamento de Tumbes (13%) adolecerían de desnutrición crónica. La desnutrición severa afecta al 3 por ciento de esta población, de los cuales se evidencian mayores proporciones entre los niños mayores de dos años.

La estatura o talla promedio de la madre del departamento de Tumbes es de 153 centímetros. Solo el 8 por ciento de las mujeres en edad fértil tiene una estatura por debajo de los 145 centímetros. El 32 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad padece de algún grado de anemia, mientras que uno de cada dos niños (54%) menores de 5 años tienen niveles de hemoglobina por debajo de lo normal.

CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA

Casi todas las mujeres del departamento tienen nociones con respecto al VIH/SIDA pero un 14 por ciento de ellas no sabe como evitarlo. El uso del condón como método de protección predomina entre las mujeres más jóvenes.

Más de la tercera parte de la población, predominantemente con niveles educativos bajos, tienen prejuicios contra los pacientes sero-positivos.

El 84 por ciento de las entrevistadas conoce otras enfermedades de transmisión sexual. La sífilis y la gonorrea son las ETS más conocidas. Sólo el 6 por ciento de las mujeres declaró haber tenido alguna ETS en los 12 meses anteriores a la encuesta, 75 por ciento de ellas recurrieron a alguien.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS NIÑOS

Alrededor de un tercio de mujeres viven, o han vivido, situaciones de control y casi una de cada 2 han sido agredidas físicamente por su pareja, de las cuales solo el 10 por ciento acudieron a una institución. Nueve de cada diez mujeres alguna vez unidas declaró el uso de alcohol por sus esposos o compañeros, hasta embriagarse. Sin incluir al cónyuge, la madre (71%) o el padre (43%) se constituyen en los principales agresores de las mujeres.

En el departamento de Tumbes, las madres imparten a sus niños castigos similares a los que dan los esposos/compañeros. El 90 por ciento manifiesta que utiliza la reprimenda verbal, pero más de un 14 por ciento de las mujeres con hijos piensan que para educarlos es necesario algunas veces el castigo físico.

Datos Básicos Tumbes

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

Población total (en miles) 194
Mujeres en edad fértil (en miles) 51

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

Población de la muestra
- Mujeres de 15 a 49 años 1059
- Niños nacidos en últimos 5 años 388
- Sobrevivientes menores de 5 años 376
- Niños vivos de 18-29 meses 64

Características básicas[1]
- Porcentaje urbano 85.1
- Porcentaje con secundaria o más 74.7

Matrimonio y otros determinantes de la fecundidad
- Porcentaje de mujeres actualmente unidas 57.7
- Porcentaje que han estado unidas alguna vez 66.2
- Para mujeres 25-49 años:
  - Edad mediana a la primera unión 20.3
  - Edad mediana al primer nacimiento 21.6
- Duración media de la amenorrea (en meses)[2] 5.4
- Duración media de la abstinencia (en meses)[2] 2.2

Fecundidad
- Tasa Global de Fecundidad[3] 2.3
- Promedio nacidos vivos a mujeres 40-49 años 4.7

Preferencias reproductivas
- Porcentaje de mujeres actualmente unidas:
  - Que no desea tener más hijos (incluyendo las mujeres esterilizadas) 66.2
  - Que desea postergar el nacimiento siguiente más de 2 años 20.3
- Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años 2.5

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
- Porcentaje de las mujeres actualmente unidas:
  - Que conoce algún método moderno 99.8
  - Que actualmente usa un método moderno 69.1
    - Píldora 14.4
    - Esterilización femenina 24.0
    - Esterilización masculina 0.2
    - DIU 6.7
    - Condón 7.0
    - Inyecciones 15.7
    - Métodos vaginales 0.8
    - Abstinencia periódica 3.9
    - Retiro 4.6
    - Otros métodos tradicionales/folclóricos 0.2

Mortalidad y salud materno-infantil
- Tasa de mortalidad infantil[4] 28.2
- Tasa de mortalidad de menores de cinco años[4] 37.7

Atención materna
- Porcentaje de últimos nacimientos cuyas madres recibieron:[5]
- Atención de un médico, obstetriz, enfermera, auxiliar o sanitario durante el embarazo 92.7
- Atención de un médico, enfermera, auxiliar o sanitario durante el parto 88.4

Vacunación
- Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad con tarjeta de vacunación 59.4
- Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad que ha tenido al menos una dosis de vacuna 98.4
- Porcentaje de niños 18 a 29 meses de edad que ha recibido[6]
  - BCG 98.4
  - DPT (las tres dosis) 96.9
  - Polio (las tres dosis) 96.9
  - Antisarampionosa 90.6
  - Todas las vacunas[7] 89.1

Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años
- Porcentaje de niños con diarrea[8] 16.2
- Porcentaje de niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral SRO 31.1
- Porcentaje de niños enfermos con IRA[9] 7.4

Lactancia infantil y nutrición en la niñez
- Duración media de la lactancia (en meses)[2] 19.8
- Porcentaje de niños menores de 6 meses amamantados 100.0
- Porcentaje de niños de 6 a 9 meses amamantados 94.4
- Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica[10] 12.9

Nutrición de las mujeres en edad fértil
- Porcentaje de madres con talla menor de 145 cms 7.5

---

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 año 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 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, desde 1975, con la Encuesta Demográfica Nacional (EDEN-PERU) y las **ENDES I, ENDES II y ENDES III** (en 1986, 1991-1992 y1996 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 que ha sido y es 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 2000 proporcionará valiosa información sobre tratamiento y prevalencia de las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias, la vacunación, el estado nutricional de madres y niños, 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 de información actualizada del Perú y sus departamentos, sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños menores de 5 años, que permita la evaluación y formulación de los programas de población y salud familiar en nuestro país.

Objetivos Específicos

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

b) Estudiar las tendencias y cambios en la salud materna e infantil, en prevalencia anticonceptiva, mortalidad y en fecundidad durante los últimos 15 años sobre la base de información de la **ENDES IV** y encuestas especializadas similares.

c) Proporcionar al Ministerio de Salud y otras instituciones información concerniente a los patrones de salud materno e infantil, prevalencia de anticonceptivos, mortalidad y fecundidad de la población peruana.

d) Dar información necesaria para la formulación de planes y programas educativos sobre planificación familiar y

uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional y departamental.

e) Brindar información sobre los factores que influencian 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 METODOLÓGICOS

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, autoponderado 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 y fue actualizado en las áreas rurales seleccionadas entre los meses de Abril y Mayo del 2000.

<u>Para el Estudio de la Reproducción y Salud Materno Infantil</u>

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

Este cuestionario incluye los siguientes tópicos: parentesco con el jefe del hogar, sexo, edad, cobertura de los seguros de salud, condición de actividad económica, nivel de educación alcanzado, matricula 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 le prescribieron 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 Pre-Natal 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 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 a si va a usar 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, 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 (realizadas entre el 11 de Agosto al 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 ECONÓMICO Y POLÍTICAS DE POBLACIÓN 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.

En relación al comportamiento del PBI por ramas de actividad en la década del 90, el INEI[1] ha calculado que, a nivel nacional, ha variado desde -0.4% en 1992 a 1.4 %, en 1999*, presentando su punto más alto, 12.8, en 1994.

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

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.*

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 (59.3%) en 1999, se registró en las ramas de servicios y comercio.

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

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, destacando 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, y en 1983 el inicio de la prestación de Servicios Públicos de Planificación Familiar, a cargo del Ministerio de Salud.

De otro lado, en 1987 se constituyó la Comisión Presidencial de Población encargada de elaborar el Programa Nacional de Población 1987-1990. 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 de 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 lograr 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 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% en relación a 1996.

El Plan Nacional de Población* 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 y el Instituto de Seguridad Social (hoy ESSALUD); el Ministerio de la Presidencia y los gobiernos locales participan a nivel 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.

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

* *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 de la mujer, Beijing1995.*

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 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 peruanas[2].

Algunos compromisos asumidos por el gobierno peruano en La Conferencia de Beijing y en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) son: 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 son 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 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 Único Ordenado de la Ley 26260 y en 1998 se aprobó su reglamento. En el poder legislativo, en marzo de 1996, se aprueba la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar todas las formas de Violencia contra la Mujer que incluye la violencia física, psicológica y sexual.

Un indicador que da muestra que la violencia está aumentando, y que indica también, que se está logrando que más mujeres denuncien los actos violentos es el aumento de denuncias: que de 8192 casos registrados en 1996, en la Policía Nacional del Perú de Lima Metropolitana, ha llegado a 27936 en 1998 y 30893 en 1999[3].

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

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

3 *Compendio de estadísticas sociodemográficas 199-2000; INEI*

mujeres requieren para desarrollar con seguridad las funciones del proceso de la reproducción durante los periodos de la vida"[4] y establece que:

- 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; 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'.

En el quinquenio 1995-2000, los programas de salud establecieron que la población de mayor prioridad de atención serian la mujer, los niños y las niñas, especialmente quienes se encuentran en situación vulnerable[5].

El "Plan Nacional de Acción por la Infancia 1996-2000" recoge los lineamientos y metas de los programas de salud. El principio fundamental que señala este plan, es 'reconocer a los niños y niñas como sujetos de derecho'; por lo que establece tres objetivos globales: de supervivencia, de desarrollo y de protección. Este plan contempla además, un capítulo para la "Promoción y Protección de la Niña", como respuesta a los acuerdos de Beijing, en cuya plataforma se aprobó un capítulo especial sobre los Derechos de la Niña.

Estas son algunas metas principales en salud al año 2000:

- 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.

---

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

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

- 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.

A pesar que existe una Política Nacional de Salud, su efectividad ha estado limitada debido principalmente a las crisis de la economía que se inició en la década de los 70 y que se acentuó a partir de 1988. Sin embargo cabe resaltar que la incidencia de las enfermedades inmuno prevenibles en el periodo 1985-1989 disminuyó. Así, por ejemplo, la prevalencia de sarampión disminuyó de 47.7 por cien mil habitantes a 5.3; y la tos ferina de 36.7 a 7.9 (ENDES 1996, Informe Principal).

1.5 NIVEL DEPARTAMENTAL

1.5.1 Tumbes: Aspectos Geográficos y Políticos Administrativos

Aspectos Geográficos

Ubicación y Superficie

El departamento de Tumbes se halla situado en el extremo norte del Perú, constituyendo su frontera límite con el vecino país del Ecuador. Tomando como referencia las capitales de sus distritos, su altitud varía entre los 5 m.s.n.m.(Distrito La Cruz -Provincia de tumbes) y los 134 m.s.n.m. (Distrito Casitas-Provincia Contralmirante Villar).

El departamento de Tumbes limita por el norte y este con la república del Ecuador, por el sur con el departamento de Piura y por el oeste con el Océano Pacífico o Mar de Grau.

Relieve

Su territorio es poco accidentado. Por el Sur, desde Máncora el suelo se encuentra dividido en terrazas y colinas recortadas, quebradas poco profundas y ramificadas cortando la superficie en numerosos causes secos y "oteros" que discurren de manera irregular hacia el mar. Al norte, se aprecia una llanura aluvial que encierra las zonas fértiles de los ríos Tumbes y Zarumilla. Esta llanura asciende suavemente desde el mar en dirección sureste a los cerros Amotope y Cordillera Larga, estribaciones de la cordillera andina.

Las principales elevaciones del departamento de Tumbes, son: C° Campana (1538 m.s.n.m.),C° Negro (1525 m.s.n.m.) y C° Machete (1430m.s.n.m).

Las abras son quebrantamientos o hundimientos del terreno ocasionadas por cataclismos que se presentan en forma de abertura ancha, ondulada y relativamente baja entre dos montañas y que son utilizadas en la construcción de las vías de comunicación terrestre. El departamento de Tumbes presenta dos abras : Laurcano, ubicada a 370 m.s.n.m. . al SO del distrito Casitas, en el C° Laurcano, siguiendo la carretera : Hda. Férnandez- Playa Rica; y el abra Canizalillo a 350 m.s.n.m. en el límite distrital San Jacinto -Las casitas, entre el C° Pan de Azúcar y C° La Cuesta, da paso a la carretera Cañaveral-Playa Rica.

Superficie

El departamento de Tumbes tiene una superficie de 4669.20 km2 , incluyendo su superficie insular (constituyendo el 0.4% de la superficie del territorio nacional), en el que vive aproximadamente el 0.71% de la población del país. Desagregada por provincias les corresponde a Tumbes 1800.85 km2, Contralmirante Villar 2123.22 km2. y a Zarumilla 745.13 km2.

Frente a las costas del departamento de Tumbes existen un conjunto de islas entre las que podemos mencionar; las islas Tumbes N° 1, Tumbes N° 2 , Cucaracha A y Cucaracha B, frente al distrito de Tumbes de la provincia del mismo nombre. Las islas Matapalo, Correa y Roncal frente al distrito Zarumilla de la provincia Zarumilla . Estas islas en conjunto poseen una superficie de 11.94 km2.

Clima

Su clima semi-tropical corresponde a una Zona de transición entre el régimen tropical húmedo ecuatorial y el desértico de la costa peruana.

Las características promedio del clima registrado en la costa de Tumbes, durante 1991 son las siguientes:

Temperatura media	25.3°C.
Temperatura máxima	27.7°C.
Temperatura mínima	23.1°C.

Las estaciones son una de verano y otra de invierno.

Las lluvias son estacionales y se presentan de noviembre a marzo. Cuando hay el fenómeno de El Niño, las precipitaciones estacionales se incrementan en forma notable, ocasionando crecientes, inundaciones y destrucciones de carreteras .

Hidrografía

Los ríos principales son el Tumbes y el Zarumilla. Una cuenca secundaria forma la quebrada de Bocapán.

El río Tumbes, uno de los mayores de la costa peruana, nace en los contrafuertes andinos del Ecuador, en las sierras de Zaruma , con un recorrido total de 180 km. y en territorio peruano de 130 km. Su cuenca colectora tiene un área estimada de 5656 km2, de los cuales 1885 km2 aproximadamente se encuentran en territorio peruano.

El río Zarumilla es el más septentrional de nuestra costa. Tiene una cuenca de 1800 km2. Nace en el Ecuador, en las quebradas de Cotrina y Lajas, no discurriendo las aguas la mayor parte del año. Su recorrido total es de 50 km. A partir de la Palma, las aguas se infiltran, dando origen posiblemente a una rica napa freática. En su desembocadura, el estero del Algarrobo se ramifica en varios brazos de poco ancho y profundidad pero que permiten la navegación.

La quebrada de Bocapán es seca durante casi todo el año. En forma temporal pequeños riachuelos a manera de afluentes aumentan el caudal de sus aguas hasta su desembocadura al mar en una pequeña rada.

Oceanografía

El mar peruano o Mar de Grau, comprendido desde la línea litoral hasta las 200 millas náuticas, frente al departamento de Tumbes presenta tres tipos de agua: Aguas Tropicales Superficiales, Aguas Ecuatoriales Superficiales y Aguas Ecuatoriales Profundas.

Frente a la costa de Tumbes el sistema de circulación de aguas es bastante complejo, integrado por corrientes marginales superficiales y subsuperficiales. Las corrientes están sujetas a variaciones en tiempo y espacio.

Aspectos Políticos Administrativos

El departamento de Tumbes está dividido en 3 provincias y 12 divisiones menores o distritos. Su capital es la ciudad de Tumbes.

Población

La población del departamento estimada al 2000 es de 193840 habitantes, la cual representa el 0.8% de la población peruana; la densidad poblacional es de 17.2 habitantes por km2. La población que habita el área rural, representa aproximadamente el 10% de la población total del departamento; en 1996, el 11% habitaba la zona rural.

Economía

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

1.5.2 Tumbes: Tamaño de la Muestra de la ENDES 2000

La muestra de hogares, en el departamento de Tumbes, fue de 1014 y el de mujeres 1069, obteniéndose el 91% de entrevistas completas en el primer caso y 99% de mujeres entrevistadas.

II.CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

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

2.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TUMBES

Población por Edad, Sexo y Residencia Urbana-Rural

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

Cuadro 2.1 y Gráfico 2.1

Población por edad y sexo

- La población de Tumbes es joven. Un tercio de la población es menor de 15 años. Los menores de 25 años conforman el 54 por ciento del departamento, predominando la población menor de 20 años con 45 por ciento, llegando la mediana de edad a 22.9 años.

- La población en edad de trabajar, 15 a 64 años, representa el 62 por ciento de la población total del departamento, concentrándose en mayor proporción entre los menores de 30 años.

- Las personas de 65 o más años de edad conforman solamente el 5 por ciento de la población total del departamento; en esta edad, el porcentaje de hombres es mayor con respecto al de las mujeres (5.7% vs. 5.1%).

- En el total de habitantes del departamento de Tumbes, el 49.9 por ciento son varones y el 50.1 por ciento son mujeres. El índice de masculinidad es de 99.6 por ciento.

Composición por edad según área de residencia

- El 83 por ciento de los residentes de Tumbes habita en el área urbana, esto equivale a casi 5 habitantes en el zona urbana por cada poblador del área rural.

- El número de habitantes de 65 años a más es dos puntos porcentuales más alto en el área rural que en la urbana (7% vs. 5%). También hay una diferencia porcentual de 2 puntos de la población joven menor de 15 años en la zona rural con respecto a la urbana (34.5% y 32.8%, respectivamente). Mientras que el porcentaje de población

entre 15 y 64 años es mayor en el área urbana que en la rural (62% y 59%, respectivamente).

Mujeres en edad fértil

- Las mujeres en edad fértil (MEF), representan el 27 por ciento de la población total del departamento y el 53 por ciento del total de mujeres. Hay una relativa diferencia según el área de residencia: en el área urbana la proporción de mujeres en edad fértil es mayor en 6 puntos porcentuales que la del área rural (54% y 48% respectivamente).

- Más de la cuarta parte de la MEF constituyen las mujeres de 15 a 29 años (27%), siendo en el área urbana ligeramente mayor que en la rural (28% y 26%, respectivamente).

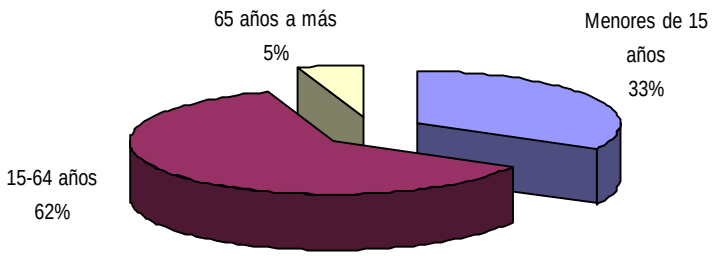
Cuadro 2.1 Población total de los hogares por edad, sexo y residencia urbana - rural

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

Grupos de Edad	Area Urbana			Area Rural			Total		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
0-4	10,0	9,5	9,7	8,5	10,9	9,6	9,7	9,7	9,7
5-9	10,9	11,6	11,3	11,1	12,1	11,6	11,0	11,7	11,3
10-14	11,7	11,8	11,8	14,0	12,4	13,3	12,2	11,9	12,0
15-19	12,3	11,6	11,9	12,4	9,1	10,9	12,3	11,2	11,8
20-24	8,9	9,0	8,9	7,1	9,4	8,2	8,5	9,1	8,8
25-29	7,5	7,0	7,3	6,9	7,0	6,9	7,4	7,0	7,2
30-34	5,8	7,6	6,7	7,1	7,9	7,5	6,1	7,7	6,9
35-39	7,7	8,0	7,9	6,9	7,6	7,2	7,5	8,0	7,7
40-44	7,4	5,7	6,5	6,3	4,5	5,5	7,2	5,5	6,4
45-49	4,3	4,7	4,5	3,4	2,7	3,1	4,1	4,4	4,3
50-54	4,0	3,4	3,7	2,6	2,4	2,5	3,8	3,3	3,5
55-59	2,3	3,1	2,7	2,9	3,6	3,2	2,4	3,2	2,8
60-64	1,9	1,9	1,9	3,2	3,9	3,5	2,1	2,3	2,2
65-69	2,3	2,0	2,2	4,2	1,8	3,1	2,7	2,0	2,3
70-74	1,3	1,4	1,3	1,6	1,8	1,7	1,3	1,4	1,4
75-79	0,9	0,6	0,8	0,8	1,2	1,0	0,9	0,7	0,8
80 +	0,8	0,9	0,9	0,8	1,2	1,0	0,8	1,0	0,9
Sin información /No sabe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	1 640	1 696	3 336	378	330	709	2 018	2 026	4 044

Gráfico 2.1

Población De Facto del Departamento de Tumbes



Nivel de Educación y Asistencia a Centros de Enseñanza Regular

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

El cuadro 2.2 y 2.3 da una lectura del nivel educativo de los habitantes del departamento de Tumbes; indican también el porcentaje de quienes no tienen ningún nivel educativo.

Cuadro 2.2 y 2.3

Nivel de educación

- La mediana de años de educación, alcanzada por la población de 6 años a más del departamento es de 7.1 años de estudio en los hombres y 6.5 años en las mujeres.
- La mediana de estudios de los hombres que residen en el área urbana (7.7 años) es mayor que la de los hombres del área rural (5.7 años).
- En la población de 6 años a más del departamento de Tumbes, hay una diferencia de 2 puntos porcentuales entre los hombres y las mujeres sin educación (5.5% y 7.1%, respectivamente), de igual manera , la diferencia es de dos puntos cuando se trata de la población urbana y la rural. Los mayores porcentajes de personas sin educación se presentan en las de 55 años a más, para ambos sexos.
- La educación inicial y primaria, según los especialistas, constituyen las etapas más importantes para el aprendizaje escolar y social de las personas. Sin embargo, el departamento de Tumbes sigue presentando altos porcentajes de niños y niñas de 6 a 9 años sin educación (29% en ambos casos).
- Con relación al nivel secundaria completa, está conformado por el 20 por ciento de

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, Tumbes 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			
6-9	29,2	70,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	171	0,8
10-14	0,8	46,9	18,4	33,9	0,0	0,0	0,0	100,0	245	5,1
15-19	0,4	6,0	5,6	58,1	25,0	4,4	0,4	100,0	248	8,8
20-24	2,3	5,2	9,3	19,2	40,7	23,3	0,0	100,0	172	10,3
25-29	0,7	11,4	7,4	10,7	42,3	26,8	0,7	100,0	149	10,5
30-34	2,5	12,3	4,1	19,7	31,1	30,3	0,0	100,0	122	10,4
35-39	0,7	11,8	11,2	15,1	29,6	31,6	0,0	100,0	152	10,4
40-44	2,7	16,4	21,2	12,3	19,2	28,1	0,0	100,0	146	8,9
45-49	1,2	12,0	22,9	12,0	22,9	28,9	0,0	100,0	83	10,1
50-54	3,9	28,9	21,1	11,8	14,5	19,7	0,0	100,0	76	5,8
55-59	10,2	38,8	18,4	10,2	10,2	10,2	2,0	100,0	49	5,0
60-64	11,6	27,9	34,9	0,0	16,3	9,3	0,0	100,0	43	5,3
65+.	15,7	41,7	20,0	2,6	12,2	7,8	0,0	100,0	115	5,9
Area de residencia										
Urbana.	5,2	23,5	11,8	21,2	20,4	17,5	0,1	100,0	1 436	7,7
Rural	7,1	32,0	15,4	21,4	20,5	6,8	0,3	100,0	337	5,7
Total	5,5	25,1	12,5	20,8	20,4	15,5	0,2	100,0	1 773	7,1

Nota: Población de facto.

la población masculina, especialmente de la población en edades económicamente activas. Las mujeres tienen un menor porcentaje en esta categoría (17%).

- Observando el nivel de educación superior, comparativamente por sexo, se puede evidenciar una proporción creciente de mujeres con tal grado de estudios (15%), siempre con un margen evidente entre la población urbana con respecto a la rural (16% vs. 7%). Los varones tienen un punto porcentual más que las mujeres en educación superior. Aquí también se observa que los varones que residen el área urbana aventajan a los del área rural (18% y 7%, respectivamente).

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, Tumbes 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			
6-9	28,6	70,9	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	196	0,9
10-14	0,4	49,8	14,5	35,3	0,0	0,0	0,0	100,0	241	5,0
15-19	0,9	3,1	4,0	62,1	21,6	8,4	0,0	100,0	227	9,0
20-24	1,1	8,2	7,6	19,6	29,9	33,7	0,0	100,0	184	10,5
25-29	2,1	11,3	6,3	17,6	34,5	28,2	0,0	100,0	142	10,4
30-34	3,2	14,2	12,9	20,0	21,9	27,7	0,0	100,0	155	9,9
35-39	3,1	15,5	14,9	13,7	23,6	29,2	0,0	100,0	161	10,1
40-44	3,6	18,0	18,9	13,5	21,6	24,3	0,0	100,0	111	7,9
45-49	4,5	34,8	22,5	6,7	23,6	7,9	0,0	100,0	89	5,5
50-54	4,5	33,3	24,2	10,6	16,7	9,1	1,5	100,0	66	5,5
55-59	9,2	41,5	26,2	6,2	6,2	10,8	0,0	100,0	65	4,9
60-64	23,9	32,6	26,1	4,3	13,0	0,0	0,0	100,0	46	3,9
65+	23,3	46,6	17,5	4,9	4,9	20,9	0,0	100,0	103	3,4
Sin información	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1	0,0
Area de residencia										
Urbana.	6,7	26,7	11,7	21,2	17,7	16,0	0,0	100,0	1 499	6,9
Rural	8,6	37,6	14,1	21,4	10,7	7,2	0,3	100,0	290	5,3
Total	7,1	28,4	12,1	21,2	16,6	14,6	0,1	100,0	1 789	6,5

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

- En el departamento de Tumbes se encontró que el nivel de inasistencia o deserción escolar a un centro de enseñanza regular es alto (24%); sin embargo, es 5 por ciento menos que los datos a nivel nacional. La deserción en el área urbana como en la rural se mantiene constantes. Cabe resaltar que, tanto en el área urbana como en la rural, un mayor porcentaje de mujeres que de hombres asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.

- 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.

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, Tumbes 2000

Grupos de edad	Area de residencia						Total		
	Urbana			Rural					
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
6-10	98,8	98,1	98,4	100,0	97,6	98,7	99,0	98,0	98,5
11-15	96,5	96,0	96,2	94,8	97,6	96,0	96,1	96,2	96,2
Subtotal 6-15	97,6	97,1	97,3	96,8	97,6	97,2	97,4	97,1	97,3
16-20	61,5	63,2	62,4	59,5	74,1	65,2	61,2	64,6	62,8
21-24	23,6	27,1	25,4	4,3	17,9	11,8	20,3	25,3	22,9
Total 6-24	75,1	76,6	75,9	73,7	76,8	75,2	74,9	76,7	75,8

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

- El 82 por ciento de los hogares del departamento de Tumbes tiene como jefes del hogar a varones. En el área rural, los hogares con jefatura masculina (88%) son 7 puntos porcentuales más que en el área urbana (81%). Los hogares con jefatura femenina presentan una situación opuesta: el 20 por ciento de hogares en el área urbana frente a 12 por ciento del área rural tienen jefe del hogar a una mujer.

- En el departamento de Tumbes el promedio de miembros por hogar es de 4.5 personas. La mayoría de los hogares están conformados de 3 a 5 miembros (58% de los hogares), independientemente del área de residencia. Cabe mencionar que el 14% de hogares tienen más de 7 miembros, lo cual podría, en algunos casos, llevar a condiciones desfavorables de hacinamiento.

Condición de residencia familiar de los hijos menores de 15 años

- El mayor porcentaje de los menores de 15 años del departamento, vive con ambos padres (77%). Esta característica es ligeramente mayor en el área rural (80%) que en el área urbana (77%).

- Se evidencia que hay un mayor porcentaje de niños adoptados en el área rural (9%), cifra que es casi el doble con respecto al área urbana. El grupo etareo más frecuente de la población adoptada son los niños de 10 a 14 años, en mayor proporción mujeres.

- 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 (12%) es mucho mayor que los que viven sólo con el padre (2%).

- En total, sólo con la madre viven el 14 por ciento de los niños, incluído el 2 por ciento que tiene padre muerto, lo cual indica que hay un 12 por ciento de niños que han sido abandonados por el padre.

- 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.

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, Tumbes 2000

Características	Area de residencia		TOTAL
	Urbana	Rural	
Sexo del jefe del hogar			
Hombre	80,5	88,0	81,8
Mujer	19,5	12,0	18,2
Total.	100,0	100,0	100,0
Miembros usuales del hogar			
0	0,1	0,6	0,2
1	6,9	7,8	7,1
2	9,0	8,4	8,9
3	15,7	18,6	16,2
4	23,0	24,0	23,2
5	19,4	16,2	18,8
6	11,6	11,4	11,5
7	6,5	7,2	6,6
8	3,1	3,6	3,2
9+	4,7	2,4	4,2
Total	100,0	100,0	100,0
Promedio	4,5	4,3	4,5
Porcentaje de hijos adoptados	5,5	8,4	6,0

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. Tumbes 2000

Características		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 huerfanos	Total de crianza	Número de niños
	Niño vive con ambos padres	Tiene padre vivo	Tiene padre muerto	Tiene madre viva	Tiene madre muerta	Ambos padres vivos	Solo padre vivo	Solo madre viva	Ambos padres muertos				
Edad													
0-2	86,9	10,4	0,0	0,5	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	100,0	221
3-5	79,5	14,7	0,0	1,6	0,0	3,9	0,0	0,0	0,4	0,0	3,9	100,0	258
6-9	79,1	10,4	1,9	2,5	0,0	5,5	0,0	0,3	0,3	2,2	5,8	100,0	364
10-14	70,2	13,1	3,5	3,7	1,2	6,2	1,0	0,4	0,6	6,2	7,6	100,0	488
Sexo													
Hombre	78,2	12,9	1,2	2,1	0,5	3,9	0,3	0,3	0,6	2,3	4,5	100,0	661
Mujer	76,3	11,6	2,4	2,7	0,4	5,8	0,4	0,1	0,1	3,4	6,4	100,0	671
Area de residencia													
Urbana	76,7	13,1	2,0	2,7	0,4	4,0	0,4	0,3	0,5	3,0	4,7	100,0	1 089
Rural	79,8	8,3	0,8	1,2	0,8	8,7	0,4	0,0	0,0	2,1	9,1	100,0	242
Total	77,2	12,3	1,8	2,4	0,5	4,9	0,4	0,2	0,4	2,9	5,5	100,0	1 331

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"). Los huerfanos son el total de las columnas 3, 5, 7, 8 y 9. El total incluye 0.8% de niños para quienes no se tiene información sobre el padre o la madre.

2.2 CARACTERISTICAS 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 Tumbes.

Cuadro 2.7

Servicio de electricidad

- El 16 por ciento de los hogares del departamento de Tumbes no tienen servicio de electricidad. La diferencia entre los hogares que no cuentan con este servicio entre el área rural y el área urbana es del doble. (27% y 13%, respectivamente).

Fuente de agua para beber

- La mayoría de los hogares tienen servicio de agua dentro de la vivienda; 67 por ciento a nivel departamental; sin embargo, solo el 29 por ciento de la población que habita en el área rural gozan de estos servicios.

- Los hogares y particularmente los niños propensos a enfermedades estomacales y a todas aquellas derivadas por el consumo de aguas no tratadas, también es alto en el área rural: 41 por ciento de los hogares consume agua de manantial o de río.

Servicio sanitario

- El 57 por ciento del total de las viviendas cuentan con inodoro, 28 por ciento dispone de letrinas y 15 por ciento no tiene servicios sanitarios.

Cuadro 2.7 Características de las viviendas y los hogares

Distribución porcentual de los haogares por características seleccionadas de la vivienda, según área de residencia, Tumbes 2000

Características	Residencia		Total
	Area urbana	Area rural	
Luz eléctrica			
Si	87,0	73,1	84,4
No	13,0	26,9	15,6
Total	100,0	100,0	100,0
Fuente de agua para beber			
Dentro de la vivienda	75,3	28,7	66,8
Fuera de la vivienda pero dentro del edificio	7,2	1,8	6,2
Pilón / grifo público / red Pública fuera de la vivienda	12,1	21,0	13,7
Pozo en la casa / patio / lote	0,1	0,6	0,2
Pozo público	1,5	0,0	1,2
Manantial	0,0	1,8	0,3
Rio.	0,0	38,9	7,1
Camión, Tanque	1,7	4,2	2,2
Otro	2,0	3,0	2,2
Total	100,0	100,0	100,0
Tiempo para ir a fuente de agua			
<15 minutos	92,4	57,5	86,1
Servicio sanitario			
Inodoro exclusivo dentro de la vivienda.	65,0	12,6	55,5
Inodoro común dentro de la vivienda.	0,1	0,0	0,1
Inodoro exclusivo fuera de la vivienda.	0,7	0,0	0,5
Inodoro común fuera de la vivienda	1,1	0,0	0,9
Letrina exclusiva.	23,5	44,9	27,4
Letrina común	0,4	2,4	0,8
No hay servicio	8,9	40,1	14,6
Rio, canal	0,1	0,0	0,1
Otra	0,1	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Principal material del piso			
Tierra, arena	31,5	58,7	36,5
Madera, entablado	0,7	0,6	0,7
Vinílicos o similares	0,1	0,0	0,1
Losetas, terrazos o similares	10,0	0,6	8,3
Cemento, ladrillo	57,7	40,1	54,5
Total	100,0	100,0	100,0
Número de hogares	753	167,0	920,0

- El servicio sanitario que utiliza el mayor porcentaje de los hogares del área rural del departamento de Tumbes es inadecuado, solo el 13 por ciento tiene inodoro y 40 por ciento carece de servicio higiénico de cualquier tipo. En el área urbana la falta de este servicio llega sólo a 9 por ciento.

- Las viviendas que cuentan con mejores condiciones sanitarias, con inodoro exclusivo dentro de la vivienda, llega a 56 por ciento a nivel departamental (10% más a comparación de los datos de la ENDES 1996), 65 por ciento en el área urbana y 13 por ciento en el área rural.

- El principal material usado para los pisos es de material noble (55%), es decir, de cemento o ladrillo. Sin embargo, hay que considerar que el 37 por ciento de las viviendas tienen el piso de tierra o arena, principalmente en más de la mitad de los hogares del área rural (59%).

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 Tumbes.

Cuadro 2.8

- El 82 por ciento de los hogares posee radio y 80 por ciento televisión. Otros bienes, como la computadora, por ejemplo, lo tienen menores porcentaje de hogares (3%).

- Considerando que la conservación de los alimentos es un punto importante, sobre todo en zonas cerca de la línea ecuatorial, donde el calor del medio ambiente predispone a la descomposición de aquellos, solo el 44 por ciento de la población tienen un sistema de refrigeración adecuada, disminuyendo a tan solo el 22 por ciento en los hogares rurales.

- Entre los medios de transporte con mayores proporciones se encuentran la bicicleta, especialmente en el área rural (31%). Los sistemas de comunicación, tales como el teléfono están restringidos para la minoría de la población en el departamento de Tumbes (19%), siendo principalmente de uso urbano.

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, Tumbes 2000

Bienes de consumo duradero	Residencia		
	Area urbana	Area rural	Total
Radio	83,0	75,4	81,6
Televisión	82,8	69,5	80,4
Teléfono	22,5	2,4	18,8
Refrigerador	49,2	21,6	44,2
Computadora	3,6	0,0	2,9
Bicicleta	20,1	31,1	22,1
Motocicleta	5,3	5,4	5,3
Carro/camión	7,3	3,0	6,5
Otro medio de transporte	2,5	18,6	5,4
Ninguno de los anteriores	10,0	10,8	10,1
Número de hogares	753	167	920

III.CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

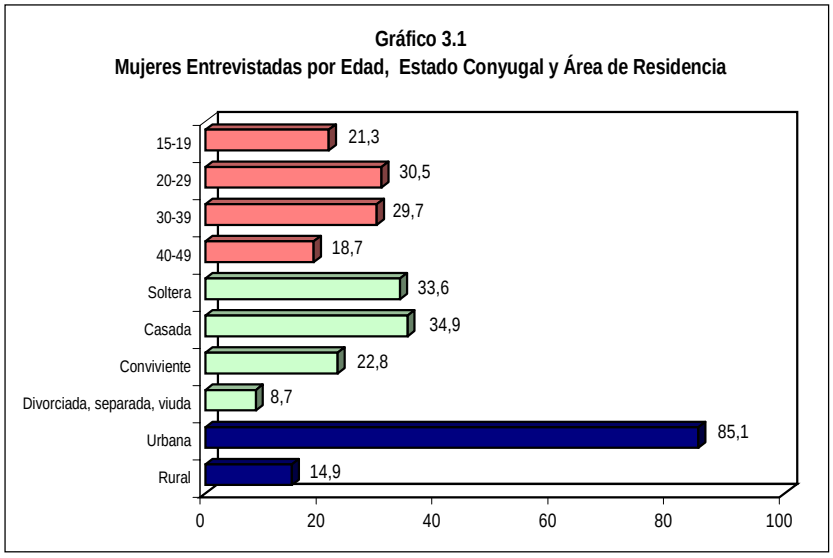
El propósito de este capítulo es describir la situación de las mujeres en edad reproductiva del departamento de Tumbes. Esta información es de utilidad para entender el contexto de la reproducción y de la salud y para el cálculo de indicadores de la situación de la mujer que se espera que sirvan como 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

- La **ENDES 2000**, entrevistó en Tumbes a 1059 mujeres de 15 a 49 años. Las entrevistadas se concentran en los primeros grupos de edad fértil: más de la mitad (52%) son menores de 30 años.

Gráfico 3.1

El estado civil es importante por la presencia de las uniones consensuales, lo que puede constituir un problema desde el punto de vista de la estabilidad del hogar y de la protección de la mujer y del niño.



- La proporción de mujeres casadas o convivientes es aproximadamente el 58 por ciento. Un tercio de las entrevistadas (34%) son mujeres solteras y 9 por ciento separadas, viudas o divorciadas.

3.2 NIVEL DE EDUCACION

Un hecho bastante conocido es que el nivel de educación de las mujeres influye de manera preponderante en sus actitudes y prácticas

relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo. Por otro lado, el nivel de educación está positivamente asociado con la situación socioeconómica. Los diferenciales y cambios en los niveles educativos son importantes para explicar las variaciones encontradas en muchas de las variables investigadas, resultados que se presentan más adelante.

Cuadro 3.1 y Gráfico 3.2

- El 23 por ciento de las mujeres entrevistadas tiene algún año de educación primaria, 52 por ciento secundaria, de las cuales la mitad llegó solo a secundaria incompleta (26%) y el 23 por ciento alcanzó nivel superior.

- Según el área de residencia el nivel educativo alcanzado por las MEF es diferencial. La mayoría de las mujeres entrevistadas, en el departamento de Tumbes, vive en el área urbana (85%) y menos de un quinto en el área rural (15%).La mediana de años de estudios es 10, con una diferencia de 2 años con respecto al área rural, debido al menor grado de estudios alcanzados, denotándose en el área urbana un porcentaje ascendente del nivel educativo, inversamente proporcional a la rural, finalmente logrando una diferencia de más del 10 por ciento de mujeres con educación superior.

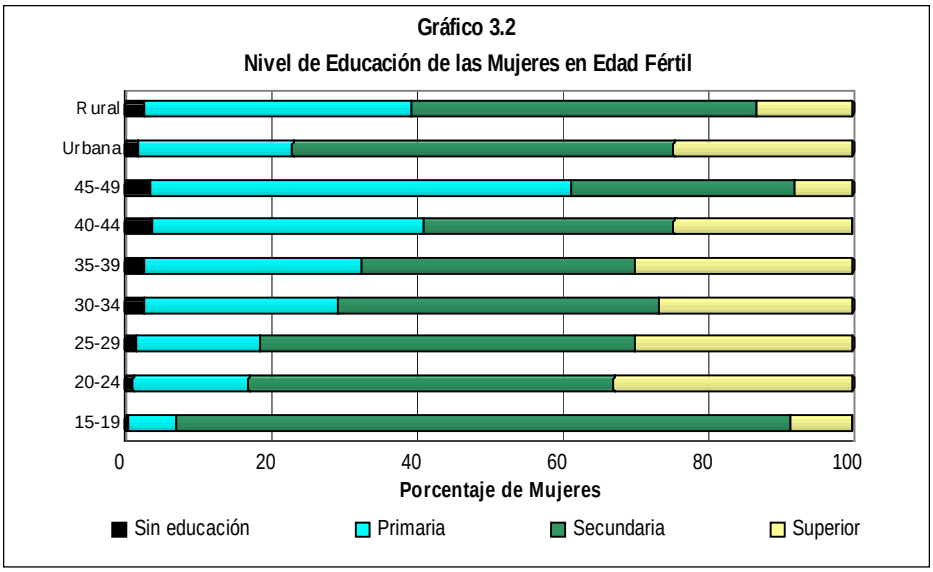
- Se evidencia una diferencia significativa del nivel educativo alcanzado según la zona de residencia, por cuanto existe un 16 por ciento más de mujeres del área urbana con grado de estudios secundarios a más (77% en el área urbana vs. 61% en el área rural).

- Es significativo el alto porcentaje de deserción de las mujeres rurales antes de completar sus estudios secundarios (29%), así mientras en el área rural es mayor la proporción de mujeres sin educación o con primaria incompleta (23%), en el área urbana predominan las MEF con secundaria completa.

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, Tumbes 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	0,4	2,2	4,4	63,3	21,2	8,4	100,0	226	9,0
20-24	1,1	7,7	8,2	19,1	31,1	32,8	100,0	183	10,4
25-29	1,4	10,7	6,4	18,6	32,9	30,0	100,0	140	10,4
30-34	2,6	13,6	13,0	20,8	23,4	26,6	100,0	154	10,0
35-39	2,5	15,6	14,4	13,8	23,8	30,0	100,0	160	10,2
40-44	3,6	18,2	19,1	13,6	20,9	24,5	100,0	110	7,9
45-49	3,4	35,2	22,7	6,8	23,9	8,0	100,0	88	5,5
Area de residencia									
Urbana	1,8	11,0	10,2	25,9	26,5	24,7	100,0	901	10,0
Rural	2,5	20,3	16,5	28,5	19,0	13,3	100,0	158	8,2
Total	1,9	12,3	11,1	26,3	25,4	23,0	100,0	1 059	9,8



Cuadro 3.2 y 3.3

Asistencia y Alfabetismo

- En el departamento de Tumbes hay un 7 por ciento de analfabetismo o conocimientos muy limitados del idioma, a considerar que las MEF de 15 a 34 años tienen un nivel educativo superior a las mujeres de 35 a 49 años.

- El 57 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de edad asistía a un centro de enseñanza regular, según la ENDES 2000, porcentaje que es mayor al observado en 1996 (39%).

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, Tumbes 2000

Asiste actualmente/ Razón de abandono	Nivel de educación alcanzado					Total
	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	
Actualmente asiste	*	**12,0**	**71,3**	**47,6**	**63,3**	**56,9**
Quedó embarazada	*	4,0	5,6	4,8	5,1	4,9
Se casó	*	8,0	10,1	7,6	2,5	7,6
Tenía que cuidar los niños más pequeños	*	4,0	1,1	1,0	1,3	1,2
La familia necesitaba ayuda	*	16,0	1,7	1,0	0,0	2,7
No podían pagar la pensión	*	16,0	0,0	11,4	3,8	4,9
Enfermedad	*	8,0	0,6	0,0	0,0	1,2
Necesitaba ganar dinero	*	12,0	3,4	2,9	10,1	5,7
Se graduó/ suficiente estudio	*	0,0	0,0	14,3	11,4	5,9
No aprobó examen de ingreso	*	0,0	0,0	3,8	0,0	1,0
No quiso estudiar	*	20,0	5,6	1,0	1,3	6,2
Escuela muy lejos/ no había escuela	*	0,0	0,6	0,0	0,0	0,2
Otra	*	0,0	0,0	2,9	0,0	0,7
NS/ Sin información	*	0,0	0,0	1,9	1,3	0,7
Total	*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	19	25	178	105	79	405

* : Menos de 20 casos.

- Las principales causas del abandono escolar son los motivos relacionados con el matrimonio, afectando al 8 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años del departamento de Tumbes, la mayoría con estudios secundarios incompletos (10%). Por otro lado, la proporción de mujeres que declaró "no quiso estudiar" fue 6 por ciento, limitándose solo a los estudios primarios.

- Como se mostró en el cuadro 3.1, el departamento de Tumbes, un cuarto de mujeres alcanzó solo primaria o no tiene instrucción. De esta población, más de la mitad (19%) podía leer sin dificultad, un 7 por ciento no puede leer o lee con dificultad una carta o periódico, limitación que se presenta en mayor proporción entre las mujeres de mayor edad.

- Mientras que en el área urbana el 7 por ciento de las mujeres con primaria o sin nivel educativo no pueden leer y entender una carta o periódico con facilidad, en el área rural 6 por ciento tiene esa limitación.

Cuadro 3.3 Alfabetismo por características seleccionadas

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

Características	Sin escolaridad o escuela primaria			Con educación secundaria o más	Total	Número de mujeres
	No puede leer	Lee con dificultad	Lee fácilmente			
Edad						
15-19	0,9	1,3	4,9	92,9	100,0	226
20-24	2,2	3,3	11,5	83,1	100,0	183
25-29	5,0	0,7	12,9	81,4	100,0	140
30-34	3,9	1,3	24,0	70,8	100,0	154
35-39	5,6	3,8	23,1	67,5	100,0	160
40-44	5,5	2,7	32,7	59,1	100,0	110
45-49	11,4	5,7	44,3	38,6	100,0	88
Area de residencia						
Urbana	4,2	2,5	16,2	77,1	100,0	901
Rural	3,8	1,9	33,5	60,8	100,0	158
Total	4,1	2,5	18,8	74,6	100,0	1 059

3.3 ACCESO A MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN

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

Cuadro 3.4

Acceso a medios masivos de comunicación

- En el 2000, el 80 por ciento de las mujeres entrevistadas acceden a algún medio de comunicación masivo al menos una vez por semana, siendo la televisión el medio más difundido a nivel del departamento de Tumbes(72%).

- La radio se coloca en segundo lugar (59%) y el periódico ocupa un tercer lugar (12%).

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, Tumbes 2000

Características	Ningún medio de comunicación	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	Número de mujeres
Edad						
15-19	13,3	10,6	75,2	70,4	8,0	226
20-24	21,3	10,4	68,9	58,5	6,6	183
25-29	20,0	10,0	75,7	58,6	5,7	140
30-34	18,8	18,8	76,0	55,8	13,0	154
35-39	21,9	16,3	71,9	53,7	8,8	160
40-44	26,4	7,3	68,2	47,3	6,4	110
45-49	30,7	13,6	61,4	56,8	10,2	88
Area de residencia						
Urbana	17,3	14,0	75,0	61,4	9,4	901
Rural	38,6	3,8	54,4	43,0	1,9	158
Nivel de educación						
Sin educación	(60,0)	(0,0)	(25,0)	(30,0)	(0,0)	20
Primaria	35,3	4,0	56,2	46,6	2,4	249
Secundaria	15,7	11,9	76,5	61,7	7,5	547
Superior	12,7	23,4	81,6	66,4	16,8	244
Total	20,5	12,4	71,9	58,6	8,3	1 059

( ): Entre 20 y 24 casos.

Este orden de preferencia varía según el área de residencia y el nivel educativo de las entrevistadas. El mayor acceso a medios masivos de comunicación se da en el área urbana y entre las mujeres de mayor educación.

- En el área rural es notorio que el difícil acceso de los periódicos como medios de información o el grado de alfabetización hace que sean el medio menos usado (4%).

3.4 SITUACION LABORAL

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

La ENDES 2000 cubre los siguientes temas:

- Trabajo de la entrevistada en los últimos doce meses, tipo actual de empleo y continuidad.

- Tipo de ocupación de las mujeres, categorías de ocupación y si recibe o no remuneración en dinero.

Cuadro 3.5

Situación laboral

- El 38 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) tuvo trabajo en los últimos 12 meses. La mayoría se encontraba laborando y un 5 por ciento aunque trabajó en algún momento del año, no estaba trabajando en la semana anterior al día de la entrevista.

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, Tumbes 2000

Características	No trabaja actualmente		Trabaja actualmente				Número de mujeres
	No trabajó en los últimos 12 meses	Si trabajó en los últimos 12 meses	Trabaja durante todo el año	Trabaja por temporada	Ocasional-mente	Total	
Edad							
15-19	85,8	4,4	4,9	3,5	1,3	100,0	226
20-24	64,5	9,3	15,3	8,7	2,2	100,0	183
25-29	52,9	5,7	35,0	6,4	0,0	100,0	140
30-34	51,3	3,2	37,0	7,8	0,6	100,0	154
35-39	55,6	1,3	35,6	7,5	0,0	100,0	160
40-44	48,2	2,7	39,1	8,2	1,8	100,0	110
45-49	60,2	3,4	30,7	0,0	5,7	100,0	88
Estado conyugal							
Soltera	72,5	5,0	15,1	6,4	0,8	100,0	356
Casada	58,4	2,7	32,2	5,1	1,6	100,0	369
Conviviente	64,9	5,0	22,3	6,2	1,7	100,0	242
Divorciada, separada, viuda	30,4	8,7	48,9	9,8	2,2	100,0	92
Número de hijos vivos							
0	72,1	5,5	14,3	6,5	1,6	100,0	383
1-2	54,8	5,1	33,5	5,4	1,2	100,0	333
3-4	56,4	3,1	33,5	5,7	1,3	100,0	227
5+	62,1	2,6	25,0	8,6	1,7	100,0	116
Area de residencia							
Urbana	60,0	4,7	27,4	6,4	1,6	100,0	901
Rural	74,7	3,8	15,8	5,1	0,6	100,0	158
Nivel de educación							
Sin educación	(60,0)	(10,0)	(20,0)	(5,0)	(5,0)	(100,0)	20
Primaria	67,9	2,4	20,9	7,2	1,6	100,0	249
Secundaria	70,1	5,1	17,9	5,5	1,5	100,0	547
Superior	38,9	4,9	48,4	7,0	0,8	100,0	244
Total	62,2	4,5	25,6	6,2	1,4	100,0	1 059

( ): Entre 20 y 24 casos.

- Tan solo la cuarta parte de la población femenina de 15 a 49 años del departamento de Tumbes trabajan en forma permanente (26%), las demás trabajan por temporadas (6%) o lo hacen de vez en cuando (1%).

- Los mayores niveles de mujeres que trabajan en forma permanente se presentan entre las de 25 a más años de edad; entre las separadas, viudas o divorciadas (49%); aquéllas que tienen hijos; las que tienen educación superior (48%) y las residentes del área urbana (27%).

Cuadro 3.6

- Por las características territoriales, el departamento de Tumbes goza de un área rural donde trabaja el mayor porcentaje de mujeres con educación superior (32% vs. 27%), difiriendo de otros departamentos con características sociodemográficas diferentes.

- Por ser Tumbes un departamento eminentemente dedicado a la pesca, más que a la agricultura, es que en las labores agrícolas solo trabaja alrededor del 1 por ciento de MEF, mientras que la mayoría se dedica a ocupaciones de comercio o

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, Tumbes 2000

Características	Empleo agrícola		Empleo no agrícola				Hogar y domésticos	Total	Número de mujeres
	Tierra propia	Tierra de la familia	Profes./ Tecnicos/ Administrad.	Oficinista	Comercio y servicios	Trabajo manual calificado			
Edad									
15-19	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(4,5)	(36,4)	(9,1)	(50,0)	(0,0)	22
20-24	0,0	0,0	16,7	10,4	33,3	6,2	33,3	0,0	48
25-29	0,0	1,7	32,8	8,6	44,8	3,4	8,6	0,0	58
30-34	0,0	0,0	38,6	5,7	41,4	2,9	10,0	1,4	70
35-39	0,0	0,0	37,7	8,7	36,2	4,3	11,6	1,4	69
40-44	1,9	0,0	24,1	9,3	51,9	5,6	7,4	0,0	54
45-49	0,0	0,0	15,6	0,0	53,1	6,2	25,0	0,0	32
Estado conyugal									
Soltera	0,0	0,0	28,8	10,0	27,1	3,8	30,0	0,0	80
Casada	0,7	0,0	35,4	7,6	45,1	4,2	6,3	0,7	144
Conviviente	0,0	1,4	16,4	2,7	57,5	4,1	17,8	0,0	73
Divorciada, separada, viuda	0,0	0,0	21,4	8,9	35,7	8,9	23,2	1,8	56
Número de hijos vivos									
0	0,0	0,0	31,4	11,6	25,6	3,5	27,9	0,0	86
1-2	0,0	0,7	32,8	7,5	44,0	4,5	10,4	0,0	134
3-4	0,0	0,0	28,3	5,4	45,7	5,4	13,0	2,2	92
5+	2,4	0,0	2,4	2,4	63,4	7,3	22,0	0,0	41
Area de residencia									
Urbana	0,0	0,3	27,3	7,8	43,3	5,0	15,7	0,6	318
Rural	2,9	0,0	32,4	2,9	32,4	2,9	26,5	0,0	34
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	6
Primaria	1,4	1,4	1,4	0,0	50,0	8,1	36,5	1,4	74
Secundaria	0,0	0,0	8,8	5,9	60,3	6,6	17,6	0,7	136
Superior	0,0	0,0	62,0	13,1	21,2	0,7	2,9	0,0	137
Total	0,3	0,3	27,8	7,4	42,2	4,8	16,7	100,0	352

*: Menos de 20 casos.

( ): Entre 20 y 24 casos.

servicio, (42%). En segundo lugar, las mujeres trabajan en los grupos de profesionales, técnicos o afines (28%).

Cuadro 3.7

- La mayoría de las mujeres (58%) trabajan para personas que no son su familia, el 35 por ciento son trabajadoras independientes, ambas en mayor proporción en forma remunerada.

- La mayoría de las mujeres con estudios superiores dependen de una empresa o de una persona no familiar como dadora de trabajo (79%), mientras que, las mujeres con nivel de educación inferior trabajan por cuenta propia. Asociándose con el cuadro anterior, donde la mayoría de las MEF dependen de un trabajo por préstamo de servicios o comercio.

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

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, Tumbes 2000

Características	Trabaja por cuenta propia	Trabaja para otra persona (no familiar)		Trabaja para un familiar		Total	Número de mujeres
	Recibe dinero	Recibe dinero	No recibe dinero	Recibe dinero	No recibe dinero		
Edad							
15-19	(9,1)	(63,6)	(0,0)	(13,6)	(13,6)	(100,0)	22
20-24	22,9	68,7	0,0	4,2	4,2	100,0	48
25-29	34,5	55,2	1,7	8,6	0,0	100,0	58
30-34	40,0	55,7	0,0	4,3	0,0	100,0	70
35-39	31,9	63,8	1,4	1,4	1,4	100,0	69
40-44	44,4	51,9	0,0	3,7	0,0	100,0	54
45-49	50,0	37,5	3,1	9,4	0,0	100,0	32
Area de residencia							
Urbana	34,5	57,1	0,9	5,6	1,9	100,0	318
Rural	38,2	58,8	0,0	2,9	0,0	100,0	34
Nivel de educación							
Sin educación	*	*	*	*	*	*	6
Primaria	41,9	48,6	1,4	8,1	0,0	100,0	74
Secundaria	50,7	38,2	1,5	6,6	2,9	100,0	136
Superior	16,8	78,8	0,0	2,9	1,5	100,0	137
Total	34,8	57,2	0,8	5,4	1,7	100,0	352

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

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

Decisiones sobre aspectos importantes en el hogar

- La mayoría de mujeres (78 por ciento) deciden ellas mismas en que gastar el dinero que ganan. Las mayores proporciones de mujeres con esta característica se presentan entre las que no tienen ningún tipo de relación o unión conyugal.

- Gran proporción de mujeres que trabajan (81%) contribuyen al sostenimiento del hogar, atendiendo al menos una parte de sus gastos: 33 por ciento menos de la mitad, 31 por ciento más de la mitad y un 17 por ciento la totalidad de gastos del hogar. La proporción de mujeres que trabajan y mantienen el hogar es mayor entre las mujeres de 25 años a más, principalmente entre las separadas, viudas o divorciadas, o las que tienen hijos.

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, Tumbes 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 alguién más	Alguien más decide		Casi nada	Menos de la mitad	La mitad o más	Todo		
Edad										
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
20-24	82,6	15,2	2,2	100,0	39,1	37,0	21,7	2,2	100,0	46
25-29	68,4	28,1	3,5	100,0	15,8	36,8	33,3	14,0	100,0	57
30-34	82,9	15,7	1,4	100,0	14,3	38,6	30,0	17,1	100,0	70
35-39	82,1	17,9	0,0	100,0	11,9	35,8	37,3	14,9	100,0	67
40-44	70,4	25,9	3,7	100,0	9,3	24,1	37,0	29,6	100,0	54
45-49	83,9	9,7	6,5	100,0	12,9	35,5	25,8	25,8	100,0	31
Estado conyugal										
Soltera	94,7	1,3	2,7	100,0	40,0	29,3	25,3	5,3	100,0	75
Casada/ conviviente	67,6	29,6	2,8	100,0	13,6	36,6	32,4	17,4	100,0	213
Divorciada, separada, viuda	96,4	1,8	1,8	100,0	8,9	26,8	35,7	28,6	100,0	56
Número de hijos vivos										
0	92,6	3,7	2,5	100,0	40,7	29,6	27,2	2,5	100,0	81
1-2	71,4	24,8	3,8	100,0	13,5	36,1	29,3	21,1	100,0	133
3-4	70,0	28,9	1,1	100,0	12,2	32,2	33,3	22,2	100,0	90
5+	90,0	7,5	2,5	100,0	5,0	35,0	42,5	17,5	100,0	44
Area de residencia										
Urbana	78,4	18,4	2,9	100,0	17,1	33,2	32,6	17,1	100,0	309
Rural	76,5	23,5	0,0	100,0	32,4	35,3	20,6	11,8	100,0	34
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
Primaria	79,5	16,4	4,1	100,0	17,8	34,2	30,1	17,8	100,0	73
Secundaria	79,2	16,9	3,1	100,0	23,1	36,9	26,2	13,8	100,0	130
Superior	75,6	23,0	1,5	100,0	14,8	29,6	37,8	17,8	100,0	135
Total	78,2	18,9	2,6	100,0	18,6	33,4	31,4	16,6	100,0	343

*** :** Menos de 20 casos.

Cuadros 3.9 y 3.9a

- Solo 1 de cada 4 mujeres unidas (casadas o convivientes) 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 (25%).
- La proporción de mujeres no unidas que deciden ellas mismas en que se gasta el dinero (95%), es mayor que en la mujeres unidas (72%), incluso cuando se analiza su distribución por nivel de contribución a los gastos del hogar.

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, Tumbes 2000.

Contribución a los gastos del hogar	Actualmente unidas				Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada	Junto con el esposo/ compañero	Sólo el esposo/ compañero decide	Otra persona		
Proporción de gastos del hogar que paga la entrevistada						
Casi nada	78,8	15,2	6,1	0,0	100,0	33
Menos de la mitad	75,3	22,5	1,1	0,0	100,0	89
La mitad o más	72,9	25,9	1,2	0,0	100,0	85
Todo	62,0	32,0	4,0	2,0	100,0	50
Total	72,4	24,5	2,3	0,4	100,0	257

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, Tumbes 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	96,8	0,0	3,2	100,0	31
Menos de la mitad	92,3	3,8	3,8	100,0	26
La mitad o más	(95,7)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	23
Todo	*	*	*	*	7
Total	95,4	1,1	2,3	100,0	87

*: Menos de 20 casos.

( ) : Entre 20 y 24 casos

Cuadro 3.10 y 3.10a

Decisiones en el hogar

- En el departamento de Tumbes, las mujeres en unión, en una mayor proporción que las mujeres no unidas, deciden ellas mismas sobre aspectos cotidianos del hogar: el cuidado de su salud (67% vs. 42%), compras para las necesidades diarias del hogar (71% vs.10%) y qué comida se debe cocinar cada día (68% vs.12%). Esto parece ser que se debe a la dependencia familiar de las mujeres sin algún tipo de relación conyugal.
- Cuando se trata de decisiones con alguna trascendencia, las mujeres no unidas dependen de alguien más, incluso para el cuidado de su salud, llegando casi a la mitad de aquellas (49%). De la misma manera, cuando se trata de grandes compras del hogar, tanto las mujeres unidas como sin unión conyugal, no las deciden (21% y 84% respectivamente). Por otro lado, si se trata de visitar por si mismas a la familia, amistades, etc., aunque las unidas le llevan la ventaja a las no unidas, es mayor la proporción que toma la decisión junto con la pareja conyugal (61%).

Cuadro 3.10 Decisiones en el hogar

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

Tipo de decisión	Actualmente unidas						Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada decide	Junto con el esposo/com-pañero	Junto con alguien más	Solo el esposo/com-pañero decide	Otra persona	Sin informació n		
El cuidado de su salud	66,7	24,2	0,7	6,7	1,6	0,1	100,0	689
Las grandes compras del hogar	15,8	60,1	3,3	14,5	6,1	0,0	100,0	689
Compras para las necesidades diarias del hogar	70,9	13,9	3,9	5,4	5,8	0,1	100,0	689
Visitar a familia, amigos o parientes	22,5	61,3	5,8	7,4	2,8	0,1	100,0	689
Qué comida se debe cocinar cada día	68,4	14,8	7,7	2,5	6,7	0,0	100,0	689

Cuadro 3.10a Decisiones en el hogar

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

Tipo de decisión	No unidas				Total	Número de mujeres
	Sólo la entrevistada decide	Junto con alguien más	Otra persona	Sin informa-ción		
El cuidado de su salud	41,5	9,7	48,8	0,0	100,0	370
Las grandes compras del hogar	7,5	8,1	84,4	0,0	100,0	370
Compras para las necesidades diarias del hogar	10,0	7,5	82,2	0,3	100,0	370
Visitar a familia, amigos o parientes	17,8	20,5	61,7	0,0	100,0	370
Qué comida se debe cocinar cada día	12,1	13,5	73,9	0,0	100,0	370

Cuadro 3.11

- El 47 por ciento de las mujeres en edad fértil, tienen la última palabra en todas las decisiones del hogar que le fueron consultadas, proporción que es mayor en el área rural (54%) que en el área urbana (46%).
- Según características sociodemográficas de las entrevistadas, las mayores proporciones de mujeres que ellas mismas tienen la última palabra se presentan entre las de 25 años de edad ó más, entre las alguna vez unidas y unidas, las que tienen hijos, en las de menor nivel, y en las que trabajan y reciben dinero.

Cuadro 3.11 Ultima 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, Tumbes 2000

Características	Sola o con otra persona tiene la última palabra en:					Tiene la última palabra en todas las anteriores decisiciones	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	39,4	10,2	16,4	29,6	24,3	4,9	40,3	226
20-24	72,7	41,0	47,5	64,5	53,0	30,6	15,8	183
25-29	87,1	67,9	78,6	83,6	84,3	58,6	3,6	140
30-34	90,9	73,4	81,2	87,0	81,8	61,0	1,3	154
35-39	95,0	81,9	86,9	90,0	88,1	68,7	0,6	160
40-44	94,5	89,1	91,8	93,6	95,5	83,6	0,9	110
45-49	93,2	79,5	88,6	87,5	90,9	65,9	2,3	88
Estado conyugal								
Soltera.	49,3	12,3	14,6	35,9	23,2	4,5	34,7	356
Casada/ conviviente	91,3	81,4	91,2	90,0	93,6	70,9	0,8	611
Divorciada, separada, viuda	94,6	68,5	72,8	88,0	71,7	57,6	2,2	92
Número de hijos vivos								
0	50,5	17,2	19,8	41,1	27,9	7,0	31,8	383
1-2	91,0	76,0	85,0	88,0	86,5	65,3	1,8	333
3-4	94,3	83,7	91,6	91,6	94,3	76,2	1,3	227
5+	94,8	81,9	94,0	86,2	96,6	73,3	0,0	116
Area de residencia								
Urbana	77,3	56,3	63,0	71,0	66,9	46,2	12,8	901
Rural	78,5	61,4	68,4	75,3	74,7	54,4	9,5	158
Nivel de educación								
Sin educación	(65,0)	(55,0)	(70,0)	(75,0)	(80,0)	(55,0)	(10,0)	20
Primaria	85,9	67,9	81,1	77,5	85,9	59,8	6,0	249
Secundaria	71,5	49,8	57,5	65,7	60,9	41,1	17,2	547
Superior	83,2	62,3	59,8	78,7	64,8	48,4	8,2	244
Trabajo actual								
No trabaja	72,2	48,9	58,8	65,1	65,0	41,9	15,8	707
Trabaja por dinero	89,0	74,4	75,0	85,5	74,7	59,3	4,9	343
Trabaja sin paga/ dinero	*	*	*	*	*	*	*	9
Total	77,5	57,0	63,8	71,6	68,0	47,4	12,3	1059

***:** Menos de 20 casos.

( ) : Entre 20 y 24 casos

Cuadro 3.12

- Casi el 100 por ciento 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: "está cansada o no está de humor", "ha tenido recientemente un parto", "ella sabe que el esposo tiene relaciones con otras mujeres", o cuando tiene conocimiento que su marido "tiene una ETS".
- El porcentaje de entrevistadas que está de acuerdo con todas las razones indicadas es menor y se sitúa en 78 por ciento y no hay gran diferencia entre el área rural (82%) y la urbana (77%). Se evidencia una tendencia a elevar este porcentaje entre las mujeres que tienen 5 o más hijos o han tenido en algún momento algún tipo de relación conyugal.

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, Tumbes 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 reciente-mente	El esposo tiene relaciones con otras mujeres	Sabe que esposo tiene ETS			
Edad							
15-19	81,0	92,9	92,0	95,6	77,9	3,1	226
20-24	86,3	94,0	94,5	96,7	78,7	1,1	183
25-29	84,3	99,3	90,0	97,1	76,4	0,0	140
30-34	83,8	97,4	86,4	96,7	74,0	0,6	154
35-39	85,6	98,1	91,9	98,1	80,6	0,6	160
40-44	90,9	99,1	87,3	99,1	82,7	0,0	110
45-49	86,4	94,3	87,5	97,7	75,0	0,0	88
Estado conyugal							
Soltera	81,2	93,3	91,0	96,4	75,6	2,5	356
Casada/ conviviente	86,6	97,2	90,5	97,1	79,1	0,3	611
Divorciada, separada, viuda	88,0	100,0	88,0	98,9	79,3	0,0	92
Número de hijos vivos							
0	81,8	93,8	99,2	97,1	76,0	1,8	383
1-2	85,0	98,2	90,7	97,0	78,1	0,6	333
3-4	85,0	97,4	89,4	96,9	78,4	0,4	227
5+	94,8	95,7	86,2	96,6	82,8	0,9	116
Area de residencia							
Urbana	84,1	96,0	90,7	97,5	77,2	1,0	901
Rural	89,9	96,8	89,2	94,3	82,3	1,3	158
Nivel de educación							
Sin educación	(85,0)	(90,0)	(80,0)	(85,0)	(75,0)	(10,0)	20
Primaria	87,0	94,0	88,0	96,0	77,1	0,8	249
Secundaria	83,8	96,4	91,2	96,7	77,9	1,3	547
Superior	85,2	98,4	92,2	99,6	79,1	0,0	244
Trabajo actual							
No trabaja..	85,9	95,3	91,2	96,6	79,4	1,4	707
Trabaja por dinero	83,7	98,3	89,0	97,7	75,6	0,3	343
Trabaja sin paga/ dinero	*	*	*	*	*	*	9
Decisiones en las cuales una mujer tiene la ultima palabra							
0-1	76,8	90,3	88,8	95,0	71,0	3,5	259
2-3	82,5	97,2	90,4	96,0	74,6	0,6	177
4-5	89,0	98,2	91,2	81,1	81,8	0,2	624
Total	84,9	96,1	90,5	97,0	77,9	1,0	1059

( ): Entre 20 y 24 casos.

*: 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. 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

- El departamento de Tumbes se encuentra por debajo del nivel de fecundidad del país, mientras para el total del país la tasa global de fecundidad es 2.9 hijos por mujer, la del departamento de Tumbes es 2.3. La tasa de fecundidad en el área rural es algo más alta con respecto a la urbana (2.7 vs. 2.2).

- Las tasas de fecundidad por edad, en promedio, son relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva (57 nacimientos por mil) pero alcanzan su mayor nivel, duplicando las cifras anteriores, en el grupo de 20 a 24 años de edad y descienden a partir de los 30 a 34 años.

- La tasa de fecundidad por edad más alta en el área rural la tienen las mujeres de 20 a 24 años (180 nacimientos por mil), está tasa excede en 70 por mil que la del área urbana en las mujeres del mismo grupo de edad (110 por mil). En el área urbana la tasa de fecundidad más alta se manifiesta entre las mujeres de 20 a 29 años.

- La tasa de fecundidad general (TFG) en el departamento de Tumbes llega a 78 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad. En el área rural a 97 nacimientos en comparación a 75 en el área urbana. Comparativamente con los valores estadísticos a nivel nacional podríamos decir que Tumbes es uno de los departamentos con más bajos índices de fecundidad, incluso para el área rural que tiene más de 50 nacimientos por mil por debajo del índice nacional (97 vs. 148).

- La tasa bruta de natalidad (TBN) es de 19 nacimientos por cada mil habitantes, sin diferencia significativa por área de residencia.

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 4.1 Niveles de fecundidad

Tasas especificas por edad, tasas acumuladas de fecundidad y tasa bruta de natalidad para los tres años que precedieron la encuesta, por area de residencia, Tumbes 2000

Grupo de edad e indicador	Area de Residencia		Total
	Urbana	Rural	
Edad			
15-19	56	67	57
20-24	110	180	123
25-29	112	131	115
30-34	83	74	81
35-39	63	39	59
40-44	14	54	18
45-49	7	0	6
Indicador			
Tasa global de fecundidad [1/]	2,2	2,7	2,3
Tasa general de fecundidad [2/]	75	97	78
Tasa bruta de natalidad [3/]	18,5	20,2	18,8

[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

Cuadro 4.2

Fecundidad por características demográficas

- La diferencia existente entre el área urbana y rural se aprecia tanto en el nivel de fecundidad como en la paridez. Mientras hay 4 mujeres actualmente embarazadas en el área rural, en la urbana existen 3.

- Se observa la tendencia inversamente proporcional de la tasa de fecundidad con respecto al nivel de educación de la mujer, se aprecia entre los grupos extremos de educación una diferencia de casi 5 nacidos vivos menos de las MEF con estudios superiores con respecto a las sin educación (2.0 vs. 6.6).

- El número medio de hijos de las mujeres de 40 a 49 años de edad, indica la fecundidad al término de la vida reproductiva con las mismas características decrecientes según su nivel educativo.

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

Cuadro 4.2 Fecundidad y paridez según lugar de residencia y educación

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

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

Cuadro 4.3

- En el departamento de Tumbes, se evidencia una significativa y progresiva reducción de la fecundidad de los cuatro quinquenios anteriores a la edad de la madre al nacimiento del primer hijo, hasta la fecha tal que, las tasa de fecundidad de los últimos cinco años son la mitad de lo que fueron hace 20, más evidente entre las mujeres de 30 a 34 años con una reducción del 59 por ciento; al pasar de 232 a 95 por mil.

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

Tasas especificas de fecundidad para periódos quinquenales que precedieron la encuesta, por edad de la madre, Tumbes 2000

Edad de la madre[1]	Años antes de la encuesta		
	0-4	5-9	10-14
15-19	56	83	112
20-24	133	172	185
25-29	131	151	177
30-34	95	107	165
35-39	61	93	113
40-44	21	70	-
45-49	5	-	-

[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 Tumbes, tiene un promedio de 2 hijos nacidos vivos, en cambio las mujeres actualmente unidas tienen en promedio 3 hijos.

- 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, tanto para el total de mujeres (0.1 para las de 15 a 19 años a 5.4 para las de 45 a 49) como para las actualmente unidas (0.7 para las mujeres de 15 a 19 a 5.8 para las de 45-49).

- 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 o relación estable para la tenencia de prole.

- Cabe resaltar que hay un 13 por ciento de mujeres multíparas (mujeres con 5 o más hijos), cifra que bajo la unión conyugal asciende hasta 20 por ciento de las mujeres en edad fértil.

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

Distribución porcentual de todas las mujeres y las mujeres en unión, por número de hijos nacidos vivos y promedio de hijos nacidos vivos y sobrevivientes, según edad, Tumbes 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	91,2	8,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	226,0	0,1	0,1
20-24	54,1	29,5	10,4	4,9	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	183,0	0,7	0,7
25-29	19,3	27,9	27,9	18,6	3,6	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	140,0	1,7	1,6
30-34	16,2	13,0	24,7	22,7	11,0	8,4	2,6	1,3	0,0	0,0	0,0	100,0	154,0	2,4	2,3
35-39	8,8	10,6	23,1	22,5	16,3	7,5	6,9	1,3	2,5	0,0	0,6	100,0	160,0	3,0	2,8
40-44	4,5	4,5	14,5	18,2	21,8	12,7	10,9	4,5	3,6	3,6	0,9	100,0	110,0	4,1	3,9
45-49	5,7	5,7	5,7	14,8	17,0	5,7	13,6	6,8	3,4	10,2	11,4	100,0	88,0	5,4	4,6
Total	35,9	14,9	14,7	13,1	8,4	4,5	3,7	1,4	1,0	1,2	1,1	100,0	1059,0	2,0	1,9
	MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS														
15-19	34,6	57,7	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	26,0	0,7	0,7
20-24	9,9	56,8	19,8	11,1	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	81,0	1,4	1,4
25-29	3,8	31,4	32,4	23,8	4,8	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	105,0	2,1	2,0
30-34	3,5	10,6	29,2	29,2	11,5	10,6	3,5	1,8	0,0	0,0	0,0	100,0	113,0	2,9	2,7
35-39	1,6	6,3	26,2	26,2	18,3	9,5	7,1	1,6	2,4	0,0	0,8	100,0	126,0	3,4	3,1
40-44	1,1	3,3	14,3	19,8	25,3	12,1	11,0	3,3	4,4	4,4	1,1	100,0	91,0	4,3	4,0
45-49	2,9	2,9	4,3	17,1	17,1	4,3	17,1	7,1	2,9	10,0	14,3	100,0	70,0	5,8	4,9
Total	4,9	19,4	21,9	21,2	12,7	6,9	5,7	2,0	1,5	1,8	2,0	100,0	611,0	3,1	2,8

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 (espaciamiento de los hijos). La ocurrencia en la población de intervalos intergenésicos de mayor duración no sólo puede significar menor número de promedio de hijos, sino también cambios en la distribución de este número a lo largo del periodo reproductivo. El cuadro 4.5 contiene la distribución de nacimientos para los cinco años anteriores a la ENDES 2000 por intervalo desde el nacido vivo previo según algunas características de las madres.

Cuadro 4.5

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

- El intervalo intergenésico más frecuente con el que han ocurrido los nacimientos en los últimos cinco años en el departamento de Tumbes, es de más de 48 meses (49%). La mediana del intervalo, es decir, el valor por debajo del cual ha ocurrido el 50 por ciento de los nacimientos es 47 meses; la misma que aumenta con la edad y con el orden de nacimiento.

- Hay que resaltar que existe un 19 por ciento de mujeres en edad fértil que tienen períodos intergenésicos menores a 24 meses, motivo por el cual las lleva a conformar el grupo de mujeres con alto riesgo obstétrico (ARO), cifra que se ha incrementado en 8 puntos porcentuales con respecto a la ENDES 1996; aspecto que se agrava con la edad mayor de 40 años y el factor multiparidad.

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, Tumbes 2000

Caracteristicas	Número de meses desde el nacimiento anterior					Total	Mediana del intervalo	Número de nacimientos
	7-17	18-23	24-35	36-47	48 +			
Edad								
15-19	*	*	*	*	*	*	*	2
20-29	8,0	15,0	24,0	19,0	34,0	100,0	38,0	100
30-39	6,9	10,0	13,8	12,3	56,9	100,0	52,8	130
40 +	4,0	4,0	4,0	20,0	68,0	100,0	-	25
Orden de nacimiento								
2-3	7,3	12,9	17,4	15,7	46,6	100,0	46,1	178
4-6	7,6	6,1	16,7	13,6	56,1	100,0	52,5	66
7 +	*	*	*	*	*	*	*	13
Sexo del nacimiento anterior								
Hombre	7,8	10,9	18,8	17,2	45,3	100,0	44,0	128
Mujer	6,2	12,4	14,7	14,7	51,9	100,0	48,8	129
Area de residencia								
Urbana	7,4	12,6	15,3	16,7	47,9	100,0	46,1	215
Rural	4,8	7,1	23,8	11,9	52,4	100,0	48,3	42
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	13
Primaria	4,0	14,7	17,3	16,0	48,0	100,0	45,5	75
Secundaria	5,5	10,0	16,4	15,5	52,7	100,0	50,0	110
Superior	11,9	10,2	15,3	15,3	47,5	100,0	45,5	59
Total	7,0	11,7	16,7	16,0	48,6	100,0	46,6	257

* Menos de 20 casos

Excluyen los nacimientos de primer orden.

4.4 EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO

La edad de la mujer cuando comienza su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población. En el cuadro 4.6 se presenta, para cada grupo de edad, el porcentaje de mujeres 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.

Cuadro 4.6

Edad al primer nacimiento

- El 16 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años tuvieron su primer hijo antes de los 18 años de edad, índice que reafirma el ARO para las gestantes a edades tempranas.

- Las mujeres de 30 a 34 años tuvieron a su primer hijo antes de los 18 años de edad en mayor proporción que las mujeres más jóvenes, lo que sugiere un cambio en el comportamiento reproductivo.

Cuadro 4.6 Edad al primer nacimiento

Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por edad al primer nacimiento, según edad actual, Tumbes 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	91,2	0,4	6,6	1,8	0,0	0,0	0,0	100,0	226	-
20-24	54,1	2,7	14,2	9,3	14,8	4,9	0,0	100,0	183	-
25-29	19,3	2,1	17,1	13,6	22,1	15,7	10,0	100,0	140	21,6
30-34	16,2	1,3	20,8	18,2	14,3	13,0	16,2	100,0	154	21,4
35-39	8,8	1,9	15,6	18,8	13,8	16,9	24,4	100,0	160	22,0
40-44	4,5	2,7	9,1	26,4	15,5	23,6	18,2	100,0	110	21,2
45-49	5,7	2,3	18,2	11,4	23,9	17,0	21,6	100,0	88	21,6

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

Cuadro 4.7

Edad al primer nacimiento por características seleccionadas

- En el departamento de Tumbes, la mediana al nacimiento del primer hijo casi no ha variado con respecto a la ENDES 1996 (de 21.8 en la 1996 a 21.6 años en la actual).

- La única característica que podría indicar que la mediana de edad al primer nacimiento aumenta, es la educación. a mayor nivel educativo es mayor la mediana de edad al primer nacimiento.

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, Tumbes 2000

Características	Edad actual					Mujeres 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Area de residencia						
Urbana	21,5	21,2	22,0	21,1	21,7	21,5
Rural	23,3	23,3	22,0	21,5	21,2	22,0
Nivel de educación						
Sin educación	18,0	20,0	17,0	20,0	21,3	19,8
Primaria	18,2	19,6	20,5	19,8	20,7	19,9
Secundaria	21,4	20,7	20,0	20,6	22,6	21,0
Superior	-	27,4	27,5	25,3	-	-
Total	21,6	21,4	22,0	21,2	21,6	21,6

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

4.5 FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

Para efectos de este informe, se considera como adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años. La conducta reproductiva de las adolescentes es de reconocida importancia, no sólo por las consecuencias de los embarazos no deseados (abortos, frustración, deserción escolar, etc.), sino también por las consecuencias económicas y de salud que ocasiona tanto en

la madre como en el niño. Si bien es cierto que los embarazos a temprana edad forman parte de la cultura de algunas regiones y grupos sociales, para la gran mayoría de mujeres no son deseados. Muchos de estos embarazos terminan en aborto, poniendo en peligro la vida de la adolescente, o en el abandono a la madre y al niño por parte del padre.

En el cuadro 4.8 se muestra los porcentajes de mujeres de 15-19 años con al menos un hijo nacido vivo o que estaba embarazada por primera vez al momento de la encuesta, según características seleccionadas.

Cuadro 4.8 y 4.9

Fecundidad de adolescentes

- En el departamento de Tumbes, el 9 por ciento de las mujeres de 17 a 19 años ya son madres y 2 por ciento esta embarazada con el primer hijo. Estos resultados concuerdan con el nivel de fecundidad del departamento, que es uno de los que tienen la menor tasa global de fecundidad del país. Incluso para la muestra del departamento no hay mujeres embarazadas y, aún menos, madres menores de 17 años.

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, Tumbes 2000

Características	Porcentaje de adolescentes		Total alguna vez embarazadas	Número de adolescentes
	Ya son madres	Están embarazadas con el primer hijo		
Edad				
15	0,0	0,0	0,0	52
16	0,0	0,0	0,0	52
17	12,8	2,1	14,9	47
18	15,4	10,3	25,6	39
19	22,2	0,0	22,2	36
Area de residencia				
Urbana	9,2	2,6	11,7	196
Rural	6,7	0,0	6,7	30
Nivel de educación				
Sin educación	*	*	*	1
Primaria	*	*	*	15
Secundaria	7,9	1,6	9,4	191
	*	*	*	19
Total	8,8	2,2	11,1	226

*: Para menos de 20 casos.

Cuadro 4.9 Número de hijos de mujeres adolescentes

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

Edad	Número de hijos			Total	Número promedio de hijos	Número de adolescentes
	0	1	2+			
15	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	52
16	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	52
17	87,2	10,6	2,1	100,0	0,2	47
18	84,6	15,4	0,0	100,0	0,2	39
19	77,8	19,4	2,8	100,0	0,3	36
Total	91,2	8,0	0,9	100,0	0,1	226

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 MÉTODOS

De manera similar que en la ENDES 1991-1992 y la ENDES 1996, la ENDES 2000 incluyó una sección completa sobre conocimiento y uso de métodos de planificación familiar. Para medir el conocimiento se preguntó a la entrevistada sobre qué métodos conocía o había oído hablar para demorar o evitar que la mujer quede embarazada. Por cada método no mencionado se le leyó el nombre, se hizo una breve descripción y se indagó nuevamente si había oído hablar de él. Cabe precisar que en la encuesta, "conocer" no significa necesariamente que la mujer tenga un buen nivel de información sobre el método; basta con que por lo menos lo conozca de nombre, o tenga una idea de cómo se emplea. Los niveles de conocimiento de métodos específicos de planificación familiar se muestran en el cuadro 5.1. El conocimiento de métodos en general y modernos en particular se detalla en el cuadro 5.2 para las mujeres unidas por características sociodemográficas seleccionadas.

Cuadro 5.1

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

- El conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción, en el departamento de Tumbes, es muy amplio. Más del 99 por ciento de mujeres en edades fértiles conoce o ha oído hablar de algún método anticonceptivo; incluso tratándose de los métodos modernos, la proporción de mujeres que los conoce es similar en el total de entrevistadas y las actualmente unidas.

- Los datos de las no unidas sexualmente activas se muestran sólo como referencia por tratarse de pocos casos, sin embargo cabe resaltar que, este grupo de mujeres tiene un conocimiento tan parejo de los métodos a utilizar como las actualmente unidas, si bien este porcentaje desciende en el grupo de amenorrea por lactancia o MELA (80% vs. 56%).

- El promedio de métodos anticonceptivos conocidos es de 10 métodos en casi todos los grupos de mujeres, excepto en aquellas sin experiencia sexual, en las que desciende a 9.

- Los métodos modernos más conocidos por el total de las mujeres entrevistadas en el departamento de Tumbes son muy parejos, siendo la píldora y el condón masculino la mayor proporción (99%). Para las actualmente unidas son la píldora y el inyectable.

- El Norplant, que es uno de los últimos métodos ingresados al medio nacional, no es desconocido para el 80 por ciento de las mujeres, salvo para las mujeres sin experiencia sexual (69%). Porcentaje aceptable considerando que el método sugerido está indicado sólo para las multíparas.

- El método menos conocido en todas las subpoblaciones consideradas en el cuadro, es el MELA. Entre los métodos tradicionales el menos conocido es el retiro, especialmente por las mujeres sin experiencia sexual.

Cuadro 5.1 Conocimiento de métodos específicos entre las mujeres entrevistadas

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

Método anticonceptivo	Nivel de exposición				
			Mujeres no unidas		
	Todas la mujeres	Mujeres actualmente unidas	Sexualmente activas [1]	No activas sexualmente	Sin experiencia sexual [2]
Cualquier método	99,4	99,8	100,0	98,3	99,0
Cualquier método moderno	99,4	99,8	100,0	98,3	99,0
Modernos					
Píldora	99,0	99,8	100,0	97,4	97,7
DIU	98,1	99,3	100,0	97,4	95,8
Inyección	98,7	99,8	100,0	97,4	96,8
Espuma/ jalea	89,9	94,4	96,0	90,4	80,3
Condón masculino	99,0	99,3	100,0	98,3	98,4
Esterilización femenina	97,5	99,0	100,0	96,5	94,5
Esterilización masculina	90,6	93,1	100,0	86,1	86,4
Norplant	80,0	85,6	80,0	80,0	68,9
Amenorrea por lactancia (MELA)	72,2	80,4	56,0	67,0	59,2
Tradicionales	93,6	96,2	96,0	91,3	89,0
Abstinencia periódica	92,0	94,9	96,0	88,7	87,1
Retiro	66,4	71,1	84,0	70,4	54,0
Folclóricos	6,7	7,5	4,0	7,0	5,2
Tradicional y folclórico	93,6	96,2	96,0	91,3	89,0
Promedio de métodos conocidos	9,9	10,2	10,2	9,8	9,2
Número de mujeres	1 059	611	25	115	308

[1] Mujeres no en unión que han tenido relaciones en los 30 días que precedieron la encuesta
[2] Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales

Cuadro 5.2

Conocimiento de métodos por características sociodemográficas de las mujeres actualmente unidas

- Prácticamente el 100 por ciento 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.

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.

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

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

Características	Conoce algún método	Conoce métodos modernos	Número de mujeres
Edad			
15-19	100,0	100,0	26
20-24	98,8	98,8	81
25-29	100,0	100,0	105
30-34	100,0	100,0	113
35-39	100,0	100,0	126
40-44	100,0	100,0	91
45-49	100,0	100,0	70
Area de residencia			
Urbana	99,8	99,8	511
Rural	100,0	100,0	100
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	15
Primaria	99,5	99,5	198
Secundaria	100,0	100,0	275
Superior	100,0	100,0	124
Total	99,8	99,8	611

*: Menos de 20 casos.

El uso pasado

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

Cuadro 5.3

- Más de la mitad del total de mujeres entrevistadas en el departamento de Tumbes ha usado alguna vez un método anticonceptivo (63%). La proporción que ha usado alguno moderno es 61 por ciento y entre ellos predomina la píldora anticonceptiva (41%), en segundo lugar el inyectable (34%).

- Si bien la píldora es el que más ha sido usado, su preferencia se encuentra principalmente en el sector de 30 a 39 años, mientras que la inyectable, como segundo método más utilizado, ha sido la

preferencia de el grupo etareo de 25 a 29 años.

- En cambio, el uso de métodos tradicionales en el pasado, por esta población es mayor (24%) y se trata especialmente del coitus interruptus o retiro antes de la eyaculación del varón(15%).

- En la población de las mujeres actualmente unidas entrevistadas en el departamento, el 94 por ciento ha usado algún método anticonceptivo alguna vez. Cualquier método moderno ha sido usado por el 91 por ciento de este grupo de mujeres y los métodos tradicionales, por el 35 por ciento.

- El método moderno con mayor porcentaje de uso alguna vez por las actualmente unidas es la píldora(63%) y de los métodos tradicionales, el más utilizado ha sido el retiro(21%).

- Cabe resaltar que, si bien el Norplant es uno de los métodos más seguros y es conocido por el 80 por ciento de las mujeres en edad fértil, es uno de los métodos menos usados (0,2%).

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, Tumbes 2000

Edad	Cualquier método	Métodos modernos: Total métodos modernos	Píldora	DIU	Inyec-ción	Espuma jalea	Condón mas-culino	Esterili-zación femenina	Esteriliza-ción masculina	Norplant	MELA	Tradicionales y folclóricos: Cualquier método tradicional	Abstinen-cia periódica	Retiro	Otro	Cualquier método tradicional o folclórico	Número de mujeres
	TODAS LAS MUJERES																
Edad																	
15-19	12,4	11,1	6,6	0,9	5,8	1,8	3,5	0,0	0,0	0,0	1,3	4,4	2,2	2,2	0,0	4,4	226
20-24	44,3	43,2	27,9	9,3	27,9	5,5	15,3	0,0	0,0	1,1	2,7	12,6	7,7	7,7	2,2	14,2	183
25-29	81,4	80,0	55,0	35,0	54,3	21,4	30,7	7,1	0,0	0,0	5,7	27,1	15,7	14,3	1,4	27,9	140
30-34	83,8	81,8	62,3	30,5	46,8	20,8	27,9	20,8	0,6	0,0	5,2	34,4	20,1	20,1	3,9	35,7	154
35-39	89,4	87,5	61,3	37,5	46,3	21,3	28,1	28,1	0,0	0,0	3,8	32,5	18,1	24,4	2,5	33,8	160
40-44	90,9	83,6	54,5	23,6	40,0	17,3	25,5	40,0	0,0	0,0	0,9	44,5	25,5	28,2	2,7	45,5	110
45-49	87,5	77,3	46,6	15,9	31,8	17,0	15,9	36,4	0,0	0,0	1,1	35,2	20,5	19,3	8,0	37,5	88
Total	63,3	60,5	41,3	20,3	33,7	13,6	19,7	15,4	0,1	0,2	3,0	24,1	13,9	14,8	2,5	25,2	1 059
	MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS																
Edad																	
15-19	80,8	76,9	50,0	7,7	42,3	15,4	23,1	0,0	0,0	0,0	11,5	23,1	15,4	7,7	0,0	23,1	26
20-24	85,2	84,0	55,6	19,8	59,3	11,1	27,2	0,0	0,0	1,2	6,2	21,0	12,3	11,1	4,9	24,7	81
25-29	97,1	95,2	66,7	41,9	65,7	25,7	35,2	9,5	0,0	0,0	6,7	30,5	15,2	18,1	1,9	31,4	105
30-34	98,2	97,3	75,2	38,9	55,8	23,9	34,5	23,9	0,9	0,0	7,1	39,8	23,9	23,0	3,5	40,7	113
35-39	97,6	95,2	68,3	42,1	54,0	23,0	30,2	33,3	0,0	0,0	4,8	37,3	21,4	28,6	2,4	38,1	126
40-44	93,4	86,8	56,0	27,5	41,8	15,4	24,2	41,8	0,0	0,0	1,1	44,0	23,1	28,6	2,2	45,1	91
45-49	92,9	84,3	47,1	20,0	32,9	17,1	17,1	42,9	0,0	0,0	1,4	34,3	20,0	18,6	10,0	37,1	70
Total	94,1	90,8	62,6	32,4	52,3	19,9	28,8	24,0	0,2	0,2	5,1	34,5	19,4	21,4	3,6	35,9	611

Prevalencia Actual del Uso de Métodos

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

Cuadro 5.4

Uso actual de métodos anticonceptivos

El uso de anticonceptivos se ha incrementado en el total de mujeres; 9 puntos porcentuales en las mujeres actualmente unidas desde las cifras registradas en la ENDES 1996 y la ENDES 2000 en el departamento de Tumbes.

A continuación, se presentan cifras del uso actual por métodos y el uso por características seleccionadas.

- El departamento de Tumbes es uno de los que registran el menor porcentaje de uso de métodos tradicionales en las mujeres unidas (8.5%), luego de Ucayali (7.9%). Sin embargo es el departamento con mayor uso de métodos modernos con un 69 por ciento de usuarias en las mujeres con algún tipo de vínculo conyugal y, si bien el método más usado es el inyectable, es el departamento que ocupa el primer lugar en el consumo de píldoras anticonceptivas (14%) en comparación al resto.

- El uso actual de cualquier método anticonceptivo es más alto en las mujeres unidas (78%) que en el total de mujeres entrevistadas (48 %). De modo similar, en el uso actual de algún método moderno, el porcentaje de las actualmente unidas (69%) es mayor que del total de mujeres (43%).

- El inyectable es el método moderno preferido por 10 por ciento del total de mujeres y 16 por ciento de las actualmente unidas. Entre los métodos tradicionales, el preferido es el retiro: por 3 por ciento del total de mujeres y 5 de las actualmente unidas.

Cuadro 5.4 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas

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

Edad		Métodos modernos										Tradicionales y folclóricos						
	Cualquier método	Total métodos modernos	Píldora	DIU	Inyección	Espuma jalea	Condón masculino	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Norplant	MELA	Algún método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro	Algún método folclórico	No usa actualmente	Total	Número de mujeres
	TODAS LAS MUJERES																	
Edad																		
15-19	7,5	6,6	3,1	0,4	2,2	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,4	0,4	0,0	92,5	100,0	226
20-24	33,3	31,1	9,3	2,7	14,2	0,0	4,4	0,0	0,0	0,5	0,0	2,2	1,1	1,1	0,0	66,7	100,0	183
25-29	66,4	61,4	15,0	7,1	24,3	0,0	7,9	7,1	0,0	0,0	0,0	5,0	0,7	4,3	0,0	33,6	100,0	140
30-34	67,5	63,6	16,9	3,2	12,3	0,6	8,4	20,8	0,6	0,0	0,6	3,9	2,6	1,3	0,0	32,5	100,0	154
35-39	66,9	58,1	6,3	10,0	8,8	0,0	5,0	28,1	0,0	0,0	0,0	8,8	5,6	3,1	0,0	33,1	100,0	160
40-44	74,5	58,2	6,4	3,6	2,7	1,8	2,7	40,0	0,0	0,0	0,9	16,4	6,4	10,0	0,0	25,5	100,0	110
45-49	55,7	48,9	2,3	2,3	3,4	2,3	2,3	36,4	0,0	0,0	0,0	5,7	2,3	3,4	1,1	44,3	100,0	88
Total	48,4	43,0	8,5	4,1	9,8	0,5	4,4	15,4	0,1	0,1	0,2	5,3	2,5	2,8	0,1	51,6	100,0	1 059
	MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS																	
Edad																		
15-19	57,7	50,0	26,9	3,8	15,4	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	3,8	3,8	0,0	42,3	100,0	26
20-24	71,6	67,9	21,0	6,2	32,1	0,0	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	2,5	1,2	0,0	28,4	100,0	81
25-29	83,8	78,1	20,0	9,5	29,5	0,0	9,5	9,5	0,0	0,0	0,0	5,7	1,0	4,8	0,0	16,2	100,0	105
30-34	83,2	77,9	21,2	4,4	15,0	0,9	10,6	23,9	0,9	0,0	0,9	5,3	3,5	1,8	0,0	16,8	100,0	113
35-39	79,4	69,0	7,9	11,1	10,3	0,0	6,3	33,3	0,0	0,0	0,0	10,3	6,3	4,0	0,0	20,6	100,0	126
40-44	82,4	63,7	7,7	4,4	3,3	2,2	3,3	41,8	0,0	0,0	1,1	18,7	6,6	12,1	0,0	17,6	100,0	91
45-49	65,7	57,1	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	42,9	0,0	0,0	0,0	7,1	2,9	4,3	1,4	34,3	100,0	70
Total	77,8	69,1	14,4	6,7	15,7	0,8	7,0	24,0	0,2	0,0	0,3	8,5	3,9	4,6	0,2	22,2	100,0	611

- Según la edad de la mujer, el uso actual de métodos se concentra en las de 25 a 44 años: los grupos de 25 a 34 años tienen preferencia por algún método moderno, mientras que las de 35 a 44 años tienden al uso de los métodos tradicionales, esto principalmente en las mujeres unidas aunque también se evidencia esa tendencia en el total de mujeres entrevistadas.

- El departamento de Tumbes es el que tiene el mayor porcentaje de esterilización femenina del país, contando con un 24 por ciento de las mujeres con algún lazo conyugal que utilizan este método, esto es, una de cada cuatro mujeres unidas se ha sometido al procedimiento quirúrgico.

Diferenciales en los Niveles de Uso Actual

El cuadro 5.5 detalla los niveles de uso de métodos entre las mujeres en unión según ciertas características seleccionadas, incluyendo ciertos indicadores del estatus de la mujer. En los párrafos que siguen debe tenerse en cuenta que se trata solamente de mujeres casadas o unidas en el momento de la entrevista, a quienes se esta llamando actualmente unidas.

Cuadro 5.5

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

- Los mayores niveles en el uso de métodos anticonceptivos por las mujeres unidas del departamento de Tumbes se registran entre las mujeres que tienen educación primaria o más, así como las que tienen por lo menos un hijo, en tanto que el tipo de área de residencia no establece diferencia.

- El uso de métodos anticonceptivos se incrementa conforme el número de hijos, duplicándose la cifra luego del primer embarazo en comparación a las nulíparas, pasando de 31 por ciento a 73 por ciento.

- Solo el 22 por ciento de las mujeres no utilizan ningún método, sin relación alguna con el área de residencia.

- Los métodos específicos más usados en el área urbana son: la esterilización femenina (25%), el inyectable (15%), la píldora (14%). Las mujeres del área rural usan el inyectable y la esterilización en proporciones iguales (21%). Sin embargo se observa un mayor porcentaje del uso de métodos permanentes en el área urbana (25%) que en la rural (21%).

- Los métodos que en menor proporción usan las mujeres unidas residentes tanto en el área urbana como en la rural, son la espuma o jalea, el MELA[1] y la esterilización masculina.

- El uso de métodos anticonceptivos está relacionado también al nivel educativo. Respecto al uso de métodos permanentes, en el departamento de Tumbes hay una diferencia de 12 puntos porcentuales entre las mujeres con primaria y las de grados superiores. Por otro lado las mujeres con estudios superiores manejan más el uso del DIU (13%) que en las mujeres con otros niveles educativos (5% de los grupos de secundaria o menos).

- Llama la atención que el mayor porcentaje de usuarias de la abstinencia periódica se encuentra entre las que tienen educación superior (7%).

6 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.

- Según el número de hijos vivos, el mayor porcentaje de las usuarias de algún método se registra entre las que tienen 2 hijos a más (82%), seguido por las que tienen un hijo (73%). Casi la tercera parte de las mujeres sin prole utilizan algún tipo de método anticonceptivo (31%).

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

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

Características	Usando algún método	Métodos modernos: Usando algún método moderno	Píldora	DIU	Inyec-ción	Espuma jalea	Condón mascu-lino	Esteri-lización feme-nina	Esteri-lización mascu-lina	MELA	Tradicionales y folclóricos: Algún método tradi-cional	Abstinen-cia periódica	Retiro	Usando algún método folcló-rico	No usa actual-mente	Total	Número de mujeres
Area de residencia																	
Urbana	77,9	69,1	14,1	7,0	14,6	0,8	7,6	24,6	0,2	0,2	8,6	4,1	4,5	0,2	22,1	100,0	511
Rural	77,0	69,0	16,0	5,0	21,0	1,0	4,0	21,0	0,0	1,0	8,0	3,0	5,0	0,0	23,0	100,0	100
Nivel de educación																	
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Primaria	75,8	66,2	9,6	5,1	15,2	1,0	3,0	32,3	0,0	0,0	9,6	4,0	5,6	0,0	24,2	100,0	198
Secundaria	79,6	72,4	18,9	5,5	18,9	0,4	8,7	19,3	0,4	0,4	7,3	2,9	4,4	0,0	20,4	100,0	275
Superior	79,0	68,5	13,7	12,9	10,5	0,8	10,5	20,2	0,0	0,0	9,7	6,5	3,2	0,8	21,0	100,0	124
Número de hijos vivos																	
Ninguno	31,3	28,1	15,6	0,0	3,1	0,0	9,4	0,0	0,0	0,0	3,1	3,1	0,0	0,0	68,8	100,0	32
1 hijo	72,8	67,2	18,4	8,8	29,6	0,8	8,8	0,8	0,0	0,0	5,6	1,6	4,0	0,0	27,2	100,0	125
2 hijos	82,3	71,4	18,4	7,5	23,1	0,0	12,9	8,8	0,7	0,0	10,9	6,1	4,8	0,0	17,7	100,0	147
3 hijos	81,1	72,0	14,4	6,8	9,8	0,8	3,8	34,8	0,0	1,5	8,3	3,8	4,5	0,8	18,9	100,0	132
4+ hijos	83,5	73,9	8,0	5,7	6,3	1,7	2,8	49,4	0,0	0,0	9,7	4,0	5,7	0,0	16,5	100,0	176
Total	77,8	69,1	14,4	6,7	15,7	0,8	7,0	24,0	0,2	0,3	8,5	3,9	4,6	0,2	22,2	100,0	611

*: Menos de 20 casos.

Número de Hijos al Iniciar el Uso de Anticonceptivos

El análisis de la relación entre el número de hijos vivos que tenían las mujeres cuando usaron por primera vez un método para distintas cohortes (cuadro 5.6) permite conocer 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 iniciar el uso de anticonceptivos

- En el departamento de Tumbes, el 92 por ciento de mujeres alguna vez unidas usa algún método, pero el porcentaje mayor empezó a usarlos apenas después de tener su primer hijo (40%), lo que se asocia con mujeres de edades de 30 a 34 años principalmente (51%).

- Interesante resaltar es que hay más mujeres que iniciaron el uso de métodos anticonceptivos antes de tener un hijo (19%) que luego de tener dos o más, llegando casi a la mitad del grupo en las mujeres de 15 a 19 años (43%), lo que indica un alto índice de planificación familiar, es así que no hay madres ni embarazadas en la muestra del departamento de Tumbes, menores de 17 años (véase cuadro 4.8).

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, Tumbes 2000

Edad actual	Nunca ha usado métodos	Número de hijos al usar por primera vez					Total	Número de mujeres
		0	1	2	3	4+		
Edad								
15-19	16,7	43,3	36,7	3,3	0,0	0,0	100,0	30
20-24	19,6	33,7	39,1	6,5	1,1	0,0	100,0	92
25-29	3,5	27,2	46,5	13,2	7,9	1,8	100,0	114
30-34	3,1	14,8	50,8	15,6	12,5	3,1	100,0	128
35-39	5,4	14,9	43,2	13,5	11,5	11,5	100,0	148
40-44	7,4	9,3	31,5	19,4	15,7	16,7	100,0	108
45-49	9,5	4,8	20,2	16,7	11,9	36,9	100,0	84
Total	7,8	18,5	39,8	13,8	9,9	10,2	100,0	703

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 el departamento de Tumbes la ENDES 2000 preguntó a todas las mujeres en que momento del ciclo menstrual creían que existe mayor riesgo de quedar embarazadas.

Cuadro 5.7

- A pesar que el 92 por ciento de las mujeres en edad fértil conocen o han oido hablar del método de abstinencia periódica, el 77 por ciento no lo saben utilizar y más de la tercera parte de mujeres usuarias del método del ritmo (39%) lo usa de manera inadecuada. De lo cual se desprende la necesidad de poner énfasis en la educación a las mujeres del departamento de Tumbes para el conocimiento de su periodo fértil.

Cuadro 5.7 Conocimiento del período fértil

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

Percepción del período fértil	Abstinencia periódica		
	Son usuarias actualmente	No son usuarias actuales	Todas las mujeres
Justo antes de la mestruación	0,0	9,5	9,2
Durante la mestruación	0,0	6,7	6,5
Justo después de la mestruación	34,6	27,7	27,9
En la mitad del ciclo	61,5	22,3	23,3
En cualquier momento	0,0	8,2	8,0
Otra	0,0	7,5	7,4
No sabe	3,8	18,1	17,7
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	26	1033	1059

Fuente de Suministro de Métodos Modernos

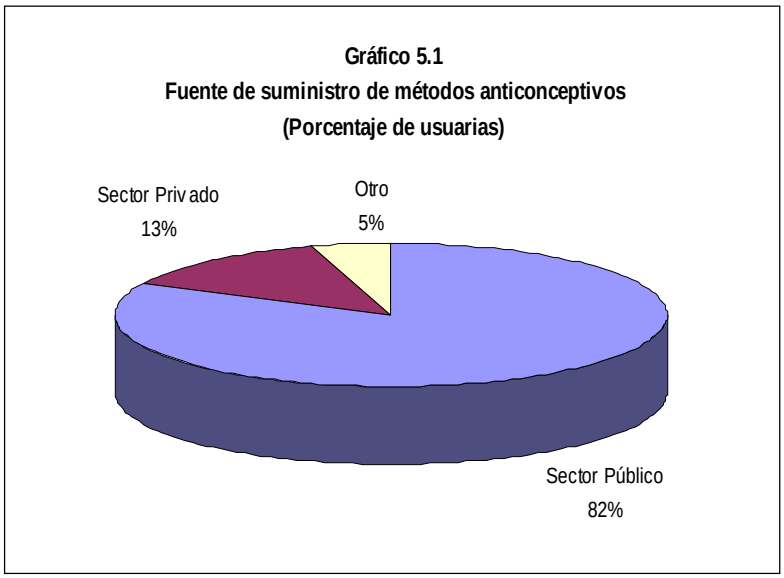
Para evaluar adecuadamente el grado de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos, es importante conocer los lugares y medios por los que las usuarias los han conseguido. Los resultados para las principales fuentes de abastecimiento de métodos modernos se presentan en el gráfico 5.1. A las usuarias de estos métodos se les preguntó si recibieron cierta información específica cuando se les prescribió el método: que la esterilización es irreversible, sobre los efectos secundarios del método y si fueron informadas sobre otros métodos alternativos que podían usar. Los resultados de estas preguntas se presentan en el cuadro 5.8.

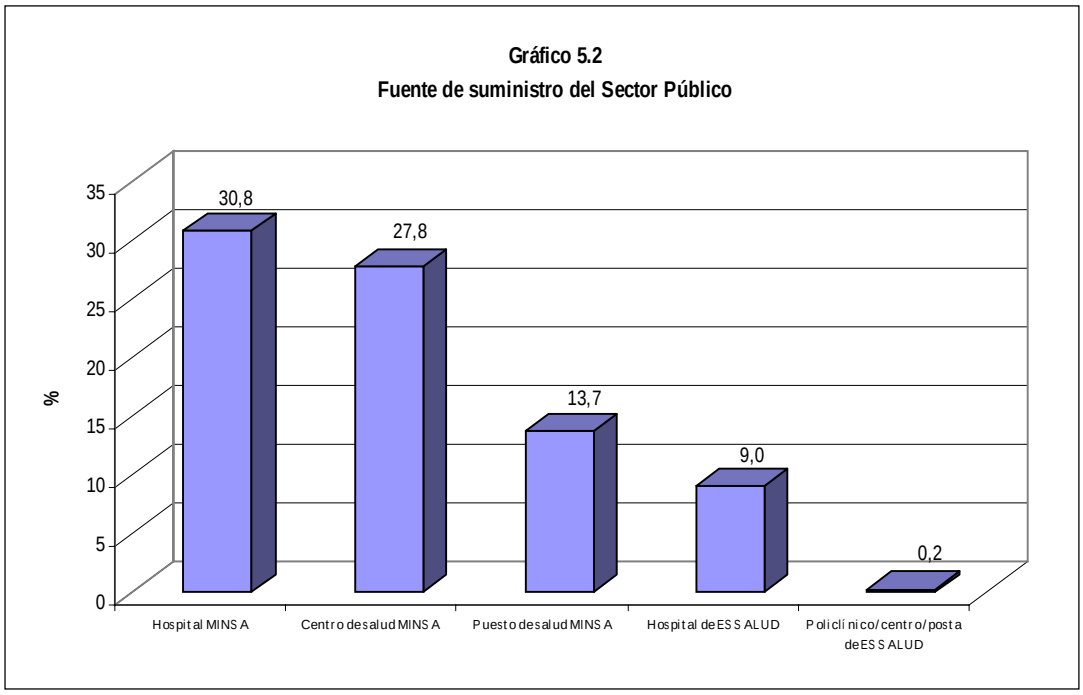
Grafico 5.1 y 5.2

- Al igual que para el total del país, en el departamento de Tumbes la principal fuente de suministro de métodos anticonceptivos modernos es el sector público (82%). Así, la gran mayoría de usuarias de algún método moderno se provee de anticonceptivos en ese sector, principalmente en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA). El porcentaje de mujeres que acude al sector privado para proveerse de métodos es mínimo (13%).

- Los hospitales de salud del estado son los principales proveedores de estos recursos con un 31 por ciento, le suceden los centros de salud con el 28 por ciento de los suministros de métodos modernos.

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.





Cuadro 5.8

- En el departamento de Tumbes, el 78 por ciento de usuarias de métodos modernos manifiesta haber recibido información sobre los efectos secundarios del método que usa, 89 por ciento recibió información de lo que tendría que hacer si experimenta tales efectos. Cabe resaltar que el 78 por ciento de las 292 mujeres informadas de los efectos secundarios son 227 personas, cifra acorde con el número de mujeres usuarias que le informaron que hacer si experimentaba alguno de aquellos efectos.

- Un importante 7 por ciento de las que han sido esterilizadas manifiesta que no ha sido informada sobre la permanencia (método definitivo) del método. Además, hay un 30 por ciento de mujeres que se han sometido a esterilización quirúrgica sin tener información respecto a otros métodos.

- 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; se aprecia datos diferentes con respecto a la información de algunas características del método. Así, las usuarias de menores niveles educativos (97% con primaria) aventajan a las que tienen nivel superior (83%), en la información recibida de lo que tienen que hacer si tienen efectos secundarios a causa del uso del método.

5.3 DISCONTINUACIÓN DEL USO DE MÉTODOS Y USO FUTURO

Razones de discontinuación de uso de métodos anticonceptivos

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

Cuadro 5.8 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, Tumbes 2000

Caracterstica	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	-	81,6	87,1	86,8
DIU	-	86,7	92,3	96,7
Inyección	-	86,2	90,1	87,2
Esterilización femenina	92,6	62,2	91,1	70,0
Esterilización masculina	100,0	-	-	-
Otra	-	100,0	50,0	100,0
Area de residencia				
Urbana	92,2	75,0	88,5	80,7
Rural	95,7	89,8	93,2	91,8
Nivel de educación				
Sin educación	80,0	60,0	66,7	80,0
Primaria	91,8	70,8	96,8	76,4
Secundaria	93,0	83,9	88,7	86,9
Superior	96,6	74,2	82,6	82,3
Total	92,7	77,5	89,4	82,6
Número de mujeres	164	292	227	292

[1] Solamente para usuarias de esterilización

[2] Solamente para usuarias de esterilización, píldora, Diu, inyección, Norplant y vaginales. Solo se incluyen usuarias a partit de Enero de 1995.

[3] Solamente para usuarias de esterilización femenina, píldora, DIU, inyección, vaginales, Norplant y a quienes se les infomó de efectos secundaruios. Sólo se incluyen usuarias a partir de Enero de 1995.

- No aplicable

Cuadro 5.9

- Los efectos secundarios mientras estaba usando el método, han sido la razón principal para la discontinuación en 34 por ciento de los segmentos de uso, esto principalmente para las usuarias de métodos hormonales. La segunda razón importante (17%) han sido la búsqueda de un método más efectivo, principalmente evidenciable en las usuarias de métodos de barrera o tradicionales.

- Las mayores tasas de falla corresponden a los métodos tradicionales, abstinencia periódica (34%) y al retiro (17%). En el primer caso, la falla está en relación con el desconocimiento de las mujeres sobre los días de mayor riesgo para quedar embarazadas.

- Merece mencionar que un buen porcentaje de usuarias de métodos hormonales o DIU discontinuaron el uso de éstos por la intención de quedar embarazadas, dato importante considerando que son métodos que pueden alterar la fertilidad de la mujer por lo que no se recomienda en mujeres nulíparas, sin embargo hay un 19 por ciento de usuarias de éstos entre las que no tienen hijos (véase cuadro 5.5).

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, Tumbes 2000

Razón de discontinuación	Píldora	DIU	Inyección	Espuma, Jalea	Condón masculino	Abstinencia periódica	Retiro	Norplant	Amenorrea por lactancia	Otra	Todos los métodos
Quedó embarazada mientras lo usaba	12,2	1,3	4,8	18,2	10,5	33,9	16,7	*	25,0	*	11,9
Quería quedar embarazada	14,2	23,1	15,0	3,0	22,8	25,8	20,8	*	3,1	*	16,3
Esposo desaprueba	0,0	0,0	1,1	0,0	8,8	0,0	0,0	*	0,0	*	1,0
Efectos secundarios	48,7	32,1	50,8	24,2	8,8	0,0	0,0	*	0,0	*	34,1
Razones de salud	3,6	30,8	5,9	6,1	8,8	3,2	0,0	*	0,0	*	7,6
Quería método más efectivo.	6,6	1,3	6,4	48,5	33,3	29,0	54,2	*	68,8	*	17,2
Incómodo de usar	10,2	1,3	1,6	0,0	0,0	1,6	0,0	*	0,0	*	3,7
Sexo poco frecuente/marido ausente	2,0	0,0	3,2	0,0	3,5	3,2	4,2	*	0,0	*	2,2
Fatalista	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	*	0,0	*	0,4
Dificultad para embarazarse/ menopáusica	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	1,6	0,0	*	0,0	*	0,4
Disolución matrimonial/separada	1,0	1,3	4,3	0,0	3,5	1,6	0,0	*	0,0	*	2,1
Otra	0,5	3,8	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	*	0,0	*	2,1
Sin información	0,5	1,3	1,1	0,0	0,0	0,0	4,2	*	3,1	*	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	*	100,0	*	100,0
Número de segmentos discontinuados	197	78	187	33	57	62	24	1	32	3	673

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

Intenciones de uso en el futuro

A las mujeres que conocían o habían oído hablar de los métodos, pero no estaban usando ninguno, se les preguntó sobre sus intenciones de uso futuro de algún método anticonceptivo. Si la respuesta era afirmativa se preguntó si pensaba usar en los próximos 12 meses o después, y cual método pensaba usar. En el cuadro 5.10 se presentan las intenciones de uso para aquellas mujeres que no usan actualmente y en el gráfico 5.3 se presenta el porcentaje de métodos preferidos en el futuro. En el cuadro 5.11 las razones de no uso para quienes no intentan usar, según dos grandes grupos de edad: para las mujeres de 15 a 29 años y para las de 30 o más años.

Cuadro 5.10 y Gráfico 5.3

Intenciones de uso de métodos en el futuro

- El 65 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 33 por ciento.

- En el gráfico, se observa que más del 50 por ciento considera que los métodos hormonales son los de mayor preferencia en las mujeres que tienen intención de usarlos en el futuro. La esterilización femenina ocupa un 19%. Resáltese la intención de 1 por ciento para el Norplant (incluido en "otros") como uno de los métodos de menor uso, probablemente en base a la poca información respecto al producto.

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, Tumbes 2000

Intención futura	Número de hijos sobrevivientes[1]					Total
	0	1	2	3	4+	
Intentar usar más tarde	*	73,0	74,1	65,4	55,9	64,7
Insegura de la intención	*	2,7	0,0	0,0	2,9	2,2
No tiene intención de usar	*	24,3	25,9	34,6	41,2	33,1
Total	*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	12	37	27	26	34	136

[1] Incluye el embarazo actual

* : Menos de 20 casos

Gráfico 5.3
Preferencia para uso futuro de métodos anticonceptivos
(Porcentaje de mujeres)

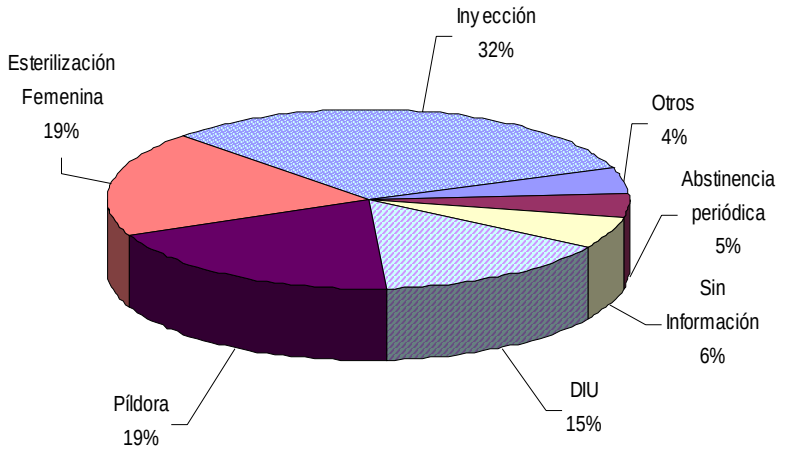


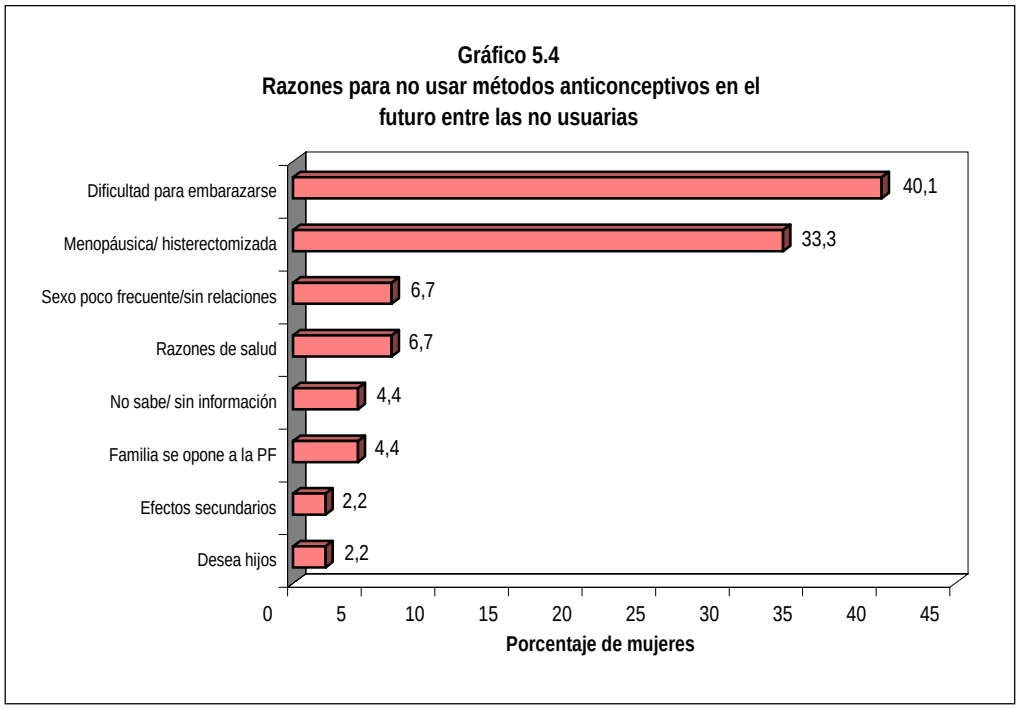
Gráfico 5.4

Razones para no usar métodos anticonceptivos en no usuarias

- En el departamento de Tumbes, el mayor porcentaje de mujeres argumenta que no usa métodos anticonceptivos porque ya no goza de período mestrual (33%), o creen que tienen dificultades para embarazarse (41%).

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 5.12 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 5.13.



Cuadro 5.11

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

- El 49 por ciento de mujeres entrevistadas ha escuchado mensajes de planificación familiar durante los últimos doce meses anteriores a la encuesta, tanto por radio como por televisión. Una de cada 10 entrevistadas ha escuchado mensajes sobre el tema solamente por radio y 12 por ciento por la televisión.

- Los mayores porcentajes de mujeres que han escuchado mensajes por ambos medios son las de 40 a 49 años. El mayor porcentaje de las que han escuchado los mensajes sólo por televisión tienen entre 25 a 29 años.

- Las mujeres que habitan el área rural que han escuchado mensajes por ambos medios es menor en 16 puntos porcentuales que las del área urbana, sin embargo, han escuchado mensajes sobre planificación familiar sólo por radio un porcentaje algo mayor entre las del área rural que las 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 (58%). La relación entre el uso de radio y/o televisión tiene un carácter económico-cultural pues hay tendencia al uso de radio en las de menor educación y televisión en grados educativos superiores.

- Respecto a mensajes de planificación familiar en medios escritos, fue visto o leído por el 45% de las mujeres entrevistadas, directamente proporcional al nivel educativo. Además, sólo 27% de entrevistadas en el área rural del departamento de Tumbes los vió o leyó a través de medios escritos.

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

Distribución pòrcentual 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, Tumbes 2000

Características	Ha escuchado mensajes en radio o televisión					Porcentaje que vió mensajes en medios escritos	Número de mujeres
	Escuchó en la radio y en la TV	Solo por la radio	Sólo por la TV	No ha escuchado	Total		
Edad							
15-19	46,9	10,2	14,6	28,3	100,0	48,7	226
20-24	48,1	8,2	12,6	31,1	100,0	42,6	183
25-29	47,1	9,3	16,4	27,1	100,0	39,3	140
30-34	50,6	4,5	12,3	32,5	100,0	51,3	154
35-39	46,3	10,6	12,5	30,6	100,0	43,8	160
40-44	52,7	14,5	9,1	23,6	100,0	45,5	110
45-49	58,0	10,2	4,5	27,3	100,0	43,2	88
Area de residencia							
Urbana	51,5	8,6	13,2	26,7	100,0	48,4	901
Rural	35,4	13,9	8,2	42,4	100,0	27,2	158
Nivel de educación							
Sin educación	(25,0)	(15,0)	(5,0)	(55,0)	(100,0)	(10,0)	20
Primaria	38,2	13,7	9,2	39,0	100,0	27,7	249
Secundaria	51,1	8,4	12,6	27,9	100,0	47,1	547
Superior	57,8	7,0	16,0	19,3	100,0	61,9	244
Total	49,1	9,4	12,4	29,0	100,0	45,2	1 059

Nota: El total incluye 0.1 por ciento sin información

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 5.12

Contacto de las no usuarias con los proveedores de planificación familiar

- 8 de cada 10 mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos (85%), no ha tenido contacto con un trabajador de planificación familiar en los doce meses anteriores a la encuesta.

- Entre las mujeres que no fueron visitadas por un trabajador de planificación familiar pero se preocuparon de visitar el establecimiento de salud y preguntar al respecto, las mayores proporciones son las de 35 años a más, viven en el área rural o tienen nivel educativo de primaria.

- Los mayores porcentajes de mujeres que fueron visitadas por un trabajador de planificación familiar en su domicilio en los doce meses anteriores a la encuesta en el departamento de Tumbes y discutieron sobre el tema, se presentan entre las mujeres de 30 a 34 años.

- Entre las mujeres que han visitado a un trabajador de planificación familiar en un establecimiento de salud, la mayores proporciones se presentan en las mujeres de 35 años a más.

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 5.12 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, por características seleccionadas, Tumbes 2000

Característica	Fue visitada por TPF			No fue visitada por TPF			Total	Porcentaje sin contacto con proveedores de PF[2]	Número de mujeres
	Visitó ES		No visitó establecimiento de salud	Visitó ES		No visitó establecimiento de salud			
	Si discutió PF[1]	No discutió PF[1]		Si discutió PF[1]	No discutió PF[1]				
Edad									
15-19	1,0	0,0	1,9	4,3	26,3	66,5	100,0	92,8	209
20-24	0,8	1,6	3,3	9,8	24,6	59,8	100,0	84,4	122
25-29	2,1	4,3	0,0	6,4	19,1	68,1	100,0	87,2	47
30-34	6,0	6,0	6,0	6,0	30,0	46,0	100,0	76,0	50
35-39	3,8	3,8	5,7	15,1	30,2	41,5	100,0	71,7	53
40-44	3,6	0,0	7,1	10,7	28,6	50,0	100,0	78,6	28
45-49	2,6	5,1	5,1	12,8	33,3	41,0	100,0	74,4	39
Area de residencia									
Urbana	2,3	1,9	3,0	7,7	27,9	57,2	100,0	85,1	469
Rural.	0,0	2,6	5,1	9,0	19,2	64,1	100,0	83,3	78
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Primaria	4,5	3,4	9,0	11,2	25,8	46,1	100,0	71,9	89
Secundaria	1,9	1,9	2,8	7,9	24,0	61,5	100,0	85,5	316
Superior	0,8	1,5	0,8	6,1	34,1	56,8	100,0	90,9	132
Total	2,0	2,0	3,3	7,8	26,6	58,2	100,0	84,9	547

[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.

Cuadro 5.13

- Más del 85 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 trató una o dos veces (70%) sobre el tema con su pareja. Las mujeres de 40-44 años son las que en mayor proporción dialogaron una o dos veces con sus esposos sobre planificación familiar (88%).

- Con respecto a las mujeres que nunca han discutido el tema con su pareja, las mayores proporciones corresponden a las mujeres de 45-49 años (29%).

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, Tumbes 2000

Edad	Número de veces que discutió planificación familiar				Total	Número de mujeres
	Nunca	Una o dos veces	Con más frecuencia	Sin información		
Edad						
15-19	*	*	*	*	*	17
20-24	4,8	76,2	19,0	0,0	100,0	42
25-29	10,6	68,1	21,3	0,0	100,0	47
30-34	12,5	66,7	18,7	2,1	100,0	48
35-39	19,6	67,9	12,5	0,0	100,0	56
40-44	18,9	88,1	0,0	0,0	100,0	37
45-49	28,9	65,8	5,3	0,0	100,0	38
Total	15,4	69,8	14,4	0,4	100,0	284

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 5.14

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

- En el departamento de Tumbes, más de 9 de cada 10 mujeres actualmente unidas que usan algún método por propia decisión, aprueban que las parejas usen la planificación familiar (97%) y una proporción importante considera que el esposo o compañero también aprueba el uso de métodos anticonceptivos (87%), evidenciándose una mayor proporción de mujeres que desean la planificación familiar que sus esposos.

- La proporción de mujeres que aprueban la planificación familiar pero piensan que su pareja no la aprueba (7%) es más frecuente en las de niveles educativos de primaria.

- Por otro lado, la proporción de mujeres que desaprueban la planificación familiar y piensan que su pareja no la aprueba (2%) es más frecuente en las de 30 años a más y en las residentes en el área rural (4%).

Cuadro 5.14 Percepción de la 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, con 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, Tumbes 2000

Característica	La mujer **aprueba**			La mujer **desaprueba**		La mujer no está segura	Total	**Uno de ellos** aprueba		Número de mujeres
	Y el cónyuge también **aprueba**	Pero el cónyuge desaprueba	Ella no conoce actitud del cónyuge	Pero el coyuge aprueba	Y el cónyuge **desaprueba**			La mujer aprueba	El cónyuge aprueba [1]	
Edad										
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
20-24	90,5	4,8	2,4	0,0	0,0	2,4	100,0	97,6	90,5	42
25-29	97,9	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	97,9	47
30-34	85,4	10,4	2,1	0,0	2,1	0,0	100,0	97,9	85,4	48
35-39	83,9	5,4	5,4	3,6	1,8	0,0	100,0	94,6	87,5	56
40-44	83,8	13,5	0,0	2,7	0,0	0,0	100,0	97,3	86,5	37
45-49	78,9	5,3	7,9	0,0	7,9	0,0	100,0	92,1	78,9	38
Area de residencia										
Urbana	87,9	6,7	3,3	0,4	1,2	0,4	100,0	97,9	88,3	240
Rural	80,0	6,7	4,4	4,4	4,4	0,0	100,0	91,1	84,4	45
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Primaria	79,2	10,4	5,2	1,0	4,2	0,0	100,0	94,8	80,2	96
Secundaria	89,8	4,7	3,9	0,8	0,0	0,8	100,0	98,4	90,6	128
Superior	94,0	2,0	0,0	2,0	2,0	0,0	100,0	96,0	96,0	50
Total	86,7	6,7	3,5	1,1	1,8	0,4	100,0	96,8	87,7	284

[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 58 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) viven en estado de unión conyugal: casadas el 35 por ciento y en situación de convivencia el 23 por ciento.

- Una tercera parte de las mujeres en edad fértil son solteras (34%). La proporción de solteras es mayor en el área urbana (34%) que en el área rural (32%), predominantemente en mujeres menores de 25 años.

- El 8 por ciento de las MEF han disuelto su unión conyugal por divorcio o separación. Las disoluciones se presentan en las mujeres de mediana edad; hay una mayor cantidad de separaciones en las mujeres por encima de 34 años.

- La proporción de solteras es mayor en las mujeres de secundaria a más, mientras que el estado de convivencia es inversamente proporcional al grado educativo.

Cuadro 6.1 Estado conyugal actual

Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por estado conyugal actual, según características seleccionadas, Tumbes 2000

Edad	Estado conyugal de las mujeres entrevistadas					Total	Numero de mujeres
	Solteras	Casadas	Unidas	Viudas	Separadas		
Edad							
15-19	86,7	4,0	7,5	0,0	1,8	100,0	226
20-24	49,7	22,4	21,9	0,0	6,0	100,0	183
25-29	18,6	42,1	32,9	0,0	6,4	100,0	140
30-34	16,9	41,6	31,8	0,6	8,4	100,0	154
35-39	7,5	51,9	26,9	1,3	12,5	100,0	160
40-44	1,8	57,3	25,5	3,6	10,9	100,0	110
45-49	4,5	58,0	21,6	5,7	10,2	100,0	88
Area de residencia							
Urbana	34,0	33,7	23,0	1,1	8,0	100,0	901
Rural	31,6	41,8	21,5	1,3	3,8	100,0	158
Nivel de educación							
Sin educación	(10,0)	(35,0)	(40,0)	(5,0)	(10,0)	(100,0)	20
Primaria	10,0	42,6	36,9	2,8	7,6	100,0	249
Secundaria	42,9	30,3	19,9	0,5	6,0	100,0	547
Superior	38,9	37,3	13,5	0,4	9,8	100,0	244
Total	33,6	34,9	22,8	1,1	7,4	100,0	1 059

( ): Entre 20 y 24 casos.

Cuadro 6.2

- Según el cuadro 6.2, menos de 2 de cada 100 mujeres que nunca han tenido algún tipo de unión conyugal tienen pareja sexual regular mientras que a 5 por ciento de las que alguna vez tuvieron unión conyugal si tienen pareja sexual regular.
- El porcentaje de mujeres nunca unidas que tienen un compañero sexual ocasional y regular es mayor entre las mujeres de 25 años a más y en las mujeres urbanas preferentemente.

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, Tumbes 2000

Características	Nunca unidas			Alguna vez unidas			Total	Número de mujeres
	Compañero regular	Compañero ocasional	Sin compañero	Compañero regular	Compañero ocasional	Sin compañero		
Edad								
15-19	0,0	1,0	97,0	1,0	0,5	0,5	100,0	200
20-24	1,0	3,9	84,3	4,9	0,0	5,9	100,0	102
25-29	5,7	5,7	62,9	11,4	0,0	14,3	100,0	35
30-34	2,4	4,9	56,1	2,4	7,3	26,8	100,0	41
35-39	8,8	0,0	26,5	20,6	0,0	44,1	100,0	34
40-44	*	*	*	*	*	*	*	19
45-49	*	*	*	*	*	*	*	18
Area de residencia								
Urbana	1,8	2,3	74,4	5,4	1,8	14,3	100,0	390
Rural	0,0	1,7	84,5	1,7	0,0	12,1	100,0	58
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	5
Primaria	0,0	2,0	47,1	7,8	0,0	43,1	100,0	51
Secundaria	0,7	2,2	83,2	4,8	1,1	8,1	100,0	273
Superior	4,2	2,5	72,5	4,2	3,3	13,3	100,0	120
Total	1,6	2,2	75,7	4,9	1,6	14,0	100,0	448

*: Menos de 20 casos

6.2 EDAD A LA PRIMERA UNIÓN CONYUGAL

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

Cuadros 6.3 y 6.4

- El 26 por ciento de las mujeres tuvieron su primera unión antes de cumplir los 18 años.
- En el departamento de Tumbes la edad mediana a la primera unión conyugal de las mujeres de 25 a 49 años de edad, es 20.3 años.
- La edad mediana (20.3 años) a la primera unión conyugal tiene una mayor variación, según el nivel educativo con una diferencia de 6 años entre el nivel superior con los de secundaria o menos.

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, por grupos de edad actual, Tumbes 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	2,7	-	-	-	-	86,7	226	-
20-24	2,7	23,0	38,3	-	-	49,7	183	-
25-29	5,7	27,9	47,1	64,3	77,9	18,6	140	20,2
30-34	7,1	27,9	44,2	56,5	70,8	16,9	154	20,6
35-39	7,5	27,5	47,5	59,4	73,1	7,5	160	20,5
40-44	7,3	21,8	51,8	66,4	83,6	1,8	110	19,8
45-49	8,0	23,9	47,7	60,2	76,1	4,5	88	20,3
Total 25-49	7,1	26,2	47,4	61,0	75,8	10,7	651	20,3

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

Cuadro 6.4 Edad mediana a la primera unión por características seleccionadas

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

Características	Edad actual					Total mujeres
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49
Area de residencia						
Urbana	20,2	20,6	20,6	20,0	20,5	20,4
Rural	20,5	20,8	19,8	19,3	19,5	20,0
Nivel de educación						
Sin educación	18,0	20,0	15,5	19,0	19,5	18,8
Primaria	16,3	18,1	18,6	18,8	19,6	18,5
Secundaria	20,0	20,2	19,3	19,4	21,3	19,8
Superior	23,7	26,3	25,0	23,5	25,5	24,6
Total	20,2	20,6	20,5	19,8	20,3	20,3

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

6.3 EDAD A LA PRIMERA RELACION SEXUAL

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

Cuadros 6.5 y 6.6

- La edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25-49 años de edad, es 19 años. Este promedio es 1 año menor que la edad mediana a la primera unión conyugal.

- El grado de estudios está íntimamente relacionado con el inicio de la vida sexual en la mujer, tal es así que, a mayor nivel educativo, mayor edad a la primera relación sexual.

- La proporción de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años es menor en las mujeres de 20-24 años (45%) que en las de 45-49 años (61%), en 16 puntos porcentuales.

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, Tumbes 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	2,7	-	-	-	-	83,6	226	-
20-24	2,7	30,1	45,4	-	-	42,1	183	-
25-29	9,3	31,4	52,9	72,1	85,0	12,1	140	19,6
30-34	8,4	35,1	58,4	67,5	79,2	10,4	154	19,0
35-39	7,5	35,6	56,9	67,5	80,6	3,8	160	19,0
40-44	5,5	30,0	58,2	74,5	90,0	0,9	110	19,0
45-49	8,0	29,5	61,4	73,9	84,1	3,4	88	19,2
Total 25-49	7,8	32,8	57,2	70,6	83,3	6,6	651	19,1

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

Cuadro 6.6 Edad mediana a la primera relación sexual por características seleccionadas

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

Características	Edad actual						Total mujeres 20-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Area de residencia							
Urbana	-	19,5	19,0	18,9	19,0	19,2	19,5
Rural	19,0	19,9	19,2	19,5	19,3	18,5	19,3
Nivel de educación							
Sin educación	14,0	17,0	17,0	16,0	18,0	16,5	16,9
Primaria	17,9	16,0	17,5	18,2	18,2	18,8	18,1
Secundaria	19,8	19,1	18,9	18,7	18,9	19,8	19,1
Superior	-	21,5	24,5	23,3	21,8	25,5	-
Total	-	19,6	19,0	19,0	19,0	19,2	19,4

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

- Solo el 7 por ciento de las mujeres de 25-49 años de edad nunca ha tenido relaciones sexuales.

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. 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 71 por ciento de las mujeres en edad fértil ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. En las cuatro semanas que

Cuadro 6.7 Actividad sexual reciente por características seleccionadas

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 socioeconómicas seleccionadas, Tumbes 2000

Características	Sexualmente activa en últimas 4 semanas	Sin actividad sexual en últimas 4 semanas: En abstención (de postparto)		En abstención (no postparto)		Sin infor-mación	Nunca tuvo relaciones	Total	Número de mujeres
		0-1 años	2 + años	0-1 años	2 o más años				
Edad									
15-19	11,9	1,8	0,0	2,7	0,0	0,0	83,6	100,0	226
20-24	42,6	3,3	1,1	6,6	3,8	0,5	42,1	100,0	183
25-29	72,1	2,1	2,9	6,4	4,3	0,0	12,1	100,0	140
30-34	73,4	1,3	1,3	7,1	6,5	0,0	10,4	100,0	154
35-39	75,0	1,9	1,9	9,4	8,1	0,0	3,8	100,0	160
40-44	78,2	0,0	0,0	6,4	12,7	1,8	0,9	100,0	110
45-49	68,2	0,0	1,1	11,4	14,8	1,1	3,4	100,0	88
Duración de la unión									
0-4	82,8	4,9	1,6	8,2	1,6	0,8	0,0	100,0	122
5-9	85,1	4,3	2,1	5,0	3,5	0,0	0,0	100,0	141
10-14	85,0	0,8	1,7	5,8	6,7	0,0	0,0	100,0	120
15-19	78,7	2,5	0,0	11,5	7,4	0,0	0,0	100,0	122
20-24	82,5	0,0	0,0	7,0	10,5	0,0	0,0	100,0	114
25+	69,4	0,0	1,2	11,8	14,1	3,5	0,0	100,0	85
Nunca unidas	3,6	0,6	1,1	3,9	4,2	0,0	86,6	100,0	356
Area de residencia									
Urbana	54,4	1,6	1,3	6,6	6,3	0,3	29,5	100,0	901
Rural	59,5	2,5	0,0	6,3	3,8	0,6	27,2	100,0	158
Nivel de educación									
Sin educación	(60,0)	(15,0)	(5,0)	(10,0)	(5,0)	(5,0)	(0,0)	(100,0)	20
Primaria	73,1	1,2	0,8	8,4	8,0	0,8	7,6	100,0	249
Secundaria	48,5	1,6	0,7	5,3	4,6	0,0	39,2	100,0	547
Superior	51,2	1,2	2,0	7,4	7,0	0,4	30,7	100,0	244
Método anticonceptivo actual									
Ningún metodo	20,4	3,1	2,0	8,4	9,1	0,5	56,4	100,0	547
Píldora	97,8	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	100,0	90
DIU	90,7	0,0	0,0	7,0	2,3	0,0	0,0	100,0	43
Esterilización	84,1	0,0	0,6	8,5	6,7	0,0	0,0	100,0	164
Abstinencia periódica	96,2	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	100,0	26
Otra	96,3	0,5	0,0	2,1	0,5	0,5	0,0	100,0	190
Total	55,1	1,7	1,1	6,6	5,9	0,4	29,1	100,0	1 059

( ): Entre 20 y 24 casos.

precedieron al día de la entrevista, 55 por ciento estuvo activa sexualmente y un 16 por ciento no tuvo actividad sexual, la mayoría de ellas por un motivo diferente a un parto.

- La actividad sexual reciente es menor entre las mujeres de 15-19 años (12 %) pero aumenta con la edad al 78 por ciento entre las mujeres de 40-44 años de edad.

- La actividad sexual según la duración de la unión tiene un nivel muy similar entre las mujeres con menos de 15 años de unión. Más del 80 por ciento estaban activas sexualmente en las cuatro semanas que precedieron la encuesta. Después de los 15 años de unión el nivel de actividad sexual disminuye ligeramente hasta el 69 por ciento entre las mujeres con 25 años o más de unión.

- Se observa mayores proporciones de mujeres sexualmente activas en las últimas cuatro semanas, a las residentes en el área rural y a las de menor nivel educativo.

- La mayoría de las mujeres sexualmente activas en las 4 últimas semanas usan métodos anticonceptivos (80%).

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 mestruación.

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 28 por ciento de las madres con niños menores de 3 años estaban en amenorrea de postparto, el 10 por ciento en abstinencia sexual postparto y un 32 por ciento en condición de insusceptibilidad de postparto.

- En el departamento de Tumbes, si bien la amenorrea postparto tiene una duración promedio de 10 meses, para la mitad de las madres se presentó a los 5.4 meses después del parto. Por otro lado, la abstinencia de postparto dura en promedio 4 meses, pero la mitad de las madres reinició su actividad sexual a los 2 meses del nacimiento.

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 de postparto, Tumbes 2000

Indicador	En amenorrea	En abstinencia	En insusceptibilidad[1]	Número de nacimientos
Total	28,3	10,0	31,5	219
Mediana	5,4	2,2	5,6	-
Promedio aritmético	10,0	4,3	11,4	-
Promedio P/I	10,1	3,6	11,2	-

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

- El período de insusceptibilidad al riesgo de embarazo desde el nacimiento del hijo anterior, en promedio es de 11 meses. La mediana se sitúa en alrededor de 6 meses.

Cuadro 6.9

- La duración mediana de la abstinencia postparto es bastante similar por grandes grupos de edad, pero es mayor en el área rural y en las mujeres de menores niveles educativos.

- Las diferencias en la duración mediana de la amenorrea por nivel educativo son marcadas. La mediana de meses de amenorrea en las madres con nivel de educación primaria (7.1 meses), es casi 3 meses mayor que el de las madres con educación superior (4.8 meses).

- La duración mediana de la insusceptibilidad postparto difiere entre el área urbana y rural en más de 7 meses (4.7 vs. 11.8).

Cuadro 6.9 Duración mediana de insusceptibilidad de postparto por características seleccionadas

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, por características seleccionadas, Tumbes 2000

Características	Amenorrea	Abstinencia	Insusceptibilidad	Número de nacimientos
Edad				
<30	3,9	2,5	4,2	140
30+	6,3	2,0	6,3	79
Area de residencia				
Urbana	4,4	2,1	4,7	177
Rural	11,8	2,8	11,8	42
Nivel de educación				
Sin educación	*	*	*	9
Primaria	7,1	2,0	7,1	46
Secundaria	4,3	2,3	4,3	114
Superior	4,8	2,3	4,8	50
Total	5,4	2,2	5,6	219

*: Menos de 20 casos.

6.6 EXPOSICIÓN AL RIESGO DE EMBARAZO ENTRE LAS MUJERES DE 30 Y MÁS 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 Tumbes entre las mujeres de 30 y más años utilizando la definición inmediata anterior.

Cuadro 6.10

- El 10 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 mestrual ocurrió hace 6 meses o más.

- La proporción de mujeres en menopausia se eleva a más del doble a partir de los 44 años: desde el 8 por ciento entre las mujeres de 42-43 años a 19 por ciento entre las mujeres de 44-45 años de edad, cifra que aumenta en 100 por cien a partir de los 48 años.

Cuadro 6.10 Terminación de exposición al riesgo de embarazo: menopausia

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

Edad	Porcentaje	Número
30-34	7,1	154
35-39	6,3	160
40-41	0,0	41
42-43	8,3	48
44-45	18,7	48
46-47	26,5	34
48-49	37,0	27
Total	10,4	511

VII. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

VII. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

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

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

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

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

7.1 EL DESEO DE MÁS HIJOS

Durante mucho tiempo, los administradores de programas de planificación familiar se preocuparon únicamente por las mujeres que deseaban limitar la fecundidad, prestando muy poca atención a aquéllas que deseaban espaciar los nacimientos. Se reconoce 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 aquéllas sin hijos). Específicamente, a las nulíparas se les preguntó si deseaban tener hijos; al resto, si deseaban más hijos. A aquéllas que deseaban más hijos se les preguntó cuánto tiempo deseaban esperar para tener el próximo. El análisis detallado de la información, junto con los datos referentes al uso o no de anticonceptivos, permite estudiar la necesidad insatisfecha de planificación familiar tanto para espaciar la descendencia como para limitarla.

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

Cuadro 7.1

Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes

- En el departamento de Tumbes, cuatro de cada 10 mujeres actualmente unidas no quiere tener más hijos (42%), si se adiciona las esterilizadas (24%), se obtiene que más del 66 por ciento no desean más hijos. El deseo de tener un hijo antes de los próximos dos años es expresado por 11

por ciento de mujeres unidas. El 20 por ciento desea tener un hijo, pero desea esperar 2 años o más. Las indecisas sobre sus preferencias y las que desean un hijo pero no saben cuando tenerlo alcanzan a 2 por ciento.

- El deseo de no tener más hijos aumenta rápidamente con la paridez. Así, el mayor porcentaje de mujeres que no desea tener más hijos, se encuentra entre quienes ya tienen de 2 a más hijos vivos.

- Cabe resaltar que el 36 por ciento de mujeres unidas sin hijos se abstienen al deseo de progenie antes de un período de dos años.

- Por otro lado, el mayor porcentaje de las mujeres que desea tener hijos pero desea esperar dos años o más ya tiene uno (54%).

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, Tumbes 2000

Preferencia	Número de hijos sobrevivientes [1]							Total mujeres 15-49
	0	1	2	3	4	5	6+	
No desea más[I]	**(0,0)**	**21,9**	**63,6**	**86,5**	**90,0**	**90,7**	**98,2**	**66,2**
No quiere más	(0,0)	21,1	54,1	51,9	47,5	39,5	44,8	42,0
Esterilizadas	(0,0)	0,8	9,5	34,6	42,5	51,2	53,4	24,2
Desea más, indecisa o infecunda	**(100,0)**	**78,1**	**36,4**	**13,5**	**10,0**	**9,3**	**1,7**	**33,8**
Desea tener otro pronto[2]	(54,5)	18,0	12,2	5,3	3,8	2,3	1,7	10,6
Desea tener otro más tarde[3]	(36,4)	53,9	21,6	6,0	6,3	4,7	0,0	20,3
Desea tener más pero no sabe cuando	(0,0)	1,6	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Indecisa	(0,0)	2,3	2,0	2,3	0,0	0,0	0,0	1,5
Infértil	(9,1)	2,3	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	1,0
Total	(100,0)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	22	128	148	133	80	43	58	611

[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. I Incluidos Sumatoria de No quiere más y Esterilizadas.

Cuadro 7.2

Preferencias de fecundidad por edad

- La proporción de mujeres que no desea tener más hijos suele aumentar rápidamente con la edad. Si se comparan las proporciones de las mujeres unidas que no desean más hijos, incluyendo a las que recurrieron a la esterilización, llega a 68 por ciento en las mujeres de 30 a 34 años y a 92 por ciento en las de 45 a 49 años de edad. Sin embargo hay que tener en cuenta que un 7 por ciento de las mujeres que se sometieron al método de esterilización femenina no fueron informadas de la irreversibilidad del método, por lo que no necesariamente estarían de acuerdo con el deseo de no tener más hijos (véase cuadro 5.8).

- Se advierte un incremento de las esterilizadas entre los 30 a 44 años, principalmente entre las que tienen de tres hijos a más.

- Por otro lado, la proporción de mujeres que desea tener un hijo pronto (antes de los próximos dos años) es mayor entre las mujeres de 25 a 34 años de edad (13%).

- El mayor porcentaje de mujeres que desea tener hijos pero quieren esperar dos años o más se encuentra entre las mujeres menores de 20 años (69%) y, luego esta proporción va disminuyendo conforme aumenta la edad.

Cuadro 7.2 Preferencias de fecundidad por edad actual de las mujeres

Distribución porcentual de las mujeres en unión por deseo de más hijos, según edad actual de las mujeres, Tumbes 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[I]	**26,9**	**39,5**	**40,0**	**68,2**	**83,3**	**85,8**	**91,5**	**66,2**
No quiere más	26,9	39,5	30,5	43,4	50,0	44,0	48,6	42,0
Esterilizadas	0,0	0,0	9,5	24,8	33,3	41,8	42,9	24,2
Desea más, indecisa o infecunda	**73,1**	**60,5**	**60,0**	**31,8**	**16,7**	**14,2**	**8,5**	**33,8**
Desea tener otro pronto[1]	3,8	12,3	13,3	13,3	9,5	8,8	7,1	10,6
Desea tener otro más tarde[2]	69,2	40,7	41,0	17,7	5,6	3,3	0,0	20,3
Desea tener más pero no sabe cuando	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Indecisa	0,0	2,5	3,8	0,9	0,8	1,1	0,0	1,5
Infértil	0,0	1,2	1,9	0,0	0,8	1,1	1,4	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	26	81	105	113	126	91	70	611

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

I Incluidos Sumatoria de No quiere más y Esterilizadas.

Cuadro 7.3

Mujeres que no desean más hijos por características seleccionadas

- En el departamento de Tumbes, la mayoría de las mujeres en unión no desea tener más hijos, incluyendo a las esterilizadas (66%). Este deseo es ligeramente mayor entre las mujeres del área urbana (67%) que entre las del área rural (63%). En ambas áreas las mujeres unidas que no desean tener más hijos se incrementa entre las que tienen 3 o más hijos vivos.

- Las mayores diferencias en el deseo de tener más hijos en el futuro, entre subgrupos poblacionales según nivel de educación, se observa entre las que no tienen educación (87%) y las que tienen educación superior (53%); las primeras superan a las segundas en su deseo de no tener hijos más en 34 puntos porcentuales.

7.2 LA NECESIDAD INSATISFECHA Y LA DEMANDA DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN 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.

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, Tumbes 2000

Características	Número de hijos sobrevivientes [1]						Total mujeres 15-49
	1	2	3	4	5	6+	
Area de residencia							
Urbana	23,5	64,3	85,1	91,4	93,5	97,8	66,8
Rural	15,4	57,9	94,7	80,0	83,3	100,0	63,0
Nivel de educación							
Sin educación	50,0	-	100,0	100,0	-	100,0	86,7
Primaria	35,7	63,3	87,5	86,7	92,3	100,0	78,3
Secundaria	20,3	62,7	85,0	90,9	87,5	100,0	62,2
Superior	11,8	65,7	85,2	93,3	100,0	50,0	53,2
Total	21,9	63,5	86,5	90,0	90,7	98,3	66,2

Nota: Incluye mujeres cuyo esposo o compañero está esterilizado
[1] Incluye el embarazo actual

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 si fue deseado, pero más tarde.

- Mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifestaron que sí desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años.

La Demanda Total de Planificación Familiar

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

- Las mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar.

- Las mujeres que actualmente están usando métodos anticonceptivos (necesidad satisfecha).

- Las mujeres embarazadas o amenorréicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falla de método).

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

Cuadro 7.4

Necesidad insatisfecha de planificación familiar

- Solo el 5 por ciento de las mujeres en unión del departamento de Tumbes tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar: 3 por ciento para limitar el número de hijos y 3 por ciento para espaciarlos.

- La necesidad insatisfecha por grupo de edad, alcanza su proporción más alta entre las mujeres de 15 a 24 años, especialmente para espaciar más que para limitar la fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años (12%), proporción que va disminuyendo con la edad a la vez que se incrementa la que corresponde a la necesidad insatisfecha para limitar, la cual llega a su valor más alto entre las mujeres de 35 a 39 (6%).

- La necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en el área rural (8%) que en la urbana (5%) tanto para espaciar como para limitar el número de hijos.

- La necesidad satisfecha de planificación llega al 78 por ciento de mujeres, quienes usan actualmente algún tipo de método anticonceptivo. Esta necesidad es más alta en las mujeres que desean limitar la concepción, quienes están conformadas primordialmente por las cohortes de 30 años a más.

Demanda total de planificación familiar

- La demanda total de planificación familiar es alta en el departamento de Tumbes (84%): 57 por ciento para limitar el tamaño de la familia y 27 por ciento para espaciar los nacimientos.

- El nivel de demanda total aumenta en las mujeres de 25 a 39 años. Mientras que la demanda total para espaciar el número de hijos disminuye con la edad, la demanda para limitar aumenta. Sin embargo, hay preferencias para solamente espaciar el embarazo en las mujeres menores de 30 años, donde sólo por encima de tal edad se supera la demanda para limitar.

- La demanda total en el área urbana (84%), a diferencia de la necesidad insatisfecha, es similar a la del área rural.

- Los mayores niveles de la demanda para espaciar un embarazo se presentan entre las mujeres con estudios superiores (36%) en comparación a las de grado de estudios inferiores que tienen preferencias para limitar una probable gesta.

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, Tumbes 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	11,5	0,0	11,5	42,3	15,4	57,7	61,5	15,4	76,9	85,0	26
20-24	4,9	4,9	9,9	43,2	28,4	71,6	49,4	33,3	82,7	88,1	81
25-29	3,8	2,9	6,7	48,6	35,2	83,8	53,3	38,1	91,4	92,7	105
30-34	1,8	0,9	2,7	23,0	60,2	83,2	26,5	61,9	88,5	97,0	113
35-39	1,6	5,6	7,1	8,7	70,6	79,4	10,3	77,0	87,3	91,8	126
40-44	1,1	1,1	2,2	7,7	74,7	82,4	8,8	75,8	84,6	97,4	91
45-49	0,0	0,0	0,0	2,9	62,9	65,7	2,9	62,9	65,7	100,0	70
Area de residencia											
Urbana	2,5	2,1	4,7	23,2	54,7	77,9	27,0	57,2	84,2	94,4	511
Rural	3,0	5,0	8,0	24,0	53,0	77,0	27,0	58,0	85,0	90,6	100
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Primaria	1,5	3,5	5,1	13,1	62,6	75,8	15,2	67,2	82,3	93,9	198
Secundaria	3,3	2,2	5,5	28,4	51,3	79,6	33,1	53,5	86,5	93,7	275
Superior	3,2	0,8	4,0	31,5	47,6	79,0	35,5	48,4	83,9	95,2	124
Total	2,6	2,6	5,2	23,4	54,4	77,8	27,0	57,4	84,3	93,8	611

[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.

7.3 NÚMERO 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 Tumbes es 2.5 y para las mujeres unidas es 2.8. Una de cada dos de las entrevistadas querían tener sólo dos hijos y el 33 por ciento querían 3 ó 4 hijos.

- En el total de entrevistadas, el promedio ideal de hijos aumenta desde alrededor de 2.1 para quienes no tienen hijos o tienen uno, hasta 3.2 para las que tienen tres hijos sobrevivientes. Luego asciende levemente en las que tienen 4 o más hijos.

- En general, el promedio ideal de hijos, de las mujeres actualmente unidas, no difieren tanto del total de entrevistadas.

- Cabe resaltar que la mayor proporción de mujeres que han deseado tener 2 hijos (45%) y 3 hijos (33%) los tienen, así, el 45 por ciento de mujeres que tienen dos hijos desearon tener ese número y el 33 por ciento que tienen tres hijos también cumplieron su deseo reproductivo. En las demás mujeres el número de hijos vivos no ha satisfecho sus ideales de descendencia.

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, Tumbes 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	4,0	1,8	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
1	10,2	17,3	9,4	7,7	4,4	2,0	3,0	9,5
2	67,0	54,8	45,0	22,5	37,4	18,4	31,3	48,5
3	13,7	20,2	28,1	33,1	11,0	38,8	25,4	21,3
4	4,3	3,6	12,9	21,8	31,9	8,2	17,9	11,3
5	0,5	0,6	0,6	4,9	5,5	18,4	0,0	2,4
6+	0,0	0,6	0,0	6,3	9,9	10,2	14,9	3,2
Respuestas no numéricas	0,3	1,2	1,8	3,5	0,0	4,1	7,5	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	372	168	171	142	91	49	67	1059
Promedio ideal de hijos[2]								
Promedio para todas las mujeres	2,1	2,1	2,4	3,2	3,3	3,6	3,5	2,5
Número de mujeres	371	166	168	137	91	47	62	1041
Promedio para las actualmente unidas	(2,2)	2,2	2,4	3,1	3,3	3,6	3,5	2,8
Número de mujeres unidas	22	127	146	128	80	41	53	596

[1] Incluye el embarazo actual.

[2] Excluye las entrevistadas que dieron respuesta no numérica.

( ): Entre 20 y 24 casos.

Cuadro 7.6

Número medio ideal de hijos por características seleccionadas

- El número medio ideal de hijos aumenta con la edad de la entrevistada, desde 2.1 hijos en las mujeres de 15 a 19 años a 3.3 entre las que tienen 40 - 44 años, descendiendo levemente a partir de esta edad.

- En las mujeres del área urbana, el promedio ideal de hijos es similar que en las del área rural (2.5 y 2.6, respectivamente). El promedio por grupo de edad es casi parejo en las dos áreas hasta los 45 a 49 años. En las mujeres de 40 años o más, el promedio ideal de hijos para las mujeres del área rural es algo mayor que para las del área urbana, llegando hasta la expectativa de un hijo más para las residentes rurales.

- En lo que se refiere al promedio ideal de hijos por nivel de educación, en el departamento de Tumbes , se observa que las mujeres con nivel de estudios superiores presentan el promedio ideal de hijos más bajo (2.4 hijos); mientras que en las que tienen un nivel educativo más bajo, el promedio ideal de hijos supera al promedio total del departamento (3.6 hijos).

Cuadro 7.6 Promedio ideal de hijos, según característica seleccionadas

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

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

7.4 PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Para cada hijo nacido en los cinco años anteriores a la encuesta y para el embarazo actual, cuando era aplicable, se preguntó a la mujer si ese embarazo en particular, fue planeado o lo hubiera deseado para algún tiempo posterior o definitivamente fue un embarazo no deseado. A diferencia de la información 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

- El 43 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados. Casi la cuarta parte de los nacimientos (22%) no fueron deseados en ese momento, sino que hubieran querido ser postergados ("quería después").

- El porcentaje de hijos no deseados aumenta con el orden de nacimiento y la edad de la madre al nacimiento del hijo.

- El mayor porcentaje de mujeres que desearon tener al hijo en el momento de su concepción se presenta en el nacimiento del primer hijo (74%) y luego va disminuyendo a medida que va aumentando el orden de nacimientos.

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, Tumbes 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	73,8	24,1	2,1	100,0	141
2	55,4	28,6	16,1	100,0	112
3	52,5	18,8	28,8	100,0	80
4+	37,9	11,5	50,6	100,0	87
Edad al nacimiento					
<19	62,9	35,5	1,6	100,0	62
20-24	56,3	26,8	17,0	100,0	112
25-29	57,1	21,9	21,0	100,0	105
30-34	52,5	11,3	36,3	100,0	80
35-39	60,4	12,5	27,1	100,0	48
40-44	*	*	*	*	12
45-49	*	*	*	*	1
Total	57,4	21,7	21,0	100,0	419

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

[1] Número de nacimientos más embarazos actuales

*: Menos de 20 casos.

7.5 TASAS DE FECUNDIDAD DESEADA

Con el fin de medir el impacto de los nacimientos no planeados sobre el nivel de la fecundidad, se obtiene una tasa global de fecundidad considerando solamente los nacimientos deseados[7]. Las tasas de fecundidad deseada están basadas en los nacimientos ocurridos en los 36 meses anteriores a la encuesta, excluyendo el mes de la entrevista. Las tasas de fecundidad deseada expresan el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos.

7 *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 7.8 y Gráfico 7.1

Tasas de fecundidad deseada

- En el departamento de Tumbes la tasa global de fecundidad real excede en 0.6 a la tasa global de fecundidad deseada. Puesto que la tasa global de fecundidad sería de 1.7 hijos en promedio por mujer si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos. Como a la fecha no lo son, la tasa global observada es de 2.3 hijos en promedio por mujer.

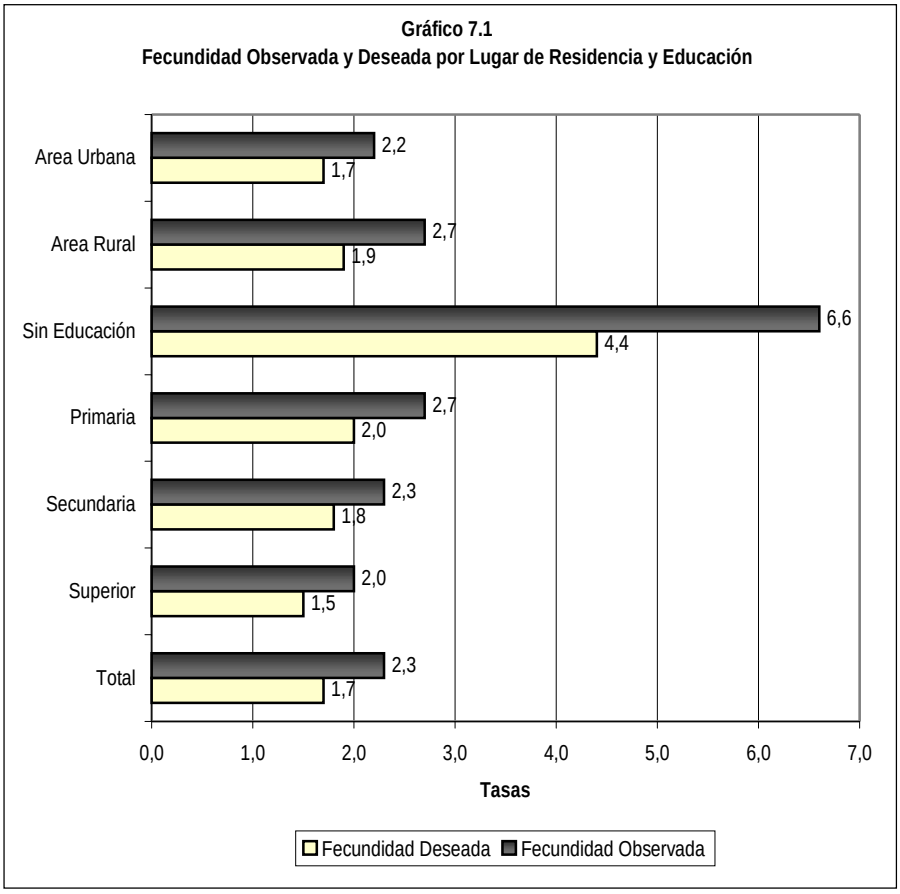
- Si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos, las mayores reducciones en el nivel de fecundidad se darían entre las mujeres sin educación, con más de dos hijos de diferencia (de 6.6 a 4.4 hijos) y en las mujeres que residen en el área rural (de 2.7 a 1.9 hijos).

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, Tumbes 2000

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

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.



VIII. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

VIII. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

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

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

8.1 MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Los datos recolectados en las historias de nacimientos permiten calcular para períodos determinados, las siguientes probabilidades de morir:[8]

Mortalidad Neonatal:
Probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN).
Mortalidad Infantil:
Probabilidad de morir durante el primer año de vida (1q0).
Mortalidad post-infantil:
Probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario (4q1).
Mortalidad en la niñez:
Probabilidad de morir antes de cumplir 5 años (5q0).

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

---

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

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

Cuadro 8.1

Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios

- De cada 1000 niños que nacieron en el departamento de Tumbes durante 1996-2000, murieron 28 antes de cumplir su primer año de vida. La tasa de mortalidad infantil evidencia una reducción de 33 por ciento respecto a la estimada para el período 1991-1995 (42 por mil).

- La probabilidad de que un niño muera, en el departamento de Tumbes, antes de cumplir los 5 años de vida ha disminuido de 54 a 38 defunciones por mil nacidos vivos en los quinquenios 1991-1995 y 1996-2000, disminución que es del orden de 30 por ciento.

- Pero a pesar de la reducción mencionada, Tumbes se encuentra en el sexto lugar de los 24 departamentos del país en cuanto a tasa de mortalidad infantil y de la niñez más baja se refiere, pero se encuentra por encima del promedio de los departamentos de la costa.

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, Tumbes 2000

Años antes de la encuesta	Neonatal (MN)	Postneonatal (MPN)	**Infantil (1q0)**	Post infantil (4q1)	**En la niñez (5q0)**
0-4	20,6	7,6	28,2	9,8	37,7
5-9	30,9	11,0	41,9	13,0	54,3
10-14	30,7	18,6	49,3	13,3	61,9
15-19	21,4	33,3	54,8	24,4	77,8
20-24	54,0	69,3	123,3	33,8	152,9

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

Mortalidad infantil y en la niñez en los diez años anteriores

- La tasa de mortalidad infantil y preponderantemente la de mortalidad en la niñez, son mayores en los niños que en las niñas (47 vs. 24 y 59 vs. 34, respectivamente) en los diez años anteriores a la encuesta.

- Cuando se analizan los resultados por edad de la madre se encuentra el tradicional comportamiento: alto riesgo de mortalidad para niños de madres jóvenes luego un aumento importante de los riesgos con la edad. Los diferenciales de la mortalidad varían según la edad de la madre al nacimiento, teniendo una mayor probabilidad de vida los niños nacidos de madres con edades entre 20 y 39 años. El riesgo de mortalidad infantil es alto para niños de madres adolescentes, tan igual

que para madres por encima de los 40 años (40 por mil).

- Hay una relación inversamente proporcional entre las tasas de mortalidad en la niñez con respecto al nivel de estudios en la mujer del departamento de Tumbes.

- Igualmente los riesgos aumentan con el número de orden de los nacimientos. Cuando el nacimiento es de segundo orden o mayor el niño tiene mayor probabilidad de morir.

- La amplitud del intervalo (o tiempo mayor transcurrido) entre un nacimiento y otro elevan las probabilidades de sobrevida en las tasas de mortalidad, aspecto en el que se vinculan estrechamente la fecundidad y la mortalidad infantil. Cuando el intervalo es corto, el tiempo disponible para la recuperación de la madre es también corto, es poco el tiempo que puede dispensar para el cuidado del hijo, fomentando inclusive una corta lactancia que afecta la nutrición del niño. Los resultados confirman que el riesgo de muerte es mayor cuando el intervalo es menor a 2 años (69 por mil). Sin embargo un período intergenésico muy prolongado puede poner a la madre en una situación de primípara, lo que tiende a elevar las tasas.

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, Tumbes 2000

Características	Neonatal (MN)	Postneonatal (MPN)[1]	**Infantil (1q0)**	Post infantil (4q1)	**En la niñez (5q0)**
Sexo del niño					
Hombre	37,9	9,5	47,4	12,1	59,0
Mujer.	14,3	9,3	23,6	10,6	34,0
Edad de la madre al nacimiento					
<20	32,1	7,6	39,7	28,7	67,3
20-29	26,3	10,8	37,2	4,4	41,4
30-39	21,1	8,5	29,6	15,6	44,8
40-49	40,0	0,0	40,0	0,0	40,0
Orden del nacimiento					
Primer nacimiento	18,9	3,8	22,7	19,9	42,2
2-3	31,2	14,1	45,3	3,0	48,1
4-6	29,8	11,6	41,4	5,6	46,8
7+	17,9	0,0	17,9	36,0	53,2
Intervalo con nacimiento previo					
<2	48,6	20,1	68,7	6,7	74,9
2 años	26,8	17,0	43,8	6,8	50,2
3 años	0,0	0,0	0,0	12,3	12,3
4 años y más	28,9	8,3	37,3	7,1	44,1
Nivel de Educación					
Sin Educación	33,3	0,0	33,3	67,3	98,4
Primaria	24,0	3,8	27,8	11,5	39,0
Secundaria	29,0	16,1	45,1	11,8	56,4
Superior	22,0	5,6	27,6	0,0	27,6
Total	26,1	9,4	35,6	11,3	46,5

[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 cinco años anteriores en la encuesta

- La tasa de mortalidad perinatal es de 23 por mil.
- La mortalidad perinatal se incrementa en los grupos etáreos de 30 a 39 años (26 por mil) con respecto a las de 20 a 29 años (14 por mil).

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, Tumbes 2000

Características	Número de muertes neonatales tempranas[1]	Tasa de mortalidad perinatal	Número de embarazos de 7 y más meses de duración
Edad de la madre al nacimiento			
<20	0	*	12
20-29	1	14,4	46
30-39	1	26,3	25
40-49	0	*	3
Intervalo con el embarazo previo			
1er embarazo	0	16,0	28
<15 meses	0	*	3
15-26 meses	1	*	15
27-38 meses	0	*	10
39+ meses	1	21,3	31
Nivel de educación			
Sin educación	1	*	4
Primaria	0	(20,8)	21
Secundaria	0	16,5	40
Superior	1	(31,3)	21
Total	2	23,1	86

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

*: Menores de 20 casos.

( ): Entre 20 y 24 casos.

- De acuerdo al intervalo con el embarazo previo la tasa más alta se encuentra en el intervalo de 39 a más meses (sobre el 21 por mil), en comparación con la del primer embarazo (16 por mil).

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

- El 41 por ciento de los nacimientos de los últimos cinco años, en el departamento de Tumbes, ocurrieron en alguna condición de alto riesgo reproductivo. Estos niños tendrían una razón de riesgo mayor en comparación con los nacimientos sin ningún riesgo reproductivo.
- Del total de nacimientos que ocurrieron en alto riesgo reproductivo (41%) más de la mitad (25%) son nacimientos con un intervalo menor de 24 meses, u orden de nacimiento mayor de tres combinado al mismo tiempo con edad de la madre mayor de 34 años.

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, Tumbes 2000

Categoría de riesgo	Porcentaje de nacimientos	Razón de riesgo	Porcentaje de mujeres en unión
En ninguna categoría de riesgo elevado	**32,1**	**1,0**	**45,4** [1]
Categoría de Riesgo Inevitable [2]	**26,5**	**2,4**	**3,4**
Total en Categoría de Riesgo Elevado	**41,4**	**7,0**	**51,1**
En una sola categoría de riesgo elevado	29,0	6,6	27,8
Madre menor de 18 años (Edad<18)	6,9	4,6	0,7
Madre mayor de 34 años (Edad>34)	4,9	6,6	9,8
Intervalo de nacimiento <24 meses (IN< 24)	8,0	12,1	8,8
Orden de nacimiento mayor de 3 (ON >3)	9,3	3,5	8,5
En varias categorías de riesgo	12,3	7,8	23,4
Edad <18 & IN de <24[3]	0,5	62,5	0,0
Edad >34 & IN<24	0,8	0,0	0,5
Edad >34 & ON >3	8,0	4,0	18,8
Edad >34 & IN <24 & ON >3	0,5	0,0	1,3
IN <24 & ON >3	2,6	12,5	2,8
Total	100,0	-	100,0
Número de nacimientos	86	-	135

[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.

9.1 ATENCIÓN PRENATAL Y ASISTENCIA EN EL PARTO

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

Atención Prenatal

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

Cuadro 9.1

Percepción del acceso a servicios como un gran problema

- Más de 8 de cada 10 mujeres entrevistadas tienen al menos un problema para acceder a un servicio de salud. El problema económico "conseguir dinero para el tratamiento" (73%) es el principal motivo por el cual las mujeres del departamento de Tumbes tienen dificultad para acceder a los servicios de salud.

- El problema de orden económico es el que reporta el mayor porcentaje de mujeres según todas las características seleccionadas.

- Con relación al área de residencia, 87 por ciento de las mujeres del área rural tienen dificultades económicas para acceder a servicios de salud. Las mujeres del área urbana tienen este problema en menor porcentaje que las del área rural.

- El problema económico es mayor, también, en las que no tienen educación primaria o menos (90%) y en las que tienen de 5 hijos a más (91%).

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

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

Características	Tipo de problema de acceso a los servicios de salud								
	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	Por lo menos un problema	Número de mujeres
Edad									
15-19	5,3	6,6	65,5	13,7	9,7	57,5	64,2	89,4	226
20-29	4,0	3,1	74,0	18,6	15,8	24,8	44,3	87,9	322
30-39	4,5	1,6	74,5	12,1	11,8	12,7	31,5	82,8	313
40-49	6,6	1,0	78,3	15,7	13,1	16,2	25,8	84,8	198
Número de hijos vivos									
0	3,6	6,5	63,3	12,8	9,4	49,2	59,4	87,2	383
1-2	5,7	1,2	77,2	16,5	14,4	13,5	30,5	84,1	333
3-4	6,2	0,9	74,9	17,2	13,7	13,7	32,2	83,7	227
5+	4,3	0,9	90,5	14,7	18,1	14,7	30,2	93,1	116
Estado conyugal									
Soltera	3,6	7,3	63,9	12,0	9,5	48,7	60,2	87,4	356
Casada	5,4	1,0	77,5	17,2	15,4	14,5	30,9	85,1	611
Divorciada, separada, viuda	6,5	0,0	80,4	13,0	8,7	20,7	37,0	88,0	92
Area de residencia									
Urbana	5,2	3,0	70,7	14,0	11,1	27,9	40,6	85,0	901
Rural	3,2	3,2	87,3	21,5	22,8	19,0	44,9	92,4	158
Nivel de educación									
Sin educación	(20,0)	(10,0)	(90,0)	(15,0)	(25,0)	(40,0)	(55,0)	(90,0)	20
Primaria	7,2	4,0	90,0	18,1	17,3	17,7	37,3	94,0	249
Secundaria	3,6	2,7	74,5	15,9	12,8	32,1	47,1	89,8	547
Superior	4,1	2,0	51,6	10,2	7,4	22,1	31,1	69,7	244
Trabajo actual									
No trabaja	4,5	3,3	76,2	16,2	14,5	30,3	45,6	88,5	659
Trabaja por dinero	5,6	2,3	68,3	13,3	10,0	19,7	33,2	82,1	390
Trabaja sin paga	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Total	4,9	3,0	73,1	15,1	12,8	26,6	41,3	86,1	1 059

* : Menos de 20 casos.

( ) : Entre 20 y 24 casos.

- Existe un alto porcentaje de mujeres (41%) que refiere como problema para acudir a los servicios de salud, el poco personal femenino para su atención, motivo relacionado íntimamente a la idiosincrasia de la población y, principalmente en mujeres solteras, nulíparas y menores de 20 años.

- Un 27 por ciento de mujeres emplean como razón para no acceder a los servicios de salud, el cierto estado de dependencia hacia otra persona, lo por lo que no quieren ir solas a los establecimientos.

- Asimismo, problemas referente a la accesibilidad geográfica (la "distancia al establecimiento de salud", 15% y la "dificultad en el transporte", 13%) para acceder a establecimientos de salud son problemas que presentan menor porcentaje de mujeres.

Cuadro 9.2 y Gráfico 9.1

Cuidado prenatal

- El 93 por ciento de los últimos nacimientos menores de cinco años recibió asistencia prenatal. Prácticamente todas las atenciones prenatales fueron realizadas por profesionales de salud, donde para el 71 por ciento de las mujeres atendidas, las obstetrices fueron sus principales colaboradoras.

Cuadro 9.2 Atención prenatal para los menores de cinco años

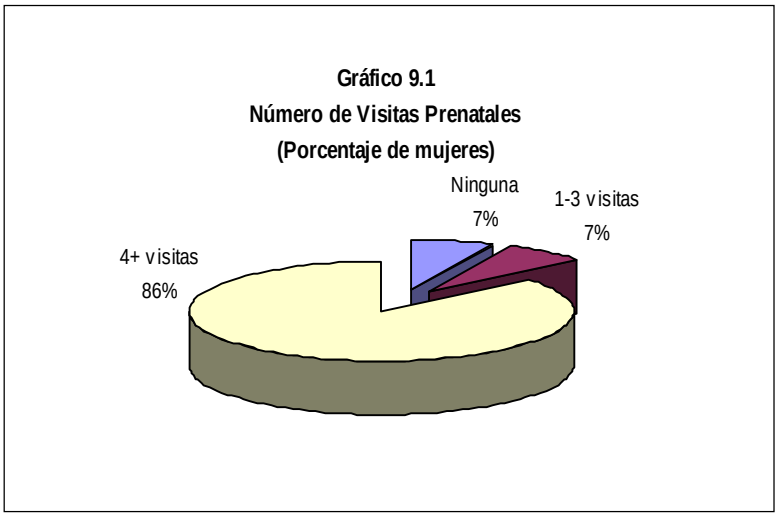
Distribución porcentual de últimos nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta, por persona que proporcionó el cuidado prenatal, según características seleccionadas, Tumbes 2000

Características	Persona que proporcionó atención prenatal[1]				Total	Número de nacimientos
	Médico	Obstetriz	Comadrona/ Partera	Nadie		
Edad de la madre al nacimiento						
<20	7,1	81,0	0,0	11,9	100,0	42
20-34	24,3	68,9	0,4	6,4	100,0	235
35+	25,0	69,2	0,0	5,8	100,0	52
Orden del nacimiento						
Primer nacimiento	16,8	78,5	0,0	4,7	100,0	107
2-3	28,0	64,7	0,0	7,3	100,0	150
4-5	16,7	72,9	2,1	8,3	100,0	48
6+.	(20,8)	(66,7)	(0,0)	(12,5)	(100,0)	24
Area de residencia						
Urbana.	25,3	67,0	0,4	7,3	100,0	273
Rural	7,1	87,5	0,0	5,4	100,0	56
Nivel de educación						
Sin educación.	*	*	*	*	*	10
Primaria	9,6	75,9	0,0	14,5	100,0	83
Secundaria	17,2	78,3	0,6	3,8	100,0	157
Superior	48,1	49,4	0,0	2,5	100,0	79
Número de decisiones en que la mujer tiene la última palabra						
0-1	*	*	*	*	*	3
2-3	(20,8)	(70,8)	(0,0)	(8,3)	(100,0)	24
4-5	16,9	74,0	0,0	9,1	100,0	77
5 +	24,4	69,3	0,4	5,8	100,0	225
Total	22,2	70,5	0,3	7,0	100,0	328

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.



- Con respecto al nivel de educación se observa que, a medida que el nivel aumenta, el porcentaje de mujeres que se atiende por profesionales también aumenta. Hay una relación inversamente proporcional de la atención del médico con respecto a la obstetriz según el nivel educativo donde, cuanto sea mayor su nivel de estudios, recibe la atención de un doctor antes que la de una obstetriz.

- A pesar de que nueve visitas es lo debido, se puede considerar como el mínimo adecuado 5 visitas prenatales para el control del embarazo, siempre y cuando la primera visita prenatal se haya realizado antes de los tres primeros meses de gesta. El 86 por ciento de las mujeres recibieron 4 a más visitas en el transcurso de su embarazo. Del total, sólo el 7 por ciento no llevaron control prenatal alguno durante la gestación.

Cuadro 9.3

Contenido de la atención

- Las acciones más frecuentes durante el control prenatal fueron el control de la presión arterial, la medición de la barriga (altura uterina) y el control de peso (99% en todos los casos). Al 87 por ciento de las madres le explicaron los síntomas o complicaciones del embarazo y 77 por ciento recibió pastillas de hierro.

- La explicación de los síntomas o complicaciones del embarazo es menos frecuente entre las madres menores de 20 años (81%), con primaria o menos, y entre las madres que residen en el área urbana (85%).

- Las mayores proporciones de mujeres que recibieron pastillas de hierro se presentan entre las madres con el primer nacimiento (81%), las que tienen educación superior (91%) y entre las que residen en el área rural (85%).

- En el departamento de Tumbes, el examen de orina y de sangre lo tienen 9 de cada diez mujeres en la atención prenatal. Estos exámenes, los tuvieron en mayor proporción las madres con educación superior y las residentes en el área rural.

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. Tumbes 2000

Características	Contenido de la atención								Número de nacimientos
	Le explicaron síntomas y complicaciones	La pesaron	Le midieron la barriga	Le tomaron presión arterial	Le tomaron muestra de orina	Tomaron muestra de sangre	Le pusieron vacuna contra el tétanos	Recibió pastillas de hierro	
Edad de la madre al nacimiento									
<20	81,1	100,0	100,0	100,0	89,2	89,2	91,9	64,9	37
20-34	87,7	98,2	99,1	99,5	90,5	90,0	80,5	78,2	220
35+	87,8	100,0	100,0	98,0	93,9	95,9	77,6	77,6	49
Orden del nacimiento									
1	93,1	99,0	100,0	100,0	92,2	91,2	85,3	81,4	102
2-3	83,5	98,6	99,3	99,3	89,9	90,6	81,3	75,5	139
4-5	88,6	97,7	97,7	97,7	93,2	90,9	79,5	77,3	44
6+.	(76,2)	(100,0)	(100,0)	(100,0)	(85,7)	(90,5)	(66,7)	(57,1)	21
Area de residencia									
Urbana.	84,6	98,4	99,2	99,2	90,1	90,1	81,0	74,7	253
Rural	98,1	100,0	100,0	100,0	94,3	94,3	83,0	84,9	53
Nivel de educación									
Sin educación.	*	*	*	*	*	*	*	*	7
Primaria.	83,1	97,2	100,0	100,0	90,1	90,1	84,5	63,4	71
Secundaria.	86,1	98,7	99,3	99,3	88,7	89,4	80,1	76,8	151
Superior	93,5	100,0	98,7	98,7	96,1	94,8	79,2	90,9	77
Total	86,9	98,7	99,3	99,3	90,8	90,8	81,4	76,5	305

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.

( ) : Entre 20 y 24 casos.

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 el departamento de Tumbes sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir al niño de contraer el tétano neo-natal al momento del nacimiento. Sin embargo, los resultados de encuestas anteriores permitieron concluir que, de manera general, en el país no había una política de aplicación de la vacuna antitetánica, a menos que las mujeres no estuviesen enteradas de su objetivo al momento de su aplicación. Se concluyó entonces que por dichas razones era importante identificar los grupos de riesgo para orientar las campañas y reducir así la 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, 78 por ciento recibió protección contra el tétano neonatal mientras la madre estaba embarazada; la mayoría de ellas con dos dosis o más (52%).

- Según el lugar de residencia, los menores niveles de vacunación antitetánica se presentan en el área urbana (22%).

- Según la educación, los menos protegidos son los nacimientos de los hijos de madres con un mayor nivel educativo, asociado con la calidad de atención que exigirían recibir, según su grado de instrucción.

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, Tumbes 2000

Características	Número de vacunas contra el tétano			Total	Número de nacimientos
	Ninguna	Una dosis	Dos dosis o más		
Area de residencia					
Urbana.	22,3	25,6	52,0	100,0	273
Rural	19,6	28,6	51,8	100,0	56
Nivel de educación					
Sin educación.	*	*	*	*	10
Primaria.	20,5	28,9	50,6	100,0	83
Secundaria.	22,3	26,8	51,0	100,0	157
Superior	22,8	19,0	58,2	100,0	79
Total	21,9	26,1	52,0	100,0	328

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 86 por ciento de los últimos nacimientos menores de cinco años tuvieron lugar en un establecimiento de salud y solamente 14 por ciento ocurrieron en la vivienda de la parturienta.

- El porcentaje de últimos nacimientos ocurridos en las viviendas es mayor, entre los nacimientos de cuarto o quinto orden de nacimiento y en madres rurales (16%). Situación que disminuye conforme su nivel de educación y cuando han recibido de 4 a más controles prenatales (9%).

- Hay una notable diferencia porcentual entre los nacimientos ocurridos en un servicio de salud; los más altos porcentajes se encuentran entre las madres que eran menores de 20 años al nacer el hijo (88%), cuando el nacimiento ha sido el primero (87%), nacimientos de madres que viven en el área urbana (86%) y nacimientos de madres que tienen educación superior (96%).

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, Tumbes 2000

Características	En servicio de salud	En la casa	Total	Número de nacimientos
Edad de la madre al nacimiento				
<20	88,1	11,9	100,0	42
20-34	85,1	14,9	100,0	235
35+	86,5	13,5	100,0	52
Orden del nacimiento				
Primer nacimiento	86,9	13,1	100,0	107
2-3	86,0	14,0	100,0	150
4-5	81,3	18,7	100,0	48
6+	87,5	12,5	100,0	24
Area de residencia				
Urbana	86,1	13,9	100,0	273
Rural	83,9	16,1	100,0	56
Nivel de educación				
Sin educación	*	*	*	10
Primaria	74,7	25,3	100,0	83
Secundaria	88,5	11,5	100,0	157
Superior	96,2	3,8	100,0	79
Número de visitas prenatales				
Ninguna	(56,5)	(43,5)	(100,0)	23
1-3 visitas	56,0	44,0	100,0	25
4+ visitas	90,7	9,3	100,0	280
Total	85,7	14,3	100,0	328

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

Solamente se incluyen los últimos nacimientos a madres que recibieron control prenatal.
*: Menos de 20 casos.
( ) : Entre 20 y 24 casos.

Tipo de Asistencia Durante el Parto

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

Cuadros 9.6

Tipo de atención durante el parto

- A pesar que en el departamento de Tumbes el mayor porcentaje de nacimientos de los 5 años anteriores a la encuesta han tenido control prenatal por profesionales de la salud, sin embargo, estos nacimientos fueron atendidos por una partera o familiar en el 11 por ciento de los casos.

- La atención del parto por un pariente fue mayor en las mujeres de 20 a 34 años al tener el hijo.

- La atención por parte de las parteras o comadronas se observa más en los grupos de mujeres menores de 20 años (13%), en el caso del primer nacimiento o cuando son multíparas, las de residencia rural (13%), inversamente proporcional al grado de instrucción, y entre las mujeres que recibieron 3 visitas prenatales o menos.

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, Tumbes 2000

Características	Asistencia durante el parto[1]					Sin información	Total	Número de nacimientos
	Médico	Obstetriz	Enfermera/ Sanitario/ Promotora	Comadrona/ Partera	Pariente/ otro			
Edad de la madre al nacimiento								
<20	36,4	50,9	0,0	12,7	0,0	0,0	100,0	55
20-34	39,1	48,4	0,7	9,7	1,8	0,4	100,0	278
35+	45,5	45,5	0,0	9,1	0,0	0,0	100,0	55
Orden del nacimiento								
1	44,3	44,3	0,8	10,7	0,0	0,0	100,0	131
2-3	38,0	50,8	0,6	8,4	1,7	0,6	100,0	179
4-5	34,0	47,2	0,0	15,1	3,8	0,0	100,0	53
6+	38,5	53,8	0,0	7,7	0,0	0,0	100,0	26
Area de residencia								
Urbana	41,9	46,6	0,3	9,3	1,6	0,3	100,0	321
Rural	28,4	56,7	1,5	13,4	0,0	0,0	100,0	67
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	16
Primaria	29,2	49,0	1,0	19,8	1,0	0,0	100,0	96
Secundaria	41,4	50,3	0,0	7,7	0,6	0,0	100,0	181
Superior	51,0	44,8	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0	96
Número de visitas prenatales[2]								
Ninguna	(13,0)	(52,2)	(0,0)	(34,8)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	23
1-3 visitas	28,0	40,0	4,0	28,0	0,0	0,0	100,0	25
4+ visitas	44,5	48,0	0,4	6,4	0,7	0,0	100,0	280
No se pregunto	31,7	51,7	0,0	10,0	5,0	1,7	100,0	60
Total	39,6	48,3	0,5	10,0	1,3	0,3	100,0	388

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] Sólo se hizo la pregunta para los últimos nacimientos

*: Menos de 20 casos.

( ) : Entre 20 y 24 casos.

Características del Parto

En la **ENDES 2000** se preguntó, para cada nacimiento ocurrido después de enero de 1995, sobre el peso al nacer y si el nacimiento fue por cesárea. Los resultados se presentan en el Cuadro 9.7 y en el Cuadro 9.8 se detallan las complicaciones durante el parto según el tipo de atención, para últimos nacidos vivos menores de 5 años.

Cuadro 9.7

Características del parto: nacimientos por cesárea

- El alumbramiento del 27 por ciento del total de nacimientos de los últimos 5 años fue por cesárea. Los nacimientos por cesárea son más frecuentes cuando la madre tiene 35 años o más (33%) o cuando se trata de mujeres gran multíparas (más de 5 hijos); así también, el porcentaje de estos nacimientos es mayor en las madres del área urbana (28%)y en las que tienen educación superior(31%).

Características del parto: peso del niño al nacer

- 9 de cada 10 recién nacidos vivos en los últimos 5 años se les evaluó su peso al nacer(92%).

- Aproximadamente 8 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco

años tendrían bajo peso al nacer, es decir, menos de 2 kilos y medio. Este porcentaje muestra una ligera tendencia entre las edades extremas de la madre (9% en ambos grupos), cuando el orden de nacimiento ha sido a partir del cuarto hijo o el área de residencia ha sido la urbana (9%).

- La mayor proporción de nacidos vivos en los últimos 5 años que no fueron pesados al nacer corresponde: a las madres de 20 a 34 años al nacimiento del hijo, a nacimientos de cuarto o quinto orden, a hijos de madres residentes en el área urbana y a hijos de madres con educación primaria o menos.

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, Tumbes 2000

Características	Porcentaje de nacimiento por cesárea	Distribución porcentual por peso al nacer				Total
		No fue pesado	<2.5 kg.	2.5+ kg.	No sabe/sin información	
Edad de la madre al nacimiento						
<20	27,3	7,3	9,1	80,0	3,6	55
20-34	25,4	8,6	7,2	81,0	3,2	278
35+	32,7	5,5	9,1	81,8	3,6	55
Orden del nacimiento						
1	29,8	5,3	7,6	86,3	0,8	131
2-3	25,1	8,4	6,1	81,6	3,9	179
4-5	22,6	13,2	11,3	67,9	7,5	53
6+.	30,8	7,7	11,5	76,9	3,8	26
Area de residencia						
Urbana.	28,3	8,4	8,7	80,7	2,2	321
Rural	19,4	6,0	3,0	82,1	9,0	67
Nivel de educación						
Sin educación.	*	*	*	*	*	16
Primaria.	24,0	13,5	7,3	74,0	5,2	96
Secundaria.	27,6	7,2	6,1	86,7	0,0	181
Superior	31,3	0,0	10,4	85,4	4,2	96
Total	26,7	8,0	7,7	81,0	3,3	388

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 24 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años tuvo alguna complicación durante el parto, siendo las más frecuentes el "parto prolongado" y el "sangrado excesivo", que afectó en 16 y 9 por ciento de los nacimientos, respectivamente. En menor proporción se presentó la "fiebre alta con sangrado vaginal" (2%) y otras (1%).

- Llama la atención que los que gozaron de atención prenatal y durante el parto por parte de profesionales tuvieron alguna complicación durante el parto en mayor porcentaje que los que tuvieron solo una de ellas (25% vs. 19 % de complicaciones).

Cuadro 9.8 Complicaciones durante el parto

Ultimos 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, Tumbes 2000

Cuidado médico materno	Complicación durante el parto [1]					Ninguna compli-cación	Número de nacidos vivos [2]
	Parto prolon-gado	Sangrado excesivo	Fiebre alta con sangrado vaginal	Convul-siones	Otras		
Prenatal y parto	16,2	8,6	1,8	0,4	1,4	75,5	277
Prenatal	14,8	7,4	0,0	0,0	0,0	81,5	27
Parto	*	*	*	*	*	*	16
Ninguno	*	*	*	*	*	*	8
Total	16,1	9,1	1,5	0,3	1,2	75,7	328

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.

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 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 9.11 detalla el momento del primer control postnatal.

Cuadro 9.9

Problemas experimentados durante el postparto

- En el departamento de Tumbes, los problemas de salud más frecuentes que se presentaron durante los 40 días después del parto fueron: dolor al orinar (16%), "fiebre alta o escalofríos" (14%), "flujos vaginales" (9%) e "infección de los senos" (6%). En menor proporción se dieron casos de: "sangrado intenso por la vagina" (5%) y "pérdida de orina" (2%).

- Tanto la fiebre o escalofríos, como el dolor al orinar, fueron los problemas post natales más frecuentes entre las madres que tenían menos de 20 años al tener el hijo, en las residentes en el área urbana y, coincidentemente, en las de estudios secundarios.

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, Tumbes 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	14,3	4,8	23,8	16,7	23,8	14,3	4,8	42
20-34	3,4	0,0	12,3	5,5	15,7	8,5	2,1	235
35+	5,8	3,8	11,5	1,9	7,7	9,6	1,9	52
Orden del nacimiento								
Primer nacimiento	6,5	0,9	15,0	10,3	15,9	10,3	2,8	107
2-3	1,3	0,7	11,3	4,7	14,7	8,7	2,0	150
4-5	8,3	0,0	10,4	6,2	20,8	10,4	4,2	48
6+.	16,7	8,3	29,2	0,0	8,3	8,3	0,0	24
Area de residencia								
Urbana.	6,2	1,5	15,4	6,6	17,2	9,2	2,6	273
Rural	0,0	0,0	5,4	5,4	7,1	10,7	1,8	56
Nivel de educación								
Sin educación.	*	*	*	*	*	*	*	10
Primaria.	7,2	1,2	8,4	3,6	15,7	8,4	4,8	83
Secundaria.	3,8	0,6	16,6	8,3	15,9	12,1	1,9	157
Superior	6,3	1,3	11,4	3,8	13,9	6,3	1,3	79
Total	5,2	1,2	13,7	6,4	15,5	9,4	2,4	328

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

Cuadro 9.10

Atención recibida para alguno de los problemas experimentados durante el postparto

- Los problemas que requirieron atención médica, en mayor proporción fueron el sangrado intenso vaginal (77% de los casos) y los desmayos (75%), éste último muy relacionado al anterior si se llega a la hipotensión postural.
- Los cuadros de infección fueron atendidos apenas algo más de la mitad de las pacientes, considerándose que la fiebre y los escalofríos son signos clínicos clásicos de bacteriemia (58% de los casos) y puede significar muerte para la madre en caso de que sea retención de restos placentarios, condicionado a flujos vaginales de características definidas. Así también, puede relacionarse a una simple mastitis (infección de los senos) o una infección urinaria por el manipuleo al momento del parto.

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, Tumbes 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	83,3	50,0	50,0	28,6	50,0	66,7	0,0	23,8
20-34	75,0	-	62,1	53,8	64,9	75,0	60,0	19,6
35+	66,7	100,0	50,0	0,0	50,0	40,0	0,0	9,6
Orden del nacimiento								
Primer nacimiento	71,4	100,0	43,8	27,3	47,1	72,7	0,0	17,8
2-3	100,0	0,0	76,5	71,4	86,4	69,2	100,0	20,0
4-5	75,0	-	20,0	33,3	30,0	40,0	0,0	12,5
6+.	75,0	100,0	71,4	-	50,0	100,0	-	25,0
Area de residencia								
Urbana.	76,5	75,0	59,5	44,4	61,7	64,0	42,9	20,1
Rural	-	-	33,3	33,3	50,0	83,3	0,0	10,7
Nivel de educación								
Sin educación.	-	100,0	33,3	0,0	0,0	-	-	10,0
Primaria.	66,7	100,0	14,3	0,0	23,1	28,6	0,0	8,4
Secundaria.	66,7	0,0	65,4	53,8	76,0	78,9	66,7	21,7
Superior	100,0	100,0	77,8	66,7	81,8	80,0	100,0	24,1
Total	76,5	75,0	57,8	42,9	60,8	67,7	37,5	18,5

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

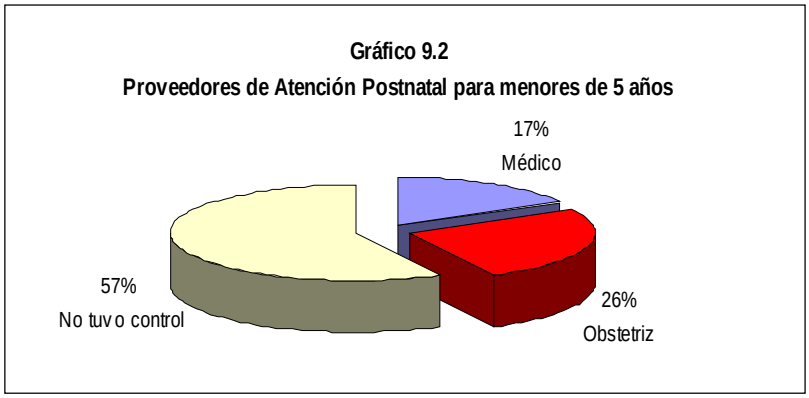
Asistencia postnatal y persona que brindó la atención postnatal

- En el departamento de Tumbes, aproximadamente para 6 de cada 10 últimos nacimientos de los 5 años anteriores a la encuesta que no ocurrieron en un establecimiento, las madres no tuvieron control postnatal (57%).

- De los nacimientos que no fueron atendidos en un establecimiento de salud pero cuyas madres sí tuvieron atención postnatal (43%), el mayor porcentaje fue atendido por obstetrices (26%).

9.4 SÍNTOMAS QUE LLEVAN A BUSCAR AYUDA MÉDICA

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.



Cuadro 9.11

Causas de búsqueda de ayuda médica

- 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 (90%). La "respiración rápida" (43%) y "dificultad para respirar" (22%) son síntomas mencionados en menores proporciones por las madres para llevar a los niños menores de 5 años a un establecimiento de salud.

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, Tumbes 2000

Característica	No puede beber o lactar	Se pone más enfermo	La dá fiebre/ diarrea/ vómito	Tiene respiración rápida	Tiene dificultad para respirar	Tiene deposición con sangre	Come o bebe poco	No sabe/ sin infor-mación	Número de madres
Edad del niño	(0,0)	(0,0)	(90,0)	(55,0)	(10,0)	(0,0)	(5,0)	(0,0)	(20,0)
<6 meses	0,0	11,8	91,2	38,2	23,5	0,0	2,9	0,0	34
6-11 meses	0,0	19,6	87,0	34,8	23,9	0,0	2,2	0,0	46
12-23 meses	1,7	22,0	88,1	54,2	25,4	1,7	5,1	0,0	59
24-35 meses	1,1	15,9	93,2	42,0	20,5	2,3	3,4	0,0	88
36-47 meses	4,2	14,1	87,3	38,0	23,9	2,8	2,8	1,4	71
48-59 meses									
Sexo del niño	1,3	12,7	91,1	44,9	20,9	1,9	2,5	0,6	158
Hombre	1,9	18,8	88,1	40,6	23,8	1,3	4,4	0,0	160
Mujer									
Orden del nacimiento	4,0	12,7	91,3	40,5	19,0	0,8	4,0	0,0	126
Primer nacimiento	0,0	17,1	89,1	41,1	26,4	3,1	4,7	0,8	129
2-3	0,0	24,4	85,4	39,0	26,8	0,0	0,0	0,0	41
4-5	(0,0)	(9,1)	(90,9)	(72,7)	(9,1)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	22
6+.									
Area de residencia									
Urbana.	1,5	17,1	89,4	41,4	23,6	1,5	3,0	0,4	263
Rural	1,8	9,1	90,9	49,1	16,4	1,8	5,5	0,0	55
Nivel de educación	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Sin educación.	0,0	16,5	86,1	40,5	24,1	2,5	1,3	0,0	79
Primaria.	1,3	15,7	89,5	45,1	22,2	0,7	3,9	0,0	153
Secundaria.	3,9	16,9	94,8	42,9	20,8	2,6	5,2	0,0	77
Superior									
Total	1,6	15,7	89,6	42,8	22,3	1,6	3,5	0,3	317

*: Menos de 20 casos.

( ) : Entre 20 y 24 casos.

- El 16 por ciento de las madres que consideran a su niño, de por sí enfermo, buscan la atención médica tan solo cuando reconocen que sus síntomas, cuales fueran, se agravan refiriendo que "se pone más enfermo".

- La presencia de "fiebre, diarrea y vómito" como síntomas de alarma para que las madres los lleven a un establecimiento de salud, no tiene diferencia significativa por edad del niño, sexo, orden de nacimiento o área de residencia, pero si se evidencia que existe una mayor preocupación entre las madre de grado de estudios superiores con respecto a niveles inferiores.

- El motivo "se pone más enfermo" es expresado con mayor frecuencia en las madres cuyos hijos son: de 24 a 35 meses de edad (22%), de 4° y 5° orden de nacimiento (24%), en mayor proporción los que habitan en el área urbana (17%).

9.5 VACUNACIÓN

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 estadísticos[9].

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 9.12 a 9.13. En el Cuadro 9.12 se presentan, para cada vacuna, los resultados generales de cobertura en cualquier momento según la fuente de información. El Cuadro 9.13 presenta los niveles de vacunación en cualquier momento por características seleccionadas: sexo y orden de nacimiento, lugar de residencia y nivel educativo de la madre.

---

9 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.

Cuadro 9.12

Vacunaciones por fuente de información

- De los datos registrados sobre las vacunas de los niños, el 53 por ciento de las madres informaron mediante la tarjeta de vacunación y 36% fue reportado por la madre.

- Menos de dos niños de cada cien se encuentran sin vacuna para cualquiera de las enfermedades antes mencionadas, según referencias de las madres.

Cuadro 9.12 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,Tumbes 2000

Fuente de información	DPT 1				Polio				Antisaram-pionosa	Todas las vacunas [2]	Ninguna	Número de niños
	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Al nacer	Polio 1	Polio 2	Polio 3				
Total	98,4	98,4	96,9	96,9	90,6	98,4	96,9	96,9	90,6	89,1	1,6	64
Según carné[3]	59,4	59,4	59,4	59,4	57,8	59,4	59,4	59,4	53,1	53,1	0,0	38
Informe de la madre	39,1	39,1	37,5	37,5	32,8	39,1	37,5	37,5	37,5	35,9	1,6	26

[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 59.4 por ciento se obtuvo el carné de vacunación.

Cuadro 9.13

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

- El porcentaje de niños de 18 a 29 meses que ha recibido todas las vacunas en el departamento de Tumbes (89%) duplica a la cifra más baja del país (Ayacucho, con 45%). Entre las categorías consideradas, la mayor proporción de madres que mostró el Carné de Crecimiento y Desarrollo fueron las de hijas mujeres.

- Con relación a la cobertura promedio de las vacunas, el 98 por ciento de los niños de 18 a 29 meses han recibido la polio 1, similar proporción la DPT 1. Las proporciones decaen en la segunda y tercera dosis de ambas vacunas en 1.5 puntos porcentuales. En tanto que 98 por ciento fue vacunado contra la BCG. La protección contra el sarampión fue recibida por el 91% por ciento de los niños de 18 a 29 meses.

- La proporción de niños y niñas con todas las vacunas recomendadas difieren, siendo mayor en los hombres que en las mujeres (91% vs. 87%) sin embargo, el porcentaje de niños que no recibieron vacuna alguna está conformado sólo por varones.

- En el departamento de Tumbes, hay más niños que niñas que tiene vacuna para sarampión (91% vs. 90%) pero existen más niñas que niños protegidos para la tuberculosis (100% vs. 97%).

Cuadro 9.13 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, Tumbes 2000

Característica	DPT 1				Polio				Anti-saram-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	97,1	97,1	97,1	97,1	94,1	97,1	97,1	97,1	91,2	91,2	2,9	55,9	34
Mujer	100,0	100,0	96,7	96,7	86,7	100,0	96,7	96,7	90,0	86,7	0,0	63,3	30
Orden de nacimiento													
Primer nacimiento	96,2	96,2	92,3	92,3	88,5	96,2	92,3	92,3	88,5	84,6	3,8	50,0	26
2-3	100,0	100,0	100,0	100,0	96,3	100,0	100,0	100,0	92,6	92,6	0,0	66,7	27
4-5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
6+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Area de residencia													
Urbana	100,0	100,0	98,1	98,1	90,6	100,0	98,1	98,1	92,5	90,6	0,0	58,5	53
Rural	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Total	98,4	98,4	96,9	96,9	90,6	98,4	96,9	96,9	90,6	89,1	1,6	59,4	64

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.

Vacunación a la Edad Apropiada

La evolución de la cobertura de vacunación en los últimos 4 años se presenta en el cuadro 9.14. 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 9.14

Vacunaciones a la edad apropiada

- En los últimos cinco años, la inmunización de los niños a la edad apropiada (durante el primer año para todas menos para el sarampión) se ha incrementado año a año en casi todos tipos de vacunas recomendadas. Hubo incremento en la tercera dosis de la DPT al pasar de 93 por ciento en los niños de 48 a 59 meses a 96 por ciento en los de 18 a 23 meses. En el caso de la vacuna contra la Polio, la tercera dosis tuvo iguales porcentajes, para los mismos grupos de edad señalados.

- En el departamento de Tumbes, el porcentaje de niños que ha recibido las dosis recomendadas en el primer año de vida alcanza a 87 por ciento. Todos los niños han recibido vacunación para la tuberculosis, mientras que el 96 por ciento para polio y DPT hasta su tercera dosis. La vacuna contra sarampión ha sido administrada al 89 por ciento de esta población.

Cuadro 9.14 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, Tumbes 2000

Edad actual	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					
18-23 meses	96,2	96,2	96,2	96,2	84,6	96,2	96,2	96,2	88,5	88,5	3,8	61,5	26
24-35 meses	100,0	100,0	97,1	97,1	94,2	100,0	98,6	98,6	88,5	85,8	0,0	56,5	69
36-47 meses	100,0	95,9	94,8	96,7	91,2	96,0	96,0	96,7	87,9	87,0	0,0	38,5	91
48-59 meses	100,0	96,7	95,8	92,5	91,5	93,9	97,2	92,5	90,2	87,4	0,0	42,3	71
Total	99,6	97,5	96,1	95,7	91,4	96,8	97,2	96,1	89,4	87,4	0,4	46,7	257

[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.

9.6 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Junto con la diarrea y la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en los países del Tercer Mundo. Por este motivo se considera importante medir su prevalencia e indagar acerca de las medidas que las madres toman en presencia de esta enfermedad. Para ello, en ENDES 2000 se preguntó a las entrevistadas si sus hijos habían tenido tos en las últimas 2 semanas. Si los niños habían padecido un episodio de tos, se preguntó si durante tal episodio el niño había mostrado dificultad para respirar o lo hacía con rapidez como síntomas de infección respiratoria aguda del tracto inferior (IRA).

En el Cuadro 9.15 se presenta información sobre la prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas. Los resultados se presentan por edad y sexo del niño, orden de nacimiento, lugar de residencia y nivel de educación. 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.

Cuadros 9.15

Prevalencia y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas

- El 7 por ciento de los menores de cinco años presentó síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) durante las dos semanas anteriores a la encuesta.
- La infección respiratoria aguda es menos frecuente entre los menores de 6 meses (4%) y entre los de 48 a 59 meses (6%).
- Asimismo, las IRA son más frecuentes en las niñas (8%) que en los niños (7%), y en los niños de cuarto y quinto orden (20%) y en menor proporción en los de segundo o tercer orden (4%).
- Según área de residencia, las infecciones respiratorias agudas se presentan en forma más frecuente en los niños del área rural (10%) que en los del área urbana (7%). Así también, el porcentaje de niños con síntomas de IRA fue algo mayor en los niños de las madres con educación primaria (13%) que en las de educación superior.

- En el departamento de Tumbes, el 86 por ciento de los menores de cinco años que tuvieron tos y respiración agitada fueron llevados y tratados en un establecimiento de salud.

9.7 PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA

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

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

Prevalencia de 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 9.16

Cuadro 9.15 Prevalencia de infecciones respiratorias agudas para los menores de cinco años

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

Carcaterística	Prevalencia infección respiratoria aguda [1]	Total niños con IRA
Edad del niño		
<6 meses	3,7	27
6-11 meses	5,5	55
12-23 meses	7,8	64
24-35 meses	8,7	69
36-47 meses	9,9	91
48-59 meses	5,6	71
Sexo del niño		
Hombre	6,8	190
Mujer	8,0	187
Orden de nacimiento		
Primer nacimiento	7,8	128
2-3	3,5	173
4-5	19,6	51
6+	8,0	25
Area de residencia		
Urbana	6,8	309
Rural	10,4	67
Nivel de educación		
Sin educación	*	15
Primaria	12,8	94
Secundaria	6,3	175
Superior	4,3	93
Total	7,4	376

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.

[2] Incluye hospitales, centros y puestos de salud, promotores, farmacias y médicos privados.

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 9.16

Prevalencia de diarrea por edad, sexo, area de residencia y nivel de educación

- El 16 por ciento de los niños menores de 5 años, en el departamento de Tumbes, tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. Este problema, afectó en mayor porcentaje a los que tienen de 12 a 23 meses (30%) y a los de 6 a 11 meses (20%).

- La prevalencia de la diarrea por sexo está acorde a los datos para el país, pues a nivel nacional esta afectó a 16 por ciento de los niños y a 14 por ciento de las niñas. Es así, en Tumbes, la prevalencia de diarrea fue mayor en los niños (17%) que en las niñas (16 %).

- Según lugar de residencia, la mayor prevalencia de diarrea se presentan en los niños que habitan el área rural (18%) que los que habitan el área urbana (16%).

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 tratamiento para prevenir la deshidratación se detalla en el Gráfico 9.3 y 9.4.

Cuadro 9.16 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, Tumbes 2000

Característica	Todo tipo de diarrea	Número de niños
Edad del niño		
<6 meses	3,7	27
6-11 meses	20,0	55
12-23 meses	29,7	64
24-35 meses	15,9	69
36-47 meses	16,5	91
48-59 meses	5,6	71
Sexo del niño		
Hombre	16,8	190
Mujer	15,5	187
Area de residencia		
Urbana.	15,8	309
Rural	17,9	67
Nivel de educación		
Sin educación.	*	15
Primaria.	14,9	94
Secundaria.	17,1	175
Superior	12,9	93
Total	16,2	376

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.

Gráfico 9.3

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

- En el departamento de Tumbes, 9 de cada 10 madres de los niños menores de cinco años conoce los paquetes de sales de rehidratación oral (SRO) para el manejo en el caso de un episodio diarreico eventual en sus hijos.

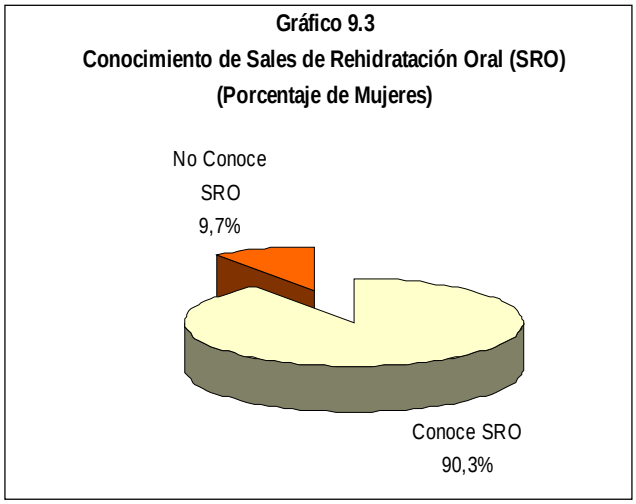


Gráfico 9.4

Cantidad de líquidos y sólidos que dieron al niño con diarrea

- Casi 7 de cada 10 niños con diarrea (69%) recibieron líquidos en la cantidad recomendada, 23 por ciento en la misma cantidad de lo habitual y 7 por ciento en menor cantidad, volúmenes inversamente proporcionales a la ingesta de sólidos.
- Los alimentos sólidos presentan frecuencias diferentes a la ingesta de líquidos encontrándose que en el departamento de Tumbes un 57 por ciento de los niños a los cuales se les dio menor cantidad de alimentos sólidos que lo habitual; solo al 3 por ciento más de lo normal, a 30 por ciento la misma cantidad.

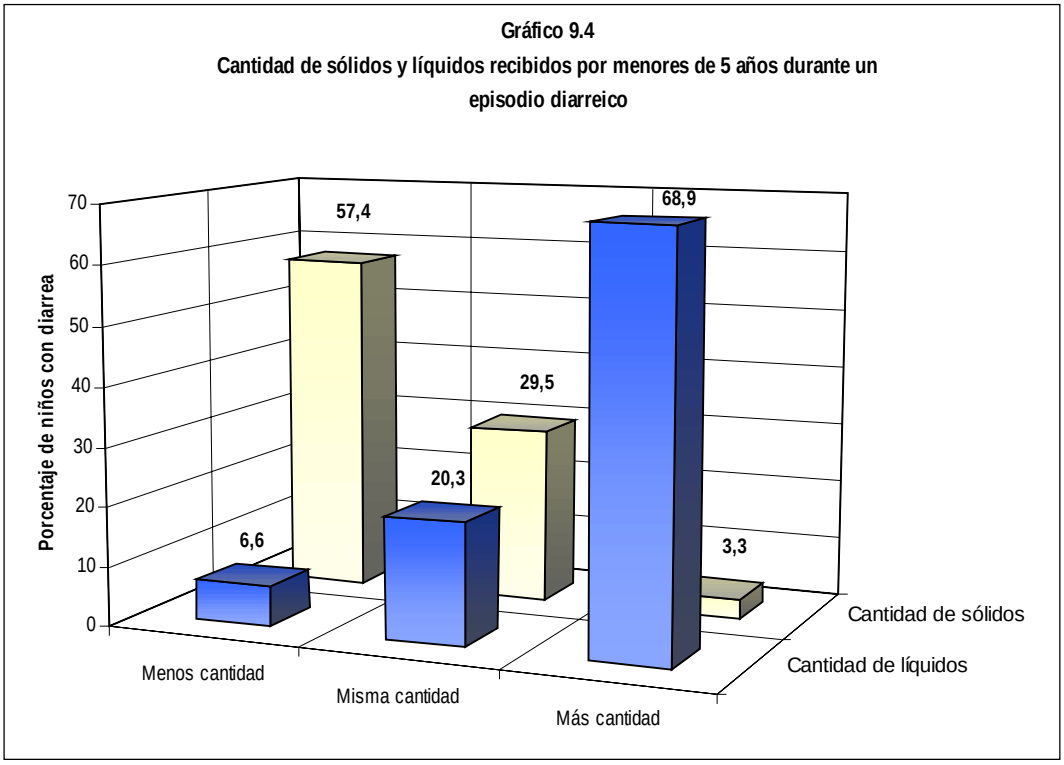
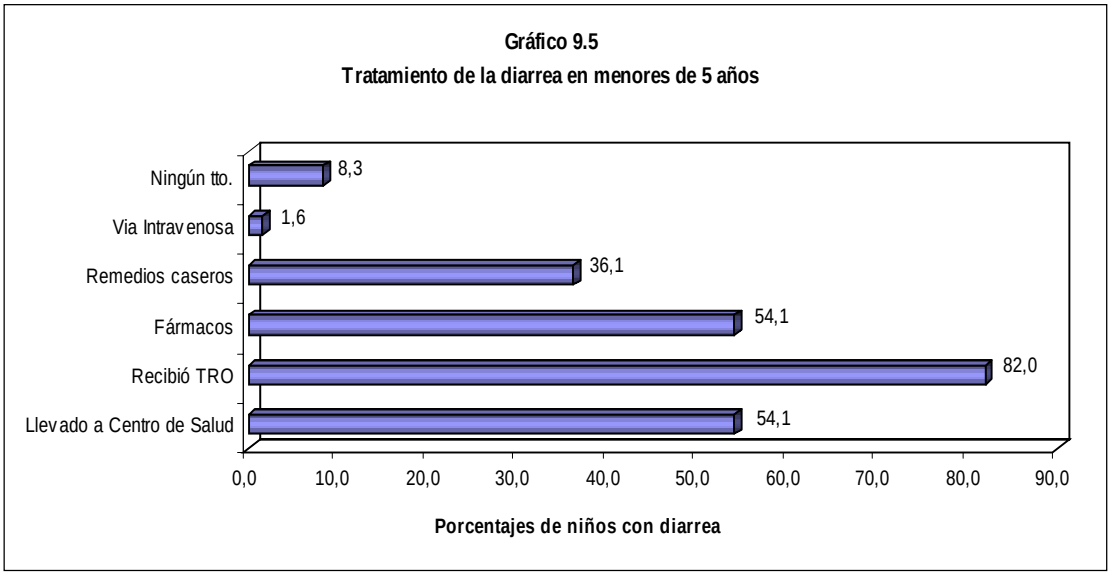
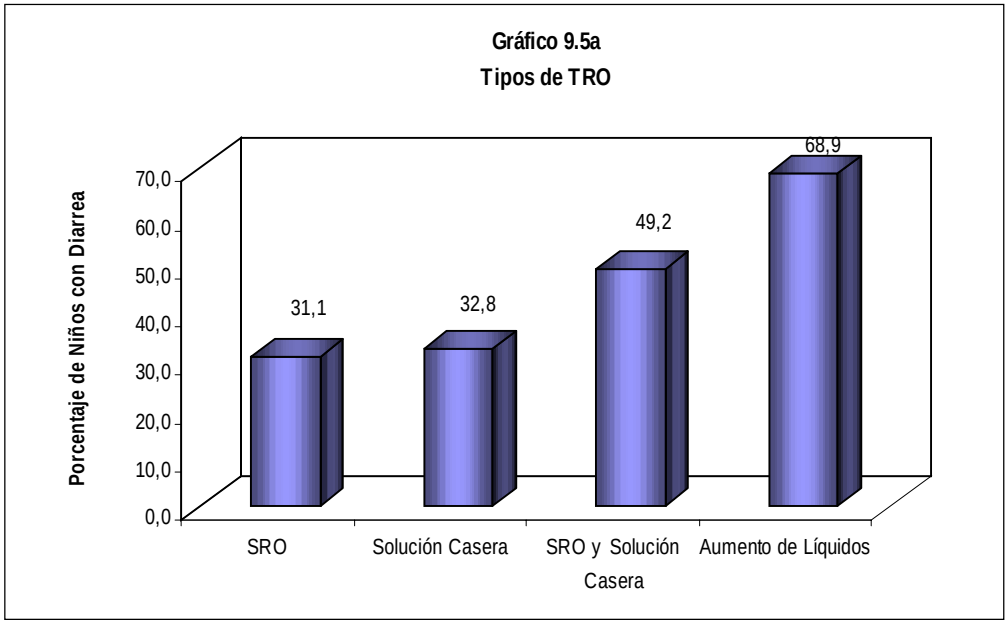


Gráfico 9.5 y 9.5a

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

- Sólo 54 por ciento de los niños que tuvieron diarrea fueron llevados a un servicio de salud para su tratamiento. El 82 por ciento de los niños recibió terapia de rehidratación oral (TRO), especialmente incremento de líquidos (69%), sobres o solución casera (33%). El 31 por ciento solo recibió SRO.
- A 36 por ciento de los niños se les dio remedios caseros no recomendados en un servicio de salud.
- El episodio diarreico del 54 por ciento de los niños fue controlado a través de fármacos vía oral, mientras que menos de dos niños de cada cien se mantienen en "nada por vía oral" (NPO) y se rehidratan por vía intravenosa.





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 69 por ciento de las madres del departamento de Tumbes deshecha las deposiciones de su hijo menor de 5 años adecuadamente, es decir, que usan el sanitario o letrina. Este porcentaje está relacionado, obviamente, con el porcentaje de viviendas en este departamento que cuenta con este servicio (véase cuadro 2.8).

- La mayoría de las madres que utilizan el patio o la basura para la eliminación de las heces no cuentan con las medidas higiénicas necesarias puesto que no poseen servicios sanitarios adecuados.

- La proporción de madres que no desechan las deposiciones en el inodoro o letrina es mayor entre las que habitan el área rural (60%), inversamente proporcional al grado de instrucción. Sin embargo, hay un 7% de mujeres con nivel educativo superior que eliminan las excretas barriéndolas con agua, mientras que las mujeres de educación primaria lo hacen en menor proporción (3%).

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, Tumbes 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	46,0	29,3	9,1	6,1	8,0	0,8	0,4	100,0	263
Rural	27,3	12,7	47,3	0,0	5,5	0,0	3,6	100,0	55
Nivel de educación									
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Primaria	32,9	27,8	25,3	2,5	8,9	1,3	0,0	100,0	79
Secundaria	45,1	27,5	15,0	5,2	4,6	0,0	1,3	100,0	153
Superior	53,2	23,4	2,6	6,5	13,0	0,0	1,3	100,0	77
Servicio Sanitario									
No tiene	3,9	0,0	74,5	2,0	15,7	0,0	0,0	100,0	51
Letrina propia	40,7	33,0	11,0	6,6	6,6	1,1	1,1	100,0	91
Sanitario	55,2	31,0	0,6	5,2	5,7	0,6	1,1	100,0	174
Total	42,8	26,4	15,7	5,0	7,5	0,6	0,9	100,0	317

Nota: Madres con un niño menor de cinco años que vive con ella. El total incluye 1.1 por ciento sin información.
*: Menos de 20 casos.

X. LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑOS Y MADRES

X. LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑOS Y MADRES

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

Por otro lado, la duración y la intensidad de la lactancia en el 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 futuros hijos 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 Tumbes 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 INICIACIÓN DE LA LACTANCIA

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

Cuadro 10.1

Lactancia inicial

- En el departamento de Tumbes, 97 por ciento de los niños nacidos en los últimos 5 años anteriores a la ENDES 2000, ha lactado alguna vez. Este porcentaje es casi el mismo por sexo de los niños, área de residencia y nivel educativo de la madre.

- Los que no han lactado han sido, en mayor porcentaje, los atendidos en su casa por una partera o comadrona.

- El 72 por ciento de los niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, 95 por ciento durante el primer día de nacido y 21 por ciento recibió alimentos antes de la lactancia.

- Según el área de residencia, 79 por ciento de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta, cuyas madres habitan el área rural, iniciaron la lactancia durante la primera hora de nacidos superando en 8 puntos porcentuales a quienes iniciaron la lactancia en ese espacio de tiempo en el área urbana (71%).

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, Tumbes 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	96,5	68,7	93,7	23,1	199
Mujer	96,8	76,1	95,7	17,9	190
Area de residencia					
Urbana	96,6	71,1	94,2	22,7	321
Rural	97,0	78,5	96,9	10,4	67
Educación de la madre					
Sin educación	*	*	*	*	16
Primaria	96,9	73,1	94,6	20,8	96
Secundaria	97,8	71,2	94,9	21,5	181
Superior	95,8	69,6	93,5	21,9	96
Asistencia al parto					
Médico	95,5	51,0	91,8	20,8	154
Obstetriz	99,5	87,2	97,3	20,7	188
Enfermera/ sanitario/ promotor	*	*	*	*	2
Comadrona/ partera	92,3	80,6	91,7	20,5	39
Familiar/ otro	*	*	*	*	5
Nadie	*	*	*	*	1
Sin información					
Lugar del parto					
Establecimiento de salud	97,5	67,6	93,8	21,6	281
En la casa	93,6	84,1	95,5	21,3	47
No se preguntó	95,0	86,0	98,2	15,0	60
Total	96,7	72,3	94,7	20,6	388

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.

- Así también, los niños cuyas madres tienen educación primaria registran el más alto porcentaje (73%) entre aquellos que iniciaron la lactancia en la primera hora de nacido, difiriendo con la superior que registra el valor más bajo (70%).

- En mayor porcentaje, las niñas (76%) y los que fueron asistidos en su nacimiento por obstetrices (87%) iniciaron la lactancia durante la primera hora de nacidos, frente a un menor porcentaje de aquellos cuyos nacimientos fueron asistidos por médicos (51%) o por parteras, empíricas o comadronas (81%).

- De similar forma al anterior, los porcentajes de los niños que iniciaron la lactancia durante el primer día de nacidos son mayores entre aquellos cuyas madres habitan el área rural (97%) y en las que fueron asistidas por profesionales de salud.

- Entre los niños que recibieron alimentos antes de la lactancia destacan los porcentajes de los hijos de madres urbanas (23%) que difieren en 13 puntos porcentuales con respecto a las que habitan en áreas rurales (10%). Así mismo, las que tienen nivel de secundaria y superior (22%) en comparación a las que tienen menor nivel de estudios.

10.2 LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN SUPLEMENTARIA SEGÚN 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 (ablactancia). 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, 100 por ciento de los niños menores de 6 meses estaban siendo amamantados. La lactancia combinada con alimentos suplementarios y líquidos aumenta con la edad; es así que del 67 por ciento de niños menores de 6 meses que se encuentran en lactancia exclusiva pasan, a partir de los 6 meses, a un 92 por ciento de ablactancia.

- La ingesta de otros líquidos y alimentos suplementarios, además de la leche materna en los niños menores de 6 meses en el departamento de Tumbes llega a 33 por ciento, mientras que en los niños de 6 a 9 meses alcanza al 86 por ciento.

- Luego de los 6 meses, 1 de cada 2 niños (53%) están siendo alimentados con biberón, circunstancia clave para el uso de la MELA como método de anticoncepción segura, es así que en el departamento de Tumbes su uso es considerado solo para el 3 por ciento de las mujeres en edad fértil (véase cuadro 5.3).

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, Tumbes 2000

Edad en meses	No están lactando	Lactan exclusi-vamente	Lactan y reciben				Total	Alimen-tación con biberón	Número de niños
			Sólo agua	Liquidos (agua/ jugos)	Leche no materna	Suple-mentos			
Edad 0-9 meses									
< 6	0,0	66,7	11,1	3,7	14,8	3,7	100,0	37,0	27
6 a 9	5,6	8,3	0,0	0,0	2,8	83,3	100,0	52,8	36
Edad 0-36 meses									
0-1	0,0	72,7	9,1	0,0	18,2	0,0	100,0	45,5	11
2-3	0,0	667,0	11,1	0,0	22,2	0,0	100,0	33,3	9
4-5	0,0	57,1	14,3	14,3	0,0	14,3	100,0	28,6	7
6-7	5,6	16,7	0,0	0,0	5,6	72,2	100,0	44,4	18
8-9	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	94,4	100,0	61,1	18
10-11	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	94,7	100,0	57,9	19
12-13	42,9	0,0	0,0	0,0	0,0	57,1	100,0	64,3	14
14-15	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0	71,4	14
16-17	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0	80,0	10
18-19	53,8	0,0	0,0	0,0	0,0	46,2	100,0	61,5	13
20-21	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	100,0	50,0	4
22-23	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	71,4	100,0	42,9	7
24-25	83,3	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	100,0	50,0	12
26-27	77,8	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	100,0	55,6	9
28-29	85,7	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	100,0	28,6	7
30-31	88,9	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	100,0	33,3	9
32-33	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	100,0	0,0	5
34-35	88,9	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	100,0	33,3	9

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

10.3 DURACIÓN DE LA LACTANCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS 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 y Gráfico 10.1

Duración mediana de la lactancia

- El tiempo promedio de duración de la lactancia en los niños menores de tres años es de 19.8 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 hasta los 15.8 meses.

- En el departamento de Tumbes, la duración mediana del amamantamiento es mayor en las niñas (15.6) que en los niños (13.9).

- La duración mediana de la lactancia exclusiva, es de 3.7 meses: 3.2 en los niños y 4.7 en las niñas, siendo en mayor proporción entre las mujeres de residencia rural (4.5 meses) y de educación primaria (4.5 meses).

Frecuencia de la lactancia

- La intensidad con la que se da la lactancia, como ya se dijo anteriormente, es importante para mejorar la producción de la leche de la madre y como método anticonceptivo para las amenorreícas. En el departamento de Tumbes, el 93 por ciento de los niños menores de seis meses recibió leche materna por lo menos seis veces en el día anterior a la entrevista, frecuencia de toma que se ajusta a las recomendaciones médicas sobre el particular.

- La frecuencia de amamantamiento de los niños es mayor en el día (8.3 veces) que en la noche (4.8 veces).

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, Tumbes 2000

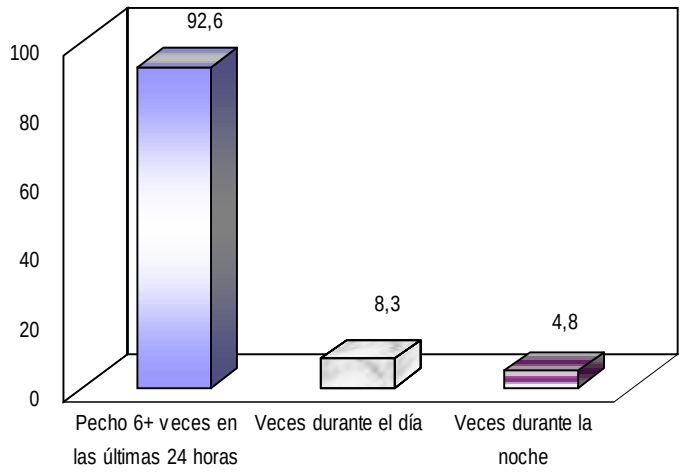
Características	Duración mediana en meses (menores de 3 años)			
	Lactancia total	Lactancia exclusiva (sólo pecho)	Sólo pecho o pecho y agua[1]	Número de niños
Sexo del niño				
Hombre	13,9	3,2	3,9	106
Mujer	15,6	4,7	5,2	89
Area de residencia				
Urbana	16,5	3,6	4,3	158
Rural	12,5	4,5	4,5	37
Educación de la madre				
Sin educación	*	*	*	7
Primaria	15,1	4,5	5,2	41
Secundaria	14,0	3,2	3,9	104
Superior	20,9	4,1	4,9	43
Total	15,8	3,7	4,3	195
Promedio para todos los niños	19,8	4,4	5,1	-
P/I para todos los niños.	21,7	3,8	4,6	-

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

[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



10.4 TIPO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN MESES DESDE EL NACIMIENTO

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

La siguiente información sobre micronutrientes se incluye en el Cuadro 10.5: entre los niños menores de 3 años de edad que viven con la madre, aquellos que recibieron vitamina "A" vía alimentos complementarios. Se registra, también, el porcentaje de madres que recibieron vitamina "A" después del parto, y de hierro durante el embarazo. Además, se incluye información sobre las madres que sufrieron de ceguera nocturna durante el embarazo, por características seleccionadas y situación de la lactancia.

Gráfico 10.2a y 10.2b

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

- En el departamento de Tumbes, el 62 por ciento de niños menores de 3 años que están lactando recibió otro tipo de liquidos. Así también, 49 por ciento de los menores de tres años que están lactando consumió otras leches y/o sus derivados 24 horas antes de la encuesta.

- Con relación al consumo de alimentos sólidos o semisólidos, el mayor consumo de éstos en las últimas 24 horas fue realizado por los menores de tres años que están lactando en el 75 por ciento de los casos. Alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico (carne, pescado, pollo y huevos) fueron consumidos por 67 por ciento de los niños, vegetales y frutas (exceptuando el plátano) el 66% de la muestra.

- La carencia de vitamina A en el alimento de los niños menores de tres años consumido en las últimas 24 horas es alta en el departamento de Tumbes, llegando al 37 por ciento de éstos.

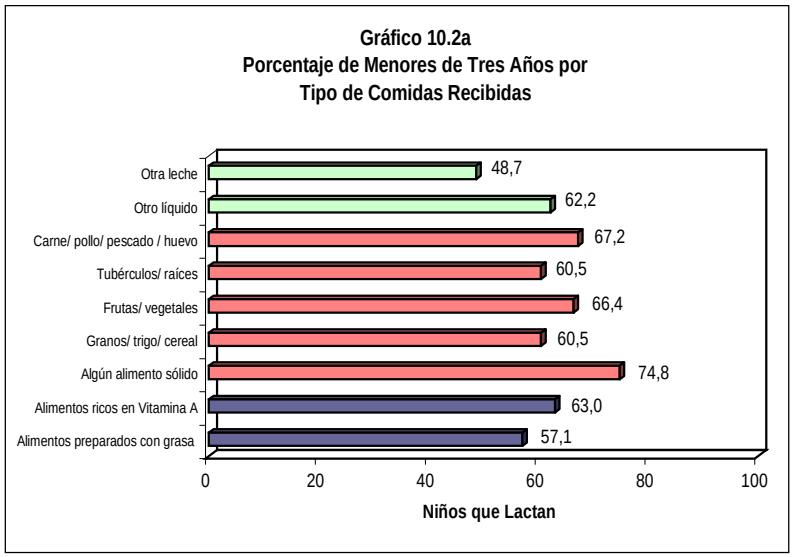
- Más de la mitad de los niños menores de tres años del departamento de Tumbes consume alimentos ricos en grasas (57%) y 6 de cada 10 niños, tienen alimentación rica en carbohidratos.

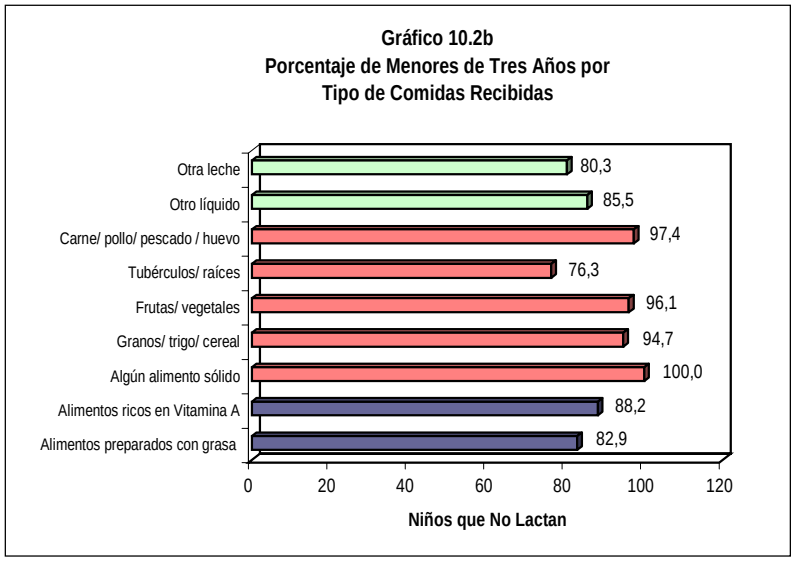
Tipos de comidas recibidas en las 24 horas antes de la encuesta por niños que no lactan

- El 80 por ciento de los niños menores de tres años que no están lactando consumió derivados lácteos y 86 por ciento otros líquidos 24 horas antes de la encuesta.

- Con relación al consumo de alimentos sólidos, todos consumieron éstos, especialmente carnes, vegetales y frutas (96 a 97%).

- 83 por ciento consumió alimentos ricos en grasas, que aparte de ser calóricos ayudan a fijar las vitaminas liposolubles así, el 88 por ciento consumió alimentos ricos en vitamina A.





Cuadro 10.4

Micronutrientes

- Más de 8 de cada 10 niños menores de tres años recibieron alimentos ricos en vitamina A, tales como tomate, zanahoria, zapallo, entre otros. La proporción va en aumento a medida que es mayor la edad de los niños (de 83% en los de 6 a 9 meses a 98 a 100% de los 16 meses a más).

- Dicha proporción es mayor, también, en los niños de cuarto o quinto orden (89%) que en los de primer orden de nacimiento (76%). Asimismo, es mayor en el área urbana (83%) que en el área rural (81%) y en las madres de 30 a 34 años (94%).

- Entre los menores de 3 años, las madres del sólo 3 por ciento de ellos fueron reforzadas con vitamina A después del parto, porcentaje que es mayor entre las madres de los niños de primer orden (4%), los de madres con 30-34 años de edad (9%) y las de residencia rural (5%).

- De otro lado, las madres de 3 por ciento de los menores de 3 años tuvieron ceguera nocturna durante el embarazo y las de 33 por ciento recibieron hierro por 90 días durante la etapa de gestación.

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 ambarazo, según características seleccionadas, Tumbes 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	3,7	27	0,0	0,0	42,9	28
6-9 meses	83,3	36	2,6	5,3	31,6	38
10-11 meses	*	19	(0,0)	(5,0)	(15,0)	20
12-15 meses	96,4	28	3,6	0,0	42,9	28
16-23 meses	100,0	34	2,9	2,9	25,7	35
24-35 meses	98,0	51	3,7	5,6	33,3	54
Sexo del niño						
Hombre	83,0	106	2,7	3,5	36,3	113
Mujer	82,0	89	2,2	3,3	27,8	90
Orden del nacimiento						
1	75,7	70	4,0	1,3	34,7	75
2-3	87,5	88	2,2	2,2	31,1	90
4-5	88,5	26	0,0	3,8	34,6	26
6+	*	11	*	*	*	12
Area de residencia						
Urbana	82,9	158	1,8	4,2	29,7	165
Rural	81,1	37	5,3	0,0	44,7	38
Edad de la madre						
15-19	*	17	(0,0)	(0,0)	(40,0)	20
20-24	80,0	55	1,8	3,5	21,1	57
25-29	86,5	52	1,9	0,0	37,7	53
30-34	94,1	34	8,8	8,8	32,4	34
35-39	74,1	27	0,0	6,9	34,5	29
40-44	*	9	*	*	*	9
45-49	*	1	*	*	*	1
Total	82,6	195	2,5	3,4	32,5	203

[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.

( ): Menos de 24 casos.

- El porcentaje de niños cuya madre tuvo ceguera nocturna durante el embarazo, es más frecuente entre los niños de cuarto o quinto orden (4%) y es más alta entre los niños de madres que residen en el área urbana (4%).

- El porcentaje de niños cuya madre tomó hierro, es más frecuente entre las que tuvieron hijos varones (36%), entre los niños de madres de 25 a 29 (38%) y entre los niños de madres que residen en el área rural (45%).

10.5 NUTRICIÓN 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 10.5 por edad del niño, sexo y orden de nacimiento; y en el Cuadro 10.6 por lugar de residencia y educación.

Cuadros 10.5 y 10.6

Talla para la edad o desnutrición crónica

- Más de 1 de cada 10 niños menores de 5 años en el departamento de Tumbes adolecerían de desnutrición crónica (13%), es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad.

- La desnutrición severa afecta al 3 por ciento de esta población. Se evidencian mayores proporciones entre los niños mayores de dos años, de sexo masculino (5%), cuando son del sexto a más orden de nacimiento (8%), cuando el período intergenésico es entre 24 a 47 meses.

- También la desnutrición severa es más frecuente en el área rural (4.5%) que la urbana (3%) y entre las mujeres de nivel primaria.

- La desnutrición crónica afecta más a las niñas (14%) que a los niños (12%); aumenta con la edad del niño, con el orden de nacimiento y disminuye si el intervalo entre nacimientos supera los 48 meses.

Cuadro 10.5 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, según características seleccionadas

Porcentaje de niñós 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, Tumbes 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]	Severa[1]	Total[2]	
Edad del niño						
<6 meses	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	27
6-9 meses	0,0	8,6	2,9	0,0	5,7	35
10-11 meses	*	*	*	*	*	18
12-15 meses	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	26
16-23 meses	2,9	17,1	2,9	0,0	5,7	35
24-35 meses	4,5	7,5	0,0	0,0	3,0	67
36-47	4,5	18,2	1,1	1,1	5,7	88
48-59	4,3	15,9	1,4	0,0	4,3	69
Sexo del niño						
Hombre	4,9	12,0	1,1	0,0	4,4	183
Mujer	1,6	13,7	1,1	0,5	4,4	182
Orden del nacimiento						
1	1,7	5,0	1,7	0,0	1,7	120
2-3	2,9	17,0	1,2	0,6	7,0	171
4-5	6,1	16,3	0,0	0,0	2,0	49
6+	8,0	16,0	0,0	0,0	4,0	25
Intervalo de nacimiento						
Primer nacimiento	1,7	5,0	1,7	0,0	1,7	121
<24 meses	2,3	18,6	2,3	2,3	9,3	43
24-47 meses	6,2	18,5	0,0	0,0	9,9	81
48+ meses	3,3	15,0	0,8	0,0	1,7	120
Total	3,3	12,9	1,1	0,3	4,4	364

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.

- La desnutrición crónica afecta con mayor intensidad a los niños del área rural (15%) que a los del área urbana (12%) y es inversamente proporcional al nivel de educación de las madres, viéndose el menor porcentaje entre las que tienen nivel superior (5%).

Peso para la talla o desnutrición aguda

- La falta de peso para la talla o desnutrición aguda, sólo afecta al 1 por ciento de los niños en el departamento de Tumbes; 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.

Cuadro 10.6 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años

Entre los niñós 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, Tumbes 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]	Severa[1]	Total[2]	
Area de residencia						
Urbana	3,0	12,4	0,7	0,3	3,7	298
Rural	4,5	15,2	3,0	0,0	7,6	66
Educación de la madre						
Sin educación	*	*	*	*	*	14
Primaria	7,8	16,7	0,0	0,0	4,4	90
Secundaria	1,2	14,0	1,7	0,6	5,8	172
Superior	1,1	4,5	1,1	0,0	1,1	89
Total	3,3	12,9	1,1	0,3	4,4	364

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.

- El 4 por ciento de los niños menores de cinco años tienen un peso deficiente para su edad. La desnutrición general es mayor en los niños entre los del segundo y tercer orden (7%) y también los de sexto orden a más de nacimiento (4%), así como en los niños cuyas madres residen en el área rural (8%).

10.6 NUTRICIÓN DE LAS MUJERES

La situación nutricional de las mujeres antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos de mortalidad materna y de las posibilidades de desarrollo del feto, la mortalidad intrauterina, la duración del embarazo, las complicaciones del parto, la mortalidad perinatal e infantil y el bajo peso al nacimiento. El estado de nutrición de una mujer está condicionado, a su vez, por su balance energético (relación entre el consumo de calorías y el gasto de energías), su estado de salud, el tiempo transcurrido desde el último nacimiento así como de la duración de la lactancia.

Las medidas antropométricas son herramientas profusamente empleadas para aproximarse a los niveles de nutrición. Por esta razón ENDES 2000 registró las medidas básicas de estatura y peso de las todas las mujeres entrevistadas.

Estatura de las Mujeres en Edad Fértil

La estatura de la mujer es un indicador indirecto de su situación social puesto que refleja el efecto acumulado en el tiempo de variables genéticas y ambientales tales como alimentación, salud, factores sicológicos, 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[10]. Por el hecho de haber finalizado el crecimiento físico, una sola medición de la estatura de la mujer es suficiente para valorar de manera bastante confiable el estado nutricional en lo referente al crecimiento lineal.

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

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 Huancavelica es de 153 centímetros.
- Solo el 8 por ciento de las mujeres en edad fértil del departamento de Tumbes tiene una estatura por debajo de los 145 centímetros. Este grupo de mujeres puede ser considerado como madres con mayor riesgo de experimentar complicaciones en el embarazo, mortalidad intrauterina, perinatal o infantil.
- El mayor porcentaje de las madres con talla menor a 145 centímetros se encuentran en el área rural (11%), y en las mujeres de 45 a 49 años (15%). Asimismo, esta frecuencia es mayor entre las mujeres con primaria (13%) o menos, que entre las de educación superior (3%).

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, Tumbes 2000

Característica	Talla promedio en cms.	Porcentaje con menos de 145 cms.	Número de mujeres
Edad			
15-19	153,5	5,8	226
20-24	153,5	7,7	183
25-29	153,6	3,6	140
30-34	153,8	7,1	154
35-39	153,6	8,8	160
40-44	153,0	9,1	110
45-49	152,0	14,8	88
Area de residencia			
Urbana	153,6	7,0	901
Rural	152,7	10,8	158
Educación de la madre			
Sin educación	147,9	20,0	20
Primaria	151,6	12,9	249
Secundaria	153,3	6,9	547
Superior	156,0	2,5	244
Total	153,4	7,5	1 059

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

10 Panamerican Health Organization. Matern al nutrition a nd preg nancy outcom es: anthro pometric assessme nt. PAHO No. 526. Washington, 1991; y Goodhart R, Shils M .editors. Modern nutrition in health and disease. Lea and Febiger. Philadelphia, 1980.

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 pronostico 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 aquéllas 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.

Cuadro 10.8

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

- El Índice de Masa Corporal de las mujeres en el departamento de Tumbes, utilizando la fórmula de Quetelet, es de 25.4. Tomando el punto de corte (18.5), el 4 por ciento de las mujeres tendrían una masa corporal deficiente, sin embargo, cabe resaltar que de éstas, en mayor proporción son las mujeres con edad menor de 20 años.

- El Índice de Masa Corporal promedio es directamente proporcional a la edad de la mujer tal que, el IMC en las mujeres de 15 a 19 años es de 21.9, mientras que en las mujeres de 45 a 49 años es de 29. Se aprecia un mayor índice en el área urbana (25.5) y cuando el nivel de educación de la mujeres primaria.

- El porcentaje de mujeres en edad fértil con Índice de Masa Corporal mayor o igual a 25 es de 49 por ciento en el Departamento de Tumbes. Este porcentaje se incrementa con la edad: de 13 por ciento entre las mujeres de 15-19 a 85 por ciento entre las de 45-49 años de edad.

- El índice de masa corporal mayor o igual a 25, es mayor en las mujeres con nivel de educación primaria (71%) y en las mujeres que habitan el área urbana (50%).

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, Tumbes 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	21,9	11,6	12,5	216
20-24	23,9	6,4	33,5	173
25-29	25,3	3,0	48,9	135
30-34	26,1	0,0	58,6	145
35-39	27,0	2,0	66,0	153
40-44	28,3	0,0	78,9	109
45-49	29,0	1,1	85,2	88
Area de residencia				
Urbana	25,5	4,4	49,5	868
Rural	24,8	4,0	45,0	149
Educación de la madre				
Sin educación	*	*	*	19
Primaria	27,5	2,5	71,1	242
Secundaria	24,4	5,2	38,4	523
Superior	25,2	4,7	47,9	234
Total	25,4	4,3	48,9	1 017

Nota: El cuadro incluye sólo mujeres que tuvieron un hijo en los cinco años anteriores a la encuesta.

Se excluyen además las mujeres embarazadas y aquellas que tuvieron un hijo en los 2 meses.

*: Menos de 20 casos.

10.7 ANEMIA EN NIÑOS Y MUJERES

Introducción

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, de hemoglobina, o es menor en volumen total. La hemoglobina es un compuesto de proteína que contiene hierro y se produce en los glóbulos rojos de los seres vivos, su medición es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia en mujeres y niños, y su deficiencia puede indicar que existe una deficiencia de hierro. Si bien, se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye la gran mayoría del número total de casos. De 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 8.0g/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 éste 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. En el departamento de Tumbes, 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.)[11]. 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 formula de CDCPNSS. Las mediciones iniciales del nivel de hemoglobina han sido llevados a nivel del mar con el siguiente procedimiento:

---

11 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 Anem ia in the United States, 1976 to 1980. Am J Clin Nutr 39:437-445, 19 84; Dirre n H., Logm an H.G.M., Barcaly D.V. & Freire W .B. Altitude Adjustment for Hemoglobin. Europ J Clin Nutr 48:625-63 2, 1994 ; Hurtado A., Merin o C., Delg ado E. Influence of Anorexia on the Hemopoietic Ac tivity. Arch Intern Med 75:284-323, 1945.

Nivel ajustado = nivel observado - ajuste por altura
Ajuste = -0.032*(alt) + 0.022*(alt*alt)
donde (alt) es: [(altura en metros)/1,000]*3.3

Resultados

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

Cuadro 10.9

- El 32 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad del departamento de Tumbes padece de algún grado de anemia. En la ENDES 2000 se encontró que la cuarta parte de mujeres (26%) tiene anemia leve y 6 por ciento presenta anemia moderada. No se hallaron casos de anemia severa que afecte a la población femenina del departamento.

Cuadro 10.9 Prevalencia de anemia en mujeres

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

Características	Distribución porcentual de mujeres con prueba de anemia				Número de mujeres	Número de mujeres sin prueba de anemia	Total de mujeres
	Mujeres con anemia		Mujeres sin anemia	Total			
	Anemia moderada	Anemia leve					
Edad							
15-19	1,7	32,2	66,1	100,0	59	0	59
20-24	6,2	25,0	68,7	100,0	48	0	48
25-29	0,0	23,3	76,7	100,0	30	1	31
30-34	7,3	22,0	70,7	100,0	41	0	41
35-39	11,1	24,4	64,4	100,0	45	1	46
40-44	(8,7)	(30,4)	(60,9)	(100,0)	23	1	24
45-49	3,6	25,0	71,4	100,0	28	0	28
Paridad							
No tiene hijos	2,0	31,4	66,7	100,0	102	1	103
1	2,4	29,3	68,3	100,0	41	0	41
2-3	5,6	18,1	76,4	100,0	72	1	73
4-5	15,4	23,1	61,5	100,0	39	0	39
6+	(10,0)	(30,0)	(60,0)	(100,0)	20	1	21
Embarazo y lactancia							
Embarazada	*	*	*	*	6	0	6
Lactando	6,1	27,3	66,7	100,0	33	0	33
Ninguna	4,7	26,4	68,9	100,0	235	3	238
Area de residencia							
Urbana	4,3	23,5	72,2	100,0	234	3	237
Rural	12,5	42,5	45,0	100,0	40	0	40
Educación de la madre							
Sin educación	*	*	*	*	4	0	4
Primaria	9,7	27,4	62,9	100,0	62	0	62
Secundaria	5,0	22,9	72,1	100,0	140	2	142
Superior	2,9	32,4	64,7	100,0	68	1	69
Total	5,5	26,3	68,2	100,0	274	3	277

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.

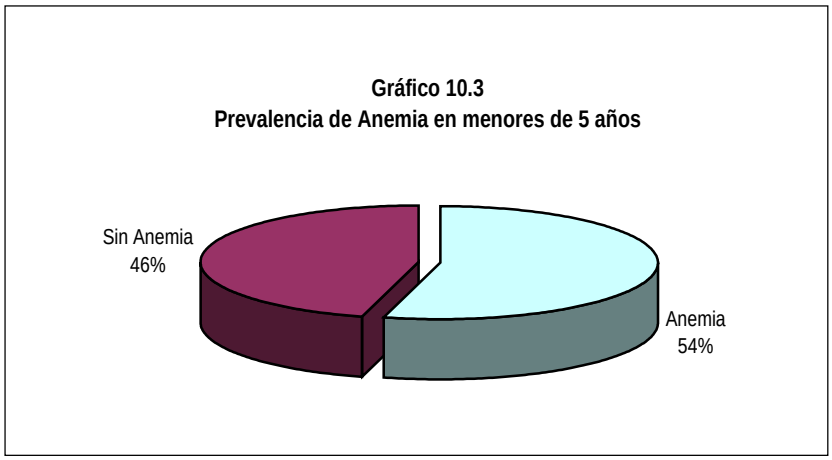
- La anemia es más frecuente entre las mujeres de 35 a 39 años de edad (36%), en las que tienen 6 hijos a más (39%).

- Según el área de residencia, las mujeres que habitan el área rural presentan mayor porcentaje de casos de anemia (55%) que las que residen el área urbana (28%).

Gráfico 10.3, 10.3a y 10.4

- En mayor proporción que las mujeres, aproximadamente uno de cada dos niños (54%) menores de 5 años padecen de anemia en el departamento de Tumbes. El 22% tiene anemia leve y 30 por ciento anemia moderada. Se encontró un importante 2 por ciento de niños con valores de hemoglobina por debajo de 7gr/dl.

- Existe cierta relación entre el estado de anemia de la madre y el de sus niños. El 49 por ciento de madres que no tienen anemia gozan de niños con buenas concentraciones de hemoglobina.



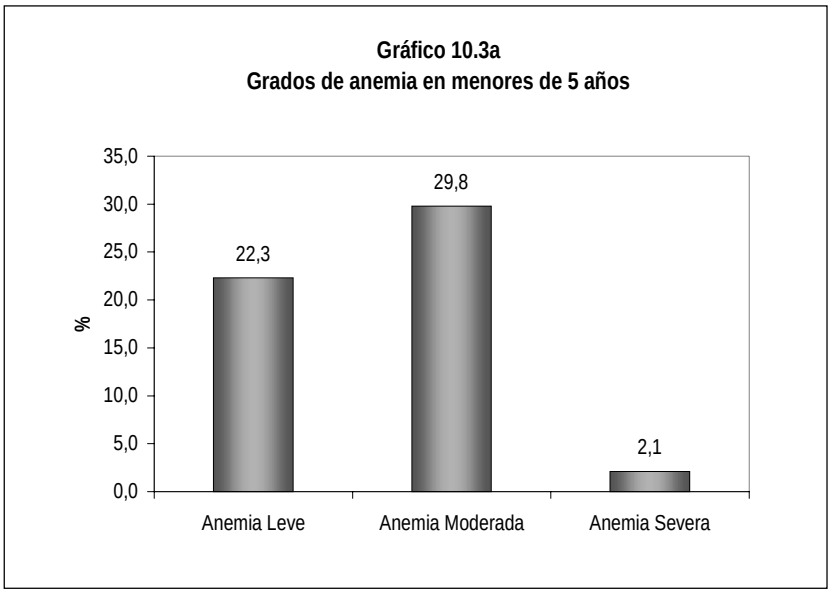
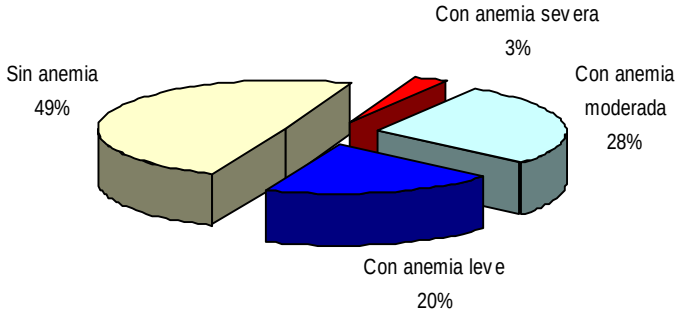


Gráfico 10.4

Prevalencia de Anemía en Niños cuyas Madres No son Anémicas



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 estadío SIDA.

Por esas y otras razones, la ENDES 2000 incluyó una sección para indagar sobre el conocimiento general de las mujeres acerca de las enfermedades transmitidas sexualmente: conocimiento de las distintas enfermedades, si las entrevistadas han adquirido enfermedades en los doce meses anteriores a la encuesta, búsqueda de tratamiento o consejo. Con relación al SIDA, cual fue la principal fuente de información en el caso de haber oído hablar de la enfermedad, qué debe hacerse para evitar contraer el SIDA, si una persona puede tener la enfermedad aunque parezca saludable y si cree que el SIDA puede transmitirse de una madre infectada al niño y en que momento.

Igualmente se les pidió a las mujeres opinar sobre los derechos de las personas infectadas por SIDA a trabajar o llevar una vida en comunidad. También se hicieron preguntas sobre la conducta sexual en los últimos 12 meses (número y tipo de parejas sexuales y uso del condón).

11.1 CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y FORMAS DE EVITAR EL CONTAGIO

A las mujeres se les preguntó si habían oído hablar de la infección por VIH y de una enfermedad llamada SIDA. A quienes respondieron afirmativamente se les preguntó de cuál fuente de información aprendió más sobre el SIDA y si había algo que una persona puede hacer para evitar infectarse con el virus. Los resultados generales se presentan en el Cuadro 11.1, mientras que en el Cuadro 11.2 se presentan en forma detallada las fuentes de conocimiento.

Cuadro 11.1

Conocimiento de VIH/SIDA

- En el departamento de Tumbes, el conocimiento sobre la existencia del VIH/SIDA alcanza al 99 por ciento del total de mujeres entrevistadas, un 14 por ciento lo conoce pero no sabe como evitarlo y 85

por ciento de las entrevistadas conoce alguna forma válida de evitar infectarse con el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).

- Los porcentajes que indican menor conocimiento de la existencia del VIH/SIDA se observan en las mujeres de 25 a 29 años (2%), en las no unidas sexualmente activas y en las residentes en el área rural. Según el nivel educativo, en el grupo de mujeres sin educación el desconocimiento es apreciable (15%).

- Con relación a las posibles formas de evitar infectarse con el virus que causa el SIDA, en el departamento de Tumbes, el 85 por ciento de mujeres conoce alguna forma: 56 por ciento conoce una forma válida y 29 por ciento dos o más formas válidas.

- Entre las formas válidas destaca "limitando el número de compañeros sexuales" (46%), casi paralelo a la respuesta "mediante el uso del condón" alcanzando el 41 por ciento.

- La prevención del VIH/SIDA limitando el número de compañeros sexuales, alcanza mayores proporciones entre las mujeres de 30 a 39 años (54%) en similar porcentaje que entre las mujeres unidas (55%), residentes en áreas urbanas (46%), pero sobre todo en las que tienen nivel superior de estudios (56%) con más de 10 puntos

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, Tumbes 2000

Característica	No sabe como se puede evitar		Si sabe como se puede evitar			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	Total	Mediante el uso de condón	Limitando el número de compañeros [2]	
Edad								
15-19	0,4	11,9	58,8	28,8	100,0	43,4	29,6	226
20-24	0,5	17,5	49,2	32,8	100,0	42,6	44,3	183
25-29	2,1	13,6	56,4	27,9	100,0	42,1	48,6	140
30-39	1,3	12,7	57,3	28,3	99,7	38,9	53,8	313
40-49	0,0	15,7	57,9	26,4	100,0	38,1	50,8	197
Estado civil								
Casada/Conviviente	0,8	14,1	57,4	27,7	100,0	38,6	54,7	610
Divorciada, separada, viuda	1,1	16,5	53,8	28,6	100,0	50,5	31,9	91
Soltera, ha tenido relaciones	2,1	14,6	54,2	29,2	100,0	50,0	45,8	48
Soltera/ no ha tenido relaciones	0,6	13,3	55,0	31,1	100,0	40,8	32,4	308
Area de residencia								
Urbana	0,7	14,1	56,4	28,7	99,9	42,5	46,0	900
Rural	1,9	13,9	55,1	29,1	100,0	31,0	44,3	158
Nivel de educación								
Sin educación	15,0	50,0	25,0	10,0	100,0	5,0	25,0	20
Primaria	2,0	23,0	50,8	24,2	100,0	29,0	44,4	248
Secundaria	0,2	11,5	59,5	28,8	100,0	44,9	42,7	547
Superior	0,0	7,8	57,0	34,8	99,6	46,3	55,7	244
Total	0,8	14,1	56,2	28,8	99,9	40,8	45,8	1 058

[1] Conocimiento de formas específicas de importancia programática

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

( ): Entre 20 y 24 casos.

porcentuales de diferencia con respecto a secundaria o menos.

- El uso del condón como método de protección predomina entre las mujeres menores de 30 años, principalmente entre aquellas que no mantienen ningún vínculo conyugal en la actualidad como las solteras sexualmente activas y las viudas, divorciadas o separadas. Mayores proporciones entre las residentes del área urbana (43%) y las que han tenido estudios superiores (46%).

Cuadro 11.2 y Gráfico 11.1

Conocimiento de formas de evitar contagio

- Para el 41 por ciento de las mujeres con conocimiento de VIH/SIDA, el uso del condón es una forma válida de evitar el contagio, esto principalmente entre las mujeres anteriormente unidas o aquellas no unidas que mantienen relaciones sexuales (51%), las habitantes del área urbana (43%) y las que tienen educación superior (47%).

- El ser mutuamente fiel fue mencionado por 38 por ciento de mujeres como una forma de evitar el VIH/SIDA, sobre todo por las mujeres de 30 a 39 años, aquellas en unión (46%), y casi la mitad de mujeres con nivel educativo superior (48%).

- Para el 34 por ciento, el no compartir jeringas o navajas es una forma adecuada de evitar el contagio, mientras que otra forma válida de cuidado es la abstención sexual (29%).

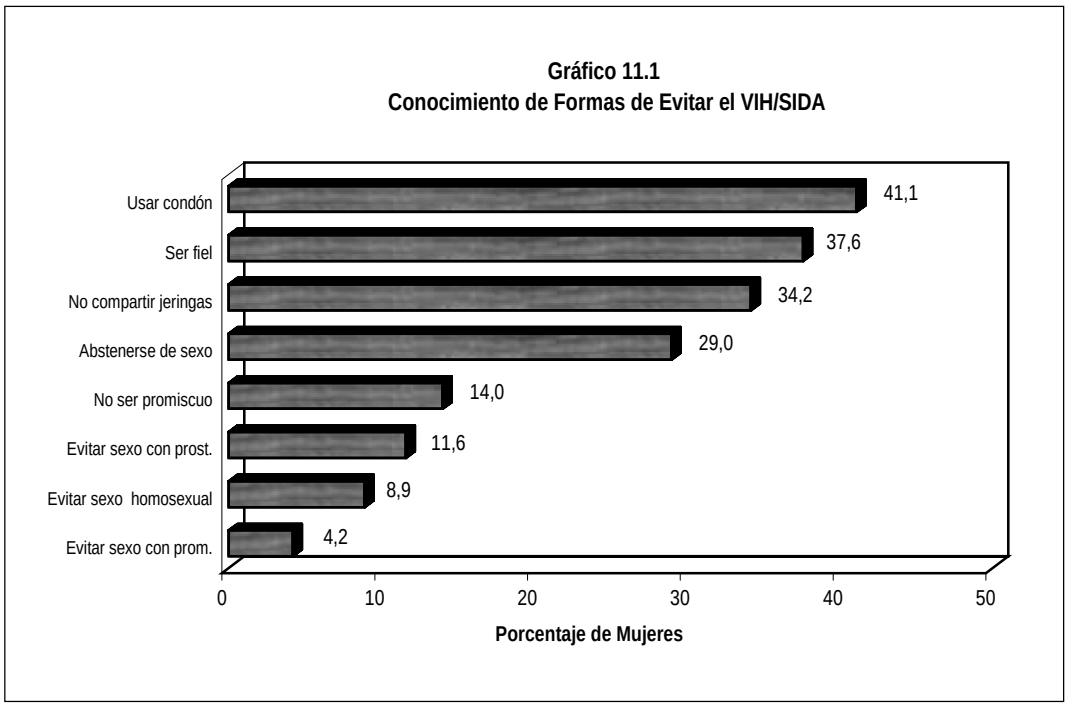
- Factores de alto riesgo, como son evitar relaciones con personas con múltiples parejas sexuales (4%) o con prostitutas (12%) y el evitar relaciones homosexuales (9%), fueron mencionados por porcentajes menores de las entrevistadas.

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, Tumbes 2000

Característica	Formas de evitar el SIDA														
	Abstenerse	Usar condón	No tener muchas parejas sexuales	Ser pareja mutuamente fiel	Evitar sexo con personas promiscuas	Evitar sexo con prostitutas	Evitar sexo homosexual	No compartir jeringas o navajas de afeitar	Evitar los besos	Evitar la picadura de mosquitos	Otras formas	No sabe que hacer	No sabe si se puede evitar	No hay forma de evitar	Número de mujeres
Edad															
15-19	45,0	43,6	9,8	21,8	1,3	12,4	8,4	38,7	1,3	0,0	25,3	0,0	1,8	0,9	225
20-24	30,0	42,9	13,2	36,3	7,7	15,4	12,1	25,3	1,6	0,0	22,0	0,0	3,8	2,2	182
25-29	24,0	43,1	16,8	39,4	4,4	11,7	7,3	35,0	1,5	1,5	28,5	0,0	4,4	0,7	137
30-39	23,0	39,5	16,2	47,2	4,2	7,4	8,7	33,3	1,3	0,0	22,7	0,6	2,9	1,0	308
40-49	23,0	38,1	14,2	40,6	4,1	13,7	7,6	38,1	2,5	0,0	27,4	0,5	4,1	1,5	197
Estado civil															
Casada/Conviviente	21,0	38,9	17,0	45,7	4,1	12,4	8,6	33,3	1,3	0,2	24,1	0,5	3,5	1,3	605
Divorciada, separada, viuda	33,0	51,1	7,8	26,7	2,2	8,9	12,2	36,7	4,4	1,1	27,8	0,0	5,6	0,0	90
Soltera, ha tenido relaciones	19,0	51,1	23,4	31,9	12,8	4,3	4,3	36,2	2,1	0,0	23,4	0,0	6,4	0,0	47
Soltera/ no ha tenido relaciones	46,0	41,0	8,5	25,7	3,6	12,1	9,1	34,9	1,3	0,0	25,4	0,0	1,6	1,6	306
Area de residencia															
Urbana	27,0	42,8	13,2	38,3	4,9	12,6	9,4	33,5	1,5	0,2	24,0	0,3	3,4	1,5	893
Rural	40,0	31,6	18,7	33,5	0,0	5,8	5,8	38,1	2,6	0,0	29,0	0,0	2,6	0,0	155
Nivel de educación															
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
Primaria	27,0	29,6	16,0	35,4	3,7	10,7	7,8	28,4	2,9	0,0	22,6	0,8	7,8	2,9	243
Secundaria	31,0	45,0	13,5	34,4	2,4	12,6	8,6	34,0	1,6	0,4	23,4	0,2	2,0	1,1	546
Superior	28,0	46,5	14,0	47,7	8,6	9,9	10,3	41,6	0,4	0,0	30,0	0,0	0,4	0,0	243
Total	29,0	41,1	14,0	37,6	4,2	11,6	8,9	34,2	1,6	0,2	24,8	0,3	3,2	1,2	1 048

*: Menos de 20 casos.



Cuadro 11.3

Fuentes de conocimiento

- En el departamento de Tumbes, sobre VIH/SIDA más de la mitad de las mujeres mencionaron que la fuente principal de información es la televisión (58%). El 27 por ciento refiere tener conocimientos al respecto por medio de la escuela y una de cada cuatro mujeres fueron informadas por los trabajadores de salud. La mención de otras fuentes alcanzan a menores porcentajes de mujeres.

- Con respecto a la televisión, la mayor proporción de mujeres que se enteraron por este medio fueron las mayores de 25 años y las que alguna vez han tenido algún vínculo conyugal. Predomina en el 60 por ciento de las mujeres de residencia urbana, con respecto a la rural (43%) y en mayores porcentajes en las que tienen un nivel superior de estudios (65%).

- Las mujeres que tuvieron como fuente de conocimiento su centro de estudios son predominantemente las mujeres de 15 a 19 años (73%), solteras ya sean sexualmente activas (32%) o no (62%) con respecto a las alguna vez unidas. Mayores proporciones en las mujeres del área urbana (28%) y con estudios superiores (34%).

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, Tumbes 2000

Característica	Conoce SIDA	Número de mujeres	Fuente de conocimiento											
			Radio	TV	Periódico/ Revista	Panfletos/ Afiches	Trabajador de salud	Escuela	Amigos/ Parientes	Lugar de trabajo	Audio visuales/ Películas	Charlas	Otras fuentes	Número mujeres conoce SIDA
Edad														
15-19	99,6	226	13,8	35,1	7,6	4,9	16,9	73,3	16,4	0,4	1,8	9,3	0,0	225
20-24	99,5	183	21,4	51,1	14,3	5,5	28,6	33,5	18,7	1,1	5,5	10,4	0,5	182
25-29	97,9	140	20,4	66,4	18,2	11,7	28,5	14,6	15,3	2,2	3,6	10,2	0,0	137
30-39	98,4	313	22,0	67,0	20,1	6,8	26,9	8,1	21,7	2,6	2,9	12,9	0,3	308
40-49	100,0	197	27,4	68,5	17,3	6,6	22,8	6,6	24,9	2,5	5,1	12,2	0,5	197
Estado civil														
Casada/Conviviente	99,2	610	21,8	64,9	15,0	6,1	28,4	10,9	21,5	2,0	4,3	12,4	0,2	605
Divorciada, separada, viuda	98,9	91	23,3	67,8	24,4	10,0	25,6	13,3	24,4	3,3	4,4	11,1	1,1	90
Soltera, ha tenido relaciones	97,9	48	12,8	51,1	12,8	10,6	23,4	31,9	17,0	4,3	2,1	8,5	2,1	47
Soltera/ no ha tenido relaciones	99,4	308	19,9	41,4	14,7	6,5	16,6	62,2	15,6	0,7	2,3	9,4	0,0	306
Area de residencia														
Urbana	99,2	900	22,1	60,1	17,5	7,2	23,6	27,9	19,8	1,7	4,2	11,4	0,3	893
Rural	98,1	158	14,2	43,2	4,5	4,5	29,7	21,9	20,0	2,6	0,0	10,3	0,0	155
Nivel de educación														
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
Primaria	98,0	248	16,5	56,4	4,9	6,2	25,9	4,1	31,7	1,2	3,3	11,1	0,0	243
Secundaria	99,8	547	20,5	55,6	14,3	6,6	23,6	34,9	16,5	0,9	4,0	9,0	0,2	546
Superior	99,6	244	26,7	65,4	30,0	8,2	25,5	33,7	13,2	4,5	3,3	16,0	0,8	243
Total	99,1	1058	21,0	57,6	15,6	6,8	24,5	27,0	19,8	1,8	3,6	11,2	0,3	1048

*: 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 trasmitido 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

- el 87 por ciento de las mujeres que conocen la existencia del SIDA saben que una persona puede lucir saludable pero estar contagiada. La proporción es más alta entre las mujeres residentes en el área urbana (89%)y las que tienen educación superior(98%).

- Por otro lado, cerca de tres cuartos de las mujeres del departamento de Tumbes sabe que el virus puede ser transmitido de una madre infectada al niño durante el embarazo o el parto y el 47 por ciento, durante la lactancia.

- La mayor proporción de mujeres que tenían conocimientos respecto a la

transmisión del VIH durante el embarazo o el parto son aquellas entre 25 a 29 años (79%), las divorciadas, viudas o separadas (80%), las residentes del área urbana (76%), y las de estudios superiores (86%). Estos grupos son los mismos que gozan en menor proporción del concepto de transmisión del virus a través de la leche materna.

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, Tumbes 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	88,5	5,8	5,8	1,8	74,3	53,1	2,2	226
20-24	86,3	6,6	7,1	2,7	72,1	48,6	6,6	183
25-29	82,9	8,6	8,6	2,9	78,6	42,1	5,0	140
30-39	87,3	5,1	7,6	2,5	73,6	43,0	4,5	313
40-49	88,3	4,1	7,6	3,6	70,6	46,2	4,6	197
Estado civil								
Casada/Conviviente	84,9	7,0	8,0	3,8	71,4	44,5	4,7	610
Divorciada, separada, viuda	90,1	4,4	5,5	0,0	80,2	41,8	5,5	91
Soltera, ha tenido relaciones	85,4	0,0	14,6	0,0	68,7	56,2	8,3	48
Soltera/ no ha tenido relaciones	90,6	4,5	4,9	1,6	77,0	50,8	2,6	308
Area de residencia								
Urbana	88,9	5,0	6,1	2,0	76,4	46,5	3,5	900
Rural	75,9	10,1	13,9	6,3	57,6	47,5	9,5	158
Nivel de educación								
Sin educación	(55,0)	(10,0)	(35,0)	(10,0)	(20,0)	(40,0)	(40,0)	20
Primaria	75,0	8,9	16,1	3,6	59,7	45,2	10,9	248
Secundaria	88,9	5,8	5,3	2,4	76,3	48,4	1,8	547
Superior	97,5	2,0	0,4	1,6	86,1	44,7	0,8	244
Total	87,0	5,8	7,3	2,6	73,6	46,6	4,4	1 058

( ): Entre 20 y 24 casos.

Cuadros 11.5

Aspectos sociales de la prevención del SIDA

- En el departamento de Tumbes, un 58 por ciento de mujeres opina que un profesor que tiene SIDA puede seguir enseñando. La proporción que piensa lo contrario es 37 por ciento, donde destacan las mujeres de 40 a 49 años (42%)y las residentes del área rural (56%). Éste concepto erróneo es mayor cuanto menor sea su grado de instrucción.

- Entre las que dieron la primera opinión mencionada, destacan las entrevistadas solteras con vida sexual activa, las residentes del área urbana (61%) y las que tienen educación superior (73%).

- Acerca de si una persona infectada debe ser despedida del trabajo, el 35% opinan afirmativamente y las que opinan negativamente llegan a 56 por ciento. Las características por edad, estado conyugal, zona de residencia o nivel educativo son similares con respecto a la situación anterior, de si un profesor debe seguir 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, Tumbes 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	57,5	37,2	5,3	31,4	59,7	8,8	65,0	13,7	21,2	226
20-24	56,3	37,7	6,0	30,6	59,6	9,8	67,2	13,1	19,7	183
25-29	60,7	30,7	8,6	28,6	59,3	12,1	75,0	7,9	17,1	140
30-39	59,6	35,4	5,1	37,9	54,1	8,0	63,7	16,6	19,7	313
40-49	53,8	42,1	4,1	44,7	50,8	4,6	59,9	16,2	23,9	197
Estado civil										
Casada/Conviviente	54,7	40,1	5,2	40,6	51,4	8,0	63,2	15,7	21,1	610
Divorciada, separada, viuda	62,6	33,0	4,4	28,6	62,6	8,8	67,0	14,3	18,7	91
Soltera, ha tenido relaciones	70,8	22,9	6,2	20,8	66,7	12,5	68,7	8,3	22,9	48
Soltera/ no ha tenido relaciones	60,2	33,7	6,1	29,1	62,8	8,1	68,9	12,0	19,1	308
Area de residencia										
Urbana	61,2	33,4	5,4	33,6	58,5	7,9	66,5	13,7	19,7	900
Rural	37,3	56,3	6,3	44,9	43,7	11,4	58,9	16,5	24,7	158
Nivel de educación										
Sin educación	(10,0)	(70,0)	(20,0)	(65,0)	(10,0)	(25,0)	(40,0)	(25,0)	(35,0)	20
Primaria	39,9	53,6	6,5	52,4	36,3	11,3	52,0	20,6	27,4	248
Secundaria	60,8	33,8	5,5	34,1	58,4	7,5	67,9	13,5	18,6	547
Superior	72,5	23,8	3,7	18,0	75,8	6,1	75,4	8,2	16,4	244
Total	57,6	36,8	5,6	35,3	56,3	8,4	65,4	14,2	20,5	1 058

( ): Entre 20 y 24 casos.

- Respecto a que estaría dispuesta a cuidar a un pariente si éste llegara a enfermarse con el virus que causa el SIDA, el 65 por ciento manifiesta estar de acuerdo, 14 por ciento no esta de acuerdo y 21 por ciento no sabe. Las que demuestran en general tener menos prejuicios o temores respecto a estos aspectos son las mujeres con mayor nivel educativo (68% entre las de secundaria y 75% en las que tienen superior), las residentes en el área urbana (67%), las de 25 a 29 años (75%) y las solteras en general.

11.3 CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN 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, y el gráfico 11.2.

Cuadro 11.6 y Gráfico 11.2

Conocimiento de los síntomas de las ETS

- En el departamento de Tumbes, el 84 por ciento de las entrevistadas conoce otras enfermedades de transmisión sexual, el 3

por ciento desconoce cualquier síntoma y 29 por ciento conoce por lo menos uno. Una de cada dos mujeres conoce dos o más síntomas (52%).

- El desconocimiento de las ETS es más alto en las mujeres de 20 a 24 años de edad (19%) y en aquéllas con menores niveles educativos. Cabe resaltar que las mujeres con mayores conocimientos al respecto (conoce dos o más síntomas) lo conforman en su mayoría, las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años (58%), solteras, habitantes del área urbana (53%) y directamente proporcional al nivel educativo.

- La sífilis y la gonorrea son las ETS más conocidas (60% y 66% respectivamente) por las mujeres que han oído hablar sobre la existencia de las ETS. Sólo el 6 por ciento de la población entrevistada tienen conceptos acerca del condiloma acuminado.

- Ambas ETS, tanto sífilis como gonorrea son conocidas por mayor proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad, las solteras, las residentes en el área urbana y las que alcanzaron secundaria y superior.

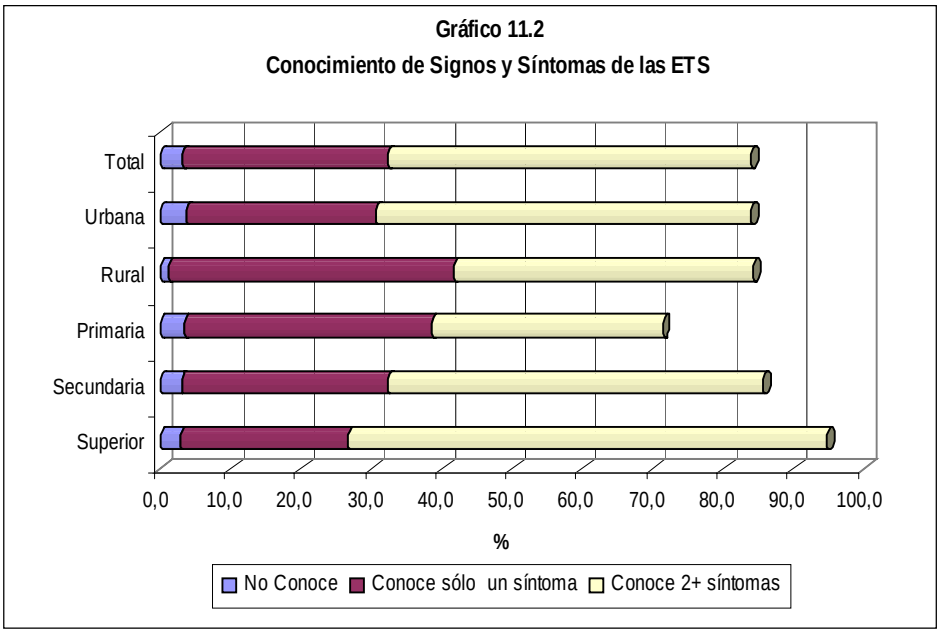
Cuadro 11.6 Conocimiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ETS específicas

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, Tumbes 2000

Característica	No conoce sobre las ETS	Sintomas específicas de las ETS			Total	Número de mujeres	Conoce ETS específicas				Número de mujeres
		No conoce síntomas de ETS	Conoce un síntoma	Conoce dos o más síntomas			Conoce sífilis	Conoce gonorrea	Verrugas genitales/ condi loma	Otras ETS	
Edad											
15-19	16,4	1,8	23,9	58,0	100,0	226	67,7	70,9	5,3	24,3	189
20-24	18,6	2,7	26,8	51,9	100,0	183	59,7	66,4	6,7	25,5	149
25-29	15,0	3,6	33,6	47,9	100,0	140	52,9	65,5	4,2	28,6	119
30-39	15,0	4,1	30,6	50,3	100,0	313	54,3	63,7	6,7	28,1	267
40-49	16,2	4,1	31,5	48,2	100,0	197	64,8	64,2	3,6	27,3	165
Estado civil											
Casada/Conviviente	16,5	3,4	30,8	49,3	100,0	610	55,5	63,9	5,1	29,6	509
Divorciada, separada, viuda	12,1	7,7	28,6	51,6	100,0	91	50,0	56,3	6,3	23,8	80
Soltera, ha tenido relaciones	16,7	2,1	31,2	50,0	100,0	48	77,5	77,5	5,0	15,0	40
Soltera/ no ha tenido relaciones	16,2	1,9	25,6	56,3	100,0	308	68,7	71,4	6,2	23,9	259
Area de residencia											
Urbana	16,2	3,7	27,1	53,1	100,0	900	64,6	68,1	5,6	24,3	755
Rural	15,8	1,3	40,5	42,4	100,0	158	33,1	54,1	5,3	40,6	133
Nivel de educación											
Sin educación	(45,0)	(10,0)	(15,0)	(30,0)	(100,0)	20	*	*	*	*	11
Primaria	28,6	3,6	35,1	32,7	100,0	248	38,4	53,1	4,5	35,6	177
Secundaria	14,2	3,1	29,2	53,5	100,0	547	59,1	66,2	5,1	26,0	469
Superior	5,3	2,9	23,8	68,0	100,0	244	78,8	77,1	7,4	20,3	231
Total	16,1	3,3	29,1	51,5	100,0	1 058	59,8	66,0	5,5	26,8	887

*: Menos de 20 casos.

( ): Entre 20 y 24 casos.



Cuadro 11.7

- Entre las que conocen las ETS, los síntomas que identifica un tercio de esta población es el enrojecimiento o picazón de la zona genital (33%), luego refieren la secreción vaginal (28%) como signo característico en este tipo de enfermedades. Otros síntomas o signos que mencionan son la pérdida de peso, secreción purulenta, maloliente y úlceras genitales.

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, Tumbes 2000

Característica	Síntomas y signos de las ETS														
	Dolor abdominal	Secreción vaginal	Secreción mal oliente	Molestias	Enrojecimiento/ picazón en genitales	Inflamación o hinchazón en genitales	Úlceras llagas genitales	Verrugas genitales	Sangre en la orina	Pérdida de peso	Puede no haber síntomas	Secreción o pus por el pene	Otros síntomas	No conoce síntomas	Número de mujeres
Edad															
15-19	1,6	21,2	16,9	6,9	32,3	5,8	33,9	4,8	1,1	37,0	0,5	18,5	30,7	2,1	189
20-24	2,0	30,9	20,8	8,1	36,9	11,4	26,2	6,0	0,0	23,5	0,7	16,1	17,4	2,7	149
25-29	1,7	33,6	19,3	7,6	29,4	10,1	22,7	2,5	2,5	19,3	0,8	22,7	16,8	4,2	119
30-39	3,0	28,5	23,2	7,5	34,1	9,0	18,0	6,0	0,7	24,3	0,7	24,3	19,5	4,9	267
40-49	2,4	26,1	18,2	10,3	30,9	10,3	20,0	1,8	1,8	19,4	1,2	19,4	19,4	4,8	165
Estado civil															
Casada/Conviviente	2,0	29,6	20,8	9,4	32,9	10,6	19,4	5,1	1,8	22,2	1,0	21,0	17,5	4,1	509
Divorciada, separada, viuda	3,8	23,8	17,5	3,8	26,3	3,8	26,3	5,0	0,0	27,5	0,0	20,0	26,3	7,5	80
Soltera, ha tenido relaciones	2,5	27,5	20,0	15,0	37,5	7,5	27,5	2,5	0,0	20,0	0,0	25,0	17,5	2,5	40
Soltera/ no ha tenido relaciones	2,3	24,7	19,3	5,4	34,4	8,1	30,9	3,5	0,4	31,7	0,8	19,3	27,4	2,3	259
Area de residencia															
Urbana	2,6	27,0	18,9	7,5	31,3	8,5	25,4	4,9	1,3	27,8	0,9	21,2	23,3	4,2	755
Rural	0,0	30,8	26,3	10,5	42,1	12,8	14,3	2,3	0,0	11,3	0,0	17,3	9,0	1,5	133
Nivel de educación															
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Primaria	0,6	33,9	20,9	8,5	36,7	7,9	12,4	2,8	0,6	15,3	0,6	14,1	10,2	4,5	177
Secundaria	2,1	22,6	18,7	7,9	29,6	7,2	26,0	4,5	0,9	30,2	0,6	21,7	23,2	3,6	469
Superior	3,5	31,6	21,2	8,2	36,4	13,9	29,0	6,1	2,2	24,2	1,3	23,8	26,4	3,0	231
Total	2,2	27,6	20,0	8,0	33,0	9,1	23,7	4,5	1,1	25,3	0,8	20,6	21,1	3,8	887

*: Menos de 20 casos.

11.4 PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A las mujeres entrevistadas se les hizo una serie de preguntas para averiguar la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En particular se les preguntó si en los últimos doce meses le diagnosticaron alguna ETS, si tuvo manifestaciones específicas de las mismas, como flujo vaginal anormal, o úlceras/ llagas genitales y a las que tuvieron alguno de esos problemas, a quién acudió en busca de consejo o tratamiento.

Cuadros 11.8 y 11.9

- En el departamento de Tumbes, bajo porcentaje de mujeres declaró haber tenido alguna ETS en los 12 meses anteriores a la encuesta (6%). Sin embargo, se debe considerar que no todo flujo vaginal corresponde a una ETS, pero el 40 por ciento de las mujeres lo han referido. El 4 por ciento ha referido tener úlceras genitales, signo característico de ETS.

- El flujo vaginal fue un signo manifiesto principalmente entre las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años (54%) y solteras con relaciones sexuales(50%). Mientras que las úlceras fueron manifiestas en mayor proporción entre las mujeres de 25 a 39 años, y en unión conyugal (4%).

- También se indagó si la entrevistada hizo algo o no para solucionar ese problema de salud y se obtuvo que 13 por ciento no tuvo consejo o tratamiento frente al 75 por ciento que recurrió a alguien. Entre las últimas destacan las que mencionan que obtuvieron consejo o tratamiento de cualquier fuente (73%), menor cantidad de

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 aquéllas 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, Tumbes 2000

Característica	Ha tenido ETS	Flujo vaginal anormal	Úlcera o llagas genitales	No sabe/ sin información	ETS flujo, úlceras o llagas	Número de mujeres
Edad						
15-19	2,7	54,1	2,7	0,0	54,1	37
20-24	9,4	38,7	3,8	1,9	39,6	106
25-29	7,3	48,0	4,1	0,8	48,0	123
30-39	4,5	42,1	5,1	1,0	42,8	291
40-49	4,1	28,0	2,6	1,6	28,5	193
Estado civil						
Casada/Conviviente	5,7	40,3	4,3	1,5	40,8	610
Divorciada, separada, viuda	6,6	29,7	3,3	0,0	29,7	91
Soltera, ha tenido relaciones	0,0	50,0	2,1	0,0	52,1	48
Area de residencia						
Urbana	5,0	40,6	4,2	1,3	40,9	635
Rural	7,8	33,9	2,6	0,9	35,7	115
Nivel de educación						
Sin educación	(5,0)	(35,0)	(0,0)	(5,0)	(35,0)	20
Primaria	3,5	37,1	3,9	3,1	38,0	229
Secundaria	6,3	40,5	5,1	0,3	40,8	332
Superior	6,5	41,4	2,4	0,0	42,0	169
Total	5,5	39,5	4,0	1,2	40,1	750

( ): Entre 20 y 24 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, Tumbes 2000

Característica	Médico	Curandero	Farmacia/ Botica	Cualquier fuente	Consultó amigos/ parientes	Se auto recetó	Ni consejos ni tratamiento	Número de mujeres
Edad								
15-19	(61,9)	(0,0)	(14,3)	(76,2)	(0,0)	(4,8)	(19,0)	21
20-24	55,8	1,9	9,6	61,5	5,8	9,6	23,1	52
25-29	67,6	1,5	7,4	72,1	1,5	17,6	8,8	68
30-39	73,9	1,4	7,2	79,0	2,2	10,1	8,7	138
40-49	61,9	6,3	4,8	68,3	0,0	14,3	17,5	63
Estado civil								
Casada/Conviviente	69,7	1,8	6,3	73,9	2,1	12,3	11,6	283
Divorciada, separada, viuda	60,6	6,1	18,2	78,8	0,0	12,1	9,1	33
Soltera, ha tenido relaciones	44,0	4,0	8,0	52,0	4,0	8,0	36,0	25
Area de residencia								
Urbana	67,5	2,7	7,5	73,6	1,7	11,6	13,0	291
Rural	64,0	0,0	8,0	68,0	4,0	14,0	14,0	50
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	8
Primaria	54,7	4,2	8,4	64,2	3,2	13,7	18,9	95
Secundaria	72,6	1,9	7,6	75,2	1,9	12,1	10,8	157
Superior	75,6	0,0	6,1	81,7	1,2	11,0	6,1	82
Total	67,0	2,3	7,6	72,8	2,0	12,0	13,2	341

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

mujeres fueron al médico (67%), luego están las que se automedicaron (12%) y un 8 por ciento fue a una farmacia o tienda.

- Entre las mujeres que no recibieron tratamiento, se encuentra una proporción significativa de mujeres solteras sexualmente activas (36%) y las mujeres con menores niveles educativos.

11.5 CONDUCTA SEXUAL, USO DEL CONDÓN Y ACCESO AL CONDÓN

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 Tumbes, entre las mujeres que no están casadas o unidas pero que tienen vida sexual activa, 73 por ciento dijo que no tuvo relaciones sexuales durante los últimos 12 meses y 27 por

ciento manifestó haberlas tenido con un solo compañero. Destacan las proporciones de mujeres no unidas de 20 años a más que son activas sexualmente y tuvieron relaciones en los últimos 12 meses, así como las solteras, las residentes en áreas urbanas y las que tienen nivel de educación primaria (56%).

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, Tumbes 2000

Característica	Número de compañeros sexuales			Total	Promedio de parejas	Número de mujeres
	Ninguno	Uno	Dos o más			
Edad						
15-19	95,5	4,5	0,0	100,0	0,0	200
20-24	80,4	19,6	0,0	100,0	0,2	102
25-29	54,3	45,7	0,0	100,0	0,5	35
30-39	36,8	63,2	0,0	100,0	0,6	76
40-49	16,7	80,6	2,8	100,0	0,9	36
Estado civil						
Divorciada, separada, viuda	17,6	81,3	1,1	100,0	0,9	91
Soltera, ha tenido relaciones	0,0	100,0	0,0	100,0	1,0	48
Soltera/ no ha tenido relaciones	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	308
Area de residencia						
Urbana	72,1	27,6	0,3	100,0	0,3	390
Rural	75,9	24,1	0,0	100,0	0,2	58
Nivel de educación						
Sin educación	*	*	*	*	*	5
Primaria	44,0	56,0	0,0	100,0	0,6	50
Secundaria	82,8	16,8	0,4	100,0	0,2	273
Superior	64,5	35,5	0,0	100,0	0,4	121
Total	72,6	27,2	0,2	100,0	0,3	448

Cuadro 11.11

Conocimiento y uso del condón

- En el departamento de Tumbes, prácticamente el total de mujeres que conocen sobre el VIH /SIDA y tuvieron relaciones durante los últimos 12 meses conoce el condón. La mayoría de las que saben dónde conseguirlo mencionó alguna fuente del sector público (86%), en segundo lugar las farmacias (53%). Bajas proporciones mencionaron otras fuentes.

- Al indagar si usaron condón en la última relación sexual, se obtuvo que muy baja proporción lo usó: 6 por ciento lo usó el mes pasado, menos del 1 por ciento antes del mes pasado y 1 por ciento manifestó que aunque lo usa con motivos de planificación familiar, sin embargo, no lo usó en la última relación sexual.

- Las mujeres que en mayor proporción usaron condón el mes anterior a la encuesta son las unidas y solteras con relaciones sexuales y las que tienen educación secundaria a más.

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 planificaciónn familiar pero no durante la última relación, según características seleccionadas, Tumbes 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	97,3	94,6	2,7	54,1	0,0	59,5	2,7	5,4	2,7	0,0	37
20-24	98,1	82,9	7,6	49,5	0,0	56,2	2,9	6,7	1,9	1,0	105
25-29	100,0	90,0	6,7	56,7	0,0	70,8	1,7	8,3	0,8	0,0	120
30-39	100,0	85,4	8,0	52,1	0,3	61,5	3,5	6,6	0,3	1,0	287
40-49	99,0	83,4	5,7	54,4	0,5	56,0	4,7	3,1	0,0	0,5	193
Estado civil											
Casada/Conviviente	99,5	85,5	6,3	52,8	0,3	61,9	3,0	6,8	0,2	0,7	605
Divorciada, separada, viuda	100,0	90,0	8,9	55,6	0,0	51,1	3,3	0,0	2,2	0,0	90
Soltera, ha tenido relaciones	95,7	80,9	10,6	53,2	0,0	63,8	8,5	6,4	4,3	2,1	47
Area de residencia											
Urbana	99,5	84,3	7,9	57,1	0,2	61,3	3,5	6,2	0,8	0,8	629
Rural	98,2	93,8	0,9	31,0	0,9	57,5	2,7	4,4	0,0	0,0	113
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
Primaria	98,7	84,4	2,7	44,4	0,0	51,1	6,7	3,1	0,0	0,0	225
Secundaria	99,7	86,8	7,2	54,1	0,3	62,5	1,8	8,1	1,2	0,3	332
Superior	100,0	85,1	12,5	64,3	0,6	72,0	1,8	6,0	0,6	2,4	168
Total	99,3	85,7	6,9	53,2	0,3	60,7	3,4	5,9	0,7	0,7	742

[1] Conocimiento para planificación familiar o para prevención de enfermedades

[2] Para las usuarias actuales se incluyen como fuente el último sitio donde obtuvo en condón

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 11.12

Uso de condón según tipo de compañero

- Con relación al uso del condón en la última relación sexual, solamente el 7 por ciento de las mujeres casadas o unidas lo usaron, principalmente las que viven en el área urbana y las que tienen educación secundaria a más.

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

- En el grupo de las que tienen compañero sexual pero que no viven con él, un 11 por ciento usó el condón en la última relación.

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, Tumbes 2000

Característica	Usó condón con esposo ocompañero		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	3,6	28	*	5	9,1	33
20-24	10,6	85	*	9	9,6	94
25-29	9,5	105	*	7	9,8	112
30-34	7,6	238	*	19	7,8	257
40-49	4,0	151	*	5	3,8	156
Estado civil						
Casada/Conviviente	7,0	596	*	1	7,0	597
Divorciada, separada, viuda	*	10	(0,0)	22	6,2	32
Soltera, ha tenido relaciones	-	0	(22,7)	22	(22,7)	22
Area de residencia						
Urbana	7,7	506	11,9	42	8,0	548
Rural	5,0	100	0,0	3	4,9	103
Nivel de educación						
Sin educación	*	13	*	1	*	14
Primaria	3,6	195	*	5	3,5	200
Secundaria	10,1	277	*	19	10,4	296
Superior	7,4	121	(10,0)	20	7,8	141
Total	7,2	606	11,1	45	7,5	651

*: 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 trav-és de insultos, amenazas, coerciones, chantajes y/o agresiones físicas. Esta violencia afecta la salud de las personas que la sufren, sin embargo, es un problema que generalmente se oculta principalmente por la víctima. En muchas culturas es tolerada y hasta legitimada como un derecho del hombre sobre la mujer y los hijos, pasando a formar parte de la interacción dentro de la familia. La violencia se constituye como práctica cotidiana, perpetuándose a través de las generaciones en la crianza de los hijos, los que a su vez la replican cuando son padres en sus propios hijos.

En la ENDES 2000, se incluyó por primera vez en Perú, en este tipo de encuestas, un módulo sobre violencia familiar. A las mujeres alguna vez unidas se les preguntó por episodios de violencia verbal y física de parte del esposo o compañero. A todas las mujeres se les preguntó si alguna otra persona había ejercido violencia contra ella, a quien pidió ayuda, si visitó alguna institución para buscar ayuda; para quienes no buscaron ayuda, se les preguntó la razón por la cual no lo hicieron. A las mujeres que tenían por lo menos un hijo viviendo en el hogar se les preguntó quién castigaba a los hijos en el hogar y en cada caso la forma en que eran castigados. También se preguntó en qué forma la castigaban a ella sus padres, de ser el caso, y si el padre castigaba a la madre. Finalmente, se preguntó a las entrevistadas si consideraban que era necesario el castigo físico para educar a los hijos.

12.1 VIOLENCIA VERBAL DEL ESPOSO CONTRA LA MUJER

Para iniciar en el tema de la violencia conyugal, en la ENDES 2000, a las mujeres casadas o unidas, o que lo hubieran estado anteriormente, se les hizo preguntas específicas acerca de si sus esposos o compañeros ejercían ciertas presiones o les hacían acusaciones relacionadas con la vida de pareja. Cabe aclarar que, si no se lograba privacidad total en las preguntas sobre violencia doméstica, no se aplicaba dichas preguntas.

Como una forma de indagar sobre la violencia de tipo psicológico, específicamente, se preguntó por situaciones de apoyo emocional: si el esposo pasaba tiempo con ella y si es o era cariñoso; situaciones de control de la pareja: si el esposo la ignoraba o era indiferente con ella, si le prohibía que estudiara o trabajara, si le impedía el contacto con las amigas o amigos o con la familia; por situaciones desobligantes: si le gritaba cuando le hablaba o si le decía "no sirves para nada"; y finalmente, amenazas específicas como "me tienes cansado, me voy de la casa" o "si te vas te quito mis hijos". El porcentaje de mujeres que contestaron afirmativamente a cada una de estas "situaciones de control por parte del esposo" se detallan en el Cuadro 12.1.

Cuadro 12.1

Apoyo emocional y violencia verbal por parte del esposo/compañero

- En el departamento de Tumbes una gran proporción de mujeres alguna vez unidas viven o han vivido con su esposo o

compañero situaciones de apoyo emocional: esto es que pasa tiempo con ella o es cariñoso. Las menores proporciones se aprecian entre las de 45 años o más de edad y en las mujeres del área rural (97 por ciento en ambos casos).

- Alrededor de un tercio de mujeres viven, o han vivido, situaciones de control de la pareja, tales como la ignora o es indiferente (35%), le prohíbe que estudie o trabaje (31%) o le impide ver amistades y familiares (24%), rangos que difieren notoriamente según el nivel educativo y, obviamente, el estado civil (entre 13 y 24 puntos porcentuales de diferencia entre las alguna vez unidas con respecto a las que tienen algún lazo conyugal actual).

- Por otro lado, en cuanto a situaciones desobligantes, más de la mitad de mujeres alguna vez unidas manifiesta que su pareja la grita cuando se dirige a ella (51%) y casi la tercera parte mencionó que su pareja le dice que no sirve para nada (30%). En este caso, las menores proporciones de mujeres con esta experiencia se observan entre las menores de 30 años y las que alcanzaron nivel superior de educación.

- Existe una relación inversamente proporcional a la calidad de relación de las mujeres del departamento de Tumbes con respecto a su nivel educativo, de tal manera que, conforme sea mayor el nivel educativo, es menor el grado de agresión verbal por parte de sus parejas.

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, Tumbes 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 prohibe 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	96,7	100,0	16,7	40,0	30,0	40,0	20,0	16,7	16,7	30
20-24	97,8	98,9	30,4	28,3	15,2	48,9	21,7	22,8	26,1	92
25-29	97,4	95,6	36,8	36,0	26,3	50,9	24,6	31,6	28,1	114
30-34	96,9	97,7	38,3	25,0	25,0	51,6	36,7	38,3	28,1	128
35-39	97,3	96,6	29,9	36,1	23,1	50,3	29,3	30,6	18,4	147
40-44	97,2	96,3	38,0	25,0	26,9	52,8	30,6	29,6	25,0	108
45-49	91,7	94,0	41,7	33,3	25,0	54,8	40,5	38,1	21,4	84
Estado civil										
Casada /conviviente	98,0	97,7	31,5	29,2	22,4	49,2	28,1	28,1	21,7	611
Viuda/ divorciada / separada	86,8	90,1	56,0	44,0	35,2	62,6	42,9	52,7	39,6	91
Area de residencia										
Urbana	96,5	96,3	35,0	30,1	23,5	50,8	28,7	29,9	23,5	594
Rural	97,2	99,1	33,3	37,0	26,9	51,9	37,0	38,9	26,9	108
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	96,4	95,5	42,9	37,1	30,4	63,8	42,4	41,1	28,1	224
Secundaria	96,8	97,4	30,8	32,7	23,4	47,1	25,3	28,2	23,7	311
Superior	97,3	98,0	28,9	17,4	15,4	38,9	18,1	21,5	16,8	149
Total	96,6	96,7	34,7	31,2	24,0	50,9	30,0	31,3	24,0	702

*: Menos de 20 casos.

- En los casos mencionados de situaciones desobligantes , específicamente cuando la incapacita verbalmente, es un mayor porcentaje en las mujeres del área rural, comparativamente a la urbana (37% vs. 29%).

- Alrededor de un tercio de mujeres han sufrido amenazas por parte del marido, tales como "me tienes cansado, me iré de la casa" (31%) o "si te vas te quito a mis hijos" (24%), esta situación es mayor en las mujeres residentes en el área rural en comparación a las del área urbana.

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 Tumbes, el 43 por ciento de las mujeres contestaron afirmativamente alguna de las preguntas

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 selccionadas, Tumbes 2000

Características	Violencia física:		Frecuencia de la violencia		Número de mujeres
	Por parte del esposo	Por parte de otros	Frecuen-temente	A veces	
Edad					
15-19	33,3	66,7	0,0	100,0	30
20-24	39,1	51,1	11,1	88,9	92
25-29	45,6	70,2	15,4	84,6	114
30-34	43,0	57,0	23,6	76,4	128
35-39	34,7	59,2	13,7	86,3	147
40-44	48,1	57,4	15,4	84,6	108
45-49	51,2	65,5	18,6	81,4	84
Estado civil					
Casada /conviviente	40,4	60,8	14,2	85,8	611
Viuda/ divorciada / separada	57,1	57,1	25,0	75,0	91
Area de residencia					
Urbana	43,2	62,2	13,6	86,4	594
Rural	38,9	50,0	31,0	69,0	108
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	18
Primaria	51,3	67,0	20,0	80,0	224
Secundaria	42,6	59,3	15,0	85,0	311
Superior	27,5	50,3	4,9	95,1	149
Total	42,5	60,3	16,1	83,9	702

*: Menos de 20 casos.

sobre violencia física por parte del esposo. E n general, esta violencia física contra las esposas o compañeras es mayor entre las que estuvieron anteriormente casadas o unidas (57%), entre las que viven en áreas urbanas (43%) y en las de 25 años o más de edad.

- La mayor frecuencia para ser agredida ejercida por el esposo es recibida en mayor proporción por las mujeres de niveles educativos de primaria o menos, llegando a ser que una de cada dos mujeres con estudios primarios alguna vez unidas ha sido agredida físicamente por su pareja.

- En cambio las mujeres que alcanzaron educación superior o residen en el área urbana declaran que la agresión física del esposo fue "a veces".

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

- El 60 por ciento de las mujeres manifestó que había sido golpeada, abofeteada, pateada o herida por otra persona diferente al esposo o compañero. Este tipo de violencia contra la mujer es más común en aquéllas en actual unión conyugal (61%), residentes en el área urbana (62%) o entre las de educación secundaria a menos.

Cuadro 12.3

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

- Sin incluir al cónyuge, la madre (71%) o el padre (43%) se constituyen en los principales agresores de las mujeres.

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, Tumbes 2000

Características	Persona que ejerció la violencia							Número de mujeres
	La madre	El padre	Los padrastros	Una hermana	Un hermano	Ex marido/ compañero	Otras personas	
Edad								
15-19	69,8	49,1	2,8	0,0	4,7	0,0	4,7	106
20-24	70,1	39,0	1,3	1,3	7,8	0,0	5,2	77
25-29	67,0	45,7	0,0	0,0	2,1	2,1	7,4	94
30-34	69,7	39,3	0,0	1,1	3,4	3,4	11,2	89
35-39	77,4	40,9	0,0	1,1	3,2	4,3	3,2	93
40-44	68,3	36,5	1,6	0,0	4,8	4,8	9,5	63
45-49	70,2	50,9	0,0	0,0	1,8	5,3	7,0	57
Estado civil								
Casada/Conviviente	69,4	43,3	0,0	0,3	3,8	3,0	5,1	371
Viuda/ divorciada / separada	71,2	36,5	1,9	1,9	3,8	7,7	15,4	52
Nunca casada / unida	72,9	45,2	2,6	0,6	4,5	0,0	7,7	155
Area de residencia								
Urbana	69,9	43,8	0,8	0,6	4,4	2,6	7,2	501
Rural	74,0	39,0	1,3	0,0	1,3	2,6	3,9	77
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	16
Primaria	73,7	46,3	0,6	0,0	1,9	3,8	6,9	160
Secundaria	69,9	43,6	1,0	0,3	5,4	2,4	6,4	295
Superior	68,2	37,4	0,0	1,9	3,7	0,0	5,6	107
Total	70,5	43,2	0,9	0,5	4,0	2,6	6,7	578

*: Menos de 20 casos.

- Las madres son consideradas en el departamento de Tumbes como la persona que comete mayor agresión, independiente de la edad, estado civil, área de residencia o nivel de educación que tengan las entrevistadas.

- La agresión física por otra persona, no familiar, fue manifestada por el 7 por ciento, principalmente en las mujeres viudas, divorciadas o separadas (15%) y en las que residen en el área urbana (7%).

Cuadro 12.4

Uso de alcohol hasta embriagarse por parte del esposo o compañero

- En el departamento de Tumbes, nueve de cada diez mujeres alguna vez unidas declaró el uso de alcohol por sus esposos o compañeros, hasta embriagarse. La mayoría manifestó que esto sucedió "a veces". Esta respuesta la dieron mayormente las mujeres en unión actual (83%) y las residentes en el área rural (88%).

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 alcoholicas hasta embriagarse, según características seleccionadas, Tumbes 2000

Características	Frecuente-mente	A veces	Nunca	Sin información	Total	Número de mujeres
Edad						
15-19	3,3	70,0	20,0	6,7	100,0	30
20-24	5,4	85,9	7,6	1,1	100,0	92
25-29	8,8	74,6	16,7	0,0	100,0	114
30-34	5,5	87,5	6,3	0,8	100,0	128
35-39	7,5	84,4	8,2	0,0	100,0	147
40-44	9,3	76,9	13,9	0,0	100,0	108
45-49	13,1	76,2	10,7	0,0	100,0	84
Estado civil						
Casada/Conviviente	5,7	82,5	11,1	0,7	100,0	611
Viuda/ divorciada / separada	22,0	69,2	8,8	0,0	100,0	91
Area de residencia						
Urbana	7,7	79,5	12,3	0,5	100,0	594
Rural	8,3	88,0	2,8	0,9	100,0	108
Nivel de educación						
Sin educación	*	*	*	*	*	18
Primaria	11,6	82,1	6,2	0,0	100,0	224
Secundaria	6,4	79,8	12,8	1,0	100,0	311
Superior	4,0	81,9	13,4	0,7	100,0	149
Total	7,8	80,8	10,8	0,6	100,0	702

*: Menos de 20 casos.

- El 91 por ciento de las mujeres sin actual unión conyugal refirieron que su pareja bebía alcohol, el 22% de los cuales tomaban frecuentemente, esto en íntima relación a niveles educativos más bajos.

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 32 por ciento pidió ayuda a una persona cercana y solamente 10 por ciento de las mujeres que han sido maltratadas físicamente o golpeadas acudieron a una institución.

- Las que recurrieron a personas cercanas en mayor proporción fueron las que acudieron a otro pariente de la entrevistada (34%) y en menor proporción a la madre (21%), en tanto que las que buscaron la ayuda del padre fue solo del 18 por ciento.

- Las personas que vieron a otros parientes como el mejor apoyo emocional fueron las mujeres menores de 20 años, las nunca unidas en mayor proporción (64%) y las que habitan el área rural (45%).

- Las mujeres que recurrieron a una institución son las mujeres mayores de los 24 años. Sin embargo, las que no sienten el amparo del matrimonio legal se acogieron al apoyo de personas cercanas

- Solo una de cada 10 mujeres recurren a la búsqueda de soporte en instituciones, el sitio más frecuentemente mencionado para denunciar este tipo de atropellos es la comisaría (8%). El 99 por ciento de las mujeres nunca unidas no buscan ayuda institucional, sin embargo son las que tienen mayores porcentajes de agresión física (véase cuadro 12.3).

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, Tumbes 2000

Características	A personas cercanas	En una institución	Número de mujeres
Edad			
15-19	31,5	2,8	108
20-24	33,7	5,6	89
25-29	31,8	12,1	107
30-34	29,9	13,1	107
35-39	30,1	10,6	113
40-44	35,5	13,2	76
45-49	33,8	14,1	71
Estado civil			
Casada/conviviente	32,1	12,1	444
Viuda/ divorciada / separada	39,4	15,5	71
Nunca casada / unida	28,4	1,3	155
Area de residencia			
Urbana	31,9	10,1	575
Rural	32,6	9,5	95
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	17
Primaria	36,8	14,0	193
Secundaria	31,4	7,3	340
Superior	27,5	10,0	120
Total	32,0	10,0	670

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 12.6 Violencia intrafamiliar: persona a quien pidió ayuda cuando la maltrataron

Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia física y que pidieron ayuda a personas cercanas, por la relación de parentesco con dicha persona, según características seleccionadas, Tumbes 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	14,7	11,8	2,9	5,9	0,0	0,0	2,9	0,0	55,9	5,9	2,9	34
20-24	33,3	10,0	6,7	13,3	0,0	0,0	13,3	0,0	23,3	10,0	0,0	30
25-29	23,5	29,4	11,8	5,9	0,0	0,0	5,9	0,0	35,3	14,7	0,0	34
30-34	9,4	15,6	12,5	6,2	0,0	3,1	6,2	3,1	40,6	15,6	0,0	32
35-39	20,6	20,6	8,8	11,8	0,0	0,0	2,9	2,9	32,4	20,6	5,9	34
40-44	29,6	14,8	7,4	14,8	3,7	0,0	11,1	7,4	25,9	18,5	3,7	27
45-49	16,7	20,8	20,8	16,7	8,3	4,2	0,0	8,3	16,7	25,0	0,0	24
Estado civil												
Casada/Conviviente	23,1	21,0	10,5	11,2	2,1	0,7	7,0	3,5	27,3	17,5	2,1	143
Viuda/ divorciada / separada	32,1	10,7	14,3	7,1	0,0	3,6	10,7	3,6	21,4	21,4	0,0	28
Nunca unida	6,8	11,4	4,5	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	63,6	4,5	2,3	44
Area de residencia												
Urbana	22,8	19,0	9,2	9,8	1,6	1,1	7,1	3,3	32,1	14,1	2,2	184
Rural	9,7	9,7	12,9	12,9	0,0	0,0	0,0	0,0	45,2	22,6	0,0	31
Nivel de educación												
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	18,3	18,3	11,3	11,3	1,4	1,4	11,3	5,6	22,5	21,1	1,4	71
Secundaria	21,5	16,8	8,4	11,2	0,9	0,0	3,7	0,9	42,1	10,3	1,9	107
Superior	27,3	21,2	9,1	6,1	3,0	3,0	0,0	3,0	30,3	18,2	3,0	33
Total	20,9	17,7	9,8	10,2	1,4	0,9	6,0	2,8	34,0	15,3	1,9	215

*: Menos de 20 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, Tumbes 2000

Características	Institución donde buscó ayuda					No buscó ayuda	Número de mujeres
	Comisaría	Juzgado	Fiscalía	Defensoría municipal DEMUNA	Otra institución		
Edad							
15-19	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	97,2	108
20-24	3,4	0,0	0,0	1,1	1,1	93,3	89
25-29	10,3	0,0	0,9	0,9	0,9	87,9	107
30-34	12,1	0,0	0,0	0,9	0,0	86,9	107
35-39	8,0	0,0	1,8	0,9	0,9	89,4	113
40-44	7,9	2,6	1,3	2,6	0,0	86,8	76
45-49	12,7	2,8	0,0	0,0	0,0	85,9	71
Estado civil							
Casada/Conviviente	10,3	0,7	0,9	0,9	0,2	87,6	444
Viuda/ divorciada / separada	9,9	1,4	0,0	2,8	1,4	84,5	71
Nunca casada / unida	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6	98,7	155
Area de residencia							
Urbana	8,5	0,5	0,3	0,7	0,5	89,8	575
Rural	5,3	1,1	2,1	2,1	0,0	90,5	95
Nivel de educación							
Sin educación	*	*	*	*	*	*	17
Primaria	11,4	1,0	1,0	1,6	0,5	86,0	193
Secundaria	5,9	0,3	0,6	0,6	0,3	92,4	340
Superior	7,5	0,8	0,0	0,8	0,8	90,0	120
Total	8,0	0,6	0,6	0,9	0,4	89,9	670

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 12.8

Razones para no buscar ayuda o consejo

- Las razones más importantes que aludieron las mujeres para no denunciar los atropellos fueron principalmente sentir que merecen tal maltrato (35%), vergüenza y humillación (20%) y el 16 por ciento de las mujeres entrevistadas sienten la agresión como cotidiano y parte de la vida diaria. Solo una de cada 10 mujeres no sabían donde ir, sin embargo, solo una de cada 10 mujeres que denuncian el maltrato van al DEMUNA (véase cuadro 12.7).

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, Tumbes 2000

Características	No sabe a donde ir	Vergüen-za/ humi-llación	Parte de la vida (normal)	Siente que merece abuso	Miedo a separa-ción	Miedo a más agresión	Daños no fueron serios	No desea dañar a agresor	Puede resol-verlo sola	No cree justicia	Cree que no vuelve a ocurrir	Otras razones	Número de mujeres
Edad													
15-19	3,8	7,6	19,0	49,5	0,0	11,4	10,5	2,9	2,9	1,0	2,9	0,0	105
20-24	16,9	15,7	13,3	31,3	0,0	8,4	14,5	6,0	7,2	1,2	6,0	1,2	83
25-29	6,4	24,5	12,8	36,2	0,0	8,5	19,1	3,2	10,6	0,0	8,5	2,1	94
30-34	11,8	23,7	11,8	29,0	2,2	12,9	12,9	5,4	10,8	2,2	3,2	1,1	93
35-39	10,9	16,8	18,8	37,6	2,0	7,9	4,0	4,0	5,9	4,0	5,9	2,0	101
40-44	10,6	30,3	21,2	28,8	3,0	6,1	13,6	3,0	7,6	1,5	6,1	0,0	66
45-49	18,0	27,9	16,4	23,0	1,6	9,8	4,9	4,9	3,3	3,3	11,5	1,6	61
Estado civil													
Casada/Conviviente	9,5	22,8	15,1	32,1	1,5	9,5	11,8	4,9	8,2	2,3	7,4	1,3	389
Viuda/ divorciada / separada	18,3	28,3	18,3	16,7	1,7	18,3	10,0	3,3	11,7	1,7	6,7	0,0	60
Nunca casada / unida	10,5	9,2	17,6	49,0	0,0	5,9	11,1	2,6	2,0	0,7	2,0	1,3	153
Area de residencia													
Urbana	11,0	20,3	14,7	34,4	1,4	10,6	10,1	4,3	7,2	1,7	5,6	1,2	516
Rural	8,1	17,4	24,4	37,2	0,0	2,3	19,8	3,5	5,8	2,3	8,1	1,2	86
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Primaria	12,0	25,9	13,3	30,7	1,2	13,3	11,4	5,4	6,6	2,4	5,4	1,8	166
Secundaria	8,6	18,1	16,8	36,5	1,3	9,2	12,1	3,8	7,3	1,9	6,0	0,6	314
Superior	13,0	13,9	17,6	37,0	0,9	2,8	10,2	3,7	7,4	0,9	6,5	1,9	108
Total	10,6	19,9	16,1	34,8	1,2	9,5	11,4	4,1	7,0	1,8	6,0	1,2	602

*: Menos de 20 casos.

12.4 MALTRATO A LOS NIÑOS

A las mujeres que tienen hijos vivos se les preguntó en qué forma sus esposos o compañeros o ellas mismas castigan a los hijos (Cuadros 12.9 y 12.10) y si los padres la castigaban a ella y en qué forma (Cuadro 12.11). 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 entrevistas 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 12.9

Castigo a los hijos por el esposo o compañero

- En el departamento de Tumbes, el 88 por ciento de mujeres con al menos un hijo vivo dijo que el esposo o compañero los castiga con reprimendas verbales. La prohibición de algo que les gusta a los niños conforma el 36 por ciento de las formas de castigo y

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, Tumbes 2000

Características	Palmadas	Repri-menda verbal	Prohi-biendo algo que les gusta	Restrin-giendo la alimen-tación	Con golpes	Ence-rrán-dolos	Igno-randolos	Con más trabajo	Quitán-doles apoyos	Número de mujeres
Edad										
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
20-24	27,5	80,4	21,6	0,0	25,5	0,0	2,0	0,0	0,0	51
25-29	31,4	89,5	38,4	0,0	15,1	0,0	0,0	1,2	1,2	86
30-34	30,7	85,2	39,8	0,0	20,5	1,1	0,0	2,3	0,0	88
35-39	14,6	89,6	39,6	0,0	18,8	0,0	0,0	1,0	1,0	96
40-44	10,1	89,9	34,2	1,3	19,0	0,0	0,0	0,0	0,0	79
45-49	14,8	92,6	40,7	0,0	11,1	0,0	1,9	1,9	0,0	54
Estado civil										
Casada/conviviente	22,0	88,4	36,2	0,2	17,9	0,2	0,4	1,1	0,4	463
Area de residencia										
Urbana	22,1	88,1	35,6	0,3	17,4	0,3	0,3	1,0	0,5	384
Rural	21,5	89,9	39,2	0,0	20,3	0,0	1,3	1,3	0,0	79
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
Primaria	21,6	90,1	32,7	0,0	24,1	0,0	0,0	1,9	0,0	162
Secundaria	24,0	90,0	40,0	0,0	14,0	0,5	0,5	0,5	0,0	200
Superior	17,8	83,3	32,2	1,1	12,2	0,0	1,1	1,1	2,2	90
Total	22,0	88,4	36,2	0,2	17,9	0,2	0,4	1,1	0,4	463

*: Menos de 20 casos.

el 22% castiga con palmadas. Sólo el 18 por ciento de los niños son agredidos físicamente.

- El castigo físico, o golpes proporcionados al niño por los esposos o compañeros, es declarado con mayor frecuencia entre las mujeres con educación primaria (24%) y las que viven en el área rural (20%).

Cuadro 12.10

Castigo a los hijos por las mujeres

- En el departamento de Tumbes, las madres imparten a sus niños castigos similares a los que dan los esposos/ compañeros. El 90 por ciento manifiesta que utiliza la reprimenda verbal, el 40 por ciento les prohíbe algo que les gusta y el 37 por ciento castiga con palmadas. El 21 por ciento de madres dice que los castigan con golpes o físicamente, siendo mayor en las mujeres menores de 35 años y con escasa instrucción. 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 caraterísticas seleccionadas, Tumbes 2000

Caracteríticas	Palmadas	Repri-menda verbal	Prohi-biendo algo que les gusta	Restrin-giendo la alimen-tación	Con golpes	Ence-rrán-dolos	Igno_ randolos	Con más trabajo	Dejan_ dolos fuera de la casa	Quitán-doles apoyos	Número de mujeres
Edad											
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
20-24	52,3	90,8	18,5	0,0	20,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	65
25-29	42,9	84,8	42,9	1,0	25,7	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	105
30-34	36,0	83,2	45,6	0,0	28,0	2,4	0,0	2,4	0,0	0,8	125
35-39	39,4	93,2	41,7	0,0	18,2	0,0	0,8	0,8	0,0	0,8	132
40-44	20,6	95,9	48,5	1,0	16,5	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	97
45-49	30,1	90,4	35,6	0,0	15,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	73
Estado civil											
Casada/conviviente	38,1	89,7	38,9	0,4	20,8	0,8	0,4	1,0	0,2	0,4	524
Viuda/ divorciada / separada	29,6	90,1	49,3	0,0	21,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	71
Nunca casada / unida	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13
Area de residencia											
Urbana	38,5	88,4	40,3	0,4	20,0	0,8	0,2	0,8	0,2	0,8	508
Rural	30,0	95,0	39,0	0,0	24,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	100
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Primaria	31,8	92,3	35,4	0,5	26,7	0,0	0,0	1,0	0,5	0,0	195
Secundaria	39,3	88,5	42,2	0,4	19,6	1,1	0,0	0,4	0,0	0,7	270
Superior	37,2	86,8	41,1	0,0	12,4	0,8	1,6	1,6	0,0	1,6	129
Total	37,1	89,5	40,1	0,3	20,7	0,7	0,3	0,8	0,2	0,7	608

*: Menos de 20 casos.

Cuadro 12.11

Castigo a la entrevistada por parte de sus padres

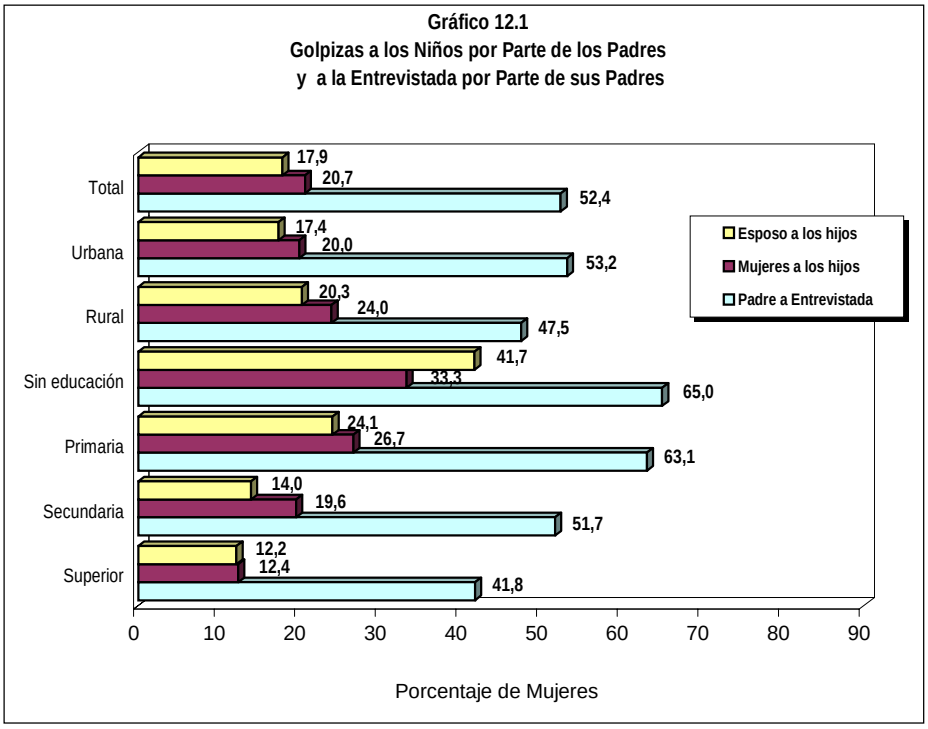
- La reprimenda verbal (61%) y los golpes (52%) son las principales formas que utilizaron los padres de la entrevistada para corregir su comportamiento. Otras formas de castigo fueron la prohibición de algo que les gusta (47%) y las palmadas (17%).
- Las más jóvenes (15 a 24 años) refieren la reprimenda verbal como la principal forma de castigo de parte de sus padres, mientras que las de 25 años a más declaran los golpes. Esto último más frecuente en la zona rural que en la urbana, y en las que tienen menores niveles educativos

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

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

Caracteríticas	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-doles agua	Quitán-doles las per-tenencias	Quitán-doles los apoyos	Número de mujeres
Edad													
15-19	18,1	63,7	60,6	0,0	44,7	0,4	0,9	0,4	0,4	0,4	0,0	0,4	226
20-24	12,0	65,0	44,8	0,5	39,3	0,0	1,1	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	183
25-29	18,6	58,6	39,3	0,0	63,6	0,7	1,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	140
30-34	19,5	60,4	46,8	0,6	55,2	0,6	1,3	1,3	0,0	0,0	0,6	0,0	154
35-39	18,9	60,4	43,4	0,0	57,9	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,6	1,3	159
40-44	16,4	55,5	39,1	0,0	55,5	0,0	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	110
45-49	18,2	52,3	40,9	0,0	62,5	0,0	2,3	2,3	1,1	0,0	1,1	0,0	88
Estado civil													
Casada/Conviviente	16,7	56,0	42,0	0,2	58,8	0,3	1,3	0,7	0,3	0,5	0,7	0,2	611
Viuda/ divorciada / separada	22,0	69,2	51,6	0,0	52,7	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	91
Nunca casada / unida	17,1	65,8	53,2	0,3	41,2	0,3	1,1	0,3	0,6	0,0	0,0	0,8	356
Area de residencia													
Urbana	15,6	58,4	45,2	0,2	53,2	0,3	1,2	0,6	0,3	0,3	0,4	0,4	900
Rural	26,6	72,2	54,4	0,0	47,5	0,0	0,6	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	158
Nivel de educación													
Sin educación	(25,0)	(60,0)	(50,0)	(0,0)	(65,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	20
Primaria	19,7	54,2	42,2	0,0	63,1	0,0	1,6	1,2	0,4	0,8	0,8	0,4	249
Secundaria	17,4	60,7	48,4	0,2	51,7	0,5	1,3	0,4	0,5	0,2	0,0	0,2	546
Superior	13,9	66,4	46,7	0,4	41,8	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,8	0,8	244
Total	17,3	60,5	46,6	0,2	52,4	0,3	1,1	0,6	0,4	0,3	0,4	0,4	1 058

( ): Entre 20 y 24 casos.



Cuadro 12.12

Necesidad del castigo físico en la educación

- En el departamento de Tumbes, más de un 14 por ciento de las mujeres con hijos piensan que para educarlos es necesario algunas veces el castigo físico. Las mujeres que con más frecuencia dan esa respuesta son las de 45 años a más (proporción que disminuye conforma baja la edad dela

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, Tumbes 2000

Característica	Frecuen-temente	Algunas veces	Nunca	Total	Número de mujeres
Edad					
15-19	0,4	7,1	92,5	100,0	226
20-24	0,0	10,9	89,1	100,0	183
25-29	1,4	15,0	83,6	100,0	140
30-34	0,0	16,9	83,1	100,0	154
35-39	0,0	15,1	84,9	100,0	159
40-44	0,0	19,1	80,9	100,0	110
45-49	0,0	20,5	79,5	100,0	88
Estado civil					
Casada/conviviente	0,3	16,7	83,0	100,0	611
Viuda/ divorciada / separada	0,0	22,0	78,0	100,0	91
Nunca casada / unida	0,3	6,7	93,0	100,0	356
Area de residencia					
Urbana	0,3	13,9	85,8	100,0	900
Rural	0,0	13,3	86,7	100,0	158
Nivel de educación					
Sin educación	0,0	25,0	75,0	100,0	20
Primaria	0,8	20,9	78,3	100,0	249
Secundaria	0,0	11,9	88,1	100,0	546
Superior	0,4	9,8	89,8	100,0	244
Total	0,3	13,8	85,9	100,0	1 058

( ): Entre 20 y 24 casos.

entrevistada), las separadas, divorciadas o viudas, y las de menor nivel de educación.

- Contraria opinión, manifiesta el 86 por ciento de las mujeres con hijos, que dice que nunca se debe proporcionar castigos físicos para educarlos; de las que piensan así, en mayor proporción son las más jóvenes y las que tienen niveles educativos de secundaria o más.

Cuadro 12.13

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

- El 41 por ciento de las MEF declara que su padre agredía con golpes a su madre, proporción evidenciable principalmente cuando el nivel educativo de la entrevistada es menor.

- No se observa una diferencia porcentual entre las mujeres urbanas y rurales, en cuanto a la agresión de sus padres a sus cónyuges.

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, Tumbes 2000

Características	La golpeaba	No la golpeaba	Sin información	Total	Número de mujeres
Edad					
15-19	43,4	52,7	4,0	100,0	226
20-24	36,6	61,7	1,6	100,0	183
25-29	45,0	50,0	5,0	100,0	140
30-34	46,8	48,1	5,2	100,0	154
35-39	37,1	61,0	1,9	100,0	159
40-44	34,5	63,6	1,8	100,0	110
45-49	42,0	54,5	3,4	100,0	88
Estado civil					
Casada/conviviente	42,8	53,9	3,3	100,0	611
Viuda/ divorciada / separada	39,6	58,2	2,2	100,0	91
Nunca casada / unida	38,1	58,3	3,6	100,0	356
Area de residencia					
Urbana	40,9	56,1	3,0	100,0	900
Rural	41,1	53,8	5,1	100,0	158
Nivel de educación					
Sin educación	40,0	55,0	5,0	100,0	20
Primaria	50,2	45,8	4,0	100,0	249
Secundaria	39,9	56,9	3,3	100,0	546
Superior	34,0	63,5	2,5	100,0	244
Total	40,9	55,8	3,3	100,0	1 058

( ): Entre 20 y 24 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 15-49	Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas 15-49	Número promedio de nacidos vivos a mujeres 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 folcló-ricos	No usa actual-mente	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 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		
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 estás 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)]

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 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 naci-mientos	Primeros 2 días después del parto	3 - 7 días después	8 - 2 7 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 muijer. 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

Carcaterística	Infección respiratoria aguda		Tratamiento de IRA	
	Prevalencia infección respira-toria 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									
			Cantidad de líquidos				Cantidad de sólidos					
	Porcentaje que conoce SRO	Número de madres	Nada	Menos cantidad	Misma cantidad	Más cantidad	Nada	Menos cantidad	Misma cantidad	Más cantidad	Total	Número de niños
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 seleccionadas. Perú 2000

Características	Porcentaje con desnutrición crónica (Talla para la edad)		Porcentaje con desnutrición aguda (Peso para la talla)		Porcentaje con desnutrición global (Peso para la edad)		Número de niños
	Severa[1]	Total[2]	Severa[1]	Total[2]	Severa[1]	Total[2]	
Departamento							
Amazonas	12,2	36,0	0,2	0,7	0,7	10,5	180
Ancash	10,2	34,5	0,0	0,4	0,7	6,0	488
Apurímac	13,6	43,0	0,3	2,0	2,0	12,3	208
Arequipa	2,3	12,3	0,0	0,3	0,3	4,0	323
Ayacucho	12,1	33,6	0,4	3,0	1,2	10,1	240
Cajamarca	15,4	42,8	0,2	1,4	1,9	12,0	657
Cusco	14,0	43,2	0,6	1,6	3,1	13,0	595
Huancavelica	22,2	53,4	0,0	0,9	3,0	17,5	269
Huánuco	15,3	42,8	0,2	1,1	1,4	11,6	400
Ica	2,7	12,1	0,3	0,9	0,0	1,2	258
Junín	10,5	31,3	0,7	1,8	0,9	10,0	532
La Libertad	9,9	27,9	0,2	0,2	0,9	7,2	574
Lambayeque	4,3	23,6	0,0	0,3	0,0	3,8	469
Lima	1,6	8,3	0,1	0,1	0,0	0,8	2 649
Loreto	9,0	32,4	0,3	2,1	1,0	17,3	471
Madre de Dios	3,7	18,7	0,6	2,3	0,6	4,8	30
Moquegua	1,8	9,3	0,0	0,4	0,0	0,4	38
Pasco	5,0	26,4	0,0	2,6	0,9	12,2	110
Piura	7,0	24,1	0,4	1,8	0,8	8,2	818
Puno	5,9	29,7	0,3	0,7	0,3	6,1	556
San Martín	6,7	19,9	0,0	1,2	1,0	8,2	284
Tacna	0,8	5,4	0,0	0,8	0,0	0,8	83
Tumbes	3,3	12,9	0,0	1,1	0,3	4,4	81
Ucayali	9,9	33,6	0,0	0,9	1,3	11,0	165
Total	**7,7**	**25,4**	**0,2**	**0,9**	**0,8**	**7,1**	**10 477**

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período 3-59 meses anteriores a la encuesta (se excluyen los menores de 3 meses). Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media del patrón internacional utilizado por NCHS/CDC/OMS. Los niños se clasifican como desnutridos si están 2 o más desviaciones estándar (DE) por debajo de la media de la población de referencia.
El cuadro está basado en 89.1 por ciento del total de niños menores de 5 años (11,754). Para el 9.5 por ciento de los niños no se pudo recolectar información y para 1.3 por ciento se encontró alguna inconsistencia.
[1] Niños que están **3 DE o más** por debajo de la medida.
[2] Niños que están **2 DE o más** por debajo de la medida. Incluye los niños que están **3 DE o más** por debajo de la medida.

Cuadro 10.14 Prevalencia de anemia en mujeres

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

Características	Distribución porcentual de mujeres con prueba de anemia						Porcentaje de mujeres sin prueba de anemia	Total de mujeres
	Mujeres con anemia			Mujeres sin anemia	Total	Número de mujeres		
	Anemia severa	Anemia moderada	Anemia leve					
Departamento								
Amazonas	0,0	5,3	26,5	68,1	100,0	75	15,0	88
Ancash	0,0	5,4	30,8	63,8	100,0	240	9,1	264
Apurímac	0,0	4,6	22,8	72,6	100,0	83	7,7	90
Arequipa	0,4	2,1	16,2	81,3	100,0	252	17,8	306
Ayacucho	0,4	8,6	36,9	54,1	100,0	91	13,0	105
Cajamarca	0,0	5,7	29,9	64,5	100,0	333	8,7	365
Cusco	0,5	8,5	31,5	59,6	100,0	261	4,1	272
Huancavelica	1,0	7,9	30,5	60,6	100,0	85	11,4	96
Huánuco	0,0	3,8	21,8	74,4	100,0	169	15,6	201
Ica	0,0	3,3	21,9	74,8	100,0	189	4,3	197
Junín	0,4	4,5	18,9	76,2	100,0	296	11,3	334
La Libertad	0,4	6,5	20,3	72,8	100,0	366	8,6	400
Lambayeque	0,0	6,1	31,3	62,6	100,0	292	9,1	321
Lima	0,4	6,4	25,9	67,4	100,0	2 069	13,4	2 389
Loreto	0,4	1,7	14,9	83,1	100,0	186	2,8	191
Madre de Dios	0,9	7,0	26,5	65,6	100,0	13	13,3	16
Moquegua	0,5	2,5	16,0	81,0	100,0	33	19,7	42
Pasco	0,0	2,7	18,5	78,8	100,0	62	4,1	65
Piura	0,3	6,9	24,7	68,1	100,0	468	3,7	486
Puno	0,0	7,8	38,0	54,3	100,0	230	26,2	311
San Martín	0,8	7,4	20,2	71,6	100,0	172	2,4	176
Tacna	0,5	7,1	31,5	60,9	100,0	68	13,6	79
Tumbes	0,0	5,5	26,3	68,2	100,0	61	1,1	61
Ucayali	0,4	5,4	21,6	72,6	100,0	89	8,0	97
Total	**0,3**	**5,9**	**25,4**	**68,4**	**100,0**	**6 184**	**11,0**	**6 952**

Nota: Anemia severa: 7.0 g/dl; anemia moderada: 7.0-9.9 g/dl; anemia leve: 10.0-11.9/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: 10.0-11.9/g/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	No conoce sobre las ETS	Sintomas específicas de las ETS			Total	Número de mujeres	Conoce ETS específicas				Número de mujeres
		No conoce síntomas de ETS	Conoce un síntoma	Conoce dos o más síntomas			Conoce sífilis	Conoce gonorrea	Verrugas genitales/ condi loma	Otras ETS	
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 vivivivendas 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 mi 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*).

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

- 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

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

donde

n_i: es el número de (USMs) conglomerados seleccionado en el i-ésimo centro poblado,

N_i: es el número total de (USMs) conglomerados en el i-ésimo centro poblado.

Antes de la última etapa de selección, el listado de viviendas de cada conglomerado (USM) seleccionado fue actualizado mediante trabajo de campo. Después de obtener los listados actualizados de viviendas para los conglomerados (USMs) seleccionados, se determinó el número final de viviendas de acuerdo al siguiente procedimiento:

$$P_{2ij} = (b_{ij} / L_{ij})$$

$$f = P_{1i} * P_{2ij}$$

y de las cuales se obtiene

$$b_{ij} = (f * L_{ij}) / (P_{1i})$$

donde:

b_{ij}: es el número de viviendas a seleccionar en la j-ésima USM de la i-ésima UPM.

L_{ij}: es el número total de viviendas listadas en el j-ésimo conglomerado de la i-ésima UPM según el precenso de 1999.

f: es la fracción de muestreo para cada departamento, según el diseño.

P_{1i}: es la probabilidad de selección del j-ésimo conglomerado.

Una vez establecido el número total de viviendas a ser seleccionado, el procedimiento de selección de ellos depende si el conglomerado es urbano o rural.

Conglomerados urbanos. Se procedió a seleccionar automáticamente por computadora las unidades últimas de muestreo usando una selección sistemática para cada conglomerado seleccionado, mediante el siguiente algoritmo:

- Se listan las viviendas particulares de la USM seleccionada.
- Se enumeran las viviendas en la lista desde 1 hasta L_{ij}.
- Se determina el intervalo de selección (K):

$$K = \frac{\text{Total de viviendas ocup.acumuladas en el conglomerado}}{\text{Total de viviendas a seleccionarse en el conglomerado}} = \frac{L_{ij}}{b_{ij}}$$

- Se elige al azar un número como "arranque aleatorio" (aa). Este número muestral debe estar entre 1 y K.
- El arranque aleatorio (aa) es el número muestral que corresponde a la primera vivienda seleccionada. La segunda vivienda seleccionada será el arranque aleatorio (aa) + K. La tercera vivienda seleccionada será el arranque aleatorio (aa) + 2K, y así sucesivamente hasta completar el número requerido de viviendas a seleccionar dentro del conglomerado.

Conglomerados rurales. Par cada conglomerado rural, la selección se hace en grupos compactos de ocho hogares contiguos sobre el listado de hogares de acuerdo al siguiente procedimiento:

- Se enumeran las viviendas en forma consecutiva en el listado de conglomerados rurales.
- Después de cada múltiplo de ocho (es decir 8, 16, 24, etc) se traza una linea horizontal (con un marcador de color). Cada grupo está formado por las viviendas entre cada dos líneas horizontales consecutivas y el primer grupo está constituído por la primera vivienda en la lista hasta el anterior inmediato a la primera linea horizontal, y en el caso de existir más de 4 viviendas después de la última línea horizontal, el último grupo estará constituído 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} = 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
Apurimac	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:

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

en donde $z_{hi} = y_{hi} - r\ o\ x_{hi}$ y en forma análoga $z_h = y_h - r\ o\ x_h$, el subíndice h representa los estratos y varía de 1 a H, m_h es el número de conglomerados en el estrato h, las cantidades y_{hi} y x_{hi} son la suma de los valores de la variable y el número de casos (mujeres) en el conglomerado i del estrato h, respectivamente. Finalmente, f representa la fracción de muestreo, la cual es ignorada por el programa CLUSTERS.

Además del error estándar, la metodología original de CLUSTERS calcula el efecto del diseño, EDIS, el cual se define como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado (EE) y el error estándar que se obtiene tratando la muestra como si hubiera sido aleatoria simple (EEmas):

EDIS = EE / 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 exámen 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 ± (2 x 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)	Ponde-rados (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.2.26 Errores de muestreo para la población de Tumbes

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	0,851	0,019	1 061	235	1,726	0,022	0,813	0,889
Sin educación	0,019	0,005	1 061	235	1,159	0,257	0,009	0,029
Con secundaria o más	0,746	0,018	1 061	235	1,339	0,024	0,711	0,782
Nunca se unió	0,336	0,013	1 061	235	0,901	0,039	0,310	0,363
Actualmente unida	0,577	0,017	1 061	235	1,098	0,029	0,544	0,610
Casada antes de los 20 años	0,454	0,017	835	185	1,006	0,038	0,419	0,489
Primera relación antes 18 años	0,322	0,018	835	185	1,094	0,055	0,287	0,358
Promedio de nacidos vivos 15-49	2,041	0,063	1 061	235	0,884	0,031	1,915	2,168
Promedio de nacidos vivos 40-49	4,667	0,187	198	44	0,924	0,040	4,293	5,040
Promedio de sobrevivientes 15-49	1,877	0,054	1 061	235	0,848	0,029	1,770	1,985
Conoce método anticonceptivo	0,992	0,004	612	135	0,987	0,004	0,985	0,999
Conoce método moderno	0,990	0,004	612	135	0,972	0,004	0,982	0,998
Alguna vez usó anticonceptivos	0,941	0,008	612	135	0,892	0,009	0,924	0,958
Actualmente usa anticonceptivos	0,778	0,017	612	135	1,012	0,022	0,744	0,812
Usa método moderno actualmente	0,691	0,018	612	135	0,986	0,027	0,654	0,728
Usa píldora	0,144	0,016	612	135	1,129	0,111	0,112	0,176
Usa DIU	0,067	0,012	612	135	1,174	0,177	0,043	0,091
Usa inyección	0,157	0,015	612	135	1,039	0,097	0,126	0,187
Usa implante	0,000	0,000	612	135	NA	NA	0,000	0,000
Usa condón	0,070	0,011	612	135	1,022	0,150	0,049	0,091
Usa esterilización femenina	0,240	0,015	612	135	0,867	0,062	0,210	0,270
Usa esterilización masculina	0,002	0,002	612	135	0,993	0,993	0,000	0,005
Usa ritmo actualmente	0,039	0,009	612	135	1,202	0,241	0,020	0,058
Usa retiro	0,046	0,009	612	135	1,006	0,186	0,029	0,063
Sector público como fuente	0,833	0,024	456	101	1,352	0,028	0,786	0,881
No desea más hijos	0,420	0,018	612	135	0,895	0,043	0,384	0,456
Desea esperar 2 años o más	0,203	0,010	612	135	0,633	0,051	0,182	0,223
Tamaño ideal de familia	2,533	0,038	1 043	231	0,976	0,015	2,457	2,609
Vacuna antitetánica	0,661	0,025	389	86	1,059	0,038	0,611	0,711
Atención médica al parto	0,468	0,029	389	86	1,028	0,062	0,410	0,525
Niños con diarrea últimas 2 semanas	0,162	0,020	377	83	1,031	0,124	0,122	0,202
Recibió tratamiento de SRO	0,820	0,043	61	13	0,861	0,052	0,734	0,905
Recibió tratamiento médico	0,541	0,077	61	13	1,175	0,143	0,386	0,696
Niños con tarjeta	0,656	0,069	64	14	1,153	0,104	0,519	0,793
Niños que recibieron BCG	0,984	0,016	64	14	1,030	0,016	0,952	1,016
Niños que recibieron DPT (3 dosis)	0,969	0,022	64	14	1,014	0,023	0,925	1,013
Niños que recibieron polio (3 dosis)	0,969	0,022	64	14	1,014	0,023	0,925	1,013
Recibieron vacuna antisarampionosa	0,813	0,052	64	14	1,056	0,063	0,709	0,916
Recibieron todas las vacunas	0,797	0,052	64	14	1,038	0,066	0,692	0,901
Peso para la talla 2 DE por debajo	0,011	0,005	365	81	0,864	0,429	0,002	0,020
Talla para la edad 2 DE por debajo	0,129	0,016	365	81	0,900	0,123	0,097	0,161
Peso para la edad 2 DE por debajo	0,044	0,010	365	81	0,924	0,237	0,023	0,065

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)	Ponde-rados (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)	Ponde-rados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
	ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2000							
Área de residencia								
Urbana	39,028	2,227	13 430	14 102	1,228	0,057	34,573	43,483
Rural	85,287	3,127	16 172	12 154	1,301	0,037	79,033	91,540
Departamento								
Amazonas	68,484	7,315	1 449	481	0,964	0,107	53,855	83,114
Ancash	71,751	10,077	1 094	1 188	1,158	0,140	51,597	91,906
Apurímac	93,942	8,635	1 541	532	1,034	0,092	76,671	111,212
Arequipa	57,588	18,297	864	925	1,996	0,318	20,995	94,182
Ayacucho	68,259	8,112	1 584	567	1,158	0,119	52,034	84,484
Cajamarca	68,936	9,913	1 097	1 733	1,281	0,144	49,110	88,762
Cusco	108,004	9,563	1 210	1 482	0,971	0,089	88,878	127,129
Huancavelica	107,713	9,651	1 636	687	1,149	0,090	88,411	127,014
Huánuco	93,218	7,644	1 476	1 051	0,932	0,082	77,931	108,505
Ica	32,236	6,541	806	628	0,935	0,203	19,153	45,318
Junín	62,056	6,608	1 107	1 344	0,840	0,106	48,840	75,272
La Libertad	60,449	8,256	1 017	1 348	1,004	0,137	43,938	76,961
Lambayeque	47,047	8,635	958	1 217	1,216	0,184	29,777	64,316
Lima	26,855	3,650	2 422	6 255	1,109	0,136	19,556	34,155
Loreto	78,651	7,369	1 474	1 131	0,993	0,094	63,912	93,390
Madre de Dios	39,850	5,252	1 239	78	0,940	0,132	29,345	50,355
Moquegua	33,029	6,097	716	120	0,928	0,185	20,836	45,222
Pasco	77,505	9,035	1 164	278	0,982	0,117	59,435	95,575
Piura	53,791	7,731	1 235	2 008	1,148	0,144	38,329	69,252
Puno	85,045	8,033	1 609	1 509	1,112	0,094	68,979	101,110
San Martín	69,671	8,512	1 163	821	1,043	0,122	52,647	86,696
Tacna	34,280	7,151	658	227	1,054	0,209	19,977	48,582
Tumbes	46,523	8,733	851	188	1,219	0,188	29,056	63,990
Ucayali	80,176	7,872	1 232	457	0,982	0,098	64,433	95,920
Región natural								
Lima Metropolitana	22,519	3,605	1 894	5 320	1,079	0,160	15,308	29,729
Resto Costa	46,076	3,764	6 128	5 933	1,397	0,082	38,548	53,604
Sierra	81,221	3,313	14 037	11 032	1,307	0,041	74,595	87,847
Selva	74,581	3,845	7 543	3 971	1,209	0,052	66,892	82,271
Total	60,381	2,052	29 602	26 256	1,308	0,034	56,277	64,485
	ESTIMACIONES PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2000							
Área urbana	32,410	2,770	6 434	6 876	1,187	0,080	26,870	37,949
Área rural	63,611	3,782	7 762	5 792	1,289	0,050	56,040	71,176
Total	46,726	2,388	14 196	12 668	1,230	0,050	41,950	51,502
	ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 1996							
Área urbana	46,425	2,184	18 062	18 245	1,276	0,047	42,057	50,793
Área rural	99,579	3,748	17 351	13 016	1,412	0,038	92,083	107,075
Total	68,426	2,264	35 413	31 261	1,422	0,033	63,897	72,955

LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS

APENDICE C

LISTA DE CUADROS

Página

CAPITULO 1

Cuadro 1.1 Composición del producto bruto interno 23

CAPITULO 2

Cuadro 2.1 Población total de los hogares por edad, sexo y residencia urbana-rural 32
Cuadro 2.2 Nivel de educación de la población masculina de 6 años y más 33
Cuadro 2.3 Nivel de educación de la población femenina de 6 años y más 34
Cuadro 2.4 Asistencia Escolar de la Población en los Hogares 35
Cuadro 2.5 Composición de los hogares 36
Cuadro 2.6 Niños según sobrevivencia de los padres y situación de residencia 36
Cuadro 2.7 Características de las viviendas y los hogares 37
Cuadro 2.8 Bienes de consumo duraderos por área de residencia 38

CAPITULO 3

Cuadro 3.1 Nivel de educación de las mujeres entrevistadas por características seleccionadas 42
Cuadro 3.2 Nivel de educación más alto alcanzado y razones de abandono 43
Cuadro 3.3 Alfabetismo por características seleccionadas 44
Cuadro 3.4 Acceso a los medios masivos de comunicación 45
Cuadro 3.5 Trabajo en los últimos 12 meses y tipo actual de empleo, según características seleccionadas 46
Cuadro 3.6 Tipo de ocupación de las mujeres, según características seleccionadas 47
Cuadro 3.7 Empleador y forma de remuneración de las mujeres que trabajan, según características seleccionadas 48
Cuadro 3.8 Persona que decide como gastar los ingresos y gasto del hogar que paga la entrevistada,según características seleccionadas 49
Cuadro 3.9 Control de los ingresos para la contribución a los gastos del hogar (mujeres unidas) 50
Cuadro 3.9a Control de los ingresos para la contribución a los gastos del hogar (mujeres no unidas) 50
Cuadro 3.10 Decisiones en el hogar (mujeres unidas) 51
Cuadro 3.10a Decisiones en el hogar (mujeres no unidas) 51
Cuadro 3.11 Última palabra en decisiones del hogar según características seleccionadas 52

Cuadro 3.12 Razones específicas para rehusar relaciones sexuales con el esposo 53

CAPITULO 4

Cuadro 4.1 Niveles de fecundidad 58
Cuadro 4.2 Fecundidad y paridez por lugar de residencia y educación 59
Cuadro 4.3 Fecundidad por edad para varios quinquenios anteriores a la encuesta 60
Cuadro 4.4 Número de nacidos vivos y sobrevivientes de las mujeres entrevistadas, según edad 61
Cuadro 4.5 Intervalos entre nacimientos 62
Cuadro 4.6 Edad al primer nacimiento 63
Cuadro 4.7 Edad mediana al primer nacimiento 63
Cuadro 4.8 Fecundidad en adolescentes 64
Cuadro 4.9 Número de hijos en mujeres adolescentes 64

CAPITULO 5

Cuadro 5.1 Conocimiento de métodos específicos entre las mujeres entrevistadas 68
Cuadro 5.2 Conocimiento de métodos entre las mujeres en unión, por características seleccionadas 69
Cuadro 5.3 Uso alguna vez de métodos anticonceptivos específicos entre las mujeres entrevistadas 70
Cuadro 5.4 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas 71
Cuadro 5.5 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres en unión, por características seleccionadas 73
Cuadro 5.6 Número de hijos al usar métodos por primera vez 74
Cuadro 5.7 Conocimiento del período fértil 74
Cuadro 5.8 Información suministrada durante la prescripción de métodos modernos 77
Cuadro 5.9 Razones de discontinuación de métodos anticonceptivos 78
Cuadro 5.10 Uso futuro de anticoncepción entre mujeres que no usan actualmente 79
Cuadro 5.11 Exposición a mensajes de planificación familiar en medios de comunicación 81
Cuadro 5.12 Contacto de mujeres no usuarias con proveedores de planificación familiar 82
Cuadro 5.13 Discusión de planificación familiar entre parejas 82
Cuadro 5.14 Percepción de las mujeres con relación a la actitud de sus cónyuges sobre la planificación familiar 83

CAPITULO 6

Cuadro 6.1 Estado conyugal actual 88
Cuadro 6.2 Tipo de relación sexual de las mujeres no unidas 88
Cuadro 6.3 Edad a la primera unión por edad actual de las mujeres 89
Cuadro 6.4 Edad mediana a la primera unión por características seleccionadas 89
Cuadro 6.5 Edad a la primera relación sexual por edad actual de las mujeres 90
Cuadro 6.6 Edad mediana a la primera relación sexual por características seleccionadas 90
Cuadro 6.7 Actividad sexual reciente por características seleccionadas 91
Cuadro 6.8 Amenorrea, abstinencia e insusceptibilidad de postparto 92
Cuadro 6.9 Duración mediana de insusceptibilidad de postparto por características seleccionadas 93
Cuadro 6.10 Terminación de exposición al riesgo de embarazo: menopausia 94

CAPITULO 7

Cuadro 7.1 Preferencia de fecundidad por número de hijos sobrevivientes 98
Cuadro 7.2 Preferencia de fecundidad por edad actual de las mujeres 99
Cuadro 7.3 Mujeres que no desean más hijos según características seleccionadas 100
Cuadro 7.4 Necesidad de servicios de planificación familiar para las mujeres en unión, según características seleccionadas 102
Cuadro 7.5 Número ideal y promedio ideal de hijos 103
Cuadro 7.6 Promedio ideal de hijos, según características seleccionadas 104
Cuadro 7.7 Planificación de la fecundidad 105
Cuadro 7.8 Fecundidad deseada y observada 106

CAPITULO 8

Cuadro 8.1 Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios 110
Cuadro 8.2 Mortalidad infantil y en la niñez en los diez años anteriores a la encuesta, según características seleccionadas 111
Cuadro 8.3 Mortalidad perinatal, según características seleccionadas 112
Cuadro 8.4 Categorías de alto riesgo reproductivo 114

CAPITULO 9

Cuadro 9.1 Percepción del acceso a los servicios de salud como un gran problema 118
Cuadro 9.2 Atención prenatal para los menores de cinco años 119
Cuadro 9.3 Contenido de la atención prenatal para menores de cinco años 121
Cuadro 9.4 Vacuna contra el tétanos neonatal 122
Cuadro 9.5 Lugar del parto para los nacimientos en los últimos cinco años 123
Cuadro 9.6 Atención durante el parto para los menores de cinco años de edad por características seleccionadas 124
Cuadro 9.7 Características del parto: nacimientos por cesárea y peso al nacer para los menores de cinco años 125
Cuadro 9.8 Complicaciones durante el parto 126
Cuadro 9.9 Problemas postnatales por características seleccionadas 127
Cuadro 9.10 Atención médica para los problemas postnatales 128
Cuadro 9.11 Síntomas que conllevan a la madre a buscar ayuda médica inmediata 129
Cuadro 9.12 Vacunaciones en cualquier momento para los niños de 18-29 meses según fuentes de información 131
Cuadro 9.13 BCG, DPT, Polio y Sarampión: vacunación en cualquier momento de los niños 18-29 meses, por sexo del niño y orden de nacimiento 132
Cuadro 9.14 BCG, DPT, Polio y Sarampión: niños vacunados a la edad apropiada 133
Cuadro 9.15 Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas para los menores de cinco años 134
Cuadro 9.16 Prevalencia de diarrea para los menores de cinco años 135
Cuadro 9.17 Eliminación de las deposiciones de los niños 138

CAPITULO 10

Cuadro 10.1 Lactancia inicial para niños menores de cinco años 142
Cuadro 10.2 Situación de lactancia para niños menores de tres años 144
Cuadro 10.3 Duración de la lactancia para niños menores de tres años 145
Cuadro 10.4 Micronutrientes 148

Cuadro 10.5 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, por características seleccionadas 150
Cuadro 10.6 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años 151
Cuadro 10.7 La talla como indicador del estado nutricional de las mujeres 152
Cuadro 10.8 El índice de masa corporal como indicador de la situación nutricional de las madres, según características seleccionadas 154
Cuadro 10.9 Prevalencia de anemia en mujeres 156

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 162
Cuadro 11.2 Conocimiento de formas para evitar el contagio entre las mujeres con conocimiento del VIH/SIDA 163
Cuadro 11.3 Fuente de conocimiento del VIH/SIDA 165
Cuadro 11.4 Conocimiento de asuntos relacionados con el VIH/SIDA 166
Cuadro 11.5 Aspectos sociales de la prevención del SIDA y su mitigación 167
Cuadro 11.6 Conocimiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ETS específicas 168
Cuadro 11.7 Conocimiento de síntomas y signos de las ETS 169
Cuadro 11.8 Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual por características seleccionadas 170
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 188

ANEXO

Cuadro 2.4 Nivel de Educación de la población masculina de 6 años y más 191
Cuadro 2.5 Nivel de Educación de la población femenina de 6 años y más 191
Cuadro 3.5 Alfabetismo por características seleccionadas 192
Cuadro 4.3 Fecundidad y paridez por lugar de residencia y educación 192
Cuadro 5.5 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas por características seleccionadas 193
Cuadro 7.6.1 Necesidad de Servicios de planificación familiar para las mujeres en unión por características seleccionadas 193
Cuadro 9.7 Atención durante el parto para los menores de cinco años de edad, por características seleccionadas 194
Cuadro 9.12 Cuidado postnatal por características seleccionadas 195
Cuadro 9.16 Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas para los menores de cinco años 196
Cuadro 9.19 Prevalencia de diarrea para los menores de cinco años 197
Cuadro 9.20 Conocimiento de SRO y aplicación del patrón adecuado de alimentación para el cuidado de la diarrea por características seleccionadas 198
Cuadro 10.8 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, por características seleccionadas 199
Cuadro 10.14 Prevalencia de anemia en mujeres 199
Cuadro 10.15 Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años 200
Cuadro 11.7 Conocimiento de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ETS específicas 200

APENDICE A

Cuadro A.1 Número de conglomerados urbanos y rurales por departamentos 205
Cuadro A.2 Implementación de la Muestra: hogares 208
Cuadro A.3 Implementación de la Muestra: mujeres 208

APENDICE B

Cuadro B.1 Variables seleccionadas para el cálculo de los errores de muestreo 213
Cuadro B.2.1 Errores de muestreo para la población total 214
Cuadro B.2.26 Errores de muestreo para la población de Tumbes 215
Cuadro B.2.32 Errores de muestreo para la tasa global de fecundidad por lugar de residencia 216
Cuadro B.2.35 Errores de muestreo para la mortalidad infantil por lugar de residencia 217
Cuadro B.2.37 Errores de muestreo para la mortalidad en la niñez por lugar de residencia 218

LISTA DE GRAFICOS

Página

CAPITULO 2

Gráfico 2.1 Población De Facto del Departamento de Tumbes **32**

CAPITULO 3

Gráfico 3.1 Mujeres entrevistadas por edad. Estado Conyugal y Area de Residencia 41
Gráfico 3.2 Nivel de Educación de las mujeres en edad Fértil 43

CAPITULO 5

Gráfico 5.1 Fuente de suministro de métodos anticonceptivos 75
Gráfico 5.2 Fuente de suministro del sector público 76
Gráfico 5.3 Preferencia para uso futuro de métodos anticonceptivos 79
Gráfico 5.4 Razones para no usar métodos anticonceptivos en el futuro entre las no usuarias 80

CAPITULO 7

Gráfico 7.1 Fecundidad observada y deseada por Lugara de Residencia y Educación 106

CAPITULO 9

Gráfico 9.1 Número de visitas prenatales 120
Gráfico 9.2 Proveedores de atención postnatal para menores de 5 años 129
Gráfico 9.3 Cococimiento de sales de rehidratación oral (SRO) 136
Gráfico 9.4 Cantidad de sólidos y líquidos recibidos por menores de 5 años durante un episodio diarreico 136
Gráfico 9.5 Tratamiento de la diarrea en menores de 5 años 137
Gráfico 9.5a Tipos de TRO 137

CAPITULO 10

Gráfico 10.1 Porcentaje de Niños menores de 6 meses que recibieron pecho 6 o más veces 145
Gráfico 10.2 Porcentaje de menores de tres años por tipo de comidas recibidas (lactantes) 147
Gráfico 10.2a Porcentaje de menores de tres años por tipo de comidas recibidas (no lactantes) 147
Gráfico 10.3 Prevalencia de anemia en menores de cinco años 157
Gráfico 10.3a Grados de anemia en menores de 5 años 157
Gráfico 10.4 Prevalencia de anemia en niños cuyas madres no son anémicas 158

CAPITULO 11

Gráfico 11.1 Conocimiento de formas de evitar el VIH / SIDA 164
Gráfico 11.2 Conocimiento de signos y síntomas de las ETS 169

CAPITULO 12

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

Créditos

TUMBES: 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	Directora Técnica
GENARA RIVERA ARAUJO	Directora Técnica Adjunta

EQUIPO DE TRABAJO:

LUIS ULLOA JESUS	Director Ejecutivo de Demografía
FLOR SUAREZ RODRIGUEZ	Coordinadora del equipo de analistas
CARLOS ECHEVARRÍA GONZÁLES	Analista Responsable
EDGARDO LOPEZ MENDOZA	Revisor
ANGÉLICA DIAZ HERRERA	Procesamiento de textos y gráficos

DIAGRAMACION Y EDICION: Centro de Edición de la OTD