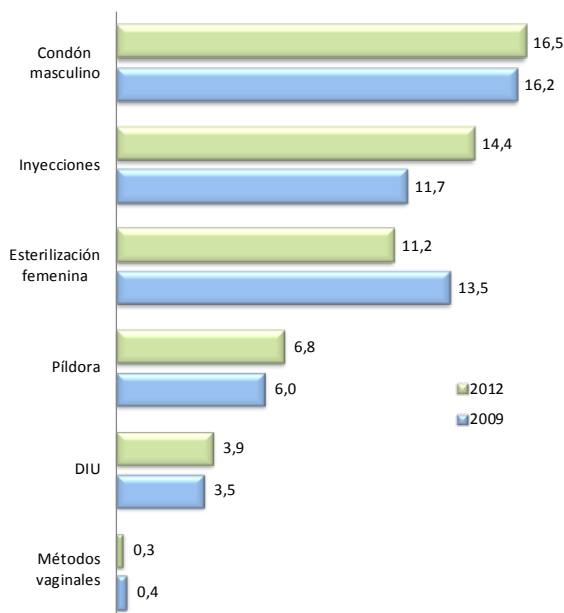


MOQUEGUA: MUJERES UNIDAS USUARIAS DE MÉTODOS MODERNOS, 2009 Y 2012
(Porcentaje)

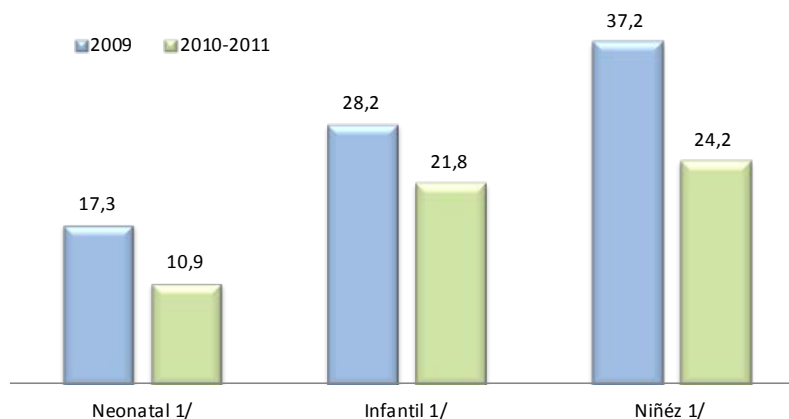


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

3. Niveles y tendencia de la Mortalidad Infantil y en la Niñez

En el departamento de Moquegua la Tasa de Mortalidad Infantil fue de 21,8 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, y la Mortalidad en la Niñez fue de 24,2 defunciones.

MOQUEGUA: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, 2009 Y 2010-2011
(Por cada mil nacidos vivos)



Nota: Los resultados obtenidos en el año 2012 no permitieron obtener tasas de mortalidad infantil y en la niñez, debido al bajo número de casos encontrados, por lo que se vuelve a reproducir los resultados del año 2011.

1/ Defunciones por cada 1 000 nacidos vivos para el período de diez años precedente a la encuesta, 2009 y 2010-2011.

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

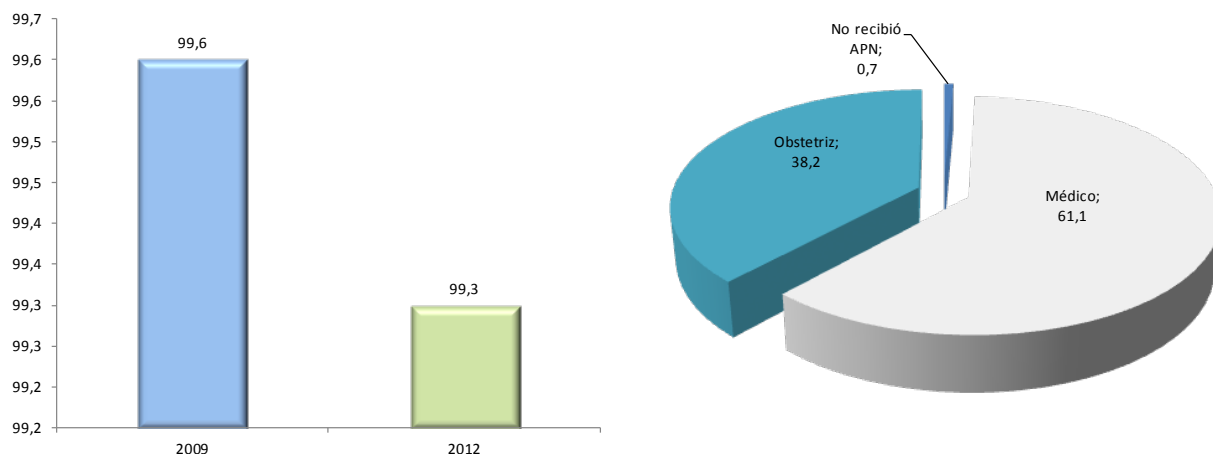
4. Salud Materna e Infantil

Atención prenatal

En el último embarazo, el 99,3 por ciento de las mujeres tuvo algún control prenatal por personal de salud (médico y obstetriz). Esta cifra significó 0,3 punto porcentual menos que lo observado en el año 2009 (99,6 por ciento).

En los cinco años anteriores a la encuesta 2012, recibieron atención prenatal por obstetriz el 38,2 por ciento, por médico el 61,1 por ciento de mujeres y el 0,7 por ciento no recibió atención prenatal.

MOQUEGUA: ÚLTIMOS NACIMIENTOS QUE RECIBIERON CONTROL PRENATAL DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)



Nota: Se refiere al último nacimiento de los cinco años anteriores a la fecha de entrevista.

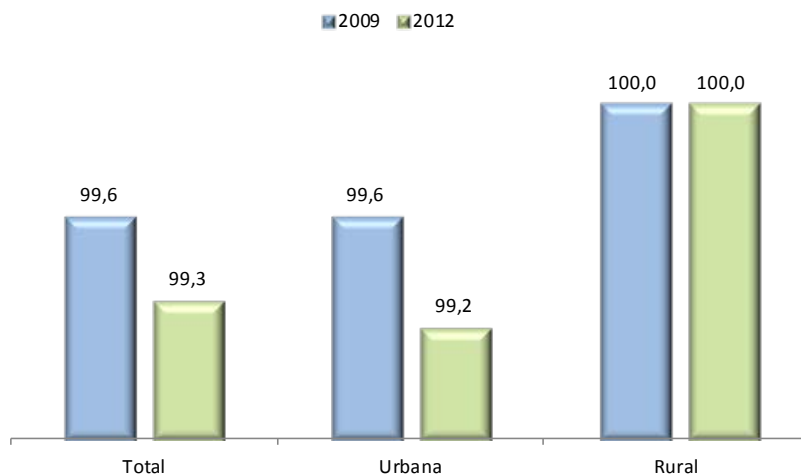
1/ Incluye técnico en enfermería, promotor de salud y comadrona/partera.

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

En el área urbana que recibieron control prenatal por profesional de salud. En el año 2009 este indicador se ubicó en 99,6 por ciento y en el año 2012 subió a 99,2 por ciento lo que representó un descenso de 0,4 puntos porcentuales.

Según tipo de profesional de salud, más mujeres fueron atendidas por médico en el área urbana que por obstetriz (65,8 frente a 33,4 por ciento). En el área rural, la obstetriz fue la profesional que atendió un mayor porcentaje de mujeres, en comparación a las atendidas por personal médico (67,6 frente a 32,4 por ciento, respectivamente).

MOQUEGUA: NACIMIENTOS QUE RECIBIERON CONTROL PRENATAL DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)



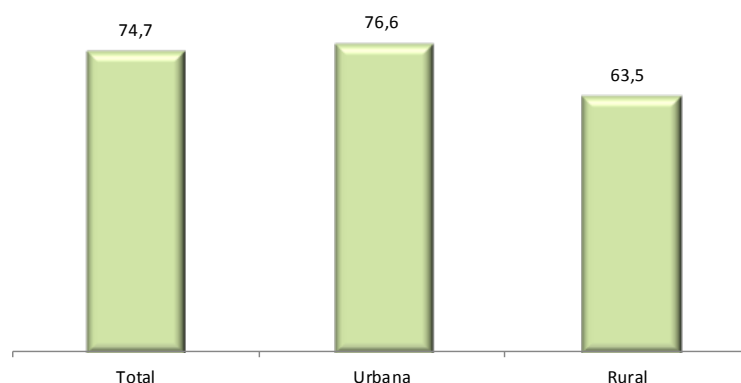
Nota: Se refiere al último nacimiento de los cinco años anteriores a la fecha de entrevista.

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

Los controles más frecuentes en la atención prenatal fueron la altura uterina, el control del peso y la presión arterial, los que fueron realizados a casi todas las mujeres (99,6; 98,7 y 100,0 por ciento, respectivamente). Al 94,1 por ciento de las mujeres le explicaron los síntomas de complicaciones del embarazo y, entre otras acciones al 44,3 por ciento le aplicaron dos o más dosis de la vacuna contra el tétanos.

El control temprano, durante el primer trimestre de gestación, es muy importante en el cuidado de la salud de la madre y el niño, al respecto el 74,7 por ciento de gestantes recibió control de su embarazo en los tres primeros meses de gestación, siendo mayor en el área urbana que en el área rural (76,6 frente a 63,5 por ciento, respectivamente).

MOQUEGUA: GESTANTES QUE EN EL ÚLTIMO NACIMIENTO RECIBIERON SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2012
(Porcentaje)



Nota: Se refiere al último nacimiento de los cinco años anteriores a la fecha de entrevista.

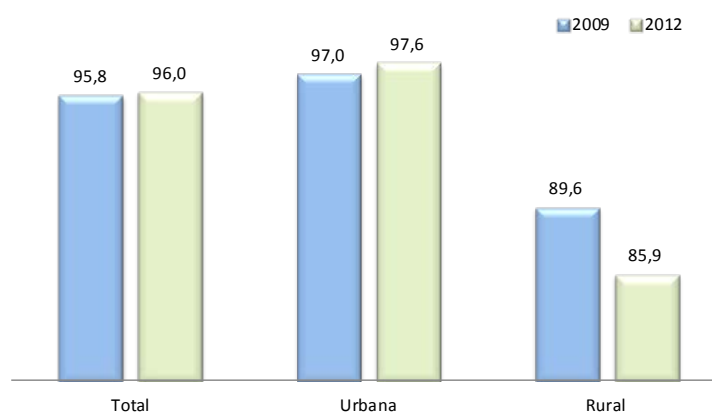
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Asistencia del Parto

El porcentaje de atención del parto de los últimos nacimientos, en un establecimiento de salud (público o privado), fue 96,0 por ciento. Esta proporción aumentó en 0,2 puntos porcentuales respecto al año 2009 (95,8 por ciento). De otro lado, la ocurrencia de partos en casa fue 3,4 por ciento, inferior en 0,1 puntos porcentuales a lo observado el año 2009 (3,5 por ciento).

La atención del parto en un establecimiento de salud fue mayor en el caso de las mujeres residentes en el área urbana que en el área rural (97,6 frente a 85,9 por ciento, respectivamente).

MOQUEGUA: NACIMIENTOS ATENDIDOS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)

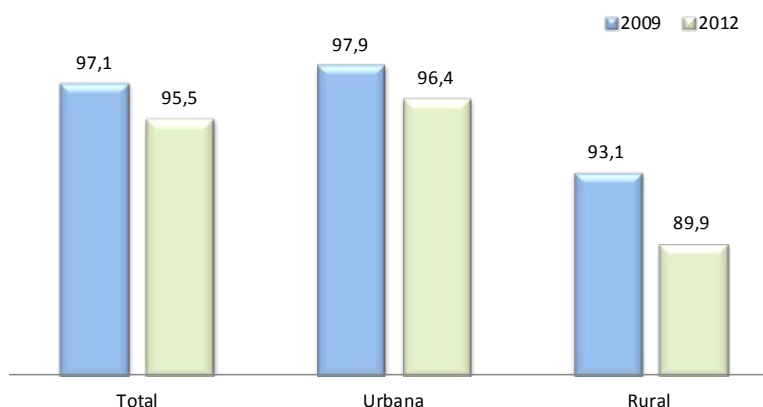


Nota: Se refiere al último nacimiento de los cinco años anteriores a la fecha de entrevista.

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

La atención del parto por un profesional de la salud, disminuyó en mayor proporción (3,2 puntos porcentuales) en el caso de las mujeres residentes en el área rural (89,9 por ciento), respecto a lo registrado el año 2009 (93,1 por ciento).

MOQUEGUA: NACIMIENTOS ATENDIDOS POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)



Nota: Se refiere al último nacimiento de los cinco años anteriores a la fecha de entrevista.

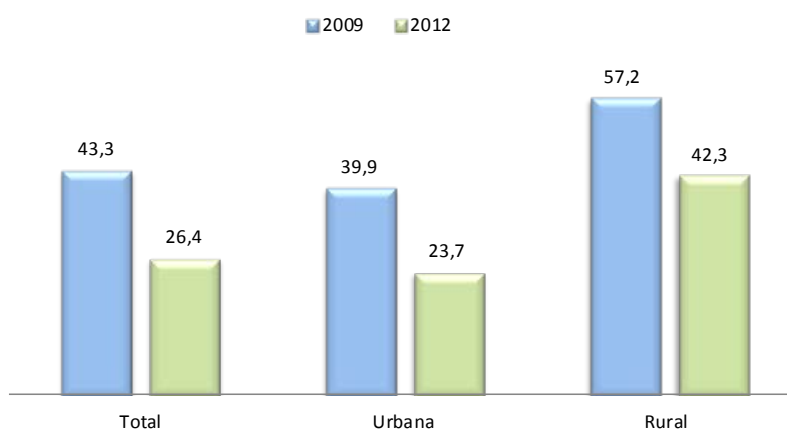
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Anemia en niñas y niños

Al 26,4 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad residente en Moquegua, se le detectó anemia en el año 2012. Esta proporción fue menor a la observada en el año 2009 (43,3 por ciento). Según tipo de anemia, el 16,9 por ciento tenía anemia leve y el 9,5 por ciento anemia moderada.

Según área de residencia, la anemia fue más frecuente entre niñas y niños del área rural (42,3 por ciento). En el área urbana el porcentaje correspondió al 23,7 por ciento.

MOQUEGUA: NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 59 MESES CON ANEMIA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)



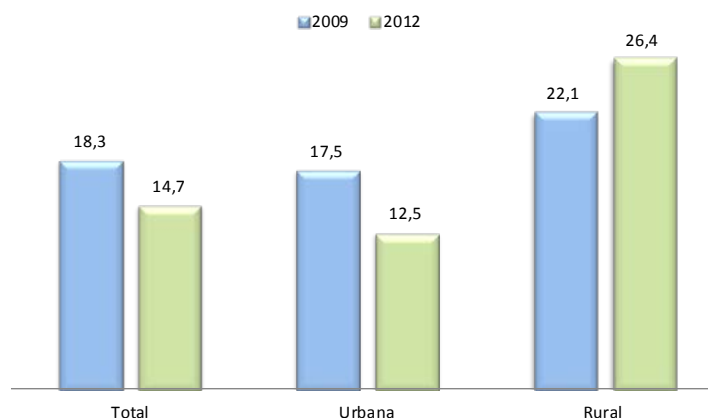
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Anemia en mujeres

El 14,7 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad padecía de algún tipo de anemia, proporción menor en 3,6 puntos porcentuales al valor reportado el año 2009 (18,3 por ciento). Según la encuesta 2012, el 12,3 por ciento de mujeres en edad fértil tenía anemia leve, el 2,2 por ciento presentaba anemia moderada y el 0,1 por ciento anemia severa.

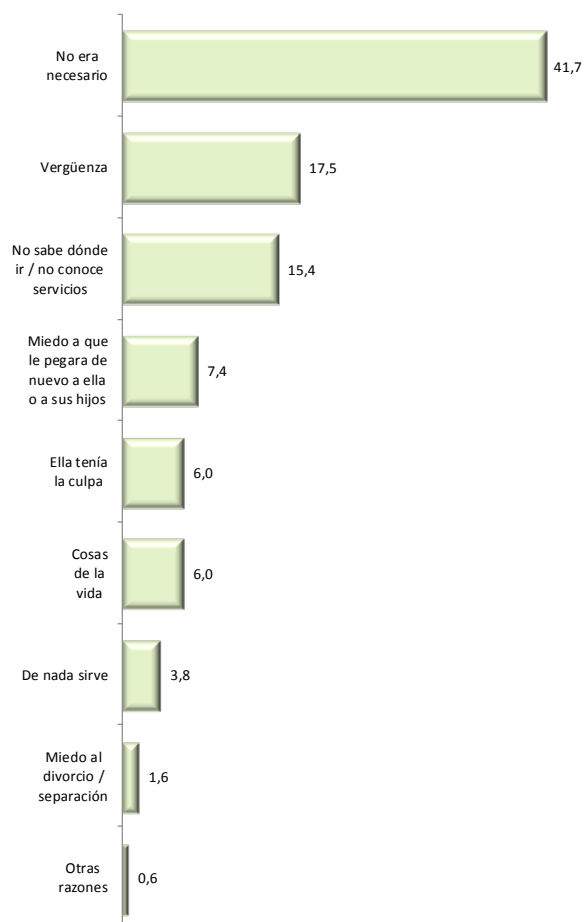
Según área de residencia, el porcentaje fue mayor en el área rural (26,4 por ciento) que en el área urbana (12,5 por ciento).

MOQUEGUA: MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ANEMIA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)



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

MOQUEGUA: RAZONES ESPECÍFICAS PARA NO BUSCAR AYUDA CUANDO FUERON MALTRATADAS FÍSICAMENTE, 2012
(Distribución porcentual)



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

La información sobre aspectos relacionados con la población y los hogares se obtiene de la aplicación del cuestionario del hogar en cada una de las viviendas de la muestra seleccionada de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. En este cuestionario se registran las características más relevantes de cada uno de los miembros del hogar tales como: relación de parentesco con el jefe del hogar, tipo de residencia, sexo, edad, seguro de salud, condición de actividad, nivel de educación alcanzado, matrícula y asistencia escolar; supervivencia y residencia de los padres. También proporciona información sobre las características estructurales y servicios básicos de la vivienda, así como la tenencia de bienes de consumo duraderos en el hogar. Los datos que se presentan en este capítulo están referidos mayormente a la residencia de hecho (de facto) para hacerlos comparables con los proporcionados por los censos nacionales; así como de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar anteriores.

1.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS Y LOS HOGARES

El nivel de satisfacción de las necesidades básicas de salud, educación y vivienda influye de manera directa en el bienestar económico y social en una población. La encuesta 2012 recoge información que proporciona el marco de la infraestructura física donde las familias desarrollan sus actividades cotidianas.

Servicios básicos en las viviendas

La disposición y acceso a los servicios básicos como agua, electricidad y servicio de alcantarillado para la eliminación de excretas, se encuentra asociado con mejores condiciones de vida de la población; y, en consecuencia también de los niños y niñas. Tradicionalmente, en las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, se ha venido investigando sobre la fuente principal de abastecimiento de agua; sin embargo, a partir del año 2005, se ha adicionado preguntas sobre la fuente de agua que utilizan para beber o tomar. Los resultados de la información recolectada de la encuesta 2012 se presentan en el Cuadro 1.1.

Servicios básicos en las viviendas (Cuadro 1.1)

Servicio de electricidad

- Entre los servicios básicos del hogar, destaca la disponibilidad de energía eléctrica como el servicio de mayor cobertura en los hogares de Moquegua. En efecto, el 91,4 por ciento de los hogares tenían acceso a este servicio, lo que constituye un incremento de 0,7 puntos porcentuales respecto al año 2009 (90,7 por ciento). Los hogares más beneficiados fueron los del área urbana, donde el servicio cubre al 97,1 por ciento; en el área rural el 74,8 por ciento disponía de este servicio. Sin embargo, es en el área rural donde se dio el mayor incremento (3,5 puntos porcentuales) con respecto al año 2009.

Fuente de agua para beber

- En Moquegua, el 82,3 por ciento de los hogares utilizaba el agua de red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda incluyendo pilón/grifo público, para beber. El mayor porcentaje corresponde a la conexión directa dentro de la vivienda (78,5 por ciento).
- En el área urbana, el 84,4 por ciento de los hogares utilizaba agua por red pública para beber, sea dentro o fuera de la vivienda incluyendo pilón/grifo público, en comparación con el 76,1 por ciento de los hogares del área rural que se encuentran en esa misma situación; no obstante el 10,6 por ciento de los hogares del área rural aún utilizan agua proveniente de manantial para beber.

Servicio higiénico o sanitario

- El 90,7 por ciento de los hogares tenía servicio higiénico: 76,8 por ciento con inodoro conectado a la red pública y 13,9 por ciento con letrina incluyendo pozo ciego o negro.
- En el área urbana, la proporción de hogares con servicio higiénico (95,6 por ciento) es mayor que en el área rural (76,2 por ciento). La mayor proporción de hogares sin servicio higiénico se encuentra en el área rural (23,8 por ciento).

Material del piso

- El material predominante en el piso de los hogares fue cemento/ladrillo (54,7 por ciento), seguido de tierra/ arena (24,7 por ciento). El material para piso menos utilizado fue la madera (entablado) con el 1,0 por ciento de los hogares.
- En el área urbana el material para el piso más utilizado fue cemento/ladrillo (60,1 por ciento), seguido de losetas, terrazos o similares (13,6 por ciento). En el área rural el 58,9 por ciento de las viviendas tiene como principal material del piso tierra/arena, seguido de cemento ladrillo con 38,7 por ciento.

CUADRO N° 1.1
 MOQUEGUA: CARACTERÍSTICA DE LA VIVIENDA, POR ÁREA DE RESIDENCIA,
 2009 Y 2012
 (Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total 2009	Total 2012	Área de residencia	
			Urbana	Rural
Luz eléctrica	90,7	91,4	97,1	74,8
Fuente de agua para beber				
Red Pública dentro de la vivienda	88,2	78,5	81,0	71,1
Red Pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio	1,1	2,7	2,0	4,6
Pilón/Grifo público	3,8	1,1	1,4	0,4
Pozo en la casa/patio	0,0	0,1	0,0	0,3
Pozo público	0,0	0,0	0,0	0,0
Manantial	1,1	2,7	0,0	10,6
Río/ acequia	1,1	1,5	0,0	6,0
Agua de lluvia	0,1	0,0	0,0	0,0
Camión cisterna	0,2	0,0	0,0	0,0
Agua embotellada	1,6	10,3	13,6	0,8
Otros	2,8	3,2	2,1	6,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Tiempo para ir a fuente de agua < 15 minutos	96,4	96,7	98,9	90,3
Servicio sanitario				
Red Pública dentro de la vivienda	69,7	75,0	89,6	31,9
Red Pública fuera de la vivienda	0,2	1,8	2,1	0,9
Letrina exclusiva	14,9	13,6	3,8	42,7
Letrina común	0,9	0,3	0,1	0,7
No hay servicio	13,3	9,2	4,3	23,8
Otro 1/	0,9	0,1	0,2	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Principal material del piso				
Tierra/ arena	24,6	24,7	13,0	58,9
Madera (entablado)	0,1	1,0	0,6	2,0
Parquet o madera pulida	1,5	3,6	4,9	0,0
Láminas asfálticas vinílicas o similares	14,6	5,8	7,8	0,0
Losetas, terrazos o similares	0,4	10,1	13,6	0,0
Cemento/ladrillo	58,6	54,7	60,1	38,7
Otro	0,2	0,1	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de viviendas	214	198	148	50

1/ Incluye: río, canal y otros.

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

Disponibilidad de bienes de consumo duradero

El nivel de bienestar de la población puede ser medido también, según la tenencia de bienes de consumo en los hogares. La disponibilidad de bienes de consumo duradero constituye un indicador del nivel socioeconómico del hogar y algunos bienes ofrecen beneficios específicos. La tenencia de bienes como radio y televisor sirve como indicador de acceso a medios publicitarios, nuevos conocimientos e ideas innovadoras; la

disponibilidad de otros artefactos tales como el refrigerador permiten evaluar la posibilidad de almacenamiento y conservación de alimentos en preservación de la salud familiar.

En la encuesta 2012, se recolectó información sobre la tenencia de medios de transporte tales como bicicleta, motocicleta, auto o camión, que posibilita a la población trasladarse y acceder a servicios que se encuentran fuera del ámbito local de residencia. El Cuadro 1.2 presenta la disponibilidad de los bienes.

Bienes de consumo duradero por área de residencia (Cuadro 1.2)

- La mayoría de los hogares de Moquegua poseían radio y televisor (91,4 y 87,3 por ciento respectivamente). En el área urbana, al menos el 93,6 por ciento de los hogares tenía televisor y el 90,1 por ciento radios; y en el área rural, el 95,3 por ciento de los hogares contaba con radio y el 68,7 por ciento televisor.
- El 50,7 por ciento tenía refrigerador. En el área urbana 62,8 por ciento y en el área rural, sólo 15,0 por ciento de los hogares tenían dicho bien.
- La computadora es un bien que sólo se encontró en el 31,4 por ciento de hogares y fundamentalmente, los hogares urbanos (41,3 por ciento). Esta proporción a nivel total se incrementó en 8,3 puntos porcentuales respecto al año 2009 (23,1 por ciento).
- El teléfono residencial o fijo es un bien que tenía el 16,8 por ciento de los hogares en Moquegua; en particular, los hogares urbanos (22,1 por ciento). Respecto con el año 2009, la proporción de hogares con teléfono residencial o fijo disminuyó en 2,6 puntos porcentuales.
- El 20,1 por ciento de los hogares tenía carro o camión, 12,6 por ciento bicicleta y el 5,0 por ciento motocicleta.

CUADRO N° 1.2
MOQUEGUA: BIENES DE CONSUMO DURADERO DEL HOGAR, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012 (Porcentaje)

Bienes de consumo específicos	Total 2009	Total 2012	Área de residencia	
			Urbana	Rural
Radio	93,7	91,4	90,1	95,3
Televisor	88,2	87,3	93,6	68,7
Teléfono residencial	19,4	16,8	22,1	1,1
Refrigerador	50,2	50,7	62,8	15,0
Computadora	23,1	31,4	41,3	2,4
Bicicleta	19,2	12,6	13,5	10,1
Motocicleta	2,7	5,0	3,7	9,1
Carro/ camión	16,8	20,1	24,6	6,9
Bote con motor	0,3	1,0	1,1	0,8
Número de hogares	214	198	148	50

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

Medición del nivel socioeconómico

Entre individuos que pertenecen a distintos grupos socioeconómicos se establecen diferencias en salud, nutrición y población, las mismas que son identificadas en la encuesta 2012 a partir de una metodología desarrollada conjuntamente por Shea Rutstein y Kiersten Johnson de Macro Internacional Inc. y Deon Filmer y Lant Pritchett del Banco Mundial^{1/}. Inicialmente se aplicó en los 44 países que participaron en la segunda y la tercera ronda del Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS). La metodología también se ha aplicado a los países que han participado en la cuarta ronda iniciada a fines de 1998 y que concluyó en el 2005.

En el enfoque utilizado, el nivel socioeconómico se define en términos de activos o riqueza en los hogares encuestados, en vez de ingresos o consumo. En la encuesta 2012, se recolectó información detallada sobre características de la vivienda y sobre la disponibilidad de ciertos bienes de consumo duradero y servicios que se relacionan directamente con el nivel socioeconómico. A cada hogar se le asigna un puntaje que es generado mediante la metodología de análisis de componentes principales, dependiendo de la disponibilidad de bienes y servicios, y las características de la vivienda. A los residentes de un determinado hogar se les asigna el valor del hogar en el cual residen. Esto permite crear quintiles poblacionales de bienestar o de riqueza, es decir, cinco grupos con el mismo número de personas en cada uno. Es entonces posible generar, para cada quintil, los diversos indicadores (tasas, porcentajes y distribución porcentual) a partir de la información recolectada en la encuesta 2012.

A continuación se listan los bienes de consumo duradero y las características de las viviendas que se utilizaron para la división de la población de los hogares en quintiles de bienestar o riqueza:

- Disponibilidad de bienes en el hogar: electricidad, cocina, radio, televisor, refrigeradora, lavadora de ropa, computadora y teléfono.
- Disponibilidad en el hogar de automóvil, bicicleta y motocicleta.
- Fuente de abastecimiento de agua: agua por cañería dentro de la vivienda, fuera de la vivienda pero dentro del edificio, pozo privado, pozo público, pozo en casa, río, quebrada, lago o laguna, agua de vecino, camión tanque/aguatero, agua de lluvia.
- Fuente de agua para beber: agua por cañería dentro de la vivienda, fuera de la vivienda pero dentro del edificio, pozo público, pozo en casa, río, quebrada, lago o laguna, agua embotellada, agua de vecino, camión tanque/aguatero, agua de lluvia.
- Servicio sanitario: conectado a red pública (dentro o fuera de la vivienda), pozo ciego o negro (letrina); río, acequia o canal y otro tipo de servicio.
- Material del piso: tierra, arena, madera (entablados), parquet, láminas asfálticas, losetas o similares, cemento y otros materiales.
- Material de las paredes: ladrillo o bloque de cemento; piedra o sillar con cal o cemento; adobe o tapia; quincha (caña con barro), madera, piedra con barro, triplay, estera y otros materiales.
- Material del techo: concreto armado, madera, tejas, plancha de calamina, fibra de cemento o similares; caña o estera con torta de barro, paja, hojas de palmera y otros materiales.
- Combustible para cocinar: electricidad, gas, kerosene, carbón, leña, bosta y otros combustibles.
- Número de personas por cuarto.

^{1/} Para una descripción detallada de los procedimientos, alcances y limitaciones, véase Rutstein, Shea O. and Kiersten Johnson. 2004. The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports N° 6 Calverton, Maryland: ORC Macro; Gwatkin, S. Rutstein, K. Johnson, R. P. Pande y A. Wagstaff. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population in Bolivia*. The World Bank, Mayo 2000.

Nivel socioeconómico (Cuadro 1.3)

- En el área urbana de Moquegua, el 27,4 por ciento de los hogares se encontraban en el quintil superior de riqueza y 2,5 por ciento en el quintil inferior; en el área rural el 28,9 por ciento de los hogares se ubicaban en el quintil inferior y el 0,4 por ciento en el quintil superior. Asimismo, en el área rural el 50,7 por ciento de los hogares se encuentra en el segundo quintil de riqueza.

CUADRO N° 1.3

MOQUEGUA: DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES, POR ÁREA DE RESIDENCIA, SEGÚN QUINTIL DE RIQUEZA, 2012

(Distribución porcentual)

Quintil de riqueza	Total	Área de residencia	
		Urbana	Rural
Quintil inferior	9,2	2,5	28,9
Segundo quintil	20,2	9,8	50,7
Quintil intermedio	20,0	21,2	16,6
Cuarto quintil	30,0	39,0	3,4
Quintil superior	20,6	27,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
Número de hogares	198	148	50

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

1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Población por edad, sexo y área de residencia

La distribución de la población por edad, sexo y área de residencia derivada de la encuesta 2012, a partir de la información recolectada en el cuestionario del hogar se presenta en el Cuadro 1.4.

Población por sexo y edad (Cuadro 1.4)

- La población de Moquegua muestra, en el 2012 una estructura relativamente joven: 23,8 por ciento tenía menos de 15 años, el 66,2 por ciento se encuentra entre los 15 y 64 años y un 10,1 por ciento cuenta con 65 y más años de edad. En comparación con el año 2009, el porcentaje de la población menor de 15 años ha disminuido en 1,4 puntos porcentuales, la población de 15 a 64 años aumentó en 0,7 puntos porcentuales, que constituye la población en edad de trabajar y la población de 65 a más años de edad aumentó en 0,8 punto porcentual.
- La estructura por edad de la población, según área de residencia muestra diferencias: el 24,6 por ciento de la población era menor de 15 años en el área urbana en comparación con el 20,1 por ciento en el área rural. La proporción de personas en edad de trabajar, de 15 a 64 años, fue mayor en el área urbana (67,4 por ciento) que en el área rural (60,6 por ciento). La población de 65 y más años de edad constituye el 19,2 por ciento en el área rural y en el área urbana 7,9 por ciento.
- El 24,0 por ciento de los hombres eran menores de 15 años, proporción que es mayor que la registrada por las mujeres (23,5 por ciento). Esta diferencia se refleja igualmente en el área urbana donde los

hombres menores de 15 años eran 25,4 por ciento y las mujeres 23,9 por ciento. En cambio en el área rural, el 18,3 por ciento de los hombres tenían menos de 15 años y el 22,2 por ciento de mujeres no superaba los 15 años.

Mujeres en edad fértil

- En Moquegua las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, representan el 25,6 por ciento de la población total del departamento y el 51,2 por ciento de la población femenina de Moquegua.
- La proporción de mujeres en edad fértil fue mayor en el área urbana (53,9 por ciento) que en el área rural (40,1 por ciento). En el área urbana, representan el 27,0 por ciento de la población total urbana y el 53,9 por ciento de la población femenina urbana; en tanto que, en el área rural representó el 19,5 por ciento de la población total rural y el 40,1 por ciento de la población femenina rural.

CUADRO N° 1.4
MOQUEGUA: COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL, POR ÁREA DE RESIDENCIA Y SEXO,
SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012
(Distribución porcentual)

Grupo de edad	Total	Total		Área urbana			Área rural		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
<5	7,8	7,3	8,3	8,4	8,0	8,8	5,4	4,5	6,3
5-9	7,7	8,1	7,3	7,7	8,3	7,1	7,6	7,1	8,2
10-14	8,3	8,6	7,9	8,5	9,1	8,0	7,1	6,7	7,7
15-19	8,5	8,5	8,5	9,1	8,9	9,4	5,9	6,9	4,8
20-24	7,6	7,6	7,5	7,9	7,8	8,0	6,1	6,7	5,5
25-29	6,2	6,6	5,9	6,2	6,7	5,7	6,4	6,1	6,8
30-34	7,2	6,9	7,4	7,6	7,2	8,1	5,2	5,8	4,5
35-39	7,6	7,8	7,3	7,9	8,1	7,7	6,3	6,8	5,8
40-44	7,2	7,1	7,3	7,5	7,4	7,7	5,8	6,0	5,7
45-49	6,9	6,5	7,3	7,0	6,7	7,3	6,5	6,0	7,0
50-54	5,4	5,2	5,6	5,1	4,7	5,6	6,5	7,1	5,9
55-59	5,4	5,7	5,1	5,1	5,4	4,8	6,8	7,3	6,4
60-64	4,2	4,6	3,8	4,0	4,3	3,6	5,1	5,5	4,6
65-69	2,9	2,4	3,4	2,2	2,0	2,4	5,7	4,1	7,4
70-74	2,7	2,7	2,6	2,0	2,1	1,9	5,5	5,3	5,6
75-79	2,0	2,4	1,6	1,8	2,0	1,6	2,9	4,1	1,6
80 y más	2,5	1,9	3,1	1,9	1,4	2,3	5,1	3,9	6,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	571	286	285	460	230	230	111	56	54

Nota: El cuadro está basado en la población de facto, es decir, incluye residentes habituales y no habituales.

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

Nivel de educación y asistencia a centros de enseñanza

Uno de los componentes claves de la calidad de vida de las personas y el desarrollo económico y social de un país es el nivel educativo de su población y a su vez, es uno de los factores utilizados en el análisis sociodemográfico por su incidencia sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva, acceso y uso de métodos anticonceptivos, salud de los niños, entre otros.

La participación en el sistema educativo ofrece a las personas la posibilidad de lograr su bienestar tanto desde el punto de vista del ingreso como por la posibilidad de acceder y disfrutar los conocimientos de la ciencia y la cultura. Los años de educación completados por la población muestran, el resultado del proceso educativo para una población dada en un momento del tiempo.

El nivel de educación de la población de seis años y más de edad registrada en el cuestionario del hogar de la encuesta 2012, según edad, área de residencia y quintil de riqueza se presentan en los Cuadros 1.5 y 1.6 El Cuadro 1.7 presenta el porcentaje de población total que asiste a la escuela o algún centro de enseñanza regular, por grupos de edad, según sexo y área de residencia.

Mediana de los años de estudios (Cuadros 1.5 y 1.6)

- En Moquegua, de acuerdo con las estimaciones de la encuesta 2012, la mediana de los años de estudios de los hombres y las mujeres de seis y más años de edad fue de 10,1 y 8,9 años de estudios, respectivamente; la misma que se incrementó en 1,6 años en los hombres y un 0,7 años en las mujeres, respecto al año 2009, dando como resultado un aumento de la brecha educativa entre los hombres y las mujeres que pasó de 0,3 años en el año 2009 a 1,2 años en el año 2012.
- En el área urbana, la mediana de años de estudios de los hombres (10,3 años) fue ligeramente mayor a la mediana de años de estudios de las mujeres (10,1 años); brecha educativa que se ha mantenido, con 0,2 año en el año 2009 y en el año 2012. En el área rural la mediana de años de estudios de los hombres (6,8 años) fue mayor a la de las mujeres (4,7 años). En este ámbito la brecha de estudios disminuyó de 2,8 (en el año 2009) a 2,1 años en el año 2012.

CUADRO N° 1.5

MOQUEGUA: NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN MASCULINA DE 6 Y MÁS AÑOS DE EDAD, POR NIVEL MÁS ALTO ALCANZADO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Nivel más alto alcanzado o completado							Número	Mediana de años completos
		Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior y más	No sabe/ sin información		
Grupo de edad										
6 - 9	100,0	32,2	67,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18	0,7
10 - 14	100,0	0,0	43,6	22,1	34,4	0,0	0,0	0,0	25	5,3
15 - 19	100,0	1,8	0,6	1,9	56,7	30,6	8,5	0,0	24	9,5
20 - 24	100,0	0,7	0,0	2,6	8,9	41,3	46,4	0,0	22	10,9
25 - 29	100,0	0,0	3,1	1,8	6,2	27,3	61,5	0,0	19	13,0
30 - 34	100,0	0,0	4,0	3,2	11,7	26,6	54,6	0,0	20	12,9
35 - 39	100,0	0,0	1,5	2,8	11,9	31,7	52,1	0,0	22	11,8
40 - 44	100,0	0,8	5,5	4,2	12,8	30,8	45,9	0,0	20	10,8
45 - 49	100,0	0,8	17,6	0,0	13,2	36,0	32,4	0,0	19	10,5
50 - 54	100,0	3,2	19,0	0,0	17,5	27,8	32,5	0,0	15	10,4
55 - 59	100,0	0,9	25,3	0,0	15,4	18,2	40,2	0,0	16	10,5
60 - 64	100,0	1,4	40,7	0,0	8,3	25,2	24,3	0,0	13	10,0
65 y más	100,0	6,9	61,8	0,0	12,8	12,4	5,5	0,5	27	4,4
Área de residencia										
Urbana	100,0	3,2	18,3	3,4	17,1	23,8	34,2	0,1	208	10,3
Rural	100,0	5,3	38,7	3,7	18,2	21,5	12,6	0,0	52	6,8
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	11,1	41,7	2,7	25,5	14,0	5,0	0,0	17	4,9
Segundo quintil	100,0	4,6	35,1	3,5	21,4	24,0	11,4	0,0	47	7,8
Quintil intermedio	100,0	3,2	23,9	5,2	18,1	26,8	23,0	0,0	50	9,9
Cuarto quintil	100,0	2,6	15,9	4,3	15,0	28,2	34,0	0,0	83	10,4
Quintil superior	100,0	2,5	15,1	1,1	14,6	16,1	50,4	0,2	63	11,0
Total 2012	100,0	3,6	22,4	3,4	17,3	23,3	29,9	0,0	261	10,1
Total 2009	100,0	3,3	22,6	3,6	33,7	24,8	11,2	0,7	311	8,5

Nota: El cuadro está basado en la población de facto, es decir, incluye residentes habituales y no habituales que pasaron la noche anterior en el hogar.

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

CUADRO N° 1.6

MOQUEGUA: NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE 6 Y MÁS AÑOS DE EDAD, POR NIVEL MÁS ALTO ALCANZADO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Nivel más alto alcanzado o completado							Número	Mediana de años completos
		Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior y más	No sabe/ sin información		
Grupo de edad										
6 - 9	100,0	27,4	72,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17	0,8
10 - 14	100,0	0,0	49,1	26,4	24,5	0,0	0,0	0,0	23	5,0
15 - 19	100,0	0,0	1,7	1,8	45,6	28,9	22,1	0,0	24	10,0
20 - 24	100,0	0,0	0,0	3,8	12,5	28,3	55,4	0,0	21	12,0
25 - 29	100,0	0,0	4,4	1,0	14,5	25,2	55,0	0,0	17	12,3
30 - 34	100,0	1,0	7,0	8,0	12,1	29,4	42,6	0,0	21	10,7
35 - 39	100,0	0,0	6,6	7,4	19,4	21,8	44,8	0,0	21	10,8
40 - 44	100,0	1,8	12,7	9,5	17,3	22,6	35,3	0,8	21	10,4
45 - 49	100,0	4,9	29,2	1,2	11,6	18,7	34,5	0,0	21	10,2
50 - 54	100,0	5,8	30,7	0,0	12,7	16,6	34,3	0,0	16	10,0
55 - 59	100,0	11,1	41,7	0,0	8,4	17,2	21,6	0,0	15	4,9
60 - 64	100,0	13,9	49,6	0,0	5,6	22,6	8,4	0,0	11	4,2
65 y más	100,0	34,9	45,3	0,0	3,9	10,1	5,8	0,0	30	1,7
Área de residencia										
Urbana	100,0	6,2	22,8	4,6	14,9	18,8	32,6	0,1	207	10,1
Rural	100,0	16,2	37,9	6,5	16,8	16,4	6,2	0,0	50	4,7
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	29,6	44,9	6,9	6,1	9,0	3,5	0,0	18	2,0
Segundo quintil	100,0	13,5	34,3	7,3	22,2	18,0	4,8	0,0	41	5,4
Quintil intermedio	100,0	7,7	28,1	8,0	21,1	16,5	18,6	0,0	44	7,0
Cuarto quintil	100,0	5,1	24,9	2,9	14,4	22,4	30,1	0,2	89	10,1
Quintil superior	100,0	3,2	14,6	3,7	10,7	17,0	50,8	0,0	65	11,3
Total 2012	100,0	8,1	25,7	5,0	15,3	18,4	27,4	0,1	257	8,9
Total 2009	100,0	7,4	24,4	5,1	29,4	23,5	10,1	0,1	320	8,2

Nota: El cuadro está basado en la población de facto, es decir, incluye residentes habituales y no habituales que pasaron la noche anterior en el hogar.

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

Asistencia escolar por edad (Cuadro 1.7)

- Durante el periodo de investigación de la encuesta 2012, el 97,7 por ciento de la población de 6 a 15 años asistía a un centro de enseñanza regular², la misma que fue casi similar por sexo (97,8 por ciento en los hombres y 97,6 por ciento en las mujeres) y muestra una diferencia de 0,1 punto porcentual por área de residencia (97,7 por ciento en el área urbana y 97,6 por ciento en el área rural).
- La asistencia escolar disminuye considerablemente en el grupo de 16 a 20 años (66,7 por ciento) y baja aún más entre la población de 21 a 24 años (26,1 por ciento).

^{2/} El trabajo de campo para la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 se realizó entre el 1 de marzo y el 22 de diciembre de 2012.

CUADRO N° 1.7
 MOQUEGUA: ASISTENCIA ESCOLAR, POR ÁREA DE RESIDENCIA, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012
 (Porcentaje)

Grupo de edad	Total			Área Urbana			Área Rural		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
6 - 10 años	97,8	97,8	97,8	97,9	97,4	98,5	97,4	100,0	95,4
11 - 15 años	97,6	97,8	97,4	97,6	97,5	97,7	97,8	100,0	96,0
6 - 15 años	97,7	97,8	97,6	97,7	97,4	98,1	97,6	100,0	95,7
16 - 20 años	66,7	64,6	68,8	68,4	66,0	70,7	53,9	56,6	49,1
21 - 24 años	26,1	27,6	24,7	30,5	34,0	27,3	3,9	0,0	9,1
6 - 24 años	75,3	75,8	74,8	76,4	77,6	75,1	69,4	65,7	73,1

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

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

El propósito de este capítulo es describir la situación de las mujeres en edad reproductiva de Moquegua. Esta información es de utilidad para entender el contexto de la vida reproductiva y de la salud para el cálculo de indicadores de la situación de la mujer; de tal manera que sirvan como punto de referencia en la interpretación de los resultados presentados en el resto de capítulos de este documento.

Este capítulo incluye la distribución porcentual de las principales características demográficas y socioeconómicas de las mujeres consideradas en la muestra, como la edad, estado conyugal, área de residencia y nivel de educación alcanzado. Igualmente, se presenta información sobre empleo, situación laboral, acceso a medios de comunicación, y participación de la mujer en la toma de decisiones que atañen al hogar.

2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

En el Cuadro 2.1 se muestran algunas características de las mujeres entrevistadas: la distribución porcentual por grupos quinquenales de edad, estado conyugal, área de residencia, nivel de educación y quintil de riqueza. Esta información se considera relevante para interpretar los resultados que se presentan en este informe. Para cada característica, se presenta el número de casos ponderados y sin ponderar como puntos de referencia para el análisis del resto del informe. Los datos sin ponderar representan el número de entrevistas efectivamente realizadas en cada grupo, mientras que los ponderados reflejan el ajuste que se requiere debido a los diferentes tamaños de muestra seleccionados en los diferentes estratos; y las tasas de respuesta. Los detalles de la selección de la muestra se incluye en el Apéndice A.

Edad, estado conyugal (Cuadro 2.1)

- En Moquegua, la población femenina de 15 a 49 años de edad continúa siendo una población relativamente joven pues el 42,7 por ciento de ellas son menores de 30 años, peso poblacional que evidencia una disminución de 3,0 puntos porcentuales respecto al año 2009 (45,7 por ciento).
- El 30,1 por ciento de las mujeres eran solteras y 55,9 por ciento de las entrevistadas se encontraban en unión (22,1 por ciento casadas y 33,8 por ciento en unión consensual); mientras que en el año 2009 fue 61,0 por ciento.
- El 13,9 por ciento de mujeres en edad fértil se encontraban en condición de separadas, divorciadas o viudas; proporción que fue mayor en 3,0 puntos porcentuales a la observada el año 2009 (10,9 por ciento).

Área de residencia y nivel de riqueza (Cuadro 2.1)

- El 85,0 por ciento de las mujeres en edad fértil residían en el área urbana y 15,0 por ciento en el área rural.
- Del total de mujeres en edad fértil entrevistadas el año 2012, el 62,8 por ciento de ellas se encontraba en los dos quintiles más altos de riqueza (37,5 por ciento en el cuarto quintil y 25,3 por ciento en el quintil superior); evidenciando una movilidad ascendiente en el índice de riqueza.

CUADRO N° 2.1
 MOQUEGUA: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN CARACTERÍSTICA
 SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Número de mujeres		
	Porcentaje ponderado	Ponderado	Sin ponderar
Grupo de edad			
15-19	16,4	22	119
20-24	14,6	20	105
25-29	11,7	16	86
30-34	13,9	19	106
35-39	14,5	20	108
40-44	14,9	20	110
45-49	14,0	19	103
Estado conyugal			
Soltera	30,1	41	220
Casada	22,1	30	163
Conviviente	33,8	46	252
Divorciada/separada/viuda	13,9	19	102
Área de residencia			
Urbana	85,0	115	615
Rural	15,0	20	122
Nivel de educación 1/			
Sin educación	1,1	1	8
Primaria	13,6	18	105
Secundaria	44,4	60	328
Superior	40,9	55	296
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	4,5	6	34
Segundo quintil	13,9	19	111
Quintil intermedio	18,8	25	132
Cuarto quintil	37,5	51	266
Quintil superior	25,3	34	194
Grupo étnico			
Castellano	97,3	132	715
Quechua	1,6	2	12
Aymara	1,1	2	10
Otra lengua aborígen	0,0	0	0
Idioma extranjero	0,0	0	0
Total	100,0	135	737

1/ Las categorías educacionales se refieren al nivel más alto alcanzado, sin importar si fue completado o no.

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

2.2 ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El acceso a los medios de comunicación es muy importante porque complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal, prolonga indefinidamente el proceso de aprendizaje, culturización e información y permite la transmisión de conocimientos actualizados sobre aspectos de salud, saneamiento ambiental y planificación familiar.

En la encuesta 2012, se preguntó a las personas entrevistadas si leían el periódico o revista, veían televisión o escuchaban radio al menos una vez por semana. Los resultados se presentan en el Cuadro 2.2.

Acceso a medios de comunicación, nivel de educación y riqueza (Cuadro 2.2)

- En Moquegua, el 95,6 por ciento de mujeres en edad fértil tenían acceso a un medio de comunicación masiva al menos una vez por semana, destacando entre ellos la televisión (84,4 por ciento), radio (69,6 por ciento) y el 40,0 por ciento de las mujeres leía periódico o revista una vez por semana.
- El acceso de las mujeres en edad fértil a algún medio de comunicación tiene relación con el nivel educativo y ubicación en el índice de riqueza. En este marco las mujeres con educación superior 98,2 por ciento tenía acceso a un medio de comunicación; en el caso de mujeres con secundaria el porcentaje baja a 95,0 por ciento y en mujeres con primaria el porcentaje baja a 88,9 por ciento, como aquellas que tuvieron acceso a algún medio de comunicación masiva.
- Según área de residencia, la mayoría de las mujeres, sea del área urbana (97,4 por ciento) o del área rural (85,0 por ciento) tuvieron acceso a algún medio de comunicación masiva.
- Las mujeres en edad fértil que no acceden a ningún medio masivo de comunicación (periódico, radio o televisión) fue 4,4 por ciento. Esta condición se presentó en mayor proporción entre las mujeres con primaria (11,1 por ciento), las ubicadas en el quintil inferior de riqueza (33,3 por ciento) y mujeres residentes en el área rural (15,0 por ciento). El no acceso a medio masivo de comunicación afecta en menor nivel a las mujeres por edad, sin embargo, se evidencia mayor frecuencia entre las mujeres de 25 a 29 años de edad (6,3 por ciento).

CUADRO N° 2.2
MOQUEGUA: ACCESO DE LAS MUJERES A LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN, POR TIPO DE MEDIO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Medio de comunicación: por lo menos una vez por semana					Número de mujeres
	Ningún medio de comunicación	Periódico o revista	Televisión	Radio	Los tres medios	
Grupo de edad						
15-19	4,5	27,3	86,4	63,6	18,2	22
20-24	5,0	45,0	80,0	60,0	30,0	20
25-29	6,3	37,5	81,3	75,0	31,3	16
30-34	5,3	42,1	84,2	68,4	36,8	19
35-39	5,0	40,0	85,0	70,0	30,0	20
40-44	5,0	45,0	80,0	70,0	30,0	20
45-49	5,3	36,8	84,2	78,9	31,6	19
Área de residencia						
Urbana	2,6	44,3	87,0	68,7	33,0	115
Rural	15,0	15,0	65,0	75,0	15,0	20
Nivel de educación						
Sin educación	*	*	*	*	*	1
Primaria	11,1	16,7	66,7	77,8	16,7	18
Secundaria	5,0	33,3	85,0	63,3	21,7	60
Superior	1,8	54,5	90,9	76,4	43,6	55
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	33,3	0,0	16,7	50,0	0,0	6
Segundo quintil	10,5	15,8	78,9	68,4	15,8	19
Quintil intermedio	4,0	32,0	84,0	68,0	24,0	25
Cuarto quintil	2,0	45,1	86,3	72,5	33,3	51
Quintil superior	0,0	55,9	94,1	70,6	41,2	34
Total 2012	4,4	40,0	84,4	69,6	29,6	135
Total 2009	8,6	31,6	77,1	69,4	21,2	175

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran(*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

2.3 CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LAS ENTREVISTADAS

Al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga que trabajar también fuera del hogar, situación que, además de constituir una sobrecarga de actividad puesto que las obligaciones que demanda la marcha del hogar no pueden descuidarse, repercute en el desarrollo de las hijas e hijos, la integración del hogar, las relaciones con la pareja y en la propia salud de la mujer.

Sin embargo, la medición del empleo de las mujeres presenta dificultades porque algunas ocupaciones que realizan no son percibidas como trabajo y no las reportan, especialmente cuando se trata de trabajos agrícolas en parcela familiar, negocios familiares o en el sector informal. Para disminuir el nivel de subestimación del empleo, en el cuestionario individual de la encuesta 2012 se ha incluido una sección que indaga acerca del trabajo que realizan las mujeres en edad fértil fuera del hogar. En los Cuadros 2.3 a 2.5 se cubren los siguientes temas:

- Trabajo de la entrevistada en los últimos 12 meses, tipo actual de empleo y continuidad.
- Tipo de ocupación de las mujeres y categorías de ocupación y formas de remuneración.
- Control de los ingresos y la percepción de la contribución relativa de los ingresos en los gastos del hogar.

Trabajo femenino en los últimos 12 meses por características seleccionadas (Cuadro 2.3)

- El 73,2 por ciento de las mujeres entrevistadas realizó algún tipo de trabajo en los 12 meses anteriores a la encuesta: 64,9 por ciento con ocupación en la semana anterior al día de la entrevista y 8,3 por ciento ocupadas en algún momento anterior a la misma pero dentro del periodo de referencia. Dicha tasa de ocupación muestra un decremento de 2,2 puntos porcentuales respecto a la estimada con datos del año 2009.
- Las tasas específicas de ocupación por edad evidencian un ingreso temprano de la mujer al mercado laboral, pues el 43,6 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad participaron en la producción de bienes y servicios, la misma que alcanza su mayor nivel de participación (88,5 por ciento) entre las mujeres de 40 a 44 años de edad.
- Las mujeres en edad fértil que en mayor proporción participaron en la actividad económica fueron las mujeres divorciadas, separadas o viudas (91,2 por ciento), la mayoría de ellas (84,4 por ciento) con ocupación en la semana anterior al día de la entrevista y tan sólo 6,8 por ciento en algún momento de los 12 meses anteriores de la encuesta. Contrariamente, fueron las mujeres solteras las que muestran un menor nivel de participación ocupacional (67,1 por ciento), lo que representa un diferencial de 24,1 puntos porcentuales entre los dos grupos analizados.
- De manera similar, dicho porcentaje fue mayor entre las mujeres que tienen tres o cuatro hijos (77,0 por ciento), las ubicadas en el quintil inferior de riqueza (84,8 por ciento) y las mujeres con educación superior (79,5 por ciento). El menor nivel de participación se registró entre las mujeres sin hijos (64,9 por ciento), las ubicadas en el quintil superior de riqueza (71,7 por ciento) y las que tienen educación secundaria (65,3 por ciento).

CUADRO N° 2.3

MOQUEGUA: TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Empleada en los últimos 12 meses		No empleada en los últimos 12 meses	Número de mujeres
		Actualmente empleada 1/	Sin empleo actual		
Grupo de edad					
15-19	100,0	28,0	15,6	56,4	22
20-24	100,0	57,8	14,0	28,2	20
25-29	100,0	69,4	8,2	22,4	16
30-34	100,0	58,4	8,7	32,9	19
35-39	100,0	77,4	5,1	17,5	20
40-44	100,0	84,0	4,5	11,5	20
45-49	100,0	85,0	0,8	14,3	19
Estado conyugal					
Soltera	100,0	56,2	10,9	32,9	41
Casada o conviviente	100,0	64,8	7,2	28,0	76
Divorciada/ separada/viuda	100,0	84,4	6,8	8,7	19
Número de niños vivos					
0	100,0	53,1	11,8	35,1	41
1-2	100,0	68,7	8,2	23,1	66
3-4	100,0	75,2	1,8	23,0	24
5 y más	100,0	*	*	*	3
Área de residencia					
Urbana	100,0	62,7	9,2	28,1	115
Rural	100,0	77,6	3,3	19,1	20
Nivel de educación					
Sin educación	100,0	*	*	*	1
Primaria	100,0	73,9	5,1	21,0	18
Secundaria	100,0	54,9	10,4	34,8	60
Superior	100,0	72,2	7,3	20,4	55
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	100,0	81,3	3,5	15,3	6
Segundo quintil	100,0	69,8	4,1	26,1	19
Quintil intermedio	100,0	61,1	12,0	26,9	25
Cuarto quintil	100,0	61,7	11,0	27,4	51
Quintil superior	100,0	66,9	4,8	28,3	34
Total 2012	100,0	64,9	8,3	26,8	135
Total 2009	100,0	65,0	10,4	24,6	175

1/ "Actualmente empleada" se refiere a las que trabajaron durante los últimos siete días. Incluye las que no trabajaron durante los últimos siete días pero estaban empleadas y estuvieron ausentes por razones de enfermedad, vacaciones o cualquier otra razón.

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran(*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Tipo de ocupación por características seleccionadas (Cuadro 2.4)

- Según tipo de ocupación declarada por las mujeres que trabajaron en los últimos doce meses antes de la entrevista, se observó que el 76,7 por ciento de ellas se dedicaban a labores no agrícolas, el 15,1 por ciento se dedicaron a la agricultura y sólo el 8,2 por ciento no declaró el tipo de ocupación.
- Las ocupaciones agrícolas en mayor proporción la desempeñaron las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (66,3 por ciento), las que tienen primaria (42,6 por ciento) y las mujeres del área rural

(66,4 por ciento). Según grupos quinquenales de edad, los niveles de participación se mantienen similares y en torno al promedio de Moquegua, salvo entre aquellas que tienen 30 a 34 (20,4 por ciento) y 45 a 49 años de edad (19,9 por ciento) cuyos niveles de participación se ubica por encima del promedio departamental y las que tienen 20 a 24 años de edad (8,4 por ciento) participación que se ubica por debajo del promedio departamental.

- Las ocupaciones calificadas de ventas y servicios, en mayor porcentaje, la desempeñaron las mujeres ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (44,0 por ciento), las que tienen educación secundaria (47,0 por ciento), las que tienen tres o cuatro hijos (33,8 por ciento) y las casadas o convivientes (34,1 por ciento).
- Las ocupaciones de profesionales, técnicos y gerentes la desempeñan mayormente las mujeres con educación superior (37,0 por ciento), las ubicadas en el quintil superior de riqueza (40,2 por ciento), las mujeres sin hijo/hija vivo (21,1 por ciento), las que tienen 35 a 39 años de edad (25,1 por ciento) y las mujeres solteras (24,1 por ciento).

CUADRO N° 2.4
MOQUEGUA: TIPO DE OCUPACIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, QUE TRABAJAN,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Profesional/ técnico/gerente	Ofici- nista	Ventas y servicios	Manual calificado	Manual no calificado	Servicio doméstico	Agricul- tura	Sin Información	Número de mujeres
Grupo de edad										
15-19	100,0	6,5	10,6	31,7	1,5	8,8	25,3	11,4	4,2	10
20-24	100,0	21,1	16,1	29,5	3,8	2,2	6,2	8,4	12,7	14
25-29	100,0	11,2	13,9	20,8	4,5	11,0	11,2	16,6	10,8	12
30-34	100,0	16,6	15,7	31,9	1,7	4,3	2,6	20,4	7,0	13
35-39	100,0	25,1	9,1	26,1	3,7	2,2	14,0	12,6	7,2	16
40-44	100,0	19,8	1,2	37,8	2,0	4,0	10,7	15,7	8,9	18
45-49	100,0	16,4	8,0	35,2	2,7	2,8	9,4	19,9	5,8	16
Estado conyugal										
Soltera	100,0	24,1	14,4	23,4	2,3	5,4	12,3	7,1	10,9	27
Casada o conviviente	100,0	15,0	7,4	34,1	2,8	3,4	10,4	19,9	6,9	55
Divorciada/ separada/viuda	100,0	15,2	11,7	32,1	3,8	7,2	9,7	12,5	7,9	17
Número de niños vivos										
0	100,0	21,1	13,7	26,9	1,4	5,8	13,8	6,8	10,5	27
1-2	100,0	18,4	10,5	30,6	3,1	4,7	9,2	15,8	7,7	51
3-4	100,0	12,3	5,1	33,8	3,9	3,4	11,4	23,0	7,1	19
5 y más	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Área de residencia										
Urbana	100,0	20,5	11,5	35,1	2,3	4,2	11,9	5,0	9,8	83
Rural	100,0	2,8	3,1	9,3	5,9	7,0	5,5	66,4	0,0	16
Nivel de educación										
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	100,0	0,0	1,6	32,9	2,5	4,2	10,8	42,6	5,4	15
Secundaria	100,0	2,8	4,4	47,0	3,0	6,2	15,8	15,7	5,1	39
Superior	100,0	37,0	18,2	16,3	2,4	3,5	6,7	3,9	12,0	44
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	3,1	4,7	12,3	4,1	0,0	9,6	66,3	0,0	5
Segundo quintil	100,0	2,1	1,3	18,4	5,5	4,6	5,9	59,2	3,0	14
Quintil intermedio	100,0	4,2	11,4	44,0	2,1	8,8	9,0	11,5	9,0	19
Cuarto quintil	100,0	16,9	8,6	39,7	2,4	5,1	16,4	1,5	9,3	37
Quintil superior	100,0	40,2	17,4	18,4	2,4	1,6	6,8	2,8	10,4	25
Total 2012	100,0	17,5	10,1	30,8	2,9	4,6	10,8	15,1	8,2	99
Total 2009	100,0	17,1	9,1	31,4	6,9	1,7	14,2	18,2	1,4	132

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran(*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Tipo de empleo y formas de remuneración (Cuadro 2.5)

La distribución porcentual de mujeres que trabajaron durante los 12 meses anteriores a la encuesta, se muestra en el Cuadro 2.5 según tres características del trabajo: tipo de empleador, forma de remuneración y continuidad en el

trabajo. Los resultados se muestran por tipo de trabajo: agrícola y no agrícola.

- La principal forma de vinculación de las mujeres en edad fértil con una ocupación fue en calidad de trabajadora dependiente, es decir empleada por otra persona (55,2 por ciento). En menor proporción, como empleada por un familiar (12,4 por ciento).
- La mayoría de mujeres (90,5 por ciento) percibe un ingreso en dinero por su participación laboral; en particular, las mujeres que desempeñan ocupaciones no agrícolas (94,9 por ciento).
- Las mujeres que no perciben ningún tipo de ingreso por su trabajo, en promedio fueron el 7,8 por ciento de las mujeres ocupadas. Esta condición es mayor en las ocupadas agrícolas con el 26,7 por ciento en actividades.
- La participación de las mujeres en edad fértil en la actividad económica, en su mayoría fue en forma continua, durante todo el año (62,5 por ciento), forma de participación que entre las mujeres con ocupaciones agrícolas ascendió al 79,3 por ciento. El 25,6 por ciento de ellas, lo realiza por temporadas y un 11,9 por ciento de vez en cuando o en forma ocasional.
- Las mujeres que trabajan por temporada o de manera ocasional en mayor proporción fueron las que desempeñan ocupaciones no agrícolas (28,6 y 12,2 por ciento, respectivamente). En las actividades agrícolas, los porcentajes son 10,5 y 10,2 por ciento, respectivamente.

CUADRO Nº 2.5
MOQUEGUA: EMPLEADOR Y FORMA DE REMUNERACIÓN DE LAS MUJERES QUE
TRABAJAN, SEGÚN CARACTERÍSTICA DEL TRABAJO, 2012
(Distribución porcentual)

Característica del trabajo	Total	Agri- cultura	No agri- cultura	Sin Información
Tipo de empleador				
Trabajadora independiente	32,4	51,1	29,5	25,3
Empleada por otra persona	55,2	17,1	62,0	61,7
Empleada por un familiar	12,4	31,8	8,5	13,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Forma de remuneración				
Dinero solamente	76,9	23,4	87,5	76,2
Dinero y especie	13,6	43,8	7,4	15,9
Especie solamente	1,7	6,1	0,8	1,9
No le pagan	7,8	26,7	4,3	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Continuidad de trabajo				
Todo el año	62,5	79,3	59,2	62,0
Por temporada	25,6	10,5	28,6	25,7
De vez en cuando	11,9	10,2	12,2	12,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	99	15	76	8

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

2.4 ADMINISTRACIÓN DEL SALARIO Y PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES

Además de la información sobre educación y empleo, la encuesta 2012 recogió información respecto al grado de autonomía de la mujer en la toma de decisiones. A las mujeres unidas empleadas con remuneración, se les preguntó sobre quién decide respecto al uso de sus ingresos, con el fin de determinar el grado de control de los mismos. En un contexto de equidad se esperaría que la autonomía de la mujer sea reconocida por el doble esfuerzo que desarrolla mediante su participación en el mercado laboral y el aporte económico en beneficio de mejorar el ingreso familiar y la satisfacción de los miembros del hogar.

Decisión en el uso del dinero (Cuadro 2.6)

- En Moquegua el 66,5 por ciento de las mujeres actualmente unidas declaran que principalmente ellas deciden cómo se gasta el ingreso que perciben. Sólo un 2,0 por ciento respondió que fue su esposo o compañero quien decide cómo se gasta lo que ella gana.
- Las mujeres que declararon ser ellas quienes principalmente deciden cómo se gasta el dinero que ganan, en mayor proporción se presenta entre las mujeres de 30 a 34 años (67,7 por ciento) y las ubicadas en el quintil superior de riqueza (71,0 por ciento).
- Las mujeres que manifestaron que su esposo o compañero fue quien decidió principalmente cómo se gasta el dinero que ella gana, en mayor proporción, tienen educación secundaria (4,1 por ciento), edad entre 45 a 49 años de edad (4,6 por ciento), están ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (5,9 por ciento) y las que tienen de tres a cuatro hijos (4,8 por ciento).

CUADRO N° 2.6

MOQUEGUA: PERSONA QUE DECIDE CÓMO GASTAR LOS INGRESOS Y GASTOS DEL HOGAR QUE PAGA LA ENTREVISTADA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Persona que decide cómo gastar el dinero			Número de mujeres
		Sólo la entrevistada decide	Principalmente esposo o compañero	Ambos	
Grupo de edad					
15-29	100,0	66,1	0,0	33,9	8
30-34	100,0	67,7	2,4	29,9	5
35-39	100,0	67,4	0,0	32,6	10
40-44	100,0	64,3	2,8	32,9	10
45-49	100,0	67,4	4,6	28,0	10
Número de hijos vivos					
0	100,0	*	*	*	2
1-2	100,0	64,3	0,0	35,7	28
3-4	100,0	72,8	4,8	22,4	12
5 y más	100,0	*	*	*	1
Área de residencia					
Urbana	100,0	70,9	1,8	27,2	36
Rural	100,0	43,0	3,0	54,0	7
Nivel de educación					
Sin educación	100,0	*	*	*	1
Primaria	100,0	68,2	2,0	29,9	7
Secundaria	100,0	63,2	4,1	32,7	18
Superior	100,0	69,1	0,0	30,9	18
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	100,0	*	*	*	2
Segundo quintil	100,0	51,9	2,5	45,6	5
Quintil intermedio	100,0	66,8	5,9	27,3	8
Cuarto quintil	100,0	68,7	1,6	29,6	15
Quintil superior	100,0	71,0	0,0	29,0	13
Total	100,0	66,5	2,0	31,5	43

Nota: - El cuadro no es comparable con las Encuestas 2000, 2007-2008 y 2009, porque está basado en mujeres unidas.

- Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran(*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Participación de la mujer en la toma de decisiones (Cuadro 2.7)

- La autonomía de las mujeres unidas en el hogar depende del tipo de decisiones que debe tomar. El nivel de autonomía es mayor cuando se trata del cuidado de su salud o sobre aspectos ligados a su posición o quehacer en el hogar.
- Las mujeres unidas en proporción significativa deciden ellas mismas sobre aspectos cotidianos y de orden personal, como: "Qué se debe cocinar cada día" (77,4 por ciento) o "El cuidado de su salud" (71,2 por ciento) y "Compras para las necesidades diarias" (72,8 por ciento). La proporción fue menor cuando se trata de las interacciones sociales fuera del hogar "Visitar a familiar, amigos y parientes" (32,6 por ciento) o de "Las grandes compras del hogar" (31,3 por ciento). En estos casos la decisión la toman en conjunto con el esposo o compañero (57,0 y 52,6 por ciento, respectivamente).

CUADRO Nº 2.7
MOQUEGUA: TOMA DE DECISIONES SOBRE GASTOS DEL HOGAR Y OTRAS ACTIVIDADES, SEGÚN TIPO DE DECISIÓN, 2012
(Distribución porcentual)

Tipo de decisión	Total	Sólo la entre- vistada decide	Junto con el esposo/ compa- ñero	Junto con alguien más	Sólo el esposo/ compa- ñero	Alguien más	Nadie/ no aplica
El cuidado de su salud	100,0	71,2	18,8	0,0	10,0	0,0	0,0
Las grandes compras del hogar	100,0	31,3	52,6	0,0	15,8	0,2	0,0
Compras para las necesidades diarias	100,0	72,8	23,2	0,0	3,3	0,7	0,0
Visitar a familiar, amigos y parientes	100,0	32,6	57,0	0,0	9,3	0,2	0,9
Qué se debe cocinar cada día	100,0	77,4	16,7	0,8	2,2	2,3	0,6

La información está basada en 76 mujeres en unión.

Nota: El cuadro no es comparable con las Encuestas 2000, 2007-2008 y 2009, porque está basado en mujeres unidas.

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

Última palabra en decisiones del hogar (Cuadro 2.8)

- El 69,1 por ciento de las mujeres unidas deciden ellas mismas o con su esposo o compañero sobre los cinco aspectos consultados: el cuidado de su salud, las compras grandes o diarias, el quehacer doméstico del hogar y las interacciones sociales fuera del hogar. Dicha proporción fue mayor cuando los asuntos materia de decisión son analizados de manera independiente, la proporción en que ellas mismas o junto a su esposo o compañero toman la decisión fue mayor al 84,0 por ciento.
- Las mujeres con decisión propia o con su esposo o compañero respecto de los cinco aspectos consultados, se registró en mayor proporción entre las mujeres de 30 a 34 años de edad (71,9 por ciento), las que no trabajan (70,3 por ciento) y las que tienen de tres a cuatro hijos (70,5 por ciento). Un menor porcentaje se encontró entre las mujeres de 20 a 24 años de edad (65,8 por ciento) y las que tienen uno o dos hijos (70,1 por ciento). Asimismo, entre las que trabajan no por dinero (63,8 por ciento) y las ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (66,8 por ciento).

CUADRO N° 2.8
MOQUEGUA: ÚLTIMA PALABRA EN LAS DECISIONES DEL HOGAR, POR DECISIONES ESPECÍFICAS DEL HOGAR,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Sola o con su esposo o compañero tiene la última palabra en:					Tiene la última palabra en todas las cinco decisiones	No tiene la última palabra en ninguna de ellas	Número de mujeres
	Su propia salud	Grandes compras del hogar	Compras diarias del hogar	Visitar familiares/ amigos/ parientes	Qué alimentos cocinar cada día			
Grupo de edad								
15-19	*	*	*	*	*	*	*	2
20-24	86,7	89,1	93,3	90,8	88,2	65,8	0,0	8
25-29	93,5	90,6	92,2	93,0	86,9	69,3	0,0	9
30-34	91,9	89,5	97,7	87,9	95,7	71,9	0,0	14
35-39	88,6	76,9	97,7	88,8	97,6	66,9	1,2	15
40-44	88,0	82,7	96,5	92,2	94,7	68,8	0,0	14
45-49	89,9	79,3	97,2	85,0	97,5	69,6	0,0	14
Número de niños vivos								
0	(77,7)	(85,7)	(95,6)	(91,3)	(100,0)	(63,5)	(0,0)	4
1-2	91,1	86,0	95,4	91,0	92,2	70,1	0,3	50
3-4	92,2	79,4	98,3	88,1	98,2	70,5	0,0	18
5 y más	*	*	*	*	*	*	*	3
Área de residencia								
Urbana	91,7	85,8	97,1	89,7	93,2	70,1	0,0	63
Rural	81,8	75,2	90,8	89,3	98,7	64,1	1,3	13
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	82,2	76,2	93,7	87,5	95,5	60,0	0,0	14
Secundaria	87,1	83,0	95,3	89,3	96,7	69,1	0,5	33
Superior	96,7	89,0	97,9	92,1	90,2	73,8	0,0	28
Trabajo								
No trabaja	94,2	87,7	95,9	84,8	94,6	70,3	0,0	21
Trabaja por dinero	88,6	83,4	96,8	90,5	93,6	69,1	0,3	49
Trabaja no por dinero	85,8	74,9	90,2	100,0	97,1	63,8	0,0	6
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	*	*	*	*	*	*	*	3
Segundo quintil	82,5	81,4	91,9	93,3	97,1	69,4	1,4	12
Quintil intermedio	88,0	84,3	95,7	89,3	93,0	66,8	0,0	15
Cuarto quintil	90,4	85,2	97,9	89,2	96,0	71,3	0,0	27
Quintil superior	96,1	88,1	97,7	91,8	89,4	71,2	0,0	19
Total	90,0	84,0	96,0	89,6	94,1	69,1	0,2	76

Nota: - Se dice que la mujer participa en una decisión si ella sola o junto con el esposo/compañero tiene la última palabra en esa decisión.
 - El cuadro no es comparable con las Encuestas 2000, 2007-2008 y 2009 porque está basado en mujeres unidas.
 - Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran(*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

2.5 COBERTURA DE SEGUROS DE SALUD

El acceso a los servicios de salud constituye un aspecto inherente al ejercicio del derecho, particularmente, de las mujeres a la igualdad en el disfrute de una buena salud. El disponer de un seguro de salud permite asegurar a la mujer, la garantía de preservar sus derechos humanos vinculados a su integridad física y mental.

El acceso a los servicios de salud puede verse limitado por ingresos insuficientes, por la no percepción de su salud como un bien o sencillamente por cuestiones culturales (hábitos, costumbres, vergüenza, etc.). Otro factor determinante puede ser la dispersión poblacional en Moquegua, sobre todo en el área rural. En la encuesta 2012, se preguntó por los diversos tipos de seguros del que disponen las mujeres entrevistadas, los resultados se presentan en el Cuadro 2.9.

Cobertura de seguro de salud (Cuadro 2.9)

- Sólo el 56,4 por ciento de las mujeres en edad fértil tenían algún seguro de salud. La mayor proporción de mujeres aseguradas se encuentran en EsSalud (35,9 por ciento) y en el Seguro Integral de Salud (19,4 por ciento). Al primero de ellos tuvo acceso el 40,0 por ciento de las mujeres en edad fértil residentes en el área urbana y el 12,5 por ciento del área rural. En cambio, en el Seguro Integral de Salud fueron registrados el 45,9 por ciento de las mujeres en edad fértil residentes en el área rural y sólo el 14,8 por ciento del área urbana.
- Las mujeres en edad fértil con seguro de EsSalud, en mayor porcentaje fueron las ubicadas en el quintil superior de riqueza (65,1 por ciento), entre las mujeres en edad fértil mayores de 30 años, en particular entre las de 35 a 39 años (48,6 por ciento) y las que tienen educación superior (55,0 por ciento). Las mujeres que tienen acceso al Seguro Integral de Salud se ubican mayormente entre las agrupadas en el quintil inferior de riqueza (50,3 por ciento), las que tienen educación primaria (31,3 por ciento) y entre las de 20 a 24 años (25,4 por ciento).

CUADRO N° 2.9
MOQUEGUA: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS MUJERES, POR TIPO ESPECÍFICO,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	EsSalud	Fuerzas armadas o policiales	Seguro integral de salud	Entidad prestadora de salud	Otro	Ninguno	Número
Grupo de edad							
15-19	28,0	0,0	23,0	3,1	0,0	47,8	22
20-24	18,6	0,0	25,4	1,1	0,8	54,2	20
25-29	31,6	0,0	22,9	0,0	0,0	45,5	16
30-34	39,1	0,9	23,1	0,9	0,8	36,1	19
35-39	48,6	0,0	13,2	4,0	0,0	37,4	20
40-44	38,3	0,8	16,4	1,7	0,0	43,6	20
45-49	47,7	1,0	12,1	2,6	0,0	40,2	19
Área de residencia							
Urbana	40,0	0,4	14,8	2,4	0,3	44,0	115
Rural	12,5	0,0	45,9	0,0	0,0	41,6	20
Nivel de educación							
Sin educación	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	18,1	0,0	31,3	0,0	0,0	50,5	18
Secundaria	24,6	0,0	24,4	1,7	0,2	50,1	60
Superior	55,0	0,9	9,2	3,0	0,3	34,2	55
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	11,0	0,0	50,3	0,0	0,0	38,6	6
Segundo quintil	11,9	0,0	48,4	0,0	0,0	39,7	19
Quintil intermedio	25,2	0,0	25,3	0,0	0,0	49,4	25
Cuarto quintil	33,4	0,0	12,4	1,5	0,3	53,4	51
Quintil superior	65,1	1,5	4,0	5,7	0,4	28,0	34
Total	35,9	0,4	19,4	2,0	0,2	43,6	135

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran(*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre

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

2.6 CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad social perfectamente curable, considerada como una prioridad sanitaria nacional, multisectorial e institucional. El Ministerio de Salud garantiza que las personas afectadas accedan en

forma gratuita en todo el territorio nacional a detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación.

Esta enfermedad afecta a la persona en su integridad y sus repercusiones van más allá del organismo. Es aún una enfermedad estigmatizante, vergonzante que afecta la autoestima de quien la padece, principalmente por las creencias que todavía se mantienen sobre ella. Esta situación está condicionada por el desconocimiento del proceso integral de la enfermedad por parte del que la padece, la población en general y el personal de salud.

En la encuesta 212, se preguntó a las mujeres sobre su conocimiento y percepción acerca de la tuberculosis, sobre la forma de contagio de la enfermedad, la posibilidad de curación, si mantendría en secreto si un miembro de la familia tuviera la tuberculosis y su disposición de cuidar a un pariente enfermo en su hogar. Los resultados se pueden apreciar en el Cuadro 2.10.

Conocimiento y actitudes hacia la tuberculosis (Cuadro 2.10)

- La mayoría de las mujeres en edad fértil (96,4 por ciento) conoce o ha escuchado sobre la tuberculosis; de las cuales, el 73,5 por ciento sabía que la TBC se transmite a través del aire cuando la persona enferma tose y el 78,6 por ciento declaró que ésta es una enfermedad que se puede curar. El 43,6 por ciento de las mujeres que conocen o han escuchado hablar de la TBC mantendrían en secreto si uno de sus parientes la padece.
- El mayor porcentaje de mujeres que reportan que la TBC se transmite a través del aire cuando la persona enferma tose, se evidenció entre las mujeres del área urbana (76,4 por ciento), las que poseen educación superior (87,3 por ciento) y las que tienen una edad entre 30 a 34 años de edad (85,8 por ciento).
- Las que declararon que la tuberculosis tiene cura, en mayor proporción se encuentran en el área urbana (80,7 por ciento) y las que tienen educación superior (86,7 por ciento).
- Las mujeres en edad fértil que mantendrían en secreto si uno de sus parientes tuviera TBC, en mayor proporción se registró en el área urbana (44,4 por ciento) y las que tienen educación primaria (48,7 por ciento). En cambio, el menor porcentaje se encontró en el área rural (38,4 por ciento) y las que tienen educación secundaria (42,2 por ciento).

CUADRO N° 2.10
MOQUEGUA: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA LA TUBERCULOSIS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Entre todas las entrevistadas		Entre las entrevistadas que han escuchado sobre TBC:			
	Ha escuchado sobre TBC	Número	La TBC se trasmite a través del aire cuando se tose	La TBC tiene cura	Mantendría en secreto si un miembro de la familia tiene TBC	Número
Grupo de edad						
15-19	93,9	22	61,8	69,8	39,3	21
20-24	98,5	20	68,4	77,1	48,9	20
25-29	97,9	16	79,3	78,9	46,3	15
30-34	95,4	19	85,8	88,1	41,1	18
35-39	98,5	20	78,3	82,3	43,4	19
40-44	97,2	20	70,6	74,5	36,8	20
45-49	94,1	19	73,4	81,3	50,8	18
Área de residencia						
Urbana	97,6	115	76,4	80,7	44,4	112
Rural	89,5	20	55,6	65,7	38,4	18
Nivel de educación						
Sin educación	*	1	*	*	*	1
Primaria	84,2	18	50,8	57,8	48,7	16
Secundaria	96,8	60	67,3	76,8	42,2	58
Superior	100,0	55	87,3	86,7	44,4	55
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	74,3	6	50,0	66,2	31,5	5
Segundo quintil	92,7	19	52,5	68,3	39,4	17
Quintil intermedio	95,3	25	73,8	76,5	38,7	24
Cuarto quintil	98,9	51	75,4	80,7	46,2	50
Quintil superior	99,5	34	84,3	84,0	47,0	34
Total	96,4	135	73,5	78,6	43,6	131

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran(*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de la población. Ésta ha venido descendiendo paulatinamente en los últimos 3 años en Moquegua.

Desde mediados de la década del 90, en el marco de las acciones de la lucha contra la pobreza, se tomó en consideración el comportamiento demográfico, dando prioridad a la atención de las niñas y niños menores de cinco años de edad y a las madres gestantes y lactantes. La reducción de la fecundidad es considerada importante en la actualidad porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna.

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, se recolectó información detallada sobre el comportamiento reproductivo de la mujer. Para cada entrevistada se dispone de 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 y tendencias de la fecundidad y de la mortalidad.

Este capítulo consta de cuatro secciones. En la primera se describe la fecundidad actual, sus diferenciales, según características de la entrevistada. Luego se analiza la fecundidad acumulada, en términos del promedio de hijos nacidos vivos y sobrevivientes de todas las mujeres y de aquellas alguna vez unidas. La sección tres examina una de las variables clave en el estudio de la fecundidad: la edad al primer nacimiento como comienzo de la vida reproductiva de las mujeres. La última sección describe las características más importantes relacionadas con la fecundidad de las adolescentes.

3.1 NIVELES, TENDENCIAS Y DIFERENCIALES DE LA FECUNDIDAD

La estimación del nivel de fecundidad más reciente que se obtiene con la encuesta está referida a los tres años precedentes a la encuesta y, cuando de la encuesta 2012 se trata la referencia es el periodo 2009-2012, intervalo que tiene como fecha central de la estimación: enero 2011¹. Es conveniente la utilización de un período de referencia de tres años porque así se atenúan las fluctuaciones aleatorias que pueden afectar los valores anuales, se reducen los errores muestrales al tener una muestra de mayor tamaño, y se evitan los sesgos por el olvido de hechos ocurridos mucho tiempo atrás.

En el Cuadro 3.1 se presentan las tasas de fecundidad por edad y área de residencia. Un indicador sintético de los niveles de fecundidad que facilita las comparaciones es la Tasa Global de Fecundidad (TGF) que combina las tasas de fecundidad de todos los grupos de edad, durante un período de tiempo 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 obtenidas en la encuesta se mantuviesen invariables en el tiempo. Otros indicadores calculados son la Tasa de Fecundidad General (TFG), la cual muestra el número de nacimientos que anualmente ocurren, en promedio, por cada mil mujeres de 15 a 49 años y la Tasa Bruta de Natalidad (TBN), que indica el número de nacimientos que ocurren anualmente, en promedio, por cada mil personas.

El tamaño de la muestra de la encuesta 2012 no permite desagregar los indicadores de fecundidad a niveles por debajo de las áreas mayores (departamentos), aún así se presentan también algunos problemas de falta de datos para considerar aceptable un promedio o tasa.

¹/ La operación de campo de la encuesta se desarrolló entre el 01 de marzo y el 22 de diciembre de 2012.

Niveles de fecundidad (Cuadro 3.1)

- En Moquegua, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 2,1 hijos por mujer para el período 2009-2012 según la encuesta 2012. La TGF estimada para el área urbana fue de 2,2 hijos y para el área rural 1,9.
- Se puede concluir que la fecundidad ha venido descendiendo en el periodo transcurrido entre la encuesta del 2009 y la del 2012, pasando de 2,5 a 2,1 hijos para el total del departamento, de 2,4 a 2,2 en el área urbana y de 2,7 a 1.9 hijos en el área rural.
- Las tasas de fecundidad por edad, en promedio son relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanza su mayor nivel en el grupo 25 a 29 años, que conjuntamente con los grupos 20 a 24 y 30 a 34 años aportan el 66,0 por ciento a la fecundidad del departamento. Esta desciende rápidamente a partir de los 35 años de edad.
- También en el área urbana, la fecundidad por edad alcanza su mayor nivel en el grupo 25 a 29 años, que conjuntamente con los grupos 20 a 24 y 30 a 34 años aportan el 65,0 por ciento de la fecundidad total del área.
- Respecto al área rural la fecundidad también tiene su mayor nivel en el grupo 25 a 29 años, que conjuntamente con los grupos 20 a 24 y 30 a 34 años aportan el 71,3 por ciento de la fecundidad.
- La Tasa de Fecundidad General (TFG) en Moquegua fue de 68 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad, en el área urbana fue 69 y en el área rural fue 63.

CUADRO N° 3.1
MOQUEGUA: FECUNDIDAD, POR ÁREA DE RESIDENCIA,
SEGÚN INDICADOR, 2012
(Para los tres años anteriores a la encuesta,
fecha central enero 2011)

Indicador	Total	Área de residencia	
		Urbana	Rural
Tasa específica de fecundidad			
15-19	62	60	73
20-24	88	86	97
25-29	121	123	108
30-34	72	73	66
35-39	66	75	19
40-44	17	17	17
45-49	0	0	0
TGF 2012 1/	2,1	2,2	1,9
TGF 2009 1/	2,5	2,4	2,7
TFG 2/	68	69	63
TBN 3/	15,1	16,3	10,4

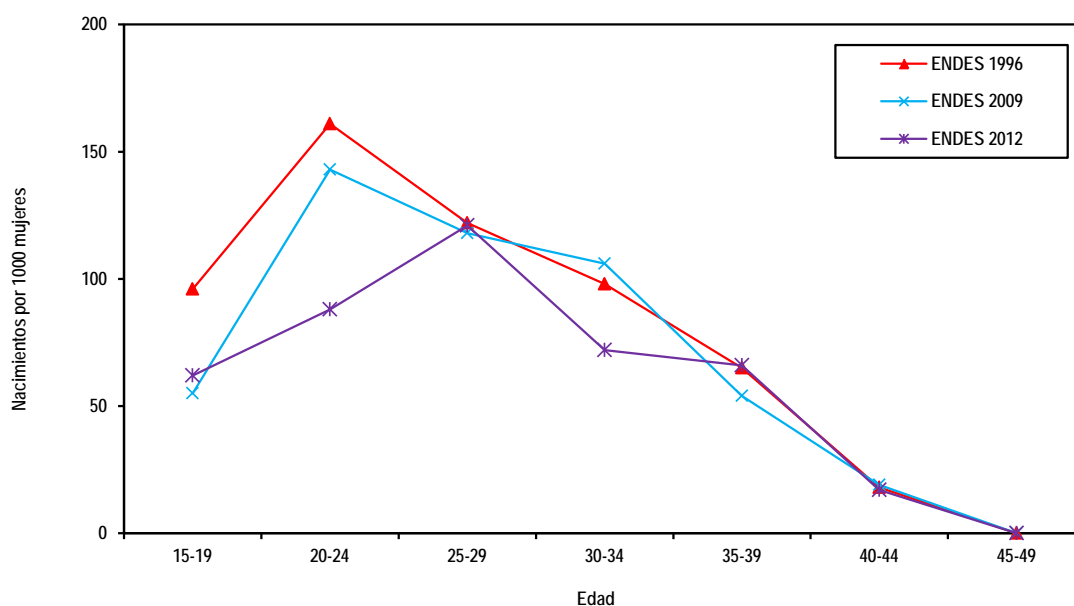
1/ La Tasa Global de Fecundidad (TGF) está expresada en nacimientos por mujer.

2/ La Tasa de Fecundidad General (TFG) está expresada en nacimientos por 1 000 mujeres.

3/ La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) está expresada en nacimientos por 1 000 habitantes.

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

GRÁFICO N° 3.1
MOQUEGUA: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD, SEGÚN VARIAS ENCUESTAS,
1996, 2009 Y 2012



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

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN), es decir, el número de nacimientos que en promedio ocurren anualmente por cada mil habitantes, fue 15,1 para Moquegua, 16,3 para en el área urbana y 10,4 para el área rural.

En el Cuadro 3.2 y en el Gráfico 3.1 se comparan las tasas de fecundidad por edad estimadas en las encuestas realizadas en Moquegua en el período 1996-2012. La comparación permite identificar grupos de edad en los cuales han aumentado o disminuido los nacimientos con los consiguientes cambios en la proporción de mujeres y nacimientos con elevados riesgos reproductivos.

Evolución de la fecundidad (Cuadro 3.2)

- En el período de 16 años transcurridos entre las encuestas 1996 y 2012, la fecundidad disminuyó 25,0 por ciento desde 2,8 hijos por mujer a 2,1 (0,7 hijos menos). Este porcentaje de descenso es más alto entre las mujeres de 20 a 24 años, donde la disminución de la fecundidad fue de 45,3 por ciento y en el grupo de mujeres de 15 a 19 años (35,4 por ciento).
- En los últimos tres años, el descenso fue de 16,0 por ciento, destacando las mujeres de los grupos 20 a 24 años (38,5 por ciento) y las del grupo 30 a 34 años (32,1 por ciento).

CUADRO N° 3.2
MOQUEGUA: EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD, SEGÚN GRUPO DE
EDAD, 1996, 2009 Y 2012

Grupo de edad	ENDES 1996	ENDES 2009	ENDES 2012
15-19	96	55	62
20-24	161	143	88
25-29	122	118	121
30-34	98	106	72
35-39	65	54	66
40-44	18	19	17
45-49	0	0	0
Tasa global	2,8	2,5	2,1

Nota: Tasas para los tres años que precedieron a la encuesta.

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

Fecundidad por área de residencia y nivel de educación (Cuadros 3.3 y 3.4)

Los diferenciales en las tasas globales de fecundidad y la paridez completa (medida como el promedio de nacidos vivos en mujeres de 40-49 años) se presentan en el Cuadro 3.3 por área de residencia, nivel de educación y quintil de riqueza. El Cuadro 3.3 también incluye los porcentajes de mujeres en edad fértil actualmente embarazadas. Las tasas y la paridez por área de residencia y nivel de educación se resumen en el Gráfico 3.2. La evolución de la fecundidad por área de residencia y nivel de educación se detallan en el Cuadro 3.4 y Gráfico 3.3.

- El nivel de fecundidad no es uniforme en Moquegua pues se observan diferencias, según el área de residencia, nivel educativo y quintil de riqueza, de la mujer.
- De continuar los niveles actuales de reproducción, las mujeres con educación primaria tendrían al final de su vida reproductiva 2,0 veces el número de hijos que aquellas con educación superior (3,8 frente a 1,9); siendo la brecha entre ambos niveles de 1,9 hijos, la misma que se ha incrementado para los mismos niveles educativos en 1,2 hijos, respecto a la brecha observada en la encuesta 2009 que fue de 0,7 hijos.
- Respecto a los quintiles de riqueza se observa que las mujeres de los hogares pertenecientes al quintil inferior de riqueza tenían en promedio una tasa global de fecundidad de 3,0 hijos; en contraste con las ubicadas en el quintil superior de riqueza (2,4 hijos).

CUADRO N° 3.3

MOQUEGUA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, PROMEDIO DE NACIDOS VIVOS DE MUJERES DE 40-49 AÑOS Y PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS ACTUALMENTE EMBARAZADAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

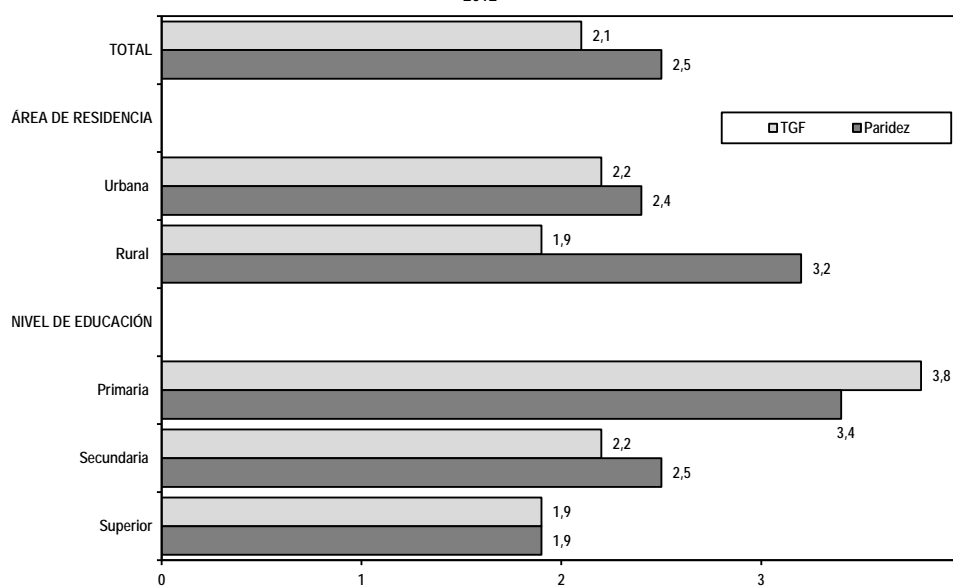
Característica seleccionada	Tasa global de fecundidad 1/	Promedio de nacidos vivos de mujeres 40-49	Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas de 15-49
Área de residencia			
Urbana	2,2	2,4	2,2
Rural	1,9	3,2	2,3
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	*
Primaria	3,8	3,4	0,9
Secundaria	2,2	2,5	1,6
Superior	1,9	1,9	3,3
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	3,0	4,2	0,0
Segundo quintil	2,4	3,1	2,5
Quintil intermedio	1,8	2,7	1,4
Cuarto quintil	1,9	2,4	2,9
Quintil superior	2,4	2,0	1,9
Total 2012	2,1	2,5	2,2
Total 2009	2,5	2,7	3,1

Nota: Las tasas o porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y las tasas o porcentajes basados en 20-24 casos se presentan entre paréntesis.

1/ Tasas para los tres años que precedieron la encuesta.

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

GRÁFICO N° 3.2
MOQUEGUA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) Y PARIDEZ POR ÁREA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, 2012



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

- También en el Cuadro N° 3.3 al comparar la TGF con el número medio de hijos nacidos vivos estimado para las mujeres de 40-49 años, se observa que la fecundidad ha disminuido en la gran mayoría de las características seleccionadas.
- En el Cuadro N° 3.4 se observa que el nivel de fecundidad ha descendido según el área de residencia y nivel educativo de las mujeres en el período de análisis 1996 al 2012, particularmente entre las mujeres que residen en el área rural (50,0 por ciento), con educación superior (25,0 por ciento) y con educación secundaria (24,1 por ciento).

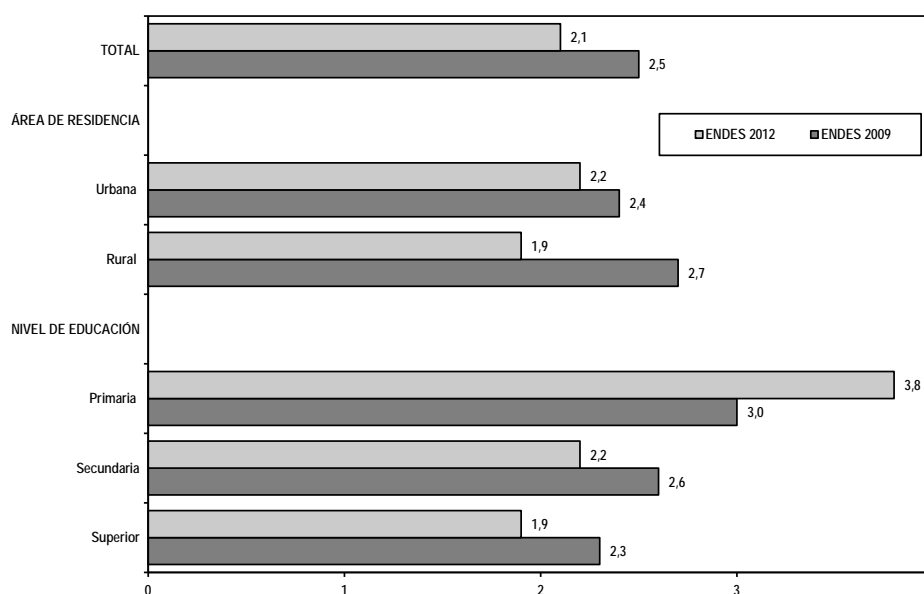
CUADRO N° 3.4
MOQUEGUA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR VARIAS ENCUESTAS, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1996, 2009 Y 2012

Característica seleccionada	ENDES 1996	ENDES 2009	ENDES 2012
Área de residencia			
Urbana	2,5	2,4	2,2
Rural	3,8	2,7	1,9
Nivel de educación			
Sin educación	2,8	*	*
Primaria	3,7	3,0	3,8
Secundaria	2,9	2,6	2,2
Superior	2,2	2,3	1,9
Total	2,8	2,5	2,1

Nota: Las tasas basadas en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y las tasas basadas en 20-24 casos se presentan entre paréntesis.

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

GRÁFICO N° 3.3
MOQUEGUA: EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2009 Y 2012



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

En las comparaciones del cuadro anterior, se emplean datos de las encuestas que corresponden a diversas fechas, con muestras, informantes y períodos de referencia diferentes. Con el fin de tener una mejor idea de la dinámica de los cambios es preferible evaluar la tendencia de la fecundidad mediante el análisis retrospectivo a partir de las historias de nacimientos recolectadas en la encuesta 2012².

Fecundidad por edad de la mujer (Cuadro 3.5)

El Cuadro 3.5 muestra las tasas de fecundidad por edad para varios quinquenios anteriores a la encuesta, lo cual permite apreciar si efectivamente se han producido cambios en los niveles de fecundidad a través del tiempo. Algunas tasas no reflejan la experiencia de todas las mujeres en ciertos grupos de edad en los quinquenios señalados. Para observar la experiencia completa del grupo de 45-49 en los cinco años anteriores a la encuesta, por ejemplo, hubiese sido necesario entrevistar a mujeres de 50-54 años.

- Si se calcularan las Tasas Globales de Fecundidad con la información truncada del cuadro, se observa que esta se hay mantenido constante en alrededor de 2,2 hijos por mujer en el departamento de Moquegua.

CUADRO N° 3.5
MOQUEGUA: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR PERÍODOS
QUINQUENALES ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN EDAD DE LA MADRE AL
MOMENTO DEL NACIMIENTO, 2012

Edad de la madre al nacimiento	Quinquenio		
	0-4	5-9	10-14
	(Enero 2010)	(Enero 2005)	(Enero 2000)
15-19	66	60	88
20-24	93	81	123
25-29	128	122	114
30-34	78	82	73
35-39	60	58	[51]
40-44	17	[12]	na
45-49	[0]	na	na
TFG	2,2	2,1	2,2

na = No aplicable

[] : Tasas truncadas parcialmente

Nota: Tasas de fecundidad por 1,000 mujeres

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

² Bajo ciertas circunstancias es recomendable no emplear períodos de cinco años, para poder controlar el efecto de los posibles sesgos que pudieran introducir los equipos de campo. Algunas entrevistadoras trasladan hacia el sexto año nacimientos ocurridos cinco años antes de la encuesta, para reducir su carga de trabajo al no tener que recolectar información sobre salud y antropometría en las secciones 4 del cuestionario individual y 3 del cuestionario del hogar. Otros estudios han mostrado esta tendencia en algunos países que han participado en el programa DHS, pero en el caso del Perú hay indicaciones de que el traslado no ha sido significativo, como se concluye del análisis que se hace en el Apéndice C del Informe Principal de la encuesta 2012.

3.2 FECUNDIDAD ACUMULADA

En esta sección, se examina el número promedio de hijos tenidos por mujer, indicador frecuentemente utilizado 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 o 25 años, así como también la descendencia completa promedio.

El Cuadro 3.6 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. Se presta mayor atención a la información de las mujeres que actualmente viven en unión conyugal.

Hijos nacidos vivos y sobrevivientes (Cuadro 3.6)

- Las mujeres actualmente unidas tienen en promedio 2,1 hijos nacidos vivos y 2,0 hijos actualmente vivos, es decir sobrevivientes; mientras que respecto al total de mujeres el promedio tanto de nacidos vivos como el de hijos actualmente vivos fue de 1,5 hijos, cada uno.
- La proporción del total de mujeres de 45 a 49 años que no ha procreado hijos fue de 7,4 por ciento, en tanto en las actualmente casadas o unidas fue 4,1 por ciento.
- El 61,2 por ciento del total de mujeres han tenido entre uno y tres hijos nacidos vivos, mientras que en las mujeres actualmente unidas fue el 83,7 por ciento. Así mismo, un 7,0 por ciento de todas las mujeres tenía entre 4 y 5 hijos frente a un 9,2 por ciento de las mujeres actualmente unidas, y un 1,6 por ciento de todas las mujeres tiene 6 o más hijos frente a 2,1 por ciento de las mujeres actualmente unidas.

CUADRO Nº 3.6

MOQUEGUA: HIJOS NACIDOS VIVOS, PROMEDIO DE NACIDOS VIVOS E HIJOS ACTUALMENTE VIVOS DE TODAS LAS MUJERES Y MUJERES EN UNIÓN, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012
(Distribución porcentual)

Grupo de edad	Total	Número de hijos nacidos vivos											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																
Edad																
15-19	100,0	90,5	9,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22	0,1	0,1
20-24	100,0	47,7	43,3	6,3	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20	0,6	0,6
25-29	100,0	34,9	36,4	21,3	3,2	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16	1,1	1,0
30-34	100,0	12,2	30,6	37,8	13,8	3,8	1,1	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19	1,7	1,7
35-39	100,0	5,6	27,4	32,2	25,5	6,4	1,7	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	20	2,1	2,1
40-44	100,0	7,2	15,3	31,4	28,1	9,3	4,8	2,7	0,0	0,0	1,0	1,3		20	2,5	2,4
45-49	100,0	7,4	10,8	36,0	24,1	15,0	3,3	1,7	0,9	0,8	0,0	1,6		19	2,6	2,4
Total	100,0	30,5	24,2	23,1	13,9	5,4	1,6	0,8	0,3	0,1	0,2	0,2		135	1,5	1,5
MUJERES EN UNIÓN																
Edad																
15-19	100,0	12,0	88,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	0,9	0,9
20-24	100,0	10,8	75,0	7,7	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8	1,1	1,1
25-29	100,0	17,0	44,1	31,7	5,4	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9	1,3	1,3
30-34	100,0	2,6	31,1	43,0	16,5	4,2	1,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14	2,0	1,9
35-39	100,0	1,0	23,8	37,0	30,3	5,2	1,3	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	15	2,3	2,3
40-44	100,0	2,0	13,7	34,7	30,6	8,7	6,7	2,2	0,0	0,0	1,5	1,7		14	2,7	2,6
45-49	100,0	4,1	10,0	41,4	20,4	18,4	2,1	1,3	1,2	1,2	0,0	1,8		14	2,7	2,5
Total	100,0	5,3	30,3	33,7	19,7	7,0	2,2	0,8	0,5	0,2	0,3	0,3		76	2,1	2,0

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

3.3 EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO

La edad en la que las mujeres comienzan su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes en la fecundidad de una población. En el Cuadro 3.7 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 edad mediana al primer nacimiento. Este indicador se utiliza en el Cuadro 3.8 para mostrar las diferencias en el inicio de la procreación para distintos subgrupos poblacionales, según área de residencia, nivel de educación y quintil de riqueza.

Edad al primer nacimiento (Cuadro 3.7)

- En Moquegua, la edad mediana al nacimiento del primer hijo, de las mujeres de 25 a 49 años de edad, fue de 23,0 años.
- Las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 7,2 y 16,1 por ciento tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 24,5 y un 36,0 por ciento de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, más del 57,7 por ciento de las mujeres habían dado a luz su primera hija o hijo.

CUADRO N° 3.7
MOQUEGUA: MUJERES DE 15-49 AÑOS QUE HAN TENIDO HIJOS, POR EDAD EXACTA Y MEDIANA DE EDAD AL PRIMER NACIMIENTO, Y MUJERES QUE NUNCA HAN TENIDO HIJOS, SEGÚN EDAD ACTUAL, 2012
(Porcentaje)

Edad actual	Porcentaje de mujeres que dio a luz antes de cumplir					Porcentaje que nunca ha tenido hijos	Número de mujeres	Edad mediana al primer nacimiento
	15 años	18 años	20 años	22 años	25 años			
Edad								
15-19	1,7	na	na	na	na	90,5	22	na
20-24	3,2	16,1	36,0	na	na	47,7	20	na
25-29	0,0	16,0	30,2	45,3	59,8	34,9	16	22,9
30-34	0,8	10,3	32,6	48,4	57,8	12,2	19	22,5
35-39	0,0	7,2	28,9	43,8	62,9	5,6	20	23,3
40-44	0,7	10,3	26,1	41,3	68,4	7,2	20	22,9
45-49	0,9	13,9	24,5	40,3	64,2	7,4	19	23,0
20-49	1,0	12,2	29,7	a	a	18,7	113	a
25-49	0,5	11,3	28,4	43,7	62,8	12,6	93	23,0

na = No aplicable.

a = Se omite porque menos del 50 por ciento de las mujeres han tenido un nacimiento antes del comienzo del grupo de edad,

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

Edad al primer nacimiento por características seleccionadas (Cuadro 3.8)

- El inicio de la procreación es más tarde en el área urbana (mediana 23,1 años) que en la rural (22,5 años), para mujeres de 25 a 49 años de edad al momento de la encuesta.
- La edad mediana al primer nacimiento va aumentando del quintil inferior (22,8 años) al quintil superior de riqueza (24,3 años), para mujeres de 25 a 49 años de edad al momento de la encuesta.

CUADRO N° 3.8
MOQUEGUA: MEDIANA DE EDAD AL PRIMER NACIMIENTO DE MUJERES DE 25-49 AÑOS, POR EDAD
ACTUAL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

Característica seleccionada	Mujeres 25-49	Edad actual				
		25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Área de residencia						
Urbana	23,1	23,5	22,5	23,1	23,1	23,0
Rural	22,5	22,0	21,0	23,6	20,8	22,9
Nivel de educación						
Sin educación	21,6	a	a	a	20,8	21,6
Primaria	20,6	22,1	19,8	19,4	20,6	22,7
Secundaria	21,3	20,0	20,9	21,5	22,4	21,4
Superior	a	a	26,6	26,5	24,5	24,6
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	22,8	24,6	20,3	21,6	22,1	25,3
Segundo quintil	21,9	23,1	20,3	23,1	21,0	21,9
Quintil Intermedio	21,9	24,5	21,1	24,3	22,9	21,6
Cuarto quintil	23,0	21,4	25,3	22,3	22,6	23,8
Quintil superior	24,3	a	25,5	24,5	23,7	23,0
Total 2012	23,0	22,9	22,5	23,3	22,9	23,0
Total 2009	22,5	23,4	22,8	21,8	22,4	21,9

a = Se omite porque menos del 50 por ciento de las mujeres han tenido un nacimiento antes del comienzo del grupo de edad,

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

3.4 FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES

Para los efectos de este informe, se consideran como adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años. La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos, porque además el aborto es ilegal en el Perú.

Si bien la tasa de fecundidad de las adolescentes ha venido descendiendo en la gran mayoría de los países, aún así su conducta reproductiva es una gran preocupación. En comparación con los cambios observados en las tasas de fecundidad de los grupos de mujeres de mayor edad debido al uso de métodos de planificación familiar, la reducción de la fecundidad en las adolescentes es esencialmente resultado de la postergación de la primera unión.

En el Cuadro 3.9 se muestran los porcentajes de mujeres de 15-19 años de edad con al menos un hijo nacido vivo o que estaban embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, según características seleccionadas.

Embarazo y maternidad de adolescentes (Cuadro 3.9)

- Se aprecian cambios en la fecundidad de adolescentes en los últimos tres años. Según los resultados de la encuesta 2012, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 9,5 por ciento ya estuvo alguna vez embarazada; este resultado difiere ligeramente de los obtenidos en la encuesta 2009. Al igual que en la encuesta del 2009 la del 2012 muestra el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 3,7 por ciento entre las de 15 años hasta el 15,3 por ciento en las de 19 años.

- Respecto a las adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan diferencias entre las mujeres con educación secundaria (10,4 por ciento) que en las de educación superior (4,2 por ciento).

CUADRO N° 3.9
MOQUEGUA: EMBARAZO Y MATERNIDAD DE ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) QUE
YA SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Total alguna vez embarazadas	Adolescentes alguna vez embarazadas		Número de mujeres
		Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	
Edad				
15	3.7	3.7	0,0	4
16	14.0	14.0	0,0	5
17	3.1	3.1	0,0	5
18	10.5	10.5	0,0	3
19	15.3	15.3	0,0	5
Área de residencia				
Urbana	8.2	8.2	0,0	19
Rural	19.0	19.0	0,0	3
Nivel de educación				
Primaria	*	*	*	1
Secundaria	10.4	10.4	0,0	17
Superior	4.2	4.2	0,0	5
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	*	*	*	1
Segundo quintil	18.5	18.5	0,0	3
Quintil Intermedio	10.1	10.1	0,0	4
Cuarto quintil	1.8	1.8	0,0	9
Quintil superior	19.2	19.2	0,0	5
Total 2012	9.5	9.5	0,0	22
Total 2009	7,1	6,0	1,1	30

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y los porcentajes basados en 20-24 casos se presentan entre paréntesis.

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

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El estudio de la prevalencia de la anticoncepción es de particular importancia, no solo 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 los tipos de métodos empleados permite evaluar también la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente y posibilita además, identificar a los grupos con limitado acceso a los servicios de orientación, comercialización o distribución.

En la primera parte de este capítulo, se analizan las condiciones previas para el uso de alguna forma de planificación familiar, como son el conocimiento de métodos y de fuentes. En una segunda parte, se analiza el uso alguna vez en el pasado, el uso actual de métodos, luego se consideran los niveles de uso en las mujeres unidas. Para las usuarias de abstinencia periódica, se examinó el conocimiento del ciclo ovulatorio y las fuentes de suministro. Finalmente, se presenta el análisis de la información suministrada sobre los efectos secundarios del método.

4.1 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS

Uno de los objetivos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 fue determinar el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos, pues es una condición necesaria para su uso. Al igual que el cuestionario del año 2009, la encuesta del año 2012 incluyó una sección completa sobre el conocimiento, el uso pasado y el uso actual de métodos de planificación familiar. La medición del conocimiento se realizó preguntando a la entrevistada sobre qué métodos conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo. Para cada método no mencionado espontáneamente, se le leía a la mujer el nombre del método, una breve descripción y se indagaba nuevamente si había oído hablar de ese método. En este sentido, "conocer un método", 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. El nivel de conocimiento de métodos específicos de planificación familiar se detalla en el Cuadro 4.1 por nivel de exposición para las mujeres actualmente en unión. El uso pasado de métodos en general y modernos en particular se detalla en el Cuadro 4.2 para las mujeres actualmente unidas según grupo de edad.

Conocimiento de métodos anticonceptivos por nivel de exposición (Cuadro 4.1)

- El conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción fue muy difundido entre la población femenina y entre todos los grupos poblacionales. Todas las mujeres en edad fértil (100,0 por ciento), conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos los más conocidos, por el 99,9 por ciento de ellas. Con respecto al año 2009 (99,9 por ciento), no existen diferencias.
- Entre los métodos modernos menos conocidos por las mujeres se encontraron, la amenorrea por lactancia (32,3 por ciento), el condón femenino (38,3 por ciento), los implantes (41,3 por ciento) y los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (47,8 por ciento).
- En las mujeres actualmente unidas los métodos modernos más conocidos fueron: el condón masculino (97,1 por ciento), la inyección (96,8 por ciento), la píldora (95,6 por ciento), la esterilización femenina (94,3 por ciento) y el dispositivo intrauterino -DIU- (92,0 por ciento). Entre los menos conocidos figuran el condón femenino (34,2 por ciento), la amenorrea por lactancia -MELA- (37,1 por ciento), los implantes (45,7 por ciento) y los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (47,8 por ciento).

- En las mujeres no unidas con actividad sexual, los métodos modernos más conocidos fueron: la esterilización femenina y el condón masculino (100,0 por ciento en cada caso); y entre los menos conocidos se registraron la amenorrea por lactancia -MELA- (35,0 por ciento), el condón femenino (42,8 por ciento) y los implantes (43,4 por ciento).

CUADRO N° 4.1
MOQUEGUA: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR TODAS
LAS MUJERES, LAS ACTUALMENTE CASADAS O UNIDAS Y NO UNIDAS
SEXUALMENTE ACTIVAS, SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ESPECÍFICO, 2012
(Porcentaje)

Método anticonceptivo específico	Conocimiento de métodos en:		
	Todas las mujeres	Mujeres actualmente unidas	Mujeres no unidas sexualmente activas 1/
Cualquier método	100,0	100,0	100,0
Cualquier método moderno	99,9	100,0	100,0
Esterilización femenina	92,3	94,3	100,0
Esterilización masculina	76,8	79,9	88,5
Píldora	95,2	95,6	96,9
DIU	88,5	92,0	91,9
Inyección	94,2	96,8	97,6
Implantes	41,3	45,7	43,4
Condón masculino	97,4	97,1	100,0
Métodos vaginales (Espuma, jalea y óvulo)	47,8	47,8	66,5
Amenorrea por lactancia (MELA)	32,3	37,1	35,0
Anticoncepción de emergencia	76,8	72,5	93,1
Condón femenino	38,3	34,2	42,8
Cualquier método tradicional	92,6	94,4	100,0
Abstinencia periódica	89,2	90,9	100,0
Retiro	68,9	75,2	83,6
Método folclórico	4,6	5,0	5,9
Número promedio de métodos conocidos	9,4	9,6	10,5
Número de mujeres	135	76	10

1/ Comprende todas las mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta.

DIU= Dispositivo intrauterino.

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

4.2 USO DE MÉTODOS

Con el objeto de evaluar la práctica pasada y actual del uso de métodos anticonceptivos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, a todas las mujeres que respondieron conocer algún método se les preguntó si habían usado alguna vez en el pasado. Para quienes respondieron no haber usado nunca se sondeó adicionalmente, preguntando si ella o su pareja ha usado o hecho algo para posponer o evitar un embarazo.

El uso pasado

Los resultados por grupos de edad y por tipo de método sobre la experiencia de las mujeres en el uso de métodos anticonceptivos, se presentan en el Cuadro 4.2 para todas las mujeres y las mujeres actualmente unidas. La diferencia entre los distintos grupos de edad puede ser el resultado de cambios en el tiempo.

Uso alguna vez de métodos (Cuadro 4.2)

- Los resultados disponibles muestran que el uso de métodos de anticoncepción fue muy difundido en Moquegua, representándose un incremento de 0,8 punto porcentual (78,4 a 79,2 por ciento entre el período 2009 y 2012 respectivamente) entre las mujeres en edad fértil que han usado alguna vez métodos anticonceptivos. Según tipo de métodos, las mujeres entrevistadas que usaban algún método moderno se incrementó de 71,6 a 73,3 por ciento. Por el contrario, se observa una disminución de 58,9 a 58,3 por ciento de las usuarias de métodos tradicionales en el referido período.
- Entre las casadas o unidas disminuyó el uso alguna vez de métodos anticonceptivos (de 97,1 a 96,9 por ciento entre el período 2009 y 2012); las usuarias de métodos modernos se incrementan de 89,7 a 90,0 por ciento, y las mujeres que usan métodos tradicionales se mantienen en similar proporción (de 73,0 a 73,0 por ciento) en el mismo período. La proporción de usuarias fue alta en todos los grupos de edad de las mujeres.
- El condón masculino (65,0 por ciento), la inyección (57,0 por ciento), la píldora (44,0 por ciento) y el DIU (26,4 por ciento) fueron los métodos modernos más usados alguna vez por las mujeres actualmente unidas.
- Entre los métodos tradicionales, la abstinencia periódica tuvo el nivel más alto de uso pasado, por el 53,0 por ciento de las mujeres en unión y en segundo lugar de importancia, se encontró el retiro con 50,3 por ciento.

CUADRO N° 4.2
MOQUEGUA: USO ALGUNA VEZ DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012 (Porcentaje)

Grupo de edad	Métodos modernos												Métodos tradicionales				Número de mujeres		
	Cualquier método	Esterilización		Píldora	DIU	Inyección	Implantes	Condón masculino	Métodos vaginales	MELA	Anticoncepción de emergencia	Condón femenino	Total método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro	Métodos folclóricos			
		Total métodos modernos	Femenina															Masculina	
TODAS LAS MUJERES																			
15-19	22,0	20,6	0,0	0,0	5,2	0,7	8,5	0,0	19,0	0,0	0,0	11,3	0,8	14,4	7,6	10,2	0,0	22	
20-24	75,6	71,5	0,0	0,0	23,8	2,6	40,1	0,0	55,7	3,7	3,0	26,7	0,0	53,5	34,8	40,6	0,0	20	
25-29	91,7	84,6	4,2	0,0	36,6	9,3	46,3	0,0	69,2	4,8	8,1	23,7	0,0	68,7	48,0	50,8	3,6	16	
30-34	96,4	90,8	1,2	2,3	45,3	21,2	62,5	0,8	72,3	14,7	11,6	32,2	0,8	77,1	57,0	57,1	2,6	19	
35-39	93,0	88,2	17,6	0,0	43,5	28,0	57,0	2,5	66,3	14,4	18,1	20,1	2,7	68,3	56,0	49,8	5,6	20	
40-44	93,0	88,5	12,3	2,1	42,2	42,4	58,0	2,1	54,9	15,1	13,7	16,3	0,9	65,7	45,4	43,3	0,0	20	
45-49	93,5	78,5	19,0	2,4	36,1	35,4	34,3	0,8	48,6	15,8	13,3	4,7	0,8	68,8	45,9	39,6	0,0	19	
Total	79,2	73,3	7,7	1,0	32,6	19,9	43,1	0,9	54,0	9,7	9,5	19,0	0,9	58,3	41,2	40,7	1,6	135	
MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS																			
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
20-24	100,0	93,6	0,0	0,0	44,9	4,1	62,8	0,0	68,0	4,1	2,2	27,4	0,0	78,4	51,7	55,3	0,0	8	
25-29	98,3	92,9	1,8	0,0	48,8	12,2	58,8	0,0	70,3	5,5	11,1	23,3	0,0	73,5	54,6	49,8	3,5	9	
30-34	98,9	93,7	1,6	1,4	50,1	20,5	70,5	0,0	72,9	12,0	16,2	30,6	1,1	82,5	61,0	59,8	2,3	14	
35-39	94,6	89,6	21,1	0,0	43,3	32,9	58,6	2,4	67,7	11,8	19,3	17,7	2,7	69,5	55,7	52,8	7,6	15	
40-44	97,2	92,0	11,9	3,0	43,9	43,1	59,1	1,6	58,3	13,9	16,8	13,7	1,3	72,3	52,0	47,7	0,0	14	
45-49	95,1	81,7	23,8	3,3	35,4	34,1	33,1	0,0	55,5	14,6	16,4	3,6	0,0	69,2	47,3	42,6	0,0	14	
Total	96,9	90,0	11,2	1,4	44,0	26,4	57,0	0,8	65,0	10,9	14,4	18,5	1,2	73,0	53,0	50,3	2,3	76	

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20 a 24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

DIU= Dispositivo intrauterino; MELA= Método amenorrea por lactancia.

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

Prevalencia actual del uso de métodos

El nivel actual de uso de métodos es el indicador más valioso y, generalmente, más utilizado para evaluar el éxito de los programas de planificación familiar. Además, se puede emplear para valorar la disminución de la fecundidad que es atribuible al uso de anticonceptivos. A todas las mujeres que habían usado métodos y que no estaban embarazadas en el momento de la entrevista, se preguntó si ellas o el esposo o compañero usaban en la actualidad, algún método para evitar un embarazo. A partir de esta información, se puede evaluar el uso actual de estos métodos. La prevalencia del uso de anticonceptivos, según edad de la mujer se presenta en el Cuadro 4.3 para el grupo total de entrevistadas (panel superior) y para las mujeres en unión legal o consensual en el momento de la entrevista (panel inferior). Los resultados están referidos para todos los métodos y métodos específicos. El análisis se concentra en los resultados para las mujeres actualmente en unión, puesto que los datos para mujeres nunca unidas (incluidas en el grupo 'total de mujeres') pueden ser menos fiables y, en cualquier caso, el sentido de uso actual no está claro cuando las relaciones sexuales ocurren esporádicamente, como en el caso de las mujeres solteras.

Uso actual de métodos (Cuadro 4.3)

- El 74,4 por ciento de las mujeres en unión conyugal usaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta, lo que representó un incremento de 1,1 puntos porcentuales al encontrado en la encuesta 2009. El 54,5 por ciento usaban método moderno y el 19,8 por ciento algún método tradicional.
- La prevalencia anticonceptiva por edad fue menor entre las mujeres actualmente unidas de 20 a 24 años de edad (76,6 por ciento), se incrementó con la edad y alcanzó su mayor valor entre las mujeres actualmente unidas de 35 a 39 años de edad (82,0 por ciento), luego progresivamente desciende y alcanzó un menor valor entre las mujeres de 45 a 49 años de edad (58,8 por ciento).
- En relación con el uso de métodos modernos específicos, el condón masculino continúa siendo el método más utilizado (16,5 por ciento), aumentó en 0,3 punto porcentual con respecto al registrado en la encuesta 2009. Entre los métodos modernos que disminuyeron el porcentaje de uso entre los años 2009 y 2012, se encontró principalmente la esterilización femenina al cambiar de 13,5 a 11,2 por ciento y los métodos vaginales de 0,4 a 0,3 por ciento.
- Existe relación entre la edad de las mujeres actualmente unidas y el método moderno de mayor uso. Así, entre las menores de 35 años, la inyección fue el método de mayor uso (22,4 por ciento, en promedio); y entre las mujeres mayores de 34 años la esterilización femenina (18,9 por ciento, en promedio). El condón masculino fue usado, en una mayor proporción, entre las mujeres de 35 a 39 años (21,9 por ciento) y de 30 a 34 años de edad (20,6 por ciento) y la píldora fue usada, en una mayor proporción, entre las mujeres de 20 a 24 años de edad (15,3 por ciento).
- De todos los métodos tradicionales, la abstinencia periódica fue uno de los más empleados (14,1 por ciento). Es importante su uso en mujeres de 25 a 29 años de edad (23,1 por ciento).

CUADRO N° 4.3
MOQUEGUA: USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN
GRUPO DE EDAD, 2012
(Porcentaje)

Grupo de edad	Cualquier método	Métodos modernos								Métodos tradicionales			Número de mujeres	
		Total métodos modernos	Esterilización		Píldora	DIU	Inyección	Condón masculino	Métodos vaginales	Total método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro		No usa
			Femenina	Masculina										
TODAS LAS MUJERES														
15-19	17,2	16,6	0,0	0,0	1,0	0,0	3,8	11,7	0,0	0,7	0,7	0,0	82,8	22
20-24	45,3	37,2	0,0	0,0	7,3	2,6	17,4	10,0	0,0	8,1	4,0	4,1	54,7	20
25-29	63,5	44,0	4,2	0,0	4,0	3,1	13,3	19,3	0,0	19,5	14,7	4,8	36,5	16
30-34	66,0	50,1	1,2	2,3	9,3	2,6	17,3	15,6	1,8	15,9	11,8	4,1	34,0	19
35-39	66,9	54,7	17,6	0,0	3,6	3,4	12,7	17,4	0,0	12,2	10,6	1,7	33,1	20
40-44	57,0	39,1	12,3	2,1	3,9	6,7	5,9	7,1	1,1	17,9	9,3	8,6	43,0	20
45-49	50,1	38,0	19,0	2,4	1,5	2,1	0,8	12,2	0,0	12,1	9,8	2,3	49,9	19
Total 2012	51,3	39,3	7,7	1,0	4,3	2,9	10,0	13,1	0,4	11,9	8,3	3,6	48,7	135
Total 2009 a/	52,4	38,1	9,6	nd	4,4	2,8	8,4	12,2	0,3	14,2	11,8	2,4	47,6	175
MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS														
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
20-24	76,6	61,2	0,0	0,0	15,3	4,1	30,6	11,2	0,0	15,4	7,7	7,6	23,4	8
25-29	79,2	48,0	1,8	0,0	6,9	3,7	16,3	19,3	0,0	31,2	23,1	8,1	20,8	9
30-34	79,2	60,2	1,6	1,4	12,9	3,6	20,2	20,6	0,0	19,0	15,5	3,5	20,8	14
35-39	82,0	66,7	21,1	0,0	4,8	3,3	15,5	21,9	0,0	15,3	13,1	2,3	18,0	15
40-44	73,0	48,0	11,9	3,0	5,5	8,1	8,2	9,9	1,5	25,0	13,0	12,0	27,0	14
45-49	58,8	42,3	23,8	3,3	0,0	1,0	0,0	14,1	0,0	16,6	13,5	3,1	41,2	14
Total 2012	74,4	54,5	11,2	1,4	6,8	3,9	14,4	16,5	0,3	19,8	14,1	5,7	25,6	76
Total 2009 a/	73,3	52,2	13,5	nd	6,0	3,5	11,7	16,2	0,4	21,1	17,3	3,8	26,7	106

Nota: Si ha usado más de un método, solo se considera el más efectivo. Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y las de 20 - 24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

a/ Comprende MECLA e implantes en todas las mujeres (0,4 por ciento y 0,1 por ciento, respectivamente) y mujeres actualmente unidas (0,6 por ciento y 0,2 por ciento, respectivamente).

DIU= Dispositivo intrauterino.

n.d.= No disponible.

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

Diferenciales en los niveles de uso actual

El Cuadro 4.4 detalla los niveles de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres actualmente unidas, según ciertas características demográficas, geográficas y socioeconómicas. En los resultados que se presentan, debe considerarse que se trata solamente de mujeres casadas o unidas en el momento de la entrevista y no de todas las mujeres en edad fértil.

Uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres actualmente unidas, según característica seleccionada (Cuadro 4.4)

- Los mayores niveles de uso de métodos anticonceptivos se encontraron entre las mujeres que tienen tres a cuatro hijas y/o hijos actualmente vivos (83,0 por ciento), entre las que pertenecen al segundo quintil de riqueza (81,6 por ciento) y con educación superior (80,0 por ciento). Por el contrario, las mujeres actualmente unidas con menor nivel de uso de métodos anticonceptivos fueron quienes están ubicadas en el quintil intermedio (68,6 por ciento), con educación secundaria (70,7 por ciento) y entre las usuarias que tienen una a dos hijas o hijos (74,6 por ciento).
- De todos los métodos, ya sean modernos o tradicionales, el condón masculino fue el más utilizado (16,5 por ciento). Es importante el uso entre las mujeres con educación superior (26,5 por ciento), ubicadas en el

quintil superior (24,4 por ciento) y con tres a cuatro hijas/hijos (16,9 por ciento).

- Según área de residencia, existe una diferencia de 9,4 puntos porcentuales en el nivel de uso de algún método anticonceptivo: 82,1 por ciento en el área rural y 72,7 por ciento en el área urbana. Asimismo, la proporción de usuarias de un método moderno fue mayor en el área rural que en el área urbana (56,0 frente a 54,2 por ciento); al igual que, la proporción de usuarias de un método tradicional (26,2 frente a 18,5 por ciento).
- Comparando con los datos recogidos en las encuestas de los años 2009 y 2012, la proporción de usuarias del área rural se incrementó en 11,4 puntos porcentuales al variar de 70,6 a 82,1 por ciento; sin embargo, en el área urbana disminuyó en 0,9 punto porcentual, al variar de 73,9 a 72,7 por ciento. En relación con el método tradicional, disminuyó en el área urbana (4,1 puntos porcentuales) pero, aumentó en el área rural (8,9 puntos porcentuales).
- En el área urbana, el condón masculino (18,1 por ciento), la inyección (13,1 por ciento), y la esterilización femenina (12,1 por ciento) fueron los métodos modernos de mayor uso. En el área rural destacó la inyección (20,6 por ciento) y el condón masculino (15,8 por ciento).

CUADRO N° 4.4
MOQUEGUA: USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Métodos modernos									Métodos tradicionales			Número de mujeres	
	Cualquier método	Total métodos modernos	Esterilización		Píldora	DIU	Inyección	Condón masculino	Métodos vaginales	Total método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro		No usa
			Femenina	Masculina										
Número de hijas e hijos vivos														
Ninguno	(42,8)	(31,8)	(0,0)	(0,0)	(4,0)	(0,0)	(3,1)	(24,6)	(0,0)	(11,0)	(6,6)	(4,4)	(57,2)	4
1 a 2	74,6	51,9	6,3	1,3	7,9	5,3	14,9	16,2	0,0	22,7	17,8	4,9	25,4	50
3 a 4	83,0	68,6	27,0	2,3	5,5	0,8	14,9	16,9	1,2	14,5	7,1	7,3	17,0	18
5 y más	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Área de residencia														
Urbana	72,7	54,2	12,1	1,4	4,9	4,2	13,1	18,1	0,3	18,5	13,5	5,0	27,3	63
Rural	82,1	56,0	6,8	1,6	15,8	2,4	20,6	8,9	0,0	26,2	16,7	9,4	17,9	13
Nivel de educación														
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	72,5	47,2	14,9	0,0	7,1	1,1	14,7	9,5	0,0	25,3	14,0	11,2	27,5	14
Secundaria	70,7	54,0	10,9	1,2	8,4	3,2	18,2	11,4	0,6	16,7	10,0	6,8	29,3	33
Superior	80,0	59,2	9,4	2,4	5,0	6,2	9,7	26,5	0,0	20,8	19,4	1,4	20,0	28
Quintil de riqueza														
Quintil inferior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Segundo quintil	81,6	58,2	9,9	0,0	14,6	1,2	23,7	8,8	0,0	23,4	16,3	7,2	18,4	12
Quintil intermedio	68,6	53,2	8,7	1,2	7,2	3,8	13,8	18,5	0,0	15,3	10,4	5,0	31,4	15
Cuarto quintil	72,0	48,9	10,7	0,0	6,4	3,4	12,8	14,8	0,8	23,1	16,1	7,0	28,0	27
Quintil superior	74,3	59,0	13,0	3,7	2,2	7,1	8,7	24,4	0,0	15,3	12,7	2,6	25,7	19
Total 2012	74,4	54,5	11,2	1,4	6,8	3,9	14,4	16,5	0,3	19,8	14,1	5,7	25,6	76
Total 2009 a/	73,3	52,2	13,5	nd	6,0	3,5	11,7	16,2	0,4	21,1	17,3	3,8	26,7	106

Nota: Si ha usado más de un método, solo se considera el más efectivo. Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20 – 24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

a/ Comprende MELA e implantes en mujeres actualmente unidas (0,6 por ciento y 0,2 por ciento, respectivamente).

DIU= Dispositivo intrauterino.

nd = No disponible.

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

Número de hijas e hijos al iniciar el uso de anticonceptivos

El análisis de la relación entre el número de hijas o hijos vivos que tenían las mujeres cuando usaron por primera vez un método para distintas cohortes (Cuadro 4.5) permite conocer cuán temprano se adopta el uso de métodos de planificación familiar en la vida reproductiva de las mujeres; y si se usa para limitar o espaciar las hijas o hijos. Además, las mujeres jóvenes pueden estar especialmente motivadas a usar anticoncepción para evitar embarazos no deseados. Al analizar esta información, debe recordarse que para las cohortes jóvenes, el proceso todavía no ha concluido.

Número de hijas o hijos al iniciar el uso de anticonceptivos (Cuadro 4.5)

- En Moquegua existe una alta motivación por limitar el tamaño familiar y espaciar la ocurrencia de los nacimientos. El 51,4 por ciento de las mujeres alguna vez unidas inició el uso de métodos anticonceptivos antes de tener hijas o hijos; en tanto, un 31,4 por ciento de madres iniciaron el uso, después de tener su primera hija o hijo.
- La distribución de las mujeres según el número de hijas y/o hijos que tenían cuando empezaron a usar métodos anticonceptivos varía en forma importante con la edad. En las cohortes más jóvenes, las mujeres empiezan a usar la anticoncepción sin tener hijas y/o hijos o teniendo un menor número de hijas y/o hijos. Así, el 97,3 por ciento de las mujeres de 25 a 29 años de edad, iniciaron la contracepción antes de tener hijas y/o hijos o con apenas una hija y/o hijo. En cambio, entre las mujeres mayores de 45 años de edad, la distribución fue menor: el 69,3 por ciento empieza la anticoncepción antes de la primera hija y/o hijo o con una sola hija y/o hijo nacido vivo, y el 2,8 por ciento, a partir de la cuarta hija y/o hijo. Estos resultados son indicativos de la fuerte motivación por el espaciamiento de los nacimientos y por la limitación del tamaño de la familia existente en Moquegua.
- Entre la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 y 2012, aumentó la concentración de la distribución entre las mujeres que empezaron a usar métodos antes de tener hijas y/o hijos y las que lo hicieron cuando tuvieron una hija y/o hijo, al variar de 78,8 a 82,8 por ciento respectivamente.

CUADRO N° 4.5
MOQUEGUA: MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE HAN USADO ALGÚN MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN, POR NÚMERO DE HIJAS/HIJOS SOBREVIVIENTES AL PRIMER USO DE MÉTODOS, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012 (Distribución porcentual)

Grupo de edad	Total	Nunca ha usado métodos	Número de hijas e hijos vivos al usar por primera vez					Número de mujeres
			Ninguno	1	2	3	4 y más	
15-19	100,0	*	*	*	*	*	*	2
20-24	100,0	1,3	62,1	31,4	5,2	0,0	0,0	10
25-29	100,0	1,3	69,4	27,9	1,4	0,0	0,0	12
30-34	100,0	0,9	60,9	32,1	4,2	2,0	0,0	17
35-39	100,0	4,4	44,4	39,0	8,4	3,8	0,0	18
40-44	100,0	3,3	37,4	33,2	15,3	7,8	2,9	19
45-49	100,0	5,9	43,5	25,8	13,8	8,2	2,8	18
Total 2012	100,0	3,2	51,4	31,4	8,7	4,2	1,1	95
Total 2009	100,0	3,6	40,5	38,3	9,9	4,6	3,1	127

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

Conocimiento del período fértil (Cuadro 4.6)

El conocimiento que tenga la mujer sobre la fisiología reproductiva provee una herramienta básica para el éxito en el uso de los llamados métodos de abstinencia periódica y MELA o método de amenorrea por lactancia y de

aquellos que en alguna medida se relacionan con el coito, como el condón masculino y los métodos vaginales (espumas, jaleas, óvulos y tabletas vaginales). Para evaluar este nivel de conocimiento, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, se preguntó a todas las mujeres en qué momento del ciclo menstrual creían que existe mayor riesgo de quedar embarazada. En el Cuadro 4.6 se resumen los resultados sobre el conocimiento del período fértil durante el ciclo ovulatorio para el total de mujeres y para las que han usado la abstinencia periódica.

- Los resultados indican que el 67,9 por ciento de las usuarias de abstinencia periódica respondieron que el momento de mayor riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada es en la mitad del ciclo menstrual, lo cual indicaría que el 32,1 por ciento de las usuarias estaban utilizando este método de forma incorrecta, en razón a las respuestas erróneas sobre el período más fértil del ciclo ovulatorio, incluidas las que no saben nada sobre el particular.
- A nivel de todas las mujeres, el 38,7 por ciento identificó correctamente el periodo de mayor riesgo de embarazo y el 61,3 por ciento no especificó el tiempo o no conoce cuál es el momento de mayor riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada.

CUADRO N° 4.6
MOQUEGUA: CONOCIMIENTO DEL PERIODO FÉRTIL DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS, POR USO DEL MÉTODO DE ABSTINENCIA PERIÓDICA, 2012
(Distribución porcentual)

Percepción del periodo fértil	Todas las mujeres	Usuarias de abstinencia periódica	No usuarias de abstinencia periódica
Justo antes de que comience la menstruación	2,8	0,0	3,1
Durante la menstruación	1,1	1,6	1,1
Inmediatamente después de terminada la menstruación	8,6	7,2	8,7
En la mitad del ciclo menstrual	38,7	67,9	36,1
En cualquier momento	4,6	0,0	5,0
Otra respuesta	18,0	20,5	17,8
No sabe	26,1	2,8	28,2
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	135	11	124

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

Fuentes de suministro de métodos modernos

Para evaluar adecuadamente el grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos, se requiere precisar además, si las mujeres saben dónde pueden abastecerse, si quisieran usarlos. A las mujeres que estaban utilizando algún anticonceptivo moderno en el momento de la encuesta, se les preguntó sobre el lugar dónde los habían obtenido. A las usuarias de métodos tradicionales se les preguntó donde habían conseguido la información sobre su uso. Los resultados para las principales fuentes de abastecimiento de métodos modernos se presentan en el Cuadro 4.7. Asimismo, a las usuarias de métodos modernos se les preguntó si recibieron información específica cuando se les prescribió el método: que la esterilización era irreversible, sobre los efectos secundarios del método, sobre qué hacer si experimentaban efectos secundarios y si fueron informadas sobre otros métodos alternativos que podían usar. Los resultados se presentan en el Cuadro 4.8.

Fuentes de suministro (Cuadro 4.7)

- En general, el mayor proveedor de métodos anticonceptivos en Moquegua fue el sector público a través del Ministerio de Salud y EsSalud con el 67,5 por ciento de las usuarias actuales que respondieron haber utilizado estas fuentes de suministro de métodos modernos.

- El sector privado atendió el 32,2 por ciento de la demanda de métodos modernos, focalizándose en la oferta del condón masculino donde alcanzó a cubrir el 64,6 por ciento y la inyección en 22,4 por ciento, suministrados básicamente por las farmacias/boticas.

CUADRO N° 4.7
MOQUEGUA: FUENTE DE SUMINISTRO DE MÉTODOS MODERNOS DE LAS USUARIAS ACTUALES, POR
TIPO DE MÉTODO MODERNO, 2012
(Distribución porcentual)

Fuente de suministro	Total	Esterilización		Píldora	DIU	Inyección	Condón masculino	Métodos vaginales
		Femenina	Masculina					
Sector público	67,5	95,8	*	80,3	(86,8)	77,6	35,4	*
Hospital MINSA	15,7	63,9	*	5,0	(4,0)	2,7	3,5	*
Centro de salud MINSA	32,7	1,3	*	59,4	(68,9)	54,4	21,3	*
Puesto de salud MINSA	6,5	0,0	*	16,0	(0,0)	11,4	5,6	*
Hospital EsSalud	12,3	30,7	*	0,0	(13,9)	7,8	5,1	*
Otro gobierno	0,3	0,0	*	0,0	(0,0)	1,3	0,0	*
Sector médico privado	32,2	2,4	*	19,7	(13,2)	22,4	64,6	*
Clinica particular	0,9	2,4	*	0,0	(0,0)	0,0	0,0	*
Farmacia/botica	30,3	n.a.	n.a.	19,7	(0,0)	22,4	64,6	*
Médico particular	1,0	0,0	*	0,0	(13,2)	0,0	0,0	*
Otra fuente	0,3	1,7	*	0,0	(0,0)	0,0	0,0	*
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	53	10	1	6	4	13	18	1

Nota: El total incluye otros métodos modernos pero excluye el método amenorrea por lactancia (MELA). Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20 – 24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

DIU= Dispositivo intrauterino.

n.a= No aplicable.

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

Información a las usuarias de métodos modernos (Cuadro 4.8)

- La mayoría de usuarias de métodos modernos ha recibido información sobre los efectos secundarios del método y asimismo sobre las acciones a realizar en caso se presentaran dichos efectos. En apariencia, las mujeres que conocen los métodos están relativamente bien informadas y no es que solamente han oído hablar de ellos ocasionalmente.
- Entre las usuarias de métodos modernos, las usuarias de esterilización fueron las personas que en mayor proporción declararon haber sido informadas sobre el método que recibieron. El 95,7 por ciento de ellas declaró que antes de ser operada fue advertida que no podría tener más hijas y/o hijos a causa de esta operación.
- En lo concerniente a la irreversibilidad de la esterilización, las mujeres con educación primaria (86,3 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (91,5 por ciento) y residentes en el área urbana (95,1 por ciento) reportaron en menor porcentaje haber recibido información.
- Por otro lado, el 72,4 por ciento de las usuarias manifestó haber sido informada sobre los efectos secundarios del método usado, porcentaje que fue mayor entre las usuarias del DIU y la inyección (78,5 por ciento en ambos casos).
- El mayor porcentaje de usuarias informadas sobre los efectos del método usado se presentó en las mujeres sin educación (100,0 por ciento), entre las mujeres del quintil intermedio de riqueza (85,8 por ciento) y residentes del área urbana (75,0 por ciento).

CUADRO N° 4.8
MOQUEGUA: INFORMACIÓN SUMINISTRADA DURANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS
MODERNOS A LAS USUARIAS ACTUALES, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Se informó :			
	Que la esterilización es permanente 1/	Sobre los efectos secundarios del método 2/	Qué hacer si experimentaba efectos secundarios 2/	Sobre otros métodos 3/
Método				
Píldora	n.a.	77,3	82,3	90,0
DIU	n.a.	78,5	92,1	94,3
Inyección	n.a.	78,5	86,2	92,8
Métodos vaginales (Espuma, jalea y óvulo)	n.a.	30,4	0,0	61,5
Esterilización femenina	95,2	48,1	41,9	70,7
Esterilización masculina	100,0	n.a.	n.a.	n.a.
Área de residencia				
Urbana	95,1	75,0	82,7	89,5
Rural	100,0	59,0	67,2	81,5
Nivel de educación				
Sin educación	100,0	100,0	0,0	100,0
Primaria	86,3	56,6	70,5	74,4
Secundaria	100,0	70,3	86,2	86,4
Superior	95,6	80,4	78,6	95,4
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	100,0	32,0	38,4	60,6
Segundo quintil	100,0	59,1	75,9	81,9
Quintil intermedio	100,0	85,8	67,3	95,6
Cuarto quintil	91,5	73,3	92,8	86,4
Quintil superior	95,4	81,8	82,9	97,0
Total 2012	95,7	72,4	80,6	88,1
Número de mujeres	12	22	16	22

1/ Solo para usuarias de esterilización femenina.

2/ Solo para usuarias de esterilización femenina, píldoras, DIU, inyección, implante y vaginales.

3/ Solo para usuarias de esterilización femenina, píldoras, DIU, inyección, implante y vaginales a quienes se les informó de efectos secundarios.

n.a= No aplicable.

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

OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD

En este capítulo se analiza los otros determinantes próximos de la fecundidad, diferentes de la anticoncepción, como son la nupcialidad y la actividad sexual.

Con relación a la nupcialidad, se estudia la formación de uniones legales o consensuales, lo cual constituye un indicador de la exposición al riesgo de embarazo y cuyas características tienen implicaciones sobre la fecundidad. También es de particular importancia la edad a la primera unión como indicador del comienzo y potencial duración de la vida reproductiva.

5.1 ESTADO CONYUGAL ACTUAL

En la sección sobre nupcialidad de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, se preguntó a cada mujer si había estado casada o conviviendo; y en caso afirmativo, por su estado conyugal en el momento de la entrevista. En el Cuadro 5.1 y el Gráfico 5.1, se presenta la distribución de mujeres en edad fértil según estado conyugal por grupos quinquenales de edad. En el Cuadro 5.2 se resume la evolución, en los últimos tres años, del porcentaje de mujeres solteras según grupo de edad. La composición conyugal por área de residencia, nivel de educación y quintil de riqueza, se detalla en el Cuadro 5.3; y en el Cuadro 5.4 se presenta la distribución de las mujeres no unidas -que nunca han estado en unión o que han estado alguna vez unidas- según hayan tenido o no, compañero sexual regular u ocasional.

Estado conyugal actual de las mujeres entrevistadas (Cuadro 5.1)

- El 55,9 por ciento de las mujeres entrevistadas vivió en unión conyugal: 22,1 por ciento estuvo casada y 33,8 por ciento en situación de convivencia. Respecto al año 2009, se advierte un cambio en la composición de las uniones, observándose un ligero aumento en el porcentaje de convivientes (33,6 por ciento en el 2009) y una disminución en el porcentaje de casadas (27,4 por ciento en el 2009).
- El porcentaje de mujeres en unión aumenta con la edad, de 8,0 por ciento entre los 15 a 19 años, a 72,8 por ciento entre los 45 a 49 años. En los primeros años, la convivencia fue más frecuente que el matrimonio formal, y es recién a partir de los 45 años de edad que el porcentaje de casadas fue mayor que el de convivientes.
- Entre las mujeres entrevistadas, el 30,1 por ciento era soltera, pero esta condición cambia progresivamente con la edad. Al inicio de la vida fértil, entre los 15 a 19 años, el 92,0 por ciento estaba soltera, y entre los 20 a 24 años casi la mitad aún continuaba en soltería. A partir de los 25 años, la gran mayoría de las mujeres ya tuvo una experiencia de vida conyugal, y únicamente el 7,4 por ciento de las mujeres de 40 a 44 años y el 4,7 por ciento de las de 45 a 49 años, permanecían solteras.
- Un 13,3 por ciento de las mujeres en edad fértil entrevistadas respondió haber disuelto su unión conyugal por divorcio o separación. Las disoluciones se presentaron desde temprana edad: entre los 20 a 24 años un 8,8 por ciento ya estaba divorciada o separada, siendo el más alto entre los 40 a 44 años con un 20,9 por ciento.

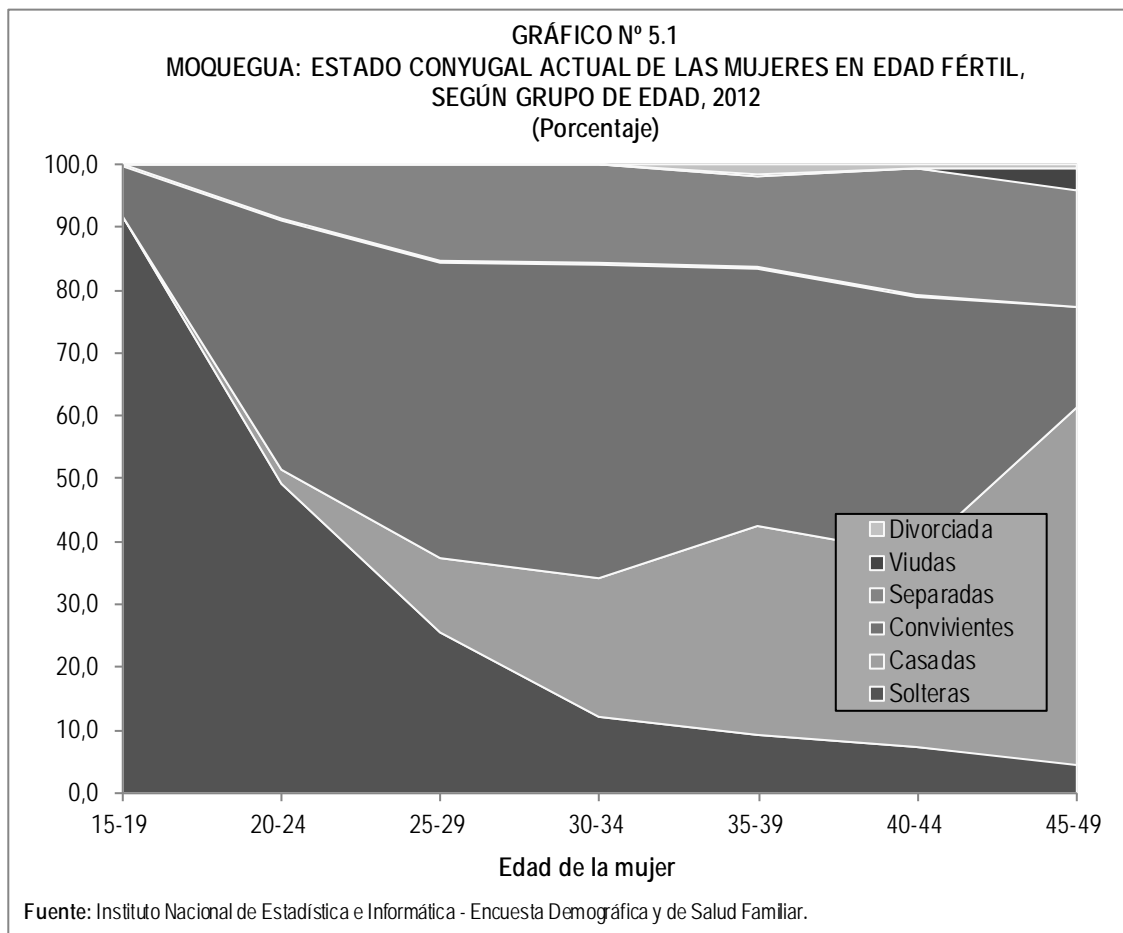
CUADRO N° 5.1

MOQUEGUA: ESTADO CONYUGAL ACTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012
(Distribución porcentual)

Grupo de edad	Estado conyugal actual							Número de mujeres
	Total	Soltera	Casada	Convi-viente	Viuda	Divor-ciada	Separada	
15-19	100,0	92,0	0,0	8,0	0,0	0,0	0,0	22
20-24	100,0	49,3	2,2	39,8	0,0	0,0	8,8	20
25-29	100,0	25,8	11,8	46,9	0,0	0,0	15,5	16
30-34	100,0	12,3	22,0	50,0	0,0	0,0	15,6	19
35-39	100,0	9,4	33,3	40,9	0,8	1,3	14,3	20
40-44	100,0	7,4	30,6	41,1	0,0	0,7	20,2	20
45-49	100,0	4,7	56,9	15,9	3,2	0,8	18,5	19
Total 2012	100,0	30,1	22,1	33,8	0,6	0,4	12,9	135
Total 2009	100,0	27,4	27,4	33,6	0,8	0,4	10,5	175

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

GRÁFICO N° 5.1
MOQUEGUA: ESTADO CONYUGAL ACTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL,
SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012
(Porcentaje)



Evolución del porcentaje de mujeres solteras (Cuadro 5.2)

- Entre las encuestas del 2009 y 2012, se observa que la proporción de mujeres solteras de 20 a 49 años de edad, aumentó en 2,7 puntos porcentuales, de 15,3 por ciento en el año 2009 a 18,0 por ciento en el año 2012. Este incremento es explicado por el aporte de los grupos de edad entre los 20 y 24 años de edad que incrementaron su porcentaje.

CUADRO N° 5.2
MOQUEGUA: EVOLUCIÓN DE MUJERES SOLTERAS,
SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2009 Y 2012

(Porcentaje)

Grupo de edad	2009	2012
20-24	35,9	49,3
25-29	23,5	25,8
30-34	13,4	12,3
35-39	4,4	9,4
40-44	4,5	7,4
45-49	8,9	4,7
20-49	15,3	18,0
Mujeres	147	113

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

Estado conyugal actual de las mujeres entrevistadas (Cuadro 5.3)

- Según área de residencia, en el área urbana el 31,9 por ciento de mujeres eran solteras, condición que en el área rural fue 19,9 por ciento. De otro lado, en las mujeres unidas se observa que hay más convivientes que casadas, así en el área urbana el 22,3 por ciento eran casadas frente al 32,1 por ciento de convivientes y, en el área rural el 21,1 por ciento eran casadas y 44,0 por ciento convivientes, estando el más alto porcentaje de convivientes del departamento en el área rural.
- Según nivel educativo, fue mayor el porcentaje de mujeres solteras que tenían educación superior (36,6 por ciento) en comparación con las mujeres con educación primaria (5,8 por ciento). Asimismo, las mujeres unidas con educación primaria y secundaria tuvieron los más altos porcentajes de convivientes (39,1 y 40,4 por ciento, respectivamente), mientras que los menores porcentajes se observaron en las unidas con educación secundaria, 14,5 por ciento de casada. Entre las mujeres separadas se observa que el mayor porcentaje fue en aquellas que tienen educación primaria (18,0 por ciento).
- Con respecto a los quintiles de riqueza, en el segundo quintil se encontró que el 47,6 por ciento de mujeres eran convivientes frente al 17,2 por ciento de casadas; en tanto que, en el quintil intermedio de riqueza, el 43,3 por ciento eran convivientes y 17,2 por ciento eran casadas.

CUADRO N° 5.3
MOQUEGUA: ESTADO CONYUGAL ACTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Estado conyugal actual					Separada	Número de mujeres
		Soltera	Casada	Convi-viente	Viuda	Divor-ciada		
Área de residencia								
Urbana	100,0	31,9	22,3	32,1	0,3	0,4	13,1	115
Rural	100,0	19,9	21,1	44,0	2,3	0,7	11,9	20
Nivel de educación								
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	100,0	5,8	34,6	39,1	2,5	0,0	18,0	18
Secundaria	100,0	32,3	14,5	40,4	0,0	0,0	12,8	60
Superior	100,0	36,6	26,1	24,8	0,3	1,0	11,2	55
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	100,0	29,7	14,8	36,1	4,9	0,0	14,5	6
Segundo quintil	100,0	21,8	17,2	47,6	0,9	0,0	12,5	19
Quintil intermedio	100,0	26,3	17,2	43,3	0,0	0,0	13,3	25
Cuarto quintil	100,0	33,6	17,9	34,6	0,3	0,3	13,3	51
Quintil superior	100,0	32,3	36,1	17,9	0,5	1,2	12,1	34
Total 2012	100,0	30,1	22,1	33,8	0,6	0,4	12,9	135
Total 2009	100,0	27,4	27,4	33,6	0,8	0,4	10,5	175

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Tipo de compañero sexual de las mujeres no unidas y alguna vez unidas (Cuadro 5.4)

- El 12,8 por ciento de las mujeres solteras tenía un compañero ocasional (10,5 por ciento) o regular (2,3 por ciento).
- Los datos muestran igualmente que las mujeres solteras alcanzaron el mayor porcentaje de relaciones de parejas temporales entre las edades 20 a 39 años, el 19,0 por ciento entre las de 20 a 29 años y 12,6 por ciento entre las de 30 a 39 años de edad tenían un compañero regular o un compañero ocasional. A partir de los 40 años, el porcentaje de mujeres solteras con compañero disminuye, llegando al 4,7 por ciento.
- Esta condición está asociada al nivel de educación y de ingresos, alcanzó el 17,3 por ciento entre las mujeres con educación superior, y 15,0 por ciento de aquellas que se encontraban en el cuarto quintil de riqueza.
- Entre las mujeres que han estado alguna vez unidas, el 7,4 por ciento tuvo un compañero regular u ocasional. Esta condición aumenta con la edad de manera similar, como aumenta el porcentaje de mujeres que se van quedando solas por viudez o separación. A partir de los 40 años, más del 60,0 por ciento de mujeres alguna vez unidas no tenía compañero. El porcentaje de mujeres que alguna vez estuvieron unidas sin compañero regular ni ocasional, fue menor entre las mujeres con educación superior (18,2 por ciento) o las que del cuarto quintil de riqueza (22,0 por ciento).

CUADRO N° 5.4
MOQUEGUA: TIPO DE COMPAÑERO SEXUAL DE LAS MUJERES NUNCA UNIDAS Y ALGUNA VEZ UNIDAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Mujeres nunca unidas			Mujeres alguna vez unidas			Número de mujeres
		Compañero regular	Compañero ocasional	Sin Compañero	Compañero regular	Compañero ocasional	Sin Compañero	
Grupo de edad								
15-19	100,0	1,1	10,3	88,5	0,0	0,0	0,0	20
20-29	100,0	2,1	16,9	57,7	2,9	4,5	15,8	18
30-39	100,0	4,2	8,4	27,7	5,7	13,2	40,7	10
40-49	100,0	2,8	1,9	17,2	7,9	2,8	67,4	11
Área de residencia								
Urbana	100,0	2,6	11,9	55,5	3,4	4,1	22,6	53
Rural	100,0	0,0	0,0	57,1	2,6	4,8	35,5	7
Nivel de educación								
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	
Primaria	100,0	0,0	0,0	22,2	0,0	8,2	69,6	5
Secundaria	100,0	0,6	10,1	60,9	2,2	5,0	21,2	27
Superior	100,0	4,4	12,9	57,4	5,1	2,0	18,2	27
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	*	*	3
Segundo quintil	100,0	0,0	6,4	55,6	2,7	10,2	25,1	7
Quintil intermedio	100,0	0,0	12,9	53,6	4,1	3,5	26,0	10
Cuarto quintil	100,0	1,6	13,4	55,8	2,5	4,7	22,0	24
Quintil superior	100,0	6,1	8,2	55,9	5,0	2,0	22,8	16
Total 2012	100,0	2,3	10,5	55,7	3,3	4,1	24,1	60
Total 2009	100,0	4,4	2,2	72,6	5,4	1,7	13,7	68

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

5.2 EDAD A LA PRIMERA UNIÓN CONYUGAL

La edad de las mujeres a la primera unión está estrechamente relacionada con el inicio de la vida sexual y 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 el potencial reproductivo a lo largo de su vida. En condiciones extremas, sin uso de anticonceptivos, se ha estimado que la tasa de fecundidad natural puede llegar a 15 hijas e hijos por mujer si la unión ocurre cuando se da la menarquía y se extiende por el resto de la vida reproductiva. La prolongación de la soltería y el celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de los niveles de fecundidad en una población.

En el Cuadro 5.5 se presenta el porcentaje de mujeres que se ha casado o ha entrado en convivencia antes de ciertas edades exactas (15, 18, 20, 22 y 25), según la edad de las mujeres al momento de la entrevista (cohortes de mujeres). Para ciertas cohortes, se ha calculado además la edad mediana a la primera unión, es decir, la edad a la cual el 50,0 por ciento de la cohorte ya ha formado pareja. La comparación de los porcentajes acumulados a cada edad permite conocer las tendencias en la edad a la primera unión entre las distintas cohortes.

Para estudiar los diferenciales socioeconómicos en la edad a la primera unión se presenta la mediana según diversas características en el Cuadro 5.6. Por área de residencia, nivel de educación y quintil de riqueza se generan diferencias importantes en la edad a la primera unión.

Edad a la primera unión por grupo de edad (Cuadro 5.5)

- La edad mediana a la primera unión en las mujeres de 25-49 fue de 22,5 años, la cual presenta ligera diferencia con respecto a la registrada el año 2009 (22,3 años).
- Los datos por cohortes muestran una tendencia a unirse más tardíamente, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 20 años, fue mayor (35,3 por ciento) en la cohorte de 20-24 años de edad; entre las que se unieron antes de los 22 años este porcentaje fue más alto (53,2 por ciento) para la cohorte de 25 -29 años; y en las que se unieron por primera vez antes de los 25 años, fue más alto (69,9 por ciento) en la cohorte de 25-29 años.

CUADRO N° 5.5
MOQUEGUA: MUJERES QUE SE UNIERON ANTES DE CUMPLIR EDADES EXACTAS Y EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNIÓN, SEGÚN GRUPO DE EDAD ACTUAL, 2012
 (Porcentaje)

Grupo de edad	Mujeres que se unieron por primera vez antes de cumplir:					Porcentaje nunca en unión	Número de mujeres	Edad mediana a la primera unión
	15	18	20	22	25			
15-19	3,3	na	na	na	na	92,0	22	a
20-24	3,2	15,7	35,3	na	na	49,3	20	a
25-29	1,0	13,2	33,3	53,2	69,9	25,8	16	21,7
30-34	1,8	11,5	32,4	43,4	56,5	12,3	19	23,6
35-39	0,7	12,7	30,1	45,6	65,2	9,4	20	23,2
40-44	2,6	18,6	31,0	44,6	68,2	7,4	20	22,4
45-49	0,9	18,2	30,2	44,9	68,6	4,7	19	22,5
20-49	1,7	15,1	32,0	na	na	18,0	113	a
Total 2012 (25-49)	1,4	14,9	31,3	46,1	65,6	11,4	93	22,5
Total 2009 (25-49)	2,1	15,5	32,5	48,2	66,0	11,3	123	22,3

Nota: La edad a la primera unión se define como la edad cuando comenzó a vivir con su primer esposo o compañero.

na = No aplicable debido a que puede estar ligeramente sesgada debido al truncamiento.

a = Omitida porque menos del 50,0 por ciento de las mujeres se unieron antes de cumplir la edad inferior intervalo.

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

Edad mediana a la primera unión (Cuadro 5.6)

- La diferencia en el inicio de la unión conyugal según nivel de educación y quintiles de riqueza, se observa mejor en las cohortes de 30 a 49 años. Por ejemplo en la cohorte de 40 a 44 años, la edad mediana de unión fue 3,9 años mayor entre las mujeres con educación superior (25,1 años) respecto a las mujeres sin nivel de educación (21,2 años), igualmente, fue 3,3 años mayor entre las mujeres del quintil superior de riqueza (24,4 años) comparada con el quintil inferior de riqueza (21,1 años).
- La edad mediana a la primera unión fue mayor entre las mujeres del área urbana de 25 a 49 años (22,7 años) que entre las mujeres del área rural (21,7 años).

CUADRO N° 5.6
MOQUEGUA: EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNIÓN ENTRE LAS MUJERES DE 20(25)-49 AÑOS DE EDAD, POR GRUPO DE EDAD ACTUAL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

Característica seleccionada	Mujeres 20-49	Mujeres 25-49	Grupo de edad actual					
			20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Área de residencia								
Urbana	a	22,7	a	22,1	23,7	23,3	22,5	22,6
Rural	a	21,7	a	21,4	23,3	22,7	21,9	20,6
Nivel de educación								
Sin educación	a	20,4	17,5	a	a	a	21,2	20,3
Primaria	19,9	20,0	19,2	21,9	19,4	19,4	20,0	21,0
Secundaria	a	20,8	19,7	19,8	21,3	20,8	22,1	20,2
Superior	a	a	a	24,3	25,6	26,1	25,1	26,3
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	a	22,7	a	22,6	27,7	22,2	21,1	23,9
Segundo quintil	a	21,7	18,7	21,7	21,0	23,2	22,8	19,9
Quintil intermedio	a	20,7	a	21,2	19,9	21,5	21,6	19,8
Cuarto quintil	a	22,4	a	20,7	24,8	21,5	22,1	23,1
Quintil superior	a	24,8	a	24,7	26,6	24,3	24,4	23,0
Total 2012	a	22,5	a	21,7	23,6	23,2	22,4	22,5
Total 2009	a	22,3	a	22,6	23,3	21,5	22,1	22,0

Nota: La edad a la primera unión se define como la edad cuando comenzó a vivir con su primer esposo o compañero.

a = Se omite porque menos del 50,0 por ciento de las mujeres se ha unido antes de los 20 años de edad.

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

5.3 EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

La primera relación sexual ocurre antes que la unión conyugal, tal como muestran los siguientes cuadros. En el Cuadro 5.7 se presenta el porcentaje de mujeres que ha tenido su primera relación sexual antes de las edades exactas (15, 18, 20, 22 y 25) y según grupo de edad al momento de la entrevista. En el Cuadro 5.8 se presenta la edad mediana a la primera relación sexual por grupo de edad de la mujer según área de residencia, nivel de educación y quintil de riqueza. Estos resultados pueden compararse con los obtenidos en el Cuadro 5.6 sobre la edad a la primera unión, para analizar si los diferenciales de la edad a la primera relación sexual entre categorías educacionales y por área de residencia son tan importantes como en el caso de la edad a la primera unión. Del análisis de los resultados por edad también se pueden obtener conclusiones sobre cambios en el tiempo.

Edad a la primera relación sexual (Cuadro 5.7)

- La edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25-49 fue 19,3 años, 3,2 años antes que la edad mediana a la primera unión (22,5 años). Se observa que a través de las edades actuales de las mujeres, la mediana de edad a la primera relación sexual ha variado ligeramente.
- La cohorte de 20 a 24 años muestra un inicio más temprano de las relaciones sexuales (42,1 por ciento) antes de los 18 años comparada con las otras cohortes, en la cohorte de 25 a 29 años es 77,9 por ciento antes de cumplir los 22 años de edad. Al llegar a los 25 años, más del 82,0 por ciento de las mujeres ya había tenido su primera relación sexual.
- El 2,6 por ciento de las mujeres de 25 a 49 años de edad manifestaron que nunca han tenido relaciones sexuales, porcentaje que disminuyó con respecto al año 2009 (3,7 por ciento).

CUADRO N° 5.7

MOQUEGUA: MUJERES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES ANTES DE CUMPLIR EDADES EXACTAS Y EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN GRUPO DE EDAD ACTUAL, 2012
(Porcentaje)

Grupo de edad	Mujeres que ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir:					Porcentaje que nunca ha tenido relaciones	Número de mujeres	Edad mediana a la primera relación
	15	18	20	22	25			
15-19	4,0	na	na	na	na	75,8	22	a
20-24	8,7	42,1	65,0	na	na	23,7	20	18,4
25-29	9,9	36,6	56,5	77,9	91,4	6,2	16	19,3
30-34	4,8	31,7	62,6	76,5	89,4	1,9	19	19,2
35-39	1,5	30,9	56,2	66,2	82,6	2,1	20	19,4
40-44	4,5	33,3	53,6	68,7	83,8	2,4	20	19,6
45-49	3,6	31,3	55,5	69,5	83,3	0,9	19	19,3
15-24	6,2	na	na	na	na	51,2	42	a
20-49	5,4	34,3	58,3	na	na	6,3	113	19,1
Total 2012 (25-49)	4,7	32,6	56,8	71,5	85,9	2,6	93	19,3
Total 2009 (25-49)	7,4	36,6	60,9	74,2	86,6	3,7	123	19,0

na = No aplicable y a que debe estar sesgada por problemas de truncamiento.

a = Omitida porque menos del 50,0 por ciento de las entrevistadas tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir la edad inferior

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

Edad mediana a la primera relación sexual (Cuadro 5.8)

- El inicio de las relaciones sexuales entre las mujeres de 25 a 49 años, al igual que el inicio de la vida conyugal, está relacionado con sus condiciones de vida que se muestran según característica seleccionada. Esta fue a una edad más temprana en el área rural (18,7 años) que en el área urbana (19,5 años).
- El inicio de las relaciones sexuales está asociado con el nivel de educación y de ingresos. Ocurrió 1,7 años antes en las mujeres sin educación (19,1 años) comparada con las de educación superior (20,8 años), y 0,7 año antes en las mujeres del quintil inferior de riqueza (19,4 años) en relación con las del quintil superior de riqueza (20,1 años).

CUADRO N° 5.8
MOQUEGUA: EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ENTRE LAS MUJERES DE 20(25)-49 AÑOS DE EDAD,
POR GRUPO DE EDAD ACTUAL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

Característica seleccionada	Mujeres	Mujeres	Grupo de edad actual					
	20-49	25-49	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Área de residencia								
Urbana	19,2	19,5	18,5	19,2	19,1	19,5	19,9	19,7
Rural	18,5	18,7	17,6	19,5	19,4	18,6	18,3	18,2
Nivel de educación								
Sin educación	18,8	19,1	16,5	a	a	a	19,2	19,1
Primaria	18,1	18,0	18,4	21,1	17,7	17,8	17,9	18,5
Secundaria	18,1	18,3	17,0	17,7	18,3	18,4	18,8	18,2
Superior	a	20,8	a	20,6	20,0	22,1	21,4	20,7
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	19,5	19,4	a	21,3	15,7	19,2	19,1	22,3
Segundo quintil	18,3	18,8	17,2	20,1	19,4	18,1	18,0	17,9
Quintil intermedio	18,6	18,8	18,0	17,7	18,6	19,8	20,2	18,3
Cuarto quintil	19,1	19,2	18,8	19,5	18,7	18,8	19,4	19,7
Quintil superior	19,9	20,1	18,7	21,0	19,9	20,0	20,5	20,1
Total 2012	19,1	19,3	18,4	19,3	19,2	19,4	19,6	19,3
Total 2009	19,0	19,0	18,7	19,2	19,3	18,7	18,9	19,1

a = Omitida porque menos del 50,0 por ciento de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir la edad inferior

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

5.4 ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA Y RECIENTE

La probabilidad de una mujer de quedar embarazada está en función a la frecuencia de relaciones sexuales en ausencia de protección anticonceptiva. En esta sección, se discuten los resultados sobre la frecuencia de la actividad sexual de las mujeres en edad fértil, medida a partir de la pregunta sobre fecha de la última relación. Los datos se han elaborado sobre la base de la información de todas las mujeres en edad fértil y se presenta el porcentaje de mujeres que ha tenido relaciones sexuales, según el momento de la última relación, así como la de aquellas que nunca han tenido experiencia sexual. En los Cuadros 5.9 y 5.10, se presenta dicha información como una medición de la exposición al riesgo de embarazo, la misma que aumenta de acuerdo con la frecuencia de relaciones sexuales. Estos datos se analizan según diversas características, incluyendo edad, estado conyugal, duración de la unión, método de anticoncepción usado en la actualidad, nivel de educación, quintil de riqueza y área de residencia.

Actividad sexual previa y reciente según características seleccionadas (Cuadro 5.9)

- El 82,3 por ciento de las mujeres en edad fértil han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, conformado por un 51,3 por ciento en las cuatro semanas que precedieron al día de la entrevista, un 17,6 por ciento en el último año (sin tomar en cuenta las últimas cuatro semanas), y el 13,4 por ciento hace un año o más. Comparados estos datos con los del año 2009 (82,3 por ciento), se observa que no hubo variación.
- La actividad sexual reciente fue más frecuente entre las mujeres de 25 y más años de edad (más del 50,0 por ciento). Está asociada al estado conyugal, alcanzando el 78,4 por ciento entre las mujeres casadas o convivientes, el 14,0 por ciento entre las divorciadas, separadas o viudas y 18,2 por ciento entre las mujeres solteras.
- La actividad sexual en las mujeres unidas según la duración de la unión alcanzó el nivel más alto entre los 5 y 9 años de matrimonio (87,0 por ciento), y se mantiene por encima del 60,0 por ciento en los demás rangos de duración matrimonial.

- La mayoría de las mujeres que usaron métodos anticonceptivos fueron sexualmente activas en porcentajes que fluctúan entre 68,2 y 93,9 por ciento. En general, el uso de métodos anticonceptivos está asociado con una mayor frecuencia de relaciones sexuales.
- Con relación al nivel de educación, fue mayor la proporción de actividad sexual reciente en las mujeres con educación primaria (52,1 por ciento), en cambio, fue menor en las de educación secundaria (50,1 por ciento).
- Por otro lado, se encontró que la frecuencia de la actividad sexual de las mujeres del quintil inferior de riqueza (42,6 por ciento) fue menor en 6,9 puntos porcentuales respecto de las del quintil superior de riqueza (49,5 por ciento).

CUADRO N° 5.9
MOQUEGUA: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE DE LAS MUJERES, POR MOMENTO DE LA ÚLTIMA RELACIÓN
SEXUAL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Momento de la última relación			Nunca ha tenido relaciones	Número de mujeres
		Últimas cuatro semanas	Último año 1/	Hace un año o más		
Grupo de edad						
15-19	100,0	17,7	4,8	1,6	75,8	22
20-24	100,0	46,8	19,6	9,9	23,7	20
25-29	100,0	56,7	26,2	10,9	6,2	16
30-34	100,0	69,5	18,6	10,0	1,9	19
35-39	100,0	65,5	18,3	14,1	2,1	20
40-44	100,0	52,4	19,0	26,2	2,4	20
45-49	100,0	57,0	19,9	22,2	0,9	19
Estado conyugal						
Soltera	100,0	18,2	11,3	11,9	58,7	41
Casada o conviviente	100,0	78,4	18,6	2,9	0,0	76
Divorciada/ separada/ viuda	100,0	14,0	26,9	59,1	0,0	19
Duración matrimonial 2/						
0-4 años	100,0	76,4	22,5	1,1	0,0	14
5-9 años	100,0	87,0	13,0	0,0	0,0	14
10-14 años	100,0	79,3	17,8	2,9	0,0	14
15-19 años	100,0	78,8	17,4	3,8	0,0	15
20-24 años	100,0	81,7	13,1	5,2	0,0	11
25 y más años	100,0	61,6	32,3	6,2	0,0	9
Método anticonceptivo actual						
Ningún método	100,0	17,0	23,5	23,3	36,2	66
Píldora	100,0	85,9	14,1	0,0	0,0	6
DIU	100,0	(67,0)	(22,7)	(10,2)	(0,0)	4
Esterilización	100,0	68,2	15,4	16,3	0,0	12
Abstinencia periódica	100,0	93,9	6,1	0,0	0,0	11
Otra	100,0	87,5	11,2	1,3	0,0	37
Nivel de educación						
Sin educación	100,0	*	*	*	*	1
Primaria	100,0	52,1	22,0	23,2	2,7	18
Secundaria	100,0	50,1	15,3	12,1	22,6	60
Superior	100,0	51,7	18,8	11,7	17,8	55
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	100,0	42,6	7,2	30,5	19,7	6
Segundo quintil	100,0	59,7	13,5	10,8	16,0	19
Quintil intermedio	100,0	52,4	17,0	17,5	13,1	25
Cuarto quintil	100,0	49,9	17,0	12,2	20,8	51
Quintil superior	100,0	49,5	22,9	10,6	16,9	34
Total 2012	100,0	51,3	17,6	13,4	17,7	135
Total 2009	100,0	52,7	18,2	11,4	17,7	175

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Excluye mujeres que tuvieron relaciones sexuales durante las últimas cuatro semanas.

2/ Excluye a mujeres que no están actualmente casadas/convivientes.

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

Actividad sexual reciente según área de residencia (Cuadro 5.10)

- Por área de residencia, los mayores niveles de actividad sexual en las últimas cuatro semanas se presentan entre las mujeres residentes del área rural (58,6 por ciento) siendo menor entre las del área urbana (50,1 por ciento).

CUADRO N° 5.10
MOQUEGUA: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE DE LAS MUJERES, POR MOMENTO DE LA ÚLTIMA
RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2012
(Distribución porcentual)

Área de residencia	Momento de la última relación				Nunca ha tenido relaciones	Número de mujeres
	Total	Últimas cuatro semanas	Último año 1/	Hace un año o más		
Urbana	100,0	50,1	18,6	12,7	18,6	115
Rural	100,0	58,6	11,5	17,4	12,5	20
Total 2012	100,0	51,3	17,6	13,4	17,7	135
Total 2009	100,0	52,7	18,2	11,4	17,7	175

1/ Excluye mujeres que tuvieron relaciones sexuales durante las últimas cuatro semanas.

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

PREFERENCIA DE FECUNDIDAD

En los capítulos anteriores, se presentaron estadísticas sobre los determinantes próximos de la fecundidad: la planificación familiar (Capítulo 4) y la nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo (Capítulo 5). En el presente capítulo, se muestran los resultados sobre las preferencias reproductivas de las mujeres a tres niveles:

- Información en cuanto al deseo de espaciar o limitar el número de hijas e hijos en general y el tiempo que les gustaría esperar antes de tener otra hija o hijo, lo que permite clasificar a las mujeres en dos grupos: las que desean espaciar y las que desean limitar los nacimientos. Esta información es relevante para el estudio de la demanda total e insatisfecha de servicios de planificación familiar.
- Información sobre el tamaño ideal de la familia, o el promedio ideal de hijas e hijos, que al compararse con el promedio de nacidos vivos, permite obtener una primera idea de la fecundidad prevalente en el departamento de Moquegua.
- 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.

6.1 EL DESEO DE TENER MÁS HIJAS E HIJOS

Para los Programas de Planificación Familiar es importante tanto el espaciamiento como la limitación de la fecundidad porque permite orientar sus objetivos en beneficio de la salud de las mujeres, niñas y niños. En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, se preguntó a las mujeres si deseaban más hijas e hijos y, para aquellas que respondieron afirmativamente, se indagó sobre el tiempo que les gustaría esperar para tener otra hija o hijo (o tener el primero para aquellas sin hijas e hijos). Específicamente, a las nulíparas se les preguntó si deseaban tener hijas e hijos; al resto, si deseaban más hijas e hijos. 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 (Sección 6.2 más adelante).

La evolución del deseo de más hijas e hijos en las encuestas ejecutadas en el departamento de Moquegua desde 1996, se resume en el Cuadro 6.1. La distribución de las mujeres en unión de acuerdo con el deseo o no de más hijas e hijos se presenta en el Cuadro 6.2 por número de hijas e hijos sobrevivientes. La misma distribución pero por grupos de edad de las mujeres se presenta en el Cuadro 6.3.

Preferencias de fecundidad por hijas e hijos sobrevivientes y evolución desde 1996 (Cuadros 6.1, 6.2 y 6.3)

- El 65,1 por ciento de las mujeres en unión no desean tener más hijas e hijos: 52,5 por ciento expresó su deseo de no querer más hijas e hijos en el futuro y 12,6 por ciento fueron mujeres esterilizadas. Desde 1996, el porcentaje de mujeres unidas que no desean tener más hijas e hijos ha disminuido hasta alcanzar una diferencia de 6,4 puntos porcentuales.
- En la Encuesta 2012, el deseo de no tener más hijas o hijos aumenta rápidamente con la paridez, desde el 32,9 por ciento entre las mujeres con una hija o hijo vivo hasta 90,1 por ciento entre las que tienen tres hijas e hijos sobrevivientes.
- En promedio, el 13,5 por ciento del total de entrevistadas en unión desean tener una hija o hijo dentro de

los próximos dos años. El deseo de tener hijas o hijos prontamente disminuye al 6,8 y 6,0 por ciento entre las mujeres que ya tienen dos y tres hijas e hijos, respectivamente.

- El 13,8 por ciento de las mujeres en unión desea tener una hija o hijo dentro de dos años o más. Este deseo se dio en mayor porcentaje entre quienes tienen solo una hija o hijo (30,5 por ciento). Disminuyó a 2,9 por ciento entre las que tienen tres hijas e hijos (Véase Cuadro 6.2).

CUADRO N° 6.1
MOQUEGUA: EVOLUCIÓN DE PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD EN MUJERES UNIDAS, 1996-2012
(Distribución porcentual)

Preferencia de más hijas e hijos	1996	2000 a/	2010	2011	2012
No quiere más	57,1	51,4	52,4	54,4	52,5
Esterilizada 1/	14,4	14,6	12,8	14,7	12,6
Desea más	25,4	29,1	29,6	24,9	28,0
Indecisa	1,9	2,5	0,7	0,5	1,1
Infértil	1,2	1,9	4,5	5,5	5,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

a/ En el año 2000 hubo 0,5 por ciento de mujeres que no especificaron su deseo de hijas e hijos.

1/ Incluye esterilización femenina y masculina.

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

CUADRO N° 6.2
MOQUEGUA: PREFERENCIA DE FECUNDIDAD EN MUJERES UNIDAS, POR NÚMERO DE HIJAS E HIJOS SOBREVIVIENTES, 2012
(Distribución porcentual)

Preferencia de fecundidad	Total Mujeres 15-49	Número de hijas e hijos sobrevivientes 1/						
		0	1	2	3	4	5	6 y más
No desea más								
No quiere más	52,5	*	32,9	63,9	63,2	(58,5)	*	*
Esterilizada 2/	12,6	*	0,0	13,6	26,9	(35,6)	*	*
Desea más, indecisa o infecunda								
Desea tener otro pronto 3/	13,5	*	27,2	6,8	6,0	(0,0)	*	*
Desea tener otro pero más tarde 4/	13,8	*	30,5	7,2	2,9	(0,0)	*	*
Desea tener más, no sabe cuando	0,7	*	0,0	1,9	0,0	(0,0)	*	*
Indecisa	1,1	*	2,9	0,6	0,0	(0,0)	*	*
Infértil	5,8	*	6,5	5,9	1,1	(5,9)	*	*
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	76	3	23	28	15	4	2	1

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye el embarazo actual.

2/ Incluye esterilización femenina y masculina.

3/ Desea otra hija o hijo antes de dos años.

4/ Desea esperar dos o más años.

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

- El porcentaje de mujeres que no desea tener más hijas e hijos aumenta rápidamente con la edad, desde un 50,8 por ciento entre las mujeres de 20 a 24 años hasta un 62,6 por ciento entre aquellas de 30 a 34 años, llegando al 83,1 por ciento en las mujeres de 45 a 49 años (Véase Cuadro 6.3).

- Por otro lado, el porcentaje de mujeres en unión que desea tener una hija o hijo pronto fue mayor entre las mujeres de 25 a 29 años de edad (23,3 por ciento); y fue menor entre las mujeres de 45 a 49 años (2,6 por ciento) y de 20 a 24 años de edad (5,4 por ciento).
- Si bien un 5,4 por ciento de mujeres de 20 a 24 años expresaron el deseo de tener una hija o hijo pronto, el 36,4 por ciento desea esperar dos años o más. A partir de los 30 años de edad, este porcentaje disminuye rápidamente a medida que aumenta la edad.

CUADRO N° 6.3
MOQUEGUA: PREFERENCIA DE FECUNDIDAD EN MUJERES UNIDAS, POR GRUPO DE EDAD, 2012
(Distribución porcentual)

Preferencia de fecundidad	Total mujeres 15-49	Grupo de edad						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
No desea más								
No quiere más	52,5	*	50,8	41,5	59,6	46,8	60,4	56,0
Esterilizada 1/	12,6	*	0,0	1,8	3,0	21,1	14,9	27,1
Desea más, indecisa o infecunda								
Desea tener otro pronto 2/	13,5	*	5,4	23,3	17,9	18,0	15,2	2,6
Desea tener otro pero más tarde 3/	13,8	*	36,4	29,1	13,9	8,9	0,0	2,1
Desea tener más, no sabe cuando	0,7	*	1,8	2,6	1,1	0,0	0,0	0,0
Indecisa	1,1	*	2,6	1,7	0,0	1,2	0,9	0,0
Infértil	5,8	*	3,1	0,0	4,5	3,9	8,6	12,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	76	2	8	9	14	15	14	14

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye esterilización femenina y masculina.

2/ Desea otra hija o hijo antes de dos años.

3/ Desea esperar dos o más años.

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

La evolución entre las Encuestas 1996 y 2012 del porcentaje de mujeres actualmente en unión que no desean tener más hijas o hijos, se presenta en el Cuadro 6.4 por paridez y grupos de edad. La distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias de fecundidad, se muestra en el Cuadro 6.5 por área de residencia.

Evolución de las preferencias de fecundidad por edad y paridez (Cuadro 6.4)

- Entre los años 1996 y 2012, el porcentaje de mujeres unidas que no deseaba tener más hijas e hijos ha disminuido entre aquellas que tienen una y tres hijas e hijos vivos. Este mismo comportamiento se mostró en las mujeres de 25 a 49 años de edad. En cambio, dado que mantienen patrones de alta fecundidad, registró incremento el porcentaje de mujeres con dos hijas e hijos, así, como entre aquellas de 20 a 24 años de edad.
- la disminución que se observa desde el año 1996 hasta el año 2012 fue mayor entre las mujeres con tres hijas e hijos y que ahora no desea tener más hijas e hijos. La diferencia alcanzó 4,3 puntos porcentuales menos en el año 2012.
- El descenso en el porcentaje de mujeres unidas que no desean tener más hijas e hijos fue mayor entre aquellas que tienen 35 a 39 años de edad. Esta disminución estaría asociada a una mayor oferta de métodos que le permiten a las mujeres, un mejor manejo o regulación de su fecundidad.

CUADRO N° 6.4
MOQUEGUA: MUJERES UNIDAS QUE NO DESEAN MÁS HIJAS E HIJOS (O ESTERILIZADAS), POR
NÚMERO DE HIJAS E HIJOS SOBREVIVIENTES Y GRUPO DE EDAD, 1996-2012
 (Porcentaje)

Año	Total mujeres 15-49	Número de hijas e hijos sobrevivientes 1/						
		0	1	2	3	4	5	6 y más
1996	71,5	na	37,0	73,1	94,4	98,1	(100,0)	(96,8)
2000	66,0	4,0	27,5	79,7	90,9	94,3	87,9	95,7
2010	65,2	*	28,6	74,8	96,3	98,4	*	*
2011	69,1	11,5	31,3	79,2	91,8	88,3	*	*
2012	65,1	*	32,9	77,5	90,1	(94,1)	*	*

Año	Total mujeres 15-49	Grupo de edad						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1996	71,5	na	47,3	50,0	72,9	87,0	89,2	91,3
2000	66,0	*	37,9	58,7	67,0	77,5	77,3	79,5
2010	65,2	*	35,0	45,4	62,0	79,5	88,7	72,7
2011	69,1	*	48,3	52,4	64,2	77,6	83,6	76,9
2012	65,1	*	50,8	43,3	62,6	67,9	75,3	83,1

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye el embarazo actual.

na = No aplica.

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

Preferencias de fecundidad por área de residencia (Cuadro 6.5)

- El deseo de no tener más hijas e hijos de las mujeres en unión fue mayor en el área rural (66,8 por ciento) que en el área urbana (64,7 por ciento). En cambio, el porcentaje de mujeres esterilizadas del área urbana fue superior en 5,2 puntos porcentuales respecto de las mujeres residentes en el área rural (13,5 y 8,3 por ciento, respectivamente).
- De otro lado, el porcentaje de mujeres que desean tener otra hija o hijo pronto (antes de dos años) y en las infértiles fue mayor en el área urbana que en el área rural. Así, el porcentaje de mujeres que desea tener una hija o hijo pronto fue superior en 4,1 puntos porcentuales en las mujeres del área urbana que entre las del área rural (14,2 frente a 10,1 por ciento).

CUADRO N° 6.5
MOQUEGUA: MUJERES EN UNIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA, SEGÚN
PREFERENCIA DE FECUNDIDAD, 2012
(Distribución porcentual)

Preferencia de fecundidad	Total	Área de residencia	
		Urbana	Rural
No desea más			
No quiere más	52,5	51,2	58,5
Esterilizada 1/	12,6	13,5	8,3
Desea más, indecisa o infecunda			
Desea tener otro pronto 2/	13,5	14,2	10,1
Desea tener otro pero más tarde 3/	13,8	13,2	16,8
Desea tener más, no sabe cuando	0,7	0,6	1,2
Indecisa	1,1	1,1	1,2
Infértil	5,8	6,2	3,8
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	76	63	13

1/ Incluye esterilización femenina y masculina.

2/ Desea otra hija o hijo antes de dos años.

3/ Desea esperar dos o más años.

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

6.2 LA NECESIDAD INSATISFECHA Y LA DEMANDA DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En la sección anterior, se indicó que el porcentaje 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 en el departamento de Moquegua. Una mejor aproximación al análisis de la necesidad de planificación familiar se presenta a continuación. 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 en Moquegua.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar

En el cálculo de la necesidad insatisfecha de planificación familiar se excluyen las siguientes categorías de mujeres:

- Mujeres que no están actualmente en unión.
- Mujeres que están practicando la planificación familiar.
- Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas que estaban empleando alguna forma de anticoncepción cuando quedaron embarazadas.
- Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo fue deseado.
- Mujeres infértiles, es decir, aquellas sin hijas e 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 una hija o un hijo en los próximos dos años.

Las mujeres que no están comprendidas en ninguna de estas categorías forman parte del grupo con necesidad insatisfecha (véase el Gráfico 6.1 para la ilustración de los componentes):

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 deseaban más hijas e hijos.

Necesidad insatisfecha para espaciar

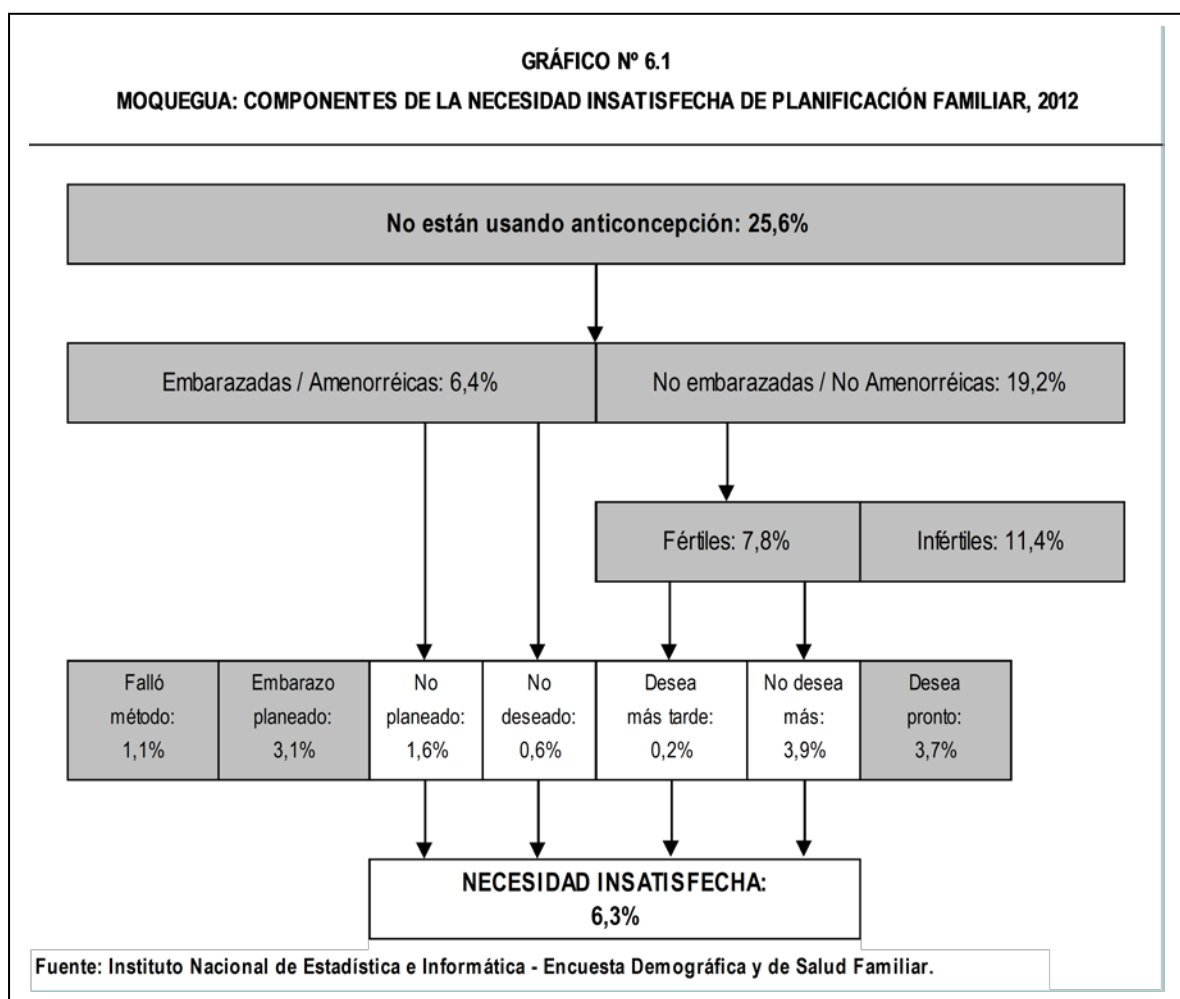
- Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo sí fue deseado, pero más tarde.
- Mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifestaron que sí deseaban más hijas e hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años.

La demanda total de planificación familiar

Los niveles de necesidad insatisfecha revelan solo en parte el potencial de la demanda de planificación familiar en el departamento de Moquegua. La información de la Encuesta 2012 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 los Cuadros 6.6 y 6.7 para las mujeres en unión. Un indicador grueso del éxito alcanzado por los programas de planificación familiar se obtiene calculando el porcentaje de demanda satisfecha con respecto a la demanda total. La demanda de planificación familiar por área de residencia y nivel de educación se presenta en el Gráfico 6.2.



Necesidad insatisfecha y demanda total de planificación familiar (Cuadros 6.6 y 6.7)

- El 6,3 por ciento de las mujeres en unión del departamento de Moquegua manifestó necesidad insatisfecha de planificación familiar (comparado con 6,1 por ciento en el año 2009), gran parte de ellas con la intención de limitar el tamaño de su familia (4,5 por ciento).
- El porcentaje que se observa en el grupo de edad, 20 a 24 años, dentro de aquellas mujeres que desean espaciar el nacimiento de sus hijas e hijos, fue alto si se compara con el resto de los grupos.
- La necesidad insatisfecha de planificación familiar fue mayor entre las mujeres unidas con educación primaria en comparación con aquellas con educación superior (5,8 frente a 4,3 por ciento).
- Respecto a los quintiles de riqueza, el mayor nivel de la demanda insatisfecha se presentó entre las mujeres del cuarto quintil (7,7 por ciento). En cambio, el menor nivel se encontró en el quintil superior con un valor de 4,5 por ciento.
- Según área de residencia, la necesidad insatisfecha de planificación familiar fue similar en el área urbana (6,4 por ciento) y rural (6,3 por ciento).
- La demanda total por servicios de planificación familiar (uso de métodos más necesidad insatisfecha) entre las mujeres unidas, se estima en el 81,8 por ciento: 57,7 por ciento para limitar el tamaño de la familia y 24,1 por ciento para espaciar los nacimientos. La demanda total fue similar al valor observado en el año 2009.
- Mientras que el porcentaje de demanda total para espaciar disminuyó con la edad, el porcentaje de mujeres con demanda para limitar aumentó a medida que la edad avanza. Solo entre las menores de 30 años de edad la demanda de métodos para espaciar supera a la demanda para limitar. El menor nivel de demanda total (63,2 por ciento) se encontró entre las mujeres de mayor edad (45 a 49 años), en su mayoría con propósitos de limitar el tamaño familiar.
- El mayor nivel de la demanda total se presentó entre las mujeres ubicadas en el segundo quintil de riqueza (90,2 por ciento), residentes en el área rural (88,4 por ciento) y con educación superior (84,3 por ciento). Por otro lado, el menor nivel se encontró entre las mujeres del quintil intermedio (75,4 por ciento).
- Del total de mujeres unidas con demanda de planificación familiar (81,8 por ciento), el 92,2 por ciento de ellas tuvo satisfecha dicha necesidad por el hecho de estar usando métodos. El porcentaje de demanda satisfecha fue ligeramente menor respecto al año 2009. Este nivel fue mayor entre las mujeres de 40 a 44 años de edad (95,1 por ciento), con educación superior (94,9 por ciento) y ubicadas en el quintil superior (94,4 por ciento). En cambio, las mujeres de 20 a 24 años de edad (85,8 por ciento) y aquellas con educación secundaria (89,6 por ciento) tuvieron los porcentajes más bajos de demanda total satisfecha.

CUADRO Nº 6.6

MOQUEGUA: NECESIDAD DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES EN UNIÓN, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Porcentaje)

Característica seleccionada	Necesidad insatisfecha de planificación familiar 1/			Necesidad satisfecha de planificación familiar (usuarias actuales) 2/			Demanda total de planificación familiar 3/			Porcentaje de demanda satisfecha 4/	Número de mujeres
	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar		
Grupo de edad											
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
20-24	13,4	6,5	6,9	76,6	39,7	36,9	94,7	50,9	43,8	85,8	8
25-29	6,8	0,0	6,8	79,2	51,1	28,1	86,0	51,1	34,9	92,1	9
30-34	6,0	4,0	2,0	79,2	24,0	55,1	85,2	28,0	57,1	93,0	14
35-39	5,2	0,0	5,2	82,0	19,7	62,3	87,3	19,7	67,5	94,0	15
40-44	3,9	0,0	3,9	73,0	5,9	67,1	78,5	5,9	72,6	95,1	14
45-49	4,4	0,0	4,4	58,8	2,1	56,8	63,2	2,1	61,1	93,1	14
Área de residencia											
Urbana	6,4	1,5	4,9	72,7	21,9	50,8	80,4	24,0	56,4	92,1	63
Rural	6,3	3,6	2,7	82,1	20,8	61,4	88,4	24,4	64,1	92,9	13
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	5,8	1,2	4,7	72,5	7,9	64,6	78,4	9,1	69,3	92,5	14
Secundaria	8,5	1,5	7,0	70,7	19,7	51,0	81,6	22,4	59,3	89,6	33
Superior	4,3	2,7	1,6	80,0	30,7	49,3	84,3	33,4	50,9	94,9	28
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Segundo quintil	7,1	2,6	4,5	81,6	20,3	61,4	90,2	24,4	65,8	92,2	12
Quintil intermedio	6,9	1,0	5,8	68,6	17,1	51,4	75,4	18,2	57,3	90,9	15
Cuarto quintil	7,7	2,8	4,9	72,0	25,8	46,3	80,6	28,6	52,0	90,4	27
Quintil superior	4,5	0,9	3,6	74,3	23,1	51,2	81,0	25,1	55,8	94,4	19
Total 2012	6,3	1,9	4,5	74,4	21,7	52,7	81,8	24,1	57,7	92,2	76
Total 2009	6,1	2,8	3,3	73,3	21,9	51,4	81,8	26,6	55,2	92,5	106

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

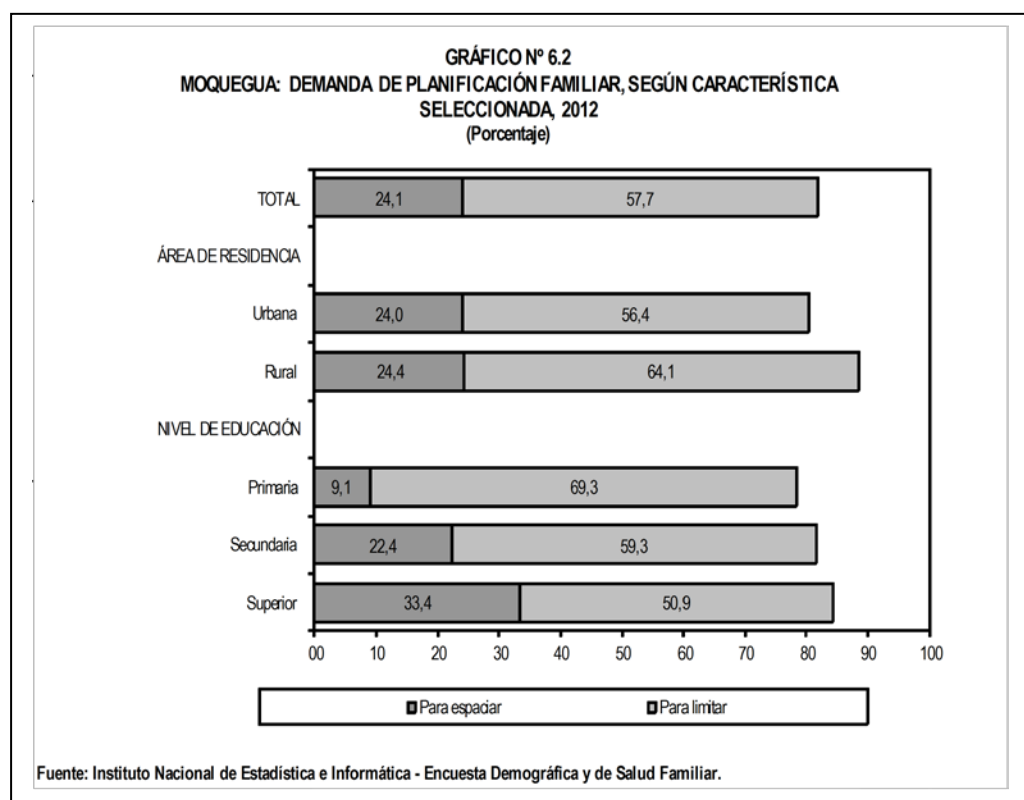
2/ La *necesidad satisfecha para espaciar* se refiere a las mujeres que usan algún método de planificación familiar porque desean espaciar los nacimientos (respondieron que desean tener más hijas e hijos o están indecisas al respecto).

La *necesidad satisfecha para limitar* se refiere a aquellas mujeres que están usando porque desean limitar los nacimientos (respondieron que no desean más hijas e hijos).

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

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

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



6.3 NÚMERO IDEAL DE HIJAS E HIJOS

En las secciones anteriores se analizó el deseo de tener más hijas e hijos en el futuro, lo que tiene relación con el número de hijas e hijos ya tenidos. En las entrevistas realizadas en la Encuesta 2012 se investigó también respecto al número ideal de hijas e hijos, independientemente de la situación actual; es decir, el número de hijas e 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 hijas e hijos tenidos, especialmente en el grupo de mujeres de mayor edad. Por una parte, las parejas que desean familias numerosas terminan con un número elevado de hijas e 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.

Es posible también que las mujeres con alta paridez sean, en promedio, de más edad que las que tienen familia pequeña; esto no solo debido al menor tiempo de exposición al riesgo de embarazo de estas últimas mujeres, 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.

La distribución de las mujeres entrevistadas desde la Encuesta 2000 hasta la Encuesta 2012, según el número ideal de hijas e hijos, el número ideal según el número de hijas e hijos sobrevivientes, el promedio ideal para todas las mujeres y para las actualmente unidas, y el número promedio ideal de hijas e hijos por grupo de edad de las mujeres según característica seleccionada se muestran en los Cuadros 6.7, 6.8 y 6.9.

Número ideal de hijas e hijos por sexo y número de hijas e hijos sobrevivientes (Cuadros 6.7 y 6.8)

- El número promedio ideal de hijas e hijos preferidos por todas las entrevistadas fue 2,0. Entre los años 2000 y 2012, el porcentaje de mujeres cuyo número ideal de hijas e hijos fue menos de tres; ha disminuido de 81,6 a 78,6 por ciento. En los últimos tres años el promedio ideal de hijas e hijos preferidos por todas las entrevistadas se mantuvo en similar nivel.

- El promedio ideal de hijas e hijos aumenta con el número de hijas e hijos sobrevivientes, desde 1,9 entre las mujeres sin hijas e hijos y con una hija o hijo, en ambos casos, hasta 2,1 entre las que tienen dos, tres y cuatro hijas e hijos, en cada caso.
- El 54,4 por ciento de entrevistadas en el año 2012 hubiera preferido tener dos hijas e hijos.
- El número promedio ideal de hijas e hijos preferido por las mujeres actualmente unidas (2,1 hijas e hijos) fue similar al de todas las mujeres entrevistadas (2,0 hijas e hijos).

CUADRO Nº 6.7
MOQUEGUA: MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN NÚMERO IDEAL DE
HIJAS E HIJOS, 2000 - 2012
 (Distribución porcentual)

Número ideal de hijas e hijos	2000	2010	2011	2012
Ninguno	3,1	3,2	8,3	8,6
1	13,6	17,2	12,9	15,6
2	64,9	60,3	61,8	54,4
3	11,5	13,6	12,5	14,8
4	3,6	3,8	2,6	4,6
5 y más	1,5	1,6	1,9	1,7
No especificado	1,9	0,2	0,0	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Promedio ideal	2,1	2,0	2,0	2,0

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

CUADRO N° 6.8
MOQUEGUA: MUJERES ENTREVISTADAS, POR NÚMERO DE HIJAS E HIJOS SOBREVIVIENTES, SEGÚN NÚMERO
Y PROMEDIO IDEAL DE HIJAS E HIJOS, 2012
(Distribución porcentual)

Número y promedio ideal de hijas e hijos	Total	Número de hijas e hijos sobrevivientes 1/						
		0	1	2	3	4	5	6 y más
Número de hijas e hijos								
0	8,6	4,6	9,7	11,0	7,3	12,2	*	*
1	15,6	21,2	15,0	12,0	18,1	2,7	*	*
2	54,4	57,4	60,3	53,3	40,9	62,2	*	*
3	14,8	13,5	10,6	15,2	25,1	10,0	*	*
4	4,6	2,4	2,7	5,3	7,8	12,9	*	*
5	1,2	0,4	1,7	1,5	0,8	0,0	*	*
6 y más	0,5	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	*	*
Respuestas no numéricas	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	*	*
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	135	40	33	34	19	5	2	1
Promedio ideal de hijas e hijos 2/								
Promedio para todas las mujeres	2,0	1,9	1,9	2,1	2,1	2,1	*	*
Número total de mujeres	135	40	33	34	19	5	2	1
Promedio para actualmente unidas	2,1	*	1,8	2,1	2,2	(2,3)	*	*
Número de mujeres unidas	76	3	23	28	15	4	2	1

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye el embarazo actual.

2/ Los promedios se calculan excluyendo las mujeres que dieron respuestas no numéricas.

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

Número medio ideal de hijas e hijos (Cuadro 6.9)

- El número medio ideal de hijas e hijos aumenta con la edad de la entrevistada, desde 2,0 hijas e hijos en las mujeres de 15 a 19 años a 2,2 hijas e hijos entre las que tienen 40 a 44 años.
- Los mayores promedios ideales de hijas e hijos se presentaron entre las entrevistadas pertenecientes al quintil superior (2,1 hijas e hijos).
- Por el contrario, los menores promedios del ideal de hijas e hijos se encontró entre las entrevistadas del quintil inferior y segundo quintil de riqueza (1,8 hijas e hijos, en ambos casos).
- El número promedio ideal de hijas e hijos entre mujeres de 45 a 49 años de edad del quintil superior de riqueza fue 1,9 hijas e hijos; a diferencia de las mujeres del quintil inferior y cuarto quintil entre las cuales el ideal fue 2,1 hijas e hijos, en cada caso.

CUADRO N° 6.9

MOQUEGUA: PROMEDIO IDEAL DE HIJAS E HIJOS DE TODAS LAS MUJERES, POR GRUPO DE EDAD ACTUAL DE LA MUJER, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

Característica seleccionada	Todas las mujeres	Grupo de edad actual de la mujer						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Área de residencia								
Urbana	2,0	2,0	1,7	1,8	2,1	2,0	2,2	2,0
Rural	2,0	2,0	1,8	2,0	2,1	1,8	2,0	2,1
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*
Primaria	1,9	1,7	1,3	1,1	2,0	2,2	2,1	1,8
Secundaria	1,9	1,9	1,7	1,9	2,0	1,8	2,1	2,0
Superior	2,0	2,2	1,8	1,8	2,2	2,0	2,2	2,2
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	1,8	1,6	1,3	1,3	2,8	1,7	1,9	2,1
Segundo quintil	1,8	1,9	1,9	1,9	1,7	1,7	1,9	1,6
Quintil intermedio	2,0	1,7	1,8	2,0	2,0	2,0	2,5	2,2
Cuarto quintil	2,0	2,2	1,8	1,8	2,1	1,8	1,9	2,1
Quintil superior	2,1	2,0	1,6	1,9	2,4	2,3	2,4	1,9
Total 2012	2,0	2,0	1,7	1,8	2,1	2,0	2,2	2,0
Total 2009	2,0	1,8	2,0	2,0	1,9	2,2	2,0	2,2

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Número medio ideal de hijas e hijos y necesidad insatisfecha por condición de la mujer (Cuadro 6.10)

- La capacidad de la mujer para controlar su fecundidad y la necesidad insatisfecha de planificación familiar está relacionada con el estatus y la imagen que la mujer proyecta en el hogar. Así, fue mayor el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar en las que toman el mayor número de decisiones (6,5 por ciento) que en las que tienen la última palabra en tres o cuatro decisiones del hogar (5,2 por ciento).
- El porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar para limitar el tamaño de su familia fue 4,6 por ciento entre aquellas que manifestaron tres o cuatro razones para negarse a tener relaciones sexuales con su esposo.

CUADRO N° 6.10

MOQUEGUA: PROMEDIO IDEAL DE HIJAS E HIJOS Y NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN INDICADOR DE CONDICIÓN DE LA MUJER, 2012
(Porcentaje)

Indicador de condición de la mujer	Promedio ideal de hijas e hijos	Número de mujeres	Necesidad insatisfecha de planificación familiar			Número de mujeres
			Total	Para espaciar	Para limitar	
Número de decisiones en que la mujer tiene la última palabra						
0	*	0	*	*	*	0
1-2	*	3	*	*	*	3
3-4	2,1	20	5,2	0,8	4,3	20
5	2,1	53	6,5	2,0	4,4	53
Número de razones para negarse a tener relaciones con el esposo						
0	*	1	*	*	*	1
1-2	(2,1)	4	(7,4)	(4,0)	(3,4)	4
3-4	2,1	70	6,4	1,8	4,6	70
Número de razones que justifican que esposa sea golpeada 1/						
0	2,1	71	6,8	2,0	4,8	71
1-2	(1,8)	4	(0,0)	(0,0)	(0,0)	4
3-4	*	0	*	*	*	0
5	*	0	*	*	*	0
Total	2,1	76	6,3	1,9	4,5	76

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Razones que justifican que la mujer sea golpeada: sale de casa sin decir nada, descuida a los niños, discute con el esposo, se niega a tener relaciones sexuales con el esposo, quema la comida.

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

6.4 PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Para cada hija o hijo nacido en los cinco años anteriores a la encuesta y para el embarazo actual, cuando era aplicable, se preguntó a la mujer si el embarazo fue planificado, o si 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 hijas e 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 estos probablemente están subestimados.

En el Cuadro 6.11 se presenta la distribución de todos los nacimientos ocurridos durante los cinco años antes de la encuesta, más los embarazos actuales, de acuerdo con las intenciones reproductivas de la mujer al momento de embarazarse y según orden del nacimiento y edad de la madre al nacimiento.

Planificación de la fecundidad (Cuadro 6.11)

- El 27,2 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados, es decir, nacieron sin que los padres hubieran querido tenerlos.
- El porcentaje de hijas e hijos no deseados aumenta con el orden de nacimiento y la edad de la madre, alcanzando el 38,9 por ciento cuando el nacimiento es de tercer orden, al igual que en las madres de 35 a 39 años de edad (43,9 por ciento).
- Si se agrega a los nacimientos ocurridos a madres que ya no querían más hijas e hijos aquellos que hubieran querido diferirlos para después, el porcentaje de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años que no fueron deseados en el momento de su concepción se eleva a 51,9 por ciento.

CUADRO N° 6.11
MOQUEGUA: NACIMIENTOS EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA (INCLUYENDO EMBARAZOS ACTUALES), POR INTENCIÓN REPRODUCTIVA DE LA MADRE, SEGÚN ORDEN DE NACIMIENTO Y GRUPO DE EDAD DE LA MADRE, 2012
(Distribución porcentual)

Orden de nacimiento y grupo de edad de la madre	Total	Intención reproductiva de la madre			Número de nacimientos
		Lo quería entonces	Lo quería después	No quería más hijas e hijos	
Orden de nacimiento					
1	100,0	42,8	43,0	14,2	17
2	100,0	63,7	15,5	20,8	14
3	100,0	50,0	11,1	38,9	8
4 y más	100,0	(15,3)	(8,4)	(76,4)	5
Grupo de edad de la madre					
<20	100,0	13,0	56,7	30,4	7
20-24	100,0	35,6	42,8	21,6	10
25-29	100,0	73,4	11,7	14,9	11
30-34	100,0	58,6	11,6	29,8	9
35-39	100,0	49,5	6,7	43,9	6
40-44	100,0	*	*	*	2
Total 2012	100,0	48,0	24,7	27,2	44
Total 2009	100,0	41,4	39,3	19,4	66

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

6.5 TASA 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. 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. 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. Los resultados se muestran en el Cuadro 6.12

Tasa de fecundidad deseada (Cuadro 6.12)

- La Tasa Global de Fecundidad en el departamento de Moquegua hubiera sido de 1,6 hijas e hijos en promedio por mujer si todos los nacimientos no deseados pudieron ser prevenidos. Como esto no ocurrió, la tasa global de fecundidad observada fue de 2,1 hijas e hijos en promedio por mujer, casi un hijo más que los deseados, es decir, un 31,3 por ciento más alta que la tasa global de fecundidad deseada.
- Si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser controlados, la mayor reducción en el nivel de fecundidad, en términos absolutos, se daría entre las mujeres con educación secundaria (0,7 hija o hijo) y residentes en el área urbana (0,6 hija o hijo).
- Un menor nivel de reducción entre la tasa global deseada con la observada, se aprecia entre las mujeres con educación superior (0,3 hija o hijo) y entre las ubicadas en el quintil superior (0,4 hija o hijo).

CUADRO Nº 6.12
MOQUEGUA: FECUNDIDAD DESEADA Y OBSERVADA PARA LOS TRES AÑOS
ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

Característica seleccionada	Tasa Global de Fecundidad	
	Deseada	Observada
Área de residencia		
Urbana	1,6	2,2
Rural	*	*
Nivel de educación		
Sin educación	*	*
Primaria	*	*
Secundaria	1,5	2,2
Superior	1,6	1,9
Quintil de riqueza		
Quintil inferior	*	*
Segundo quintil	(1,5)	(2,4)
Quintil intermedio	*	*
Cuarto quintil	1,4	1,9
Quintil superior	2,0	2,4
Total 2012	1,6	2,1
Total 2009	1,9	2,5

Nota: Las tasas son calculadas basadas en los nacimientos de mujeres de 15-49 en el período de 1-36 meses anteriores a la encuesta. Las tasas totales de fecundidad son iguales a las presentadas en el cuadro 3.3. Las tasas basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Los resultados obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2012 no permitieron obtener tasas de mortalidad infantil y en la niñez, debido al bajo número de casos encontrados, por lo que en este capítulo se vuelve a reproducir los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2011.

Al igual que en las encuestas anteriores, en la encuesta 2011 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 hija e hijo nacido vivo. En el caso de nacidos vivos que fallecieron, se registraba la edad a la que había ocurrido el deceso, con tres variantes:

- En días para niños y niñas que murieron durante el primer mes de vida;
- En meses para los que perecieron entre uno y 23 meses; y
- En años para los que fallecieron después de cumplir los dos años.

Estos datos permiten calcular, para períodos determinados, las siguientes probabilidades de morir¹:

- Mortalidad neonatal: probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN);
- Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida (${}_1q_0$);
- Mortalidad post-infantil: probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario (${}_4q_1$);
- Mortalidad en la niñez: probabilidad de morir antes de cumplir cinco años (${}_5q_0$).

Todas las tasas de mortalidad se expresan por mil nacidos vivos, excepto la tasa de mortalidad post-infantil la cual se expresa por mil niños que han alcanzado los 12 meses de edad.

Al igual que las otras variables demográficas, la mortalidad está sujeta a errores de declaración. La confiabilidad de las estimaciones de la mortalidad depende de los niveles de omisión de hijos e hijas que han fallecido al poco tiempo de nacer, especialmente cuando la defunción ha ocurrido bastante tiempo antes de la encuesta. Es importante, de igual manera, la calidad diferencial de la declaración de las fechas de nacimiento de hijas e hijos sobrevivientes e hijas e hijos muertos. Otro error que puede ocurrir es la declaración errónea de la edad al morir o de la fecha de defunción del infante. En encuestas de otros países, se ha observado una tendencia en las madres a redondear hacia "un año" (12 meses) como edad de la hija o hijo al morir, aún cuando la niña o 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 post-infantil.

Especial atención debe prestarse a la mortalidad durante el primer mes de vida (mortalidad neonatal), pues cuando desciende la mortalidad infantil y en la niñez, se espera que los riesgos tiendan a concentrarse en el primer mes de vida, por provenir fundamentalmente, de razones congénitas. En cambio, las causas de las defunciones a

¹ Las estimaciones de mortalidad en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar no son, en estricto, tasas sino probabilidades calculadas siguiendo los procedimientos estándar para construcción de tablas de mortalidad del llamado *método directo* de estimación. Para cada período calendario se tabulan las muertes y las personas expuestas para los intervalos de edad en meses: 0, 1-2, 3-5, 6-11, 12-23, 24-35, 36-47 y 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 Shea Rutstein.1984. *Infant and Child Mortality: Levels, Trends and Demographic Differentials*. Rev. ed. Estudios Comparativos WFS No. 43. Voorburg, Netherlands: International Statistical Institute.

partir del segundo mes de vida son atribuibles principalmente a los condicionantes de salud y socioeconómicos imperantes en los hogares y en su entorno.

Cabe señalar que los valores de las probabilidades de morir a las diferentes edades consideradas son especialmente susceptibles a errores y variaciones aleatorias propias de las encuestas por muestreo, dada la baja frecuencia de estos eventos en la población total. Esta situación conlleva la necesidad de ser cautelosos en la interpretación de las tendencias observadas, sean éstas dadas por una encuesta en particular o establecidas mediante la comparación de valores puntuales derivados de diferentes investigaciones. Los intervalos de confianza de las estimaciones de mortalidad se presentan en el Apéndice B.

7.1 DIFERENCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Para ciertas características es suficiente proporcionar estimaciones confiables para un período de cinco años, para la presentación de las tasas de mortalidad según región o departamento aún es recomendable ampliar el período de referencia hacia los 10 años anteriores a la encuesta, debido a que el tamaño de la muestra puede ser insuficiente para proporcionar estimaciones confiables para un período de cinco años. Las estimaciones presentadas para la encuesta 2011 en el Cuadro 7.1 según características seleccionadas como sexo de la niña o niño, área de residencia y nivel de educación de la madre se reseñan para un período de diez años. Los niveles de la mortalidad infantil y en la niñez se resumen en el Gráfico 7.1 por área de residencia y nivel de educación de la madre. En el Apéndice B, se presentan los errores de muestreo para las estimaciones.

Mortalidad por características seleccionadas (Cuadro 7.1; Gráfico 7.1)

- La tasa de mortalidad infantil de Moquegua a enero del 2006 fue de 21,8 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos. La mortalidad en la niñez fue de 24,2 defunciones de menores de cinco años por mil nacidos vivos.
- Por sexo la tasa de mortalidad infantil fue más alta en los niños (27,4 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos) que en las niñas (16,0 por mil nacidos vivos). En la mortalidad en la niñez ocurren 30,4 defunciones por mil nacidos vivos en los varones y 17,7 defunciones por mil en las mujeres.
- La tasa de mortalidad infantil rural fue 30,0 y la urbana 20,0 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. La mortalidad en la niñez también fue mayor en el área rural 43,1 que en el área urbana 20,0 por mil.
- El nivel educativo de la madre establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: las niñas y niños de madres con estudios de primaria tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (32,0 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios superiores (13,7 por mil). Tendencia similar se puede notar en la mortalidad en la niñez, donde las niñas y niños de madres con educación primaria tenían una tasa de mortalidad en la niñez de 44,7 defunciones por mil nacidos vivos y de madres con educación superior solo 13,7 por mil.

CUADRO N° 7.1
 MOQUEGUA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICA
 SELECCIONADA, 2010-2011

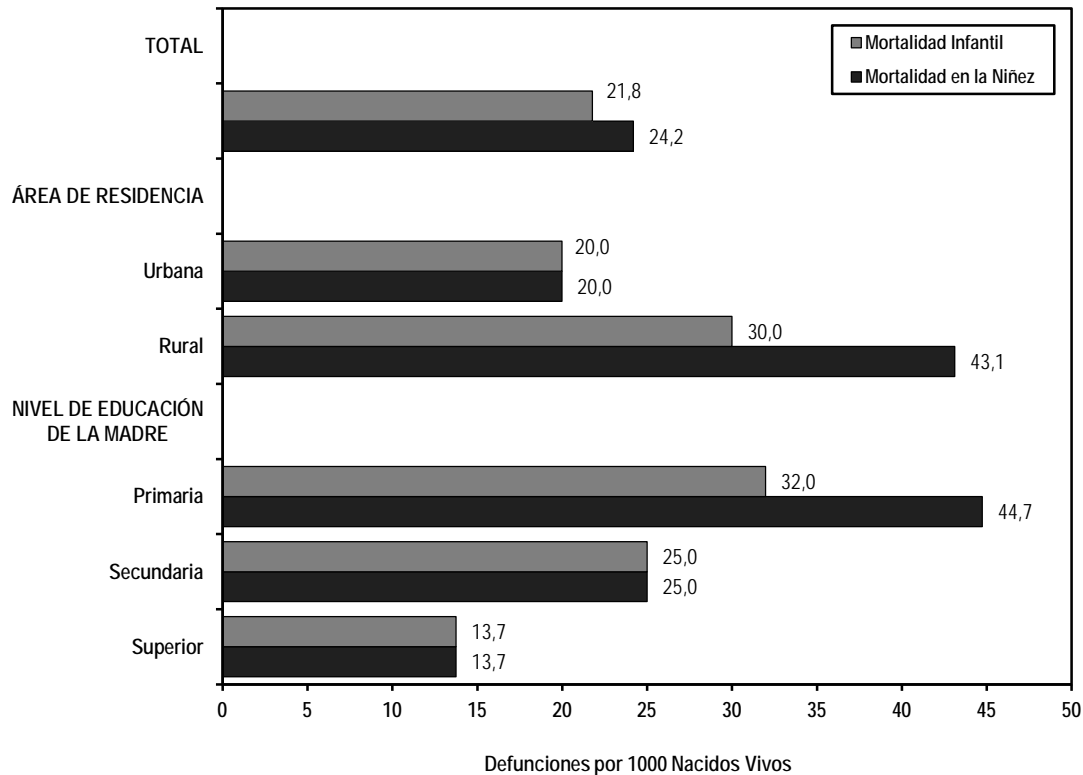
(Para los diez años anteriores a la encuesta, fecha central enero 2006)

Característica seleccionada	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal 1/ (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Post-infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
Sexo del niño					
Hombre	11,6	15,8	27,4	3,1	30,4
Mujer	10,2	5,8	16,0	1,8	17,7
Área de residencia					
Urbana	9,8	10,2	20,0	0,0	20,0
Rural	16,1	13,9	30,0	13,5	43,1
Nivel de educación de la madre					
Primaria	0,0	32,0	32,0	13,2	44,7
Secundaria	16,6	8,4	25,0	0,0	25,0
Superior	8,7	5,0	13,7	0,0	13,7
Total	10,9	10,9	21,8	2,5	24,2

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

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

GRÁFICO N° 7.1
 MOQUEGUA: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICA
 SELECCIONADA, 2010-2011



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

7.2 GRUPOS DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO

Con el fin de sintetizar los diversos aspectos antes presentados, el estudio de la mortalidad también puede emprenderse a través de las categorías de alto riesgo de mortalidad en la población, no sólo desde el punto de vista de las niñas y niños nacidos vivos, sino también desde el punto de vista del grupo de mujeres cuyas hijas e hijos se encuentran en categorías de riesgo de mortalidad en el futuro. El Cuadro 7.2 contiene el porcentaje de infantes nacidos en los últimos cinco años en grupos de alto riesgo de mortalidad, y el porcentaje de mujeres en unión en riesgo de concebir una niña o niño con alto riesgo de mortalidad, según categorías de riesgo. Los primeros nacimientos de mujeres entre 18 y 34 años constituyen una categoría especial de *riesgo no evitable*.

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

- La madre tiene menos de 18 años al momento del nacimiento del niño o niña;
- La madre tiene más de 34 años al momento del nacimiento del niño o niña;
- El intervalo intergenésico es menos de 24 meses;
- El orden del nacimiento es mayor de 3.

Tomando en cuenta estos grupos se construyen categorías especiales de riesgo elevado evitable 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 de la niña o niño si fuese concebido en el mes de la entrevista: edad actual menor de 17 años y 3 meses; edad actual mayor de 34 años y 3 meses; el nacimiento anterior ocurrió hace menos de 15 meses; el nacimiento anterior fue de orden 3 o superior. Las mujeres y niñas y niños en diferentes categorías de riesgo reproductivo se presentan en el Cuadro 7.2 y se resumen en el Gráfico 7.2.

Categorías de alto riesgo reproductivo (Cuadro 7.2 y Gráfico 7.2)

- El 29,2 por ciento de los nacimientos se encuentran en alguna categoría de riesgo evitable; mientras que el 36,8 por ciento en ninguna categoría de riesgo.
- Cuatro categorías concentran el 23,7 por ciento del total de nacimientos que ocurrieron en riesgo reproductivo evitable o elevado evitable: aquellos nacimientos de madre mayor de 34 años (10,0 por ciento), madre menor de 18 años (5,5 por ciento), orden de nacimiento mayor de tres (4,6 por ciento) y la combinación de mujer mayor a 34 años con orden de nacimiento mayor a tres (3,6 por ciento).
- El 58,5 por ciento de las mujeres actualmente unidas están en posibilidad de concebir hijos o hijas con riesgo reproductivo evitable o elevado evitable. Un 25,8 por ciento de ellas presentaron riesgo evitable por tener más de 34 años, y cuando se trata de una categoría de riesgo elevado evitable, un 20,1 por ciento de mujeres unidas fueron susceptibles de tener hijas y/o hijos con riesgo elevado de morir, por ser mayores de 34 años y tener orden de nacimiento mayor de tres.

CUADRO N° 7.2
MOQUEGUA: NACIMIENTOS EN ÚLTIMOS CINCO AÑOS Y MUJERES EN UNIÓN, SEGÚN CATEGORÍA DE RIESGO DE MORTALIDAD, 2010-2011
(Distribución porcentual)

Categoría de riesgo 1/	Nacimientos	Mujeres actualmente unidas
En ninguna categoría de riesgo	36,8	36,4 a/
Categoría de riesgo inevitable		
Nacimientos de orden uno entre las edades 18 a 34	34,0	5,1
En una categoría de riesgo evitable	23,8	35,4
Madre menor de 18 años	5,5	0,2
Madre mayor de 34 años	10,0	25,8
Intervalo de nacimiento menor a 24 meses	3,6	4,2
Orden de nacimiento mayor de tres	4,6	5,1
En múltiples categorías de riesgo elevado evitable	5,4	23,1
Edad menor a 18 años e intervalo de nacimiento menor a 24 meses 2/	0,0	0,0
Edad mayor a 34 años e intervalo menor a 24 meses	0,9	1,6
Edad mayor a 34 años y orden de nacimiento mayor a tres	3,6	20,1
Edad mayor a 34 años, intervalo menor a 24 meses y orden de nacimiento mayor a tres	0,0	1,0
Intervalo menor a 24 meses y orden de nacimiento mayor a tres	0,9	0,5
En alguna categoría de riesgo evitable	29,2	58,5
Total	100,0	100,0
Número de nacimientos y mujeres	38	77

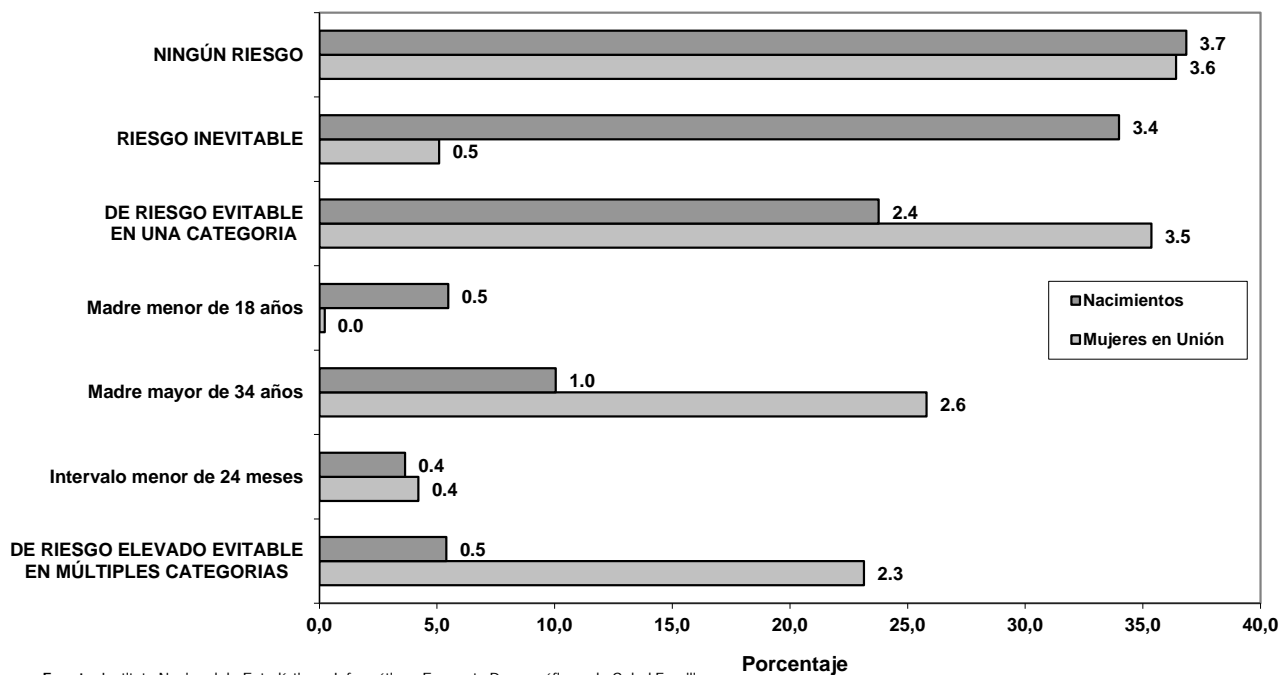
1/ Las mujeres son clasificadas en categorías de riesgo según el estado que tendrían al momento del nacimiento del hijo si fueran a concebir al momento de la encuesta: edad actual menos de 17 años y tres meses, mayor de 34 años y tres meses, el nacimiento anterior ocurrió hace menos de 15 meses; o, el último nacimiento fue de orden tres ó más.

2/ Incluye la categoría <18 años de edad y orden de nacimiento >tres.

a/ Incluye mujeres esterilizadas.

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

Gráfico 7.2
MOQUEGUA: NACIMIENTOS EN ÚLTIMOS CINCO AÑOS Y MUJERES EN UNIÓN, SEGÚN CATEGORÍA
DE RIESGO DE MORTALIDAD, 2010-2011
(Porcentaje)



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

La salud materna en el Perú ha mejorado ostensiblemente en la última década. Sin embargo, existen problemas que merecen preferente atención, como la persistencia de tasas de mortalidad relativamente elevadas para la región y diferenciales significativos por nivel de educación, de capacidad económica o ámbito geográfico. Asimismo, subsiste la prevalencia de enfermedades endémicas y el rebrote de otras que habían casi desaparecido. La morbi-mortalidad materna está muy relacionada con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se valora la vida y el estatus de la mujer en el país.

En el Perú, las estadísticas de rutina (ej., vitales, de servicios) todavía tienen márgenes apreciables de subregistro y/o error, lo que limita seguir de manera confiable la evolución de algunos indicadores de salud. Las encuestas poblacionales y de salud hacen posible obtener estadísticas confiables a nivel nacional y departamental. En este contexto, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 es una versión más, la décima encuesta de demografía y salud en el país, desde que se realizó la primera en el año 1986. Las otras ocho se realizaron en 1991-1992, 1996, 2000, 2004-2006, 2007-2008, 2009, 2010 y 2011.

Esta Encuesta contiene información significativa sobre aspectos relacionados con la salud materna que permite llenar, en parte, el vacío mencionado de datos. En este capítulo, se presentan los resultados del departamento de Moquegua referidos a temas tales como la atención prenatal, la asistencia durante el parto y el cuidado postparto. El objetivo básico es identificar los grupos más vulnerables y las acciones de salud más débiles, para así contribuir en la planificación de los programas de salud materna.

La cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del 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 la Encuesta 2012, se les preguntó a las mujeres por aspectos relacionados a la prestación de servicios y a su exposición a los mismos como el número de visitas de atención prenatal y la edad gestacional a la primera visita, el contenido de la atención prenatal y, si recibió vacuna antitetánica. Para la atención del parto, se interrogó acerca del lugar de ocurrencia, persona que atendió y algunas características del parto (entre nacidos y nacidas vivas en los últimos cinco años anteriores a la encuesta). Similarmente, se hacen algunas preguntas sobre el cuidado postnatal entre las mujeres que no dieron a luz en un establecimiento de salud.

8.1 ATENCIÓN PRENATAL

El control médico durante el embarazo es muy importante para la salud de la madre y de la hija o hijo. Durante el control, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones (ejemplo: presión alta, anemia, entre otros) que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo. Además, durante las visitas se vacuna a la madre con toxoide tetánico para evitar el tétano neonatal. También se le aconseja acerca de cómo alimentarse durante el embarazo, los síntomas y signos de posibles complicaciones del parto y cómo cuidar y alimentar al recién nacido o nacida. En muchos de los controles prenatales, también se orienta a la madre sobre la planificación familiar.

El Cuadro 8.1 describe los porcentajes de atención prenatal, por persona que proporcionó dicha atención, entre las mujeres que tuvieron hijas o hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta. El Cuadro 8.2 indica el número de visitas de control prenatal y el número de meses de embarazo de la madre al momento de la primera visita para tal atención, por área de residencia (urbana-rural). El Cuadro 8.3 detalla diversos contenidos dados durante la atención prenatal y, de esa manera presenta una idea de la calidad de tal atención. El Cuadro 8.4 presenta el número de vacunas recibidas contra el tétano neonatal y su distribución de acuerdo con la característica seleccionada.

Atención prenatal por fuente de atención (Cuadro 8.1)

- El 99,3 por ciento de mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud calificado, lo que constituyó un aumento sobre el 96,8 por ciento encontrado durante la Encuesta 2009. La atención prenatal por médico presenta una tendencia a aumentar, de 37,9 por ciento en el año 2009 a 61,1 por ciento en el año 2012. La atención prenatal por obstetrix presenta una tendencia a disminuir, de 58,9 por ciento a 38,2 por ciento entre las dos encuestas mencionadas.
- Las diferencias de atención prenatal son importantes de acuerdo con las características de la mujer. Así, relativamente menos adolescentes menores de 20 años de edad se atendieron con un médico, en comparación con las mujeres de 35 a 49 años de edad (46,1 frente a 53,6 por ciento). El 49,7 por ciento de adolescentes menores de 20 años de edad se controlaron con una obstetrix, porcentaje que disminuyó con respecto al año 2009 (70,3 por ciento).
- Por área de residencia, más mujeres fueron atendidas por médico en el área urbana que por obstetrix (65,8 frente a 33,4 por ciento). En el área rural, la obstetrix (67,6 por ciento) fue la profesional que atendió un mayor porcentaje de mujeres en comparación a las atendidas por personal médico (32,4 por ciento).
- En cuanto al nivel de educación de las mujeres entrevistadas, el 81,8 por ciento de aquellas con educación superior se controlaron con un médico, cifra mayor a la registrada en el año 2009 (55,8 por ciento). Con relación a la capacidad adquisitiva, la diferencia entre el quintil superior y el segundo quintil de riqueza para la atención médica va de 91,5 a 40,9 por ciento, en la Encuesta 2012. En el caso de la atención por obstetrix, se invierte el patrón entre los dos quintiles, siendo la diferencia entre el segundo quintil y el quintil superior de 59,1 frente a 8,5 por ciento.
- Con respecto a la falta de atención prenatal, solo el 0,7 por ciento de mujeres respondieron que “No recibió atención”. No obstante, el 4,2 por ciento de adolescentes menores de 20 años de edad, 1,8 por ciento de mujeres del cuarto quintil y 1,7 por ciento entre aquellas con el primer nacimiento, muestran los porcentajes más altos de mujeres sin atención prenatal.

CUADRO N° 8.1
MOQUEGUA: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON NACIMIENTOS EN LOS CINCO
AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA, POR PERSONA QUE PROPORCIONÓ EL CUIDADO
PRENATAL PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Persona que proporcionó la atención prenatal		No recibió atención prenatal	Porcentaje que recibió atención prenatal de proveedor de salud calificado 1/	Número de mujeres
		Médico	Obstetriz			
Edad de la madre al nacimiento						
Menos de 20 años	100,0	46,1	49,7	4,2	95,8	6
20-34	100,0	67,2	32,8	0,0	100,0	23
35-49	100,0	53,6	46,4	0,0	100,0	7
Orden de nacimiento						
Primer nacimiento	100,0	61,1	37,2	1,7	98,3	14
2-3	100,0	63,1	36,9	0,0	100,0	18
4-5	100,0	*	*	*	*	3
6 y más	100,0	*	*	*	*	1
Área de residencia						
Urbana	100,0	65,8	33,4	0,8	99,2	31
Rural	100,0	32,4	67,6	0,0	100,0	5
Nivel de educación						
Sin educación	100,0	*	*	*	*	0
Primaria	100,0	31,8	68,2	0,0	100,0	5
Secundaria	100,0	51,9	46,7	1,4	98,6	17
Superior	100,0	81,8	18,2	0,0	100,0	14
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	2
Segundo quintil	100,0	40,9	59,1	0,0	100,0	6
Quintil intermedio	100,0	43,1	56,9	0,0	100,0	7
Cuarto quintil	100,0	61,3	37,0	1,8	98,2	14
Quintil superior	100,0	91,5	8,5	0,0	100,0	9
Total 2012	100,0	61,1	38,2	0,7	99,3	37
Total 2000 a/	100,0	37,9	58,9	0,4	99,6	53

Nota: Si se mencionó más de una fuente de atención prenatal, solo es considerada la más calificada. Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Proveedor de salud calificado: incluye médico, obstetriz y enfermera.

a/ El total incluye enfermera (2,8 por ciento).

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

Número de visitas de atención prenatal (Cuadro 8.2)

- El 96,4 por ciento de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta recibieron cuatro y más visitas de atención prenatal. Este porcentaje fue menor a lo encontrado en el año 2009 (97,2 por ciento). La cobertura de visitas en el área urbana alcanzó el 97,3 por ciento y en el área rural el 90,9 por ciento.
- Es importante que la primera visita de atención prenatal se realice tempranamente, para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y el parto. El 74,7 por ciento de las mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir cuatro meses de embarazo. Los porcentajes difieren si se trata de mujeres residentes en el área urbana (76,6 por ciento) o rural (63,5 por ciento).
- Existe una diferencia de cerca de un mes entre las medianas de meses de embarazo a la primera visita entre el área urbana y rural (2,8 y 3,6 meses, respectivamente).

CUADRO N° 8.2
MOQUEGUA: NÚMERO DE VISITAS DE CONTROL PRENATAL Y MESES DE EMBARAZO A LA PRIMERA VISITA PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO DE LAS MUJERES EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2012 (Distribución porcentual)

Número y momento de visitas de atención prenatal	Total	Área de residencia	
		Urbana	Rural
Número de visitas de control prenatal			
Ninguna	0,7	0,8	0,0
1	0,9	0,0	6,3
2-3	2,1	2,0	2,8
4 y más	96,4	97,3	90,9
Total	100,0	100,0	100,0
Meses de embarazo a la primera visita de control prenatal			
Ningún control	0,7	0,8	0,0
Menos de 4	74,7	76,6	63,5
4-5	16,9	16,5	19,3
6-7	6,6	5,4	14,1
8 y más	1,1	0,8	3,1
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	37	31	5
Mediana de meses de embarazo a la primera visita para atención prenatal	2,9	2,8	3,6
Número de mujeres con atención prenatal	36	31	5

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

Contenido de la atención prenatal (Cuadro 8.3 y Gráfico 8.1)

- Los controles de rutina más frecuentes en la atención prenatal son el control de peso, la altura uterina y la presión arterial, los que fueron realizados a casi todas las mujeres que recibieron la atención (98,7 y 99,6 por ciento, respectivamente, en el caso de las dos primeras) y al 100,0 por ciento en el caso de la presión arterial. Estos porcentajes en el año 2009 representaron el 98,4 por ciento para el control de peso, 99,1 por ciento para la presión arterial y 98,2 por ciento para la altura uterina.
- La explicación de las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo fue realizada en el 94,1 por ciento de mujeres, mayor en 1,4 puntos porcentuales a lo registrado en el año 2009 (92,7 por ciento). Las mujeres con educación secundaria (97,3 por ciento), con el segundo o tercer nacimiento (96,7 por ciento) y entre las residentes en el área rural (96,5 por ciento) muestran los más altos porcentajes.
- La toma de muestras de orina durante la atención prenatal permite descartar alguna infección o enfermedad diabética o hipertensiva del embarazo. De otro lado, una muestra de sangre ayuda a evaluar si la embarazada presenta anemia, lo que puede ser riesgoso para el parto o postparto. Según resultados de la Encuesta 2012, estos dos análisis se realizaron al 90,6 por ciento (orina) y 93,5 por ciento (sangre) de mujeres, porcentajes que son más altos respecto a la Encuesta 2009 (86,5 y 88,3 por ciento, respectivamente). Cabe destacar que en el departamento de Moquegua la cobertura de atención prenatal casi es universal, sin embargo, aún existen niveles por debajo del promedio departamental; por ejemplo, de análisis de orina realizado en el 76,4 por ciento de mujeres ubicadas en el segundo quintil de riqueza. Asimismo, entre las mujeres con educación primaria, el porcentaje alcanzó el 81,3 por ciento.

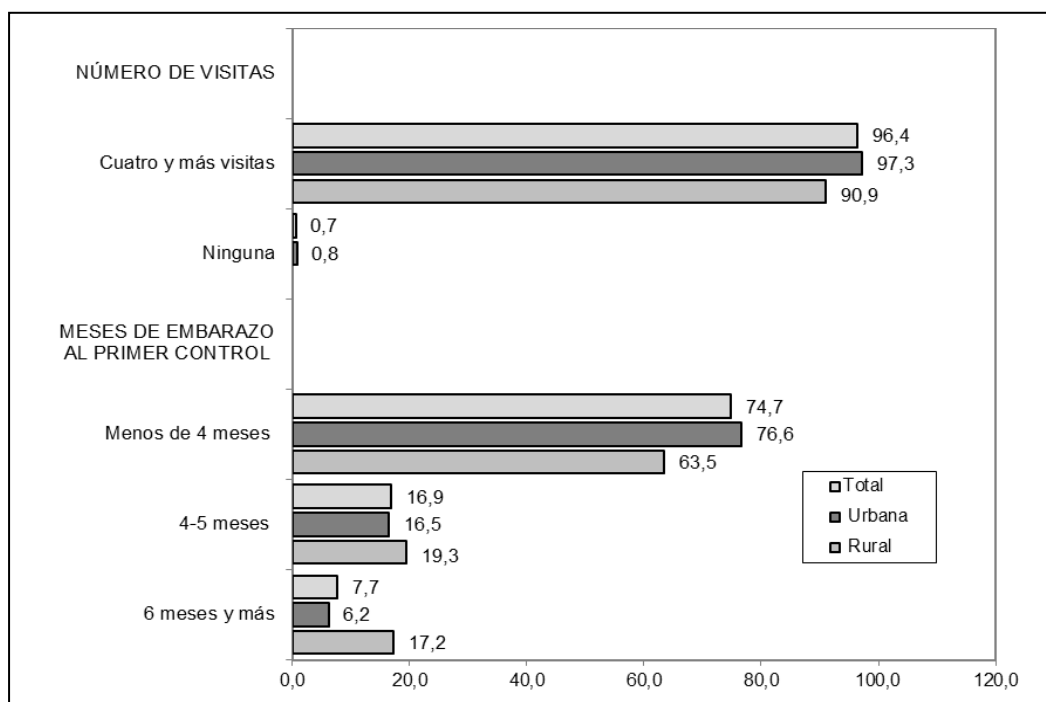
CUADRO N° 8.3
MOQUEGUA: ATENCIÓN PRENATAL PARA MUJERES CON HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS, POR CONTENIDOS ESPECÍFICOS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Mujeres que durante el embarazo del último nacimiento:				Entre las mujeres que recibieron atención prenatal contenido de la atención para el último nacimiento:					
	Recibió pastillas/ jarabe de hierro	Tomó medicamento para parásitos intestinales	Mujeres con un nacimiento en los últimos cinco años	Le explicaron síntomas de complicaciones del embarazo	La pesaron	Tomaron la presión arterial	Tomaron muestra de orina	Tomaron muestra de sangre	Midieron la barriga	Número de mujeres con atención prenatal
Edad de la madre al nacimiento										
Menos de 20 años	80,5	2,5	6	95,1	97,2	100,0	90,2	94,5	100,0	6
20-34	71,5	0,0	23	94,5	98,7	100,0	92,8	94,7	99,3	23
35-49	74,5	0,0	7	92,0	100,0	100,0	84,0	88,9	100,0	7
Orden de nacimiento										
Primer nacimiento	75,9	1,0	14	91,6	98,9	100,0	93,2	94,7	100,0	14
2-3	67,0	0,0	18	96,7	98,3	100,0	90,5	94,2	99,1	18
4-5	*	*	3	*	*	*	*	*	*	3
6 y más	*	*	1	*	*	*	*	*	*	1
Área de residencia										
Urbana	72,3	0,5	31	93,7	99,5	100,0	92,0	95,1	100,0	31
Rural	81,0	0,0	5	96,5	93,8	100,0	82,3	83,8	96,9	5
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	0	*	*	*	*	*	*	0
Primaria	75,8	0,0	5	82,8	93,6	100,0	81,3	80,7	100,0	5
Secundaria	73,0	0,8	17	97,3	100,0	100,0	87,7	93,9	100,0	17
Superior	73,1	0,0	14	93,9	98,9	100,0	97,2	97,3	98,9	14
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	*	*	2	*	*	*	*	*	*	2
Segundo quintil	72,0	0,0	6	91,8	97,3	100,0	76,4	88,4	100,0	6
Quintil intermedio	77,2	0,0	7	95,7	97,6	100,0	90,9	93,4	97,6	7
Cuarto quintil	71,4	0,0	14	93,9	100,0	100,0	95,8	98,8	100,0	14
Quintil superior	73,5	1,7	9	95,9	100,0	100,0	95,4	95,2	100,0	9
Total 2012	73,5	0,4	37	94,1	98,7	100,0	90,6	93,5	99,6	36
Total 2009	68,0	0,8	53	92,7	98,4	99,1	86,5	88,3	98,2	53

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

GRÁFICO Nº 8.1
 MOQUEGUA: NÚMERO DE VISITAS DE CONTROL PRENATAL Y MESES DE EMBARAZO
 AL PRIMER CONTROL, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2012
 (Porcentaje)



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

Vacunación antitetánica durante la gestación

Las condiciones de higiene e inmunización que rodean al parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical, hacen que en el departamento de Moquegua sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir que la niña o el niño recién nacido pueda contraer el tétano neonatal. En la década pasada, la Organización Mundial de la Salud recomendó que toda mujer embarazada recibiera dos vacunaciones antitetánicas para proteger a la niña o niño por nacer. Sin embargo, ahora se reconoce que la niña o el niño estarían protegidos si la madre tuviera cinco o más vacunas antitetánicas en toda su vida, cuatro vacunas en los diez años anteriores al embarazo, tres en los últimos cinco años o dos vacunas en los últimos tres años antes o durante el embarazo. El Cuadro 8.4 presenta los porcentajes de mujeres que recibieron dos o más dosis durante su último embarazo con nacida o nacido vivo, así como los porcentajes cuyo último nacimiento estuvo protegido contra el tétano, basados en el algoritmo descrito arriba.

Vacunación contra el tétano neonatal (Cuadro 8.4)

- En el año 2012, se encontró que el 44,3 por ciento de mujeres con una nacida o nacido vivo en los últimos cinco años anteriores a la encuesta recibieron dos o más dosis de la vacuna antitetánica en su último embarazo. Este porcentaje es mayor en comparación al valor encontrado en el año 2009 (23,5 por ciento). El porcentaje de mujeres cuyo parto más reciente fue protegido contra el tétano alcanzó el 82,9 por ciento.
- Los diferenciales según características seleccionadas de la mujer fueron muy notorios de acuerdo al quintil de riqueza y edad de la madre al nacimiento. Así, el 33,1 por ciento de mujeres del segundo quintil recibieron dos o más inyecciones en comparación con el 42,0 por ciento de mujeres del quintil superior. El 53,1 por ciento de mujeres de 35 a 49 años de edad y el 59,3 por ciento de las adolescentes menores de 20 años de edad fueron inmunizadas. Relativamente un menor nivel de protección contra el tétano se registró entre las mujeres residentes en el área rural (65,2 por ciento).

CUADRO N° 8.4
MOQUEGUA: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON VACUNAS CONTRA EL TÉTANO
NEONATAL EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Mujeres que recibieron dos o más inyecciones contra el tétano durante último embarazo	Mujeres cuyo último nacimiento fue protegido contra el tétano 1/	Número de madres
Edad de la madre al nacimiento			
Menos de 20 años	59,3	81,1	6
20-34	37,9	81,8	23
35-49	53,1	87,5	7
Orden de nacimiento			
Primer nacimiento	44,9	80,3	14
2-3	46,6	84,9	18
4-5	*	*	3
6 y más	*	*	1
Área de residencia			
Urbana	44,5	85,7	31
Rural	43,2	65,2	5
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	0
Primaria	32,8	74,3	5
Secundaria	53,9	87,3	17
Superior	35,9	80,2	14
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	*	*	2
Segundo quintil	33,1	72,3	6
Quintil intermedio	50,2	86,0	7
Cuarto quintil	48,1	89,2	14
Quintil superior	42,0	82,2	9
Total 2012	44,3	82,9	37
Total 2009	23,5	71,5	53

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.
1/ Incluye madres que recibieron dos o más inyecciones durante el embarazo del nacimiento más reciente, o dos o más inyecciones (la última dosis en los tres años antes del nacimiento más reciente), o tres o más inyecciones (la última dosis en los cinco años antes del nacimiento más reciente), o cuatro o más inyecciones (la última dosis en los 10 años antes del nacimiento más reciente), o cinco o más inyecciones antes del nacimiento más reciente.

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

8.2 ATENCIÓN DEL PARTO

Como se sabe, el lugar y tipo de atención del parto son importantes para determinar el acceso de la población a un servicio que pueda brindar atención de emergencia obstétrica en caso de alguna complicación. La información sobre el lugar de ocurrencia del parto para los últimos nacimientos en los cinco años anteriores a la Encuesta 2012, se presenta en el Cuadro 8.5 por característica seleccionada: edad de la madre, orden de nacimiento, área de residencia, nivel de educación y quintil de riqueza.

Lugar de ocurrencia del parto (Cuadro 8.5 y Gráfico 8.2)

- El 96,0 por ciento de los últimos nacimientos en los cinco años anteriores a la Encuesta 2012 tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado). Esta proporción ligeramente se incrementó en 0,2 punto porcentual respecto a lo observado en el año 2009 (95,8 por ciento). La ocurrencia del parto en casa no presenta variación significativa entre las dos encuestas mencionadas.

- En cuanto al sector en que se ubica el establecimiento de salud, el mayor porcentaje de partos ocurridos en el sector privado, correspondió a las madres pertenecientes al quintil superior (13,3 por ciento) y con educación superior (9,7 por ciento).
- Los establecimientos de salud públicos fueron más utilizados por mujeres del cuarto quintil (95,7 por ciento) y aquellas de 35 a 49 años de edad (95,1 por ciento).
- El porcentaje de parto domiciliario fue similar entre las Encuestas 2009 y 2012. No obstante, aún se advierte valores mayores al promedio departamental (3,4 por ciento) entre las mujeres residentes en del área rural (14,1 por ciento), con educación primaria (12,4 por ciento) y entre aquellas del segundo quintil (11,3 por ciento).

CUADRO N° 8.5
MOQUEGUA: LUGAR DEL PARTO DE LOS NACIMIENTOS EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA
ENCUESTA Y PORCENTAJE DE PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

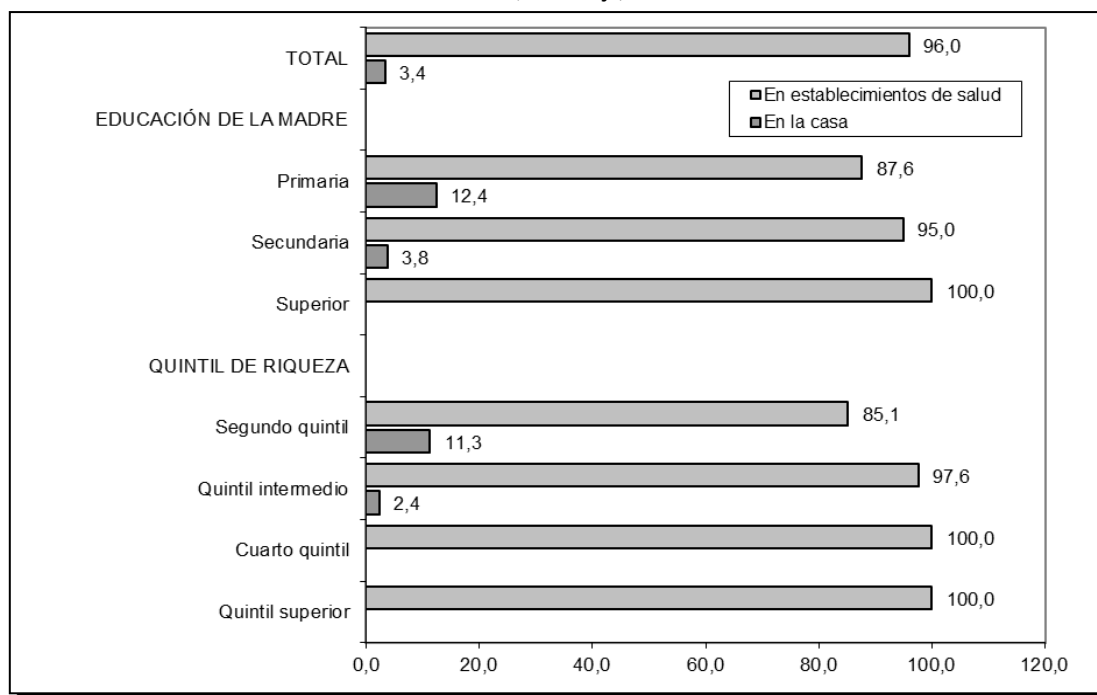
Característica seleccionada	Total	Establecimiento de salud		En la casa	En otro lugar	Porcentaje de partos en establecimiento de salud	Número de nacimientos
		Del sector público	Del sector privado 1/				
Edad de la madre al nacimiento							
Menos de 20 años	100,0	82,1	5,4	8,8	3,7	87,5	6
20-34	100,0	90,7	6,8	2,5	0,0	97,5	23
35-49	100,0	95,1	2,8	2,2	0,0	97,8	7
Orden de nacimiento							
Primer nacimiento	100,0	90,7	6,8	1,0	1,5	97,5	14
2-3	100,0	90,6	4,8	4,6	0,0	95,4	18
4-5	100,0	*	*	*	*	*	3
6 y más	100,0	*	*	*	*	*	1
Área de residencia							
Urbana	100,0	91,4	6,2	1,7	0,7	97,6	31
Rural	100,0	82,7	3,1	14,1	0,0	85,9	5
Nivel de educación							
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	0
Primaria	100,0	83,4	4,2	12,4	0,0	87,6	5
Secundaria	100,0	91,9	3,0	3,8	1,2	95,0	17
Superior	100,0	90,3	9,7	0,0	0,0	100,0	14
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	*	2
Segundo quintil	100,0	85,1	0,0	11,3	3,6	85,1	6
Quintil intermedio	100,0	92,1	5,5	2,4	0,0	97,6	7
Cuarto quintil	100,0	95,7	4,3	0,0	0,0	100,0	14
Quintil superior	100,0	86,7	13,3	0,0	0,0	100,0	9
Total 2012	100,0	90,2	5,8	3,4	0,6	96,0	37
Total 2009	100,0	90,5	5,3	3,5	0,7	95,8	53

Nota: La estimación se refiere a los nacimientos en el período de 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Solo se incluye el último nacimiento de la mujer. Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye Hospital/otro de la iglesia para el año 2012.

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

GRÁFICO N° 8.2
MOQUEGUA: LUGAR DEL PARTO, SEGÚN EDUCACIÓN DE LA MADRE Y QUINTIL DE RIQUEZA, 2012
(Porcentaje)



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

Asistencia durante el parto

Este indicador es importante para monitorear el progreso en Salud Materna para los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el Cuadro 8.6, se presenta la distribución porcentual de nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta, por tipo de asistencia durante el parto, según edad, orden de nacimiento, lugar del parto, por área de residencia, educación de la madre; y quintil de riqueza.

Tipo de atención durante el parto (Cuadro 8.6)

- Entre los años 2009 y 2012, se advierte un incremento en la atención de parto por médico (de 59,5 a 65,0 por ciento). En contraste, la atención de parto por obstetrix disminuyó de 37,0 por ciento en el año 2009 a 30,1 por ciento en el año 2012.
- Según características de la madre son marcadas las diferencias en el tipo de profesional que atiende al parto. Así, el porcentaje de atención por un médico fue mayor entre las mujeres del quintil superior en comparación con aquellas del segundo quintil de riqueza (82,4 frente a 56,2 por ciento). Asimismo, entre aquellas con educación superior y primaria (68,2 frente a 54,2 por ciento) y entre las madres de 35 a 49 años de edad en relación con las adolescentes menores de 20 años de edad (66,6 frente a 53,2 por ciento).
- De otro lado, el porcentaje de partos atendidos por obstetrix fue mayor en el caso de las madres ubicadas en el quintil intermedio y cuarto quintil de riqueza (47,3 y 33,4 por ciento, respectivamente) y entre las residentes en el área rural (32,7 por ciento).
- La asistencia del parto por "Comadrona/Partera" se realizó en mayor proporción entre las adolescentes menores de 20 años de edad (5,5 por ciento) y entre mujeres con educación primaria (5,4 por ciento). Finalmente, en lo que parece ser un aspecto de connotación netamente cultural en el departamento de Moquegua, todavía existen casos de partos que fueron atendidos por familiares/otros, como es el caso de las adolescentes menores de 20 años de edad (8,9 por ciento) y en aquellas con educación primaria (8,4 por ciento).

- El nacimiento por cesárea, que se estima debe situarse entre 5,0 y 15,0 por ciento de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto, continúa aumentando en el departamento de Moquegua. Así, se incrementó de 30,9 a 34,0 por ciento entre los años 2009 y 2012. Como ya ha ocurrido anteriormente, al desagregar la cifra por características de la mujer, se revelan importantes contrastes. Se observó que las cesáreas se realizaron en el 65,8 por ciento entre las mujeres del quintil superior, 52,5 por ciento entre aquellas con educación superior y 40,5 por ciento entre madres de 35 a 49 años de edad.

CUADRO N° 8.6
MOQUEGUA: ATENCIÓN DURANTE EL PARTO PARA LOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, POR
PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA ATENCIÓN Y PORCENTAJE DE NACIMIENTOS POR
CESÁREA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Persona que proporcionó la atención del parto						Porcentaje de partos por profesional de la salud calificado 1/	Porcentaje de nacimientos por cesárea	Número de nacimientos
	Total	Médico	Obstetriz	Enfermera	Comadrona / partera	Familiar/ Otro			
Edad de la madre al nacimiento									
Menos de 20 años	100,0	53,2	32,4	0,0	5,5	8,9	85,6	18,3	7
20-34	100,0	67,5	29,2	0,5	1,1	1,6	97,3	36,2	27
35-49	100,0	66,6	31,2	0,0	0,0	2,1	97,9	40,5	7
Orden de nacimiento									
Primer nacimiento	100,0	65,2	30,6	0,0	1,8	2,3	95,9	36,7	16
2-3	100,0	64,0	31,0	0,0	1,1	3,9	95,0	31,1	21
4-5	100,0	*	*	*	*	*	*	*	4
6 y más	100,0	*	*	*	*	*	*	*	1
Lugar del parto									
Establecimiento de salud	100,0	68,9	31,1	0,0	0,0	0,0	100,0	36,2	38
Otro lugar	100,0	*	*	*	*	*	*	*	2
Área de residencia									
Urbana	100,0	66,7	29,7	0,0	1,1	2,5	96,4	36,3	35
Rural	100,0	54,7	32,7	2,5	5,1	5,1	89,9	20,1	6
Nivel de educación									
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	*	0
Primaria	100,0	54,2	32,0	0,0	5,4	8,4	86,2	23,4	5
Secundaria	100,0	65,2	28,6	0,7	1,8	3,6	94,5	22,6	20
Superior	100,0	68,2	31,8	0,0	0,0	0,0	100,0	52,5	15
Quintil de riqueza									
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	*	*	*	2
Segundo quintil	100,0	56,2	28,9	2,0	5,0	8,0	87,0	15,4	7
Quintil intermedio	100,0	50,5	47,3	0,0	0,0	2,2	97,8	12,5	7
Cuarto quintil	100,0	65,7	33,4	0,0	0,0	1,0	99,0	34,4	15
Quintil superior	100,0	82,4	17,6	0,0	0,0	0,0	100,0	65,8	9
Total 2012	100,0	65,0	30,1	0,4	1,6	2,9	95,5	34,0	41
Total 2009	100,0	59,5	37,0	0,6	0,6	2,3	97,1	30,9	61

Nota: Se incluyen todos los nacimientos en el período de 0 - 59 meses antes de la entrevista. Si la mujer mencionó más de una persona, solamente se considera la más capacitada. Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Profesional de salud calificado incluye médico, obstetriz y enfermera.

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

8.3 CUIDADO POSTNATAL DE LAS MADRES

El control postnatal, especialmente si ocurre tempranamente, es importante para reconocer signos de peligro para la madre y la niña o el niño recién nacido, como la hemorragia postparto en la madre, la asfixia en el o la recién nacida, o la infección en ambos. En el año 2012, se recogió información sobre la ocurrencia de cuidado postnatal; y si ocurrió, el periodo después del parto en que se dio el primer control. Esto se preguntó para los últimos nacimientos entre mujeres que tuvieron hijas e hijos en los cinco años anteriores a la encuesta y, cuyos nacimientos ocurrieron tanto dentro como fuera de un establecimiento de salud. Los resultados se presentan en el Cuadro 8.7. La información sobre la persona que proporcionó la atención postnatal a la madre se presenta en el Cuadro 8.8.

Niveles y momento del control postnatal de los últimos nacimientos (Cuadro 8.7)

- El 65,7 por ciento de mujeres tuvo un primer control postnatal dentro de las primeras cuatro horas después del parto, lo que fue una situación ventajosa. Si se añade la proporción que la tuvo entre las 4 y 23 horas postparto, el 96,8 por ciento de mujeres tuvieron su control postnatal antes de los dos días después del parto.
- Los porcentajes difieren por características de las mujeres. Así, el 57,3 por ciento de adolescentes menores de 20 años de edad tuvieron un control antes de las cuatro horas postparto. Asimismo, las mujeres con el primer nacimiento (59,1 por ciento).

CUADRO N° 8.7
MOQUEGUA: MOMENTO DEL PRIMER CONTROL POSTNATAL PARA EL NACIMIENTO MÁS RECIENTE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Momento del primer control postnatal				No recibió atención postnatal 1/	Número de nacimientos
		Menos de 4 horas	4-23 horas	2 días	3-41 días		
Edad de la madre al nacimiento							
Menos de 20 años	100,0	57,3	42,7	0,0	0,0	0,0	6
20-34	100,0	65,7	30,2	2,1	1,0	0,9	23
35-49	100,0	72,5	24,7	0,0	0,0	2,8	7
Orden de nacimiento							
Primer nacimiento	100,0	59,1	37,8	0,0	1,6	1,5	14
2-3	100,0	69,2	28,7	1,0	0,0	1,1	18
4-5	100,0	*	*	*	*	*	3
6 y más	100,0	*	*	*	*	*	1
Área de residencia							
Urbana	100,0	64,9	32,6	1,1	0,8	0,6	31
Rural	100,0	70,6	22,5	2,8	0,0	4,1	5
Nivel de educación							
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	0
Primaria	100,0	78,4	14,4	3,0	0,0	4,2	5
Secundaria	100,0	63,1	36,9	0,0	0,0	0,0	17
Superior	100,0	64,2	30,3	2,4	1,6	1,5	14
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	*	2
Segundo quintil	100,0	72,2	27,8	0,0	0,0	0,0	6
Quintil intermedio	100,0	69,8	30,2	0,0	0,0	0,0	7
Cuarto quintil	100,0	60,5	37,8	0,0	1,8	0,0	14
Quintil superior	100,0	65,7	28,0	4,0	0,0	2,3	9
Total	100,0	65,7	31,1	1,4	0,6	1,1	37

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye mujeres que recibieron el control después de 41 días.

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

Persona que proporcionó la atención postnatal en los últimos nacimientos (Cuadro 8.8)

- Del total de los últimos nacimientos que recibieron control postnatal, el 40,6 por ciento de ellos fueron atendidos por médico, seguido por obstetrix (35,4 por ciento) y luego por enfermera (22,4 por ciento); en conjunto, representaron un total de 98,4 por ciento de mujeres atendidas por un personal calificado.
- Se aprecian nuevamente los conocidos diferenciales para este servicio. Así, el 21,7 por ciento de mujeres con educación primaria recibieron atención postnatal por un médico, comparado con el 46,8 por ciento entre mujeres con educación superior. En forma similar, el 28,5 por ciento de mujeres de 35 a 49 años de edad accedieron al médico para su primer control postnatal en comparación con el 42,9 por ciento de las adolescentes menores de 20 años de edad.

CUADRO N° 8.8
MOQUEGUA: PERSONA QUE PROPORCIONÓ EL PRIMER CONTROL POSTNATAL A LA MADRE DESPUÉS
DEL NACIMIENTO MÁS RECIENTE, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Persona que proporcionó a la madre primer control postparto				No recibió atención postparto 1/	Número de nacimientos
		Médico	Obstetrix	Enfermera	Otro trabajador de salud		
Edad de la madre al nacimiento							
Menos de 20 años	100,0	42,9	35,1	22,0	0,0	0,0	6
20-34	100,0	43,7	33,9	20,8	0,7	0,9	23
35-49	100,0	28,5	40,6	28,1	0,0	2,8	7
Orden de nacimiento							
Primer nacimiento	100,0	38,5	38,4	20,5	1,2	1,5	14
2-3	100,0	45,8	31,1	22,0	0,0	1,1	18
4-5	100,0	*	*	*	*	*	3
6 y más	100,0	*	*	*	*	*	1
Área de residencia							
Urbana	100,0	40,5	37,2	21,1	0,5	0,6	31
Rural	100,0	41,2	24,3	30,4	0,0	4,1	5
Nivel de educación							
Primaria	100,0	21,7	38,4	35,6	0,0	4,2	5
Secundaria	100,0	40,2	40,2	19,6	0,0	0,0	17
Superior	100,0	46,8	29,0	21,5	1,2	1,5	14
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	*	2
Segundo quintil	100,0	35,2	37,8	27,0	0,0	0,0	6
Quintil intermedio	100,0	27,2	52,8	17,4	2,5	0,0	7
Cuarto quintil	100,0	51,3	31,1	17,6	0,0	0,0	14
Quintil superior	100,0	39,9	31,4	26,4	0,0	2,3	9
Total	100,0	40,6	35,4	22,4	0,5	1,1	37

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye mujeres que recibieron el control después de 41 días.

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

Barreras al acceso a servicios de salud (Cuadro 8.9)

Se presenta a continuación, en el Cuadro 8.9, los resultados sobre las diversas respuestas de las mujeres entrevistadas respecto a los problemas para acceder a servicios de salud, cuando estuvieran enfermas. Se debe tener en cuenta que estas respuestas no son espontáneas sino son los porcentajes de respuesta afirmativa a cada aspecto planteado.

- El 96,3 por ciento de mujeres entrevistadas en el año 2012 reportaron algún problema para acceder a servicios de salud y tratarse de algún episodio de enfermedad. Esta cifra fue mayor respecto al año 2009 (92,4 por ciento).
- Según motivos específicos, el 86,2 por ciento de mujeres respondió la “falta de medicinas” y el 85,0 por ciento de mujeres manifestaron como problema para acceder a un servicio de salud, su percepción de que “no habría personal calificado” que la atienda. El 61,5 por ciento de mujeres mencionó que no habría “personal femenino que la atienda” en la consulta. Este problema se registró con menor porcentaje entre mujeres con educación superior (48,7 por ciento) o ubicadas en el quintil superior de riqueza (53,4 por ciento).
- Otro problema manifestado fue “conseguir dinero para el tratamiento”, que fue expresado por el 49,6 por ciento de mujeres (menor en 2,0 puntos porcentuales al encontrado en el año 2009). Esta razón, la esgrimen solo un 22,2 por ciento de mujeres del quintil superior de riqueza o con educación superior (30,3 por ciento), en comparación con 76,8 por ciento de mujeres con educación primaria y 81,8 por ciento de aquellas ubicadas en el quintil inferior.
- La razón “distancia al establecimiento” como problema de acceso a los servicios de salud fue mayor en 10,0 puntos porcentuales al encontrado en la Encuesta del año 2009 (46,1 frente a 36,1 por ciento). Esta razón, describe contrastes entre madres del quintil inferior comparadas con las del quintil superior de riqueza (88,5 frente a 28,4 por ciento), entre madres con educación primaria en relación con las de educación superior (74,9 frente a 33,1 por ciento) y por área de residencia (74,7 por ciento en el área rural frente a 41,1 por ciento en la urbana). Hay también diferencias entre las madres que tienen tres a cuatro hijas e hijos y las que no los tienen (57,0 frente a 35,7 por ciento).
- El problema de “transporte para acceder a los servicios de salud” está relacionado a la anterior razón (distancia al establecimiento) por lo que el patrón en los porcentajes de mujeres que mencionan dicha razón como problema de acceso fue similar, inclusive más contrastante por nivel de educación (76,7 por ciento para primaria y 31,9 por ciento para superior), por área de residencia (78,5 frente a 41,7 por ciento, rural/urbana) y, entre mujeres con tres a cuatro hijas e hijos y las que no los tienen (59,5 y 35,0 por ciento, respectivamente). Mientras que, la razón “no quiere ir sola” representó el 41,6 por ciento.
- La dificultad de “conseguir permiso para ir a tratamiento de salud” fue expresado por un 22,0 por ciento de entrevistadas y se observaron diferencias entre las mujeres ubicadas en el quintil inferior y el quintil superior de riqueza (56,3 frente a 18,4 por ciento) y entre las mujeres con educación primaria en comparación con las de educación superior (36,6 frente a 19,7 por ciento).

CUADRO N° 8.9
MOQUEGUA: PROBLEMAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO LAS MUJERES ESTÁN
ENFERMAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Problemas en el acceso a la atención de la salud:									Número de mujeres
	Conseguir permiso para ir a tratamiento	Conseguir dinero para tratamiento	Distancia al establecimiento de salud	Tener que tomar transporte	No quiere ir sola	Preocupación que no haya personal femenino	Pensar que puede no haber quien atienda	Pensar que no haya medicinas disponibles	Cualquiera de las anteriores	
Edad										
15-19	15,6	35,4	35,2	37,6	52,3	74,5	89,2	91,1	97,4	22
20-34	18,6	48,1	46,3	48,6	39,0	59,2	83,6	85,0	95,8	54
35-49	27,5	56,2	50,1	49,5	40,0	58,8	84,8	85,4	96,4	59
Número de hijas e hijos vivos										
0	17,9	37,7	35,7	35,0	44,9	66,2	84,0	85,1	95,8	41
1-2	19,7	49,2	47,5	48,5	38,6	57,7	84,5	87,6	96,4	66
3-4	30,8	65,7	57,0	59,5	42,1	62,5	87,9	83,8	97,4	24
5 y más	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Estado conyugal										
Nunca casada/unida	16,2	37,8	35,0	35,5	43,5	65,6	84,2	86,1	96,6	41
Casada/ unida	23,7	52,1	49,5	51,1	41,2	60,8	86,0	87,0	96,3	76
Divorciada/ separada/viuda	27,3	64,5	56,5	56,6	39,2	55,7	83,3	83,5	95,7	19
Condición de empleo últimos 12 meses										
No empleada	12,2	40,4	40,8	44,5	45,9	68,9	85,1	85,0	96,5	36
Empleada por dinero	25,6	51,9	47,0	46,5	38,3	57,3	84,2	85,6	95,9	90
Empleada no por dinero	25,4	62,5	58,3	64,3	56,2	72,9	92,6	96,7	100,0	9
Área de residencia										
Urbana	20,5	45,8	41,1	41,7	38,8	59,2	84,0	84,8	95,7	115
Rural	30,0	70,9	74,7	78,5	57,2	74,5	91,3	94,4	100,0	20
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	36,6	76,8	74,9	76,7	52,4	77,2	92,4	94,4	100,0	18
Secundaria	19,3	58,0	49,0	51,1	47,0	67,9	88,4	90,4	98,0	60
Superior	19,7	30,3	33,1	31,9	31,9	48,7	78,5	78,5	93,2	55
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	56,3	81,8	88,5	79,1	68,9	89,5	95,1	90,6	100,0	6
Segundo quintil	24,1	70,4	67,3	72,9	51,2	72,4	93,1	94,5	100,0	19
Quintil intermedio	23,7	71,9	59,3	64,3	45,8	65,8	88,5	88,7	95,8	25
Cuarto quintil	18,6	45,2	38,6	38,7	40,1	57,4	84,3	86,2	96,2	51
Quintil superior	18,4	22,2	28,4	27,1	30,5	53,4	77,4	79,0	94,1	34
Total 2012	22,0	49,6	46,1	47,2	41,6	61,5	85,0	86,2	96,3	135
Total 2009	14,8	51,6	36,1	27,9	28,2	39,3	60,1	75,8	92,4	175

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La salud infantil ha continuado mejorando en la última década. Sin embargo, persisten problemas que merecen preferente atención, como la presencia de enfermedades como la diarrea infantil, los cambios en niveles de vacunación, y diferenciales significativos por nivel educativo, de capacidad económica o residencia, tanto urbana/rural. Está demostrado que la morbi-mortalidad infantil está muy relacionada con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se valora la vida de un niño y una niña.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, presenta en este capítulo, los resultados referidos a temas tales como: peso y tamaño al nacer, la cobertura de vacunación, y la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades de la niñez, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias. El objetivo básico es identificar los grupos más vulnerables y así contribuir para la planificación de los programas de salud infantil. Algunos aspectos sobre la situación nutricional de las niñas y los niños se discuten en el Capítulo 10.

9.1 PESO Y TALLA AL NACER

En la Encuesta 2012, se preguntó a las madres con hijas e hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, por el peso del recién nacido o recién nacida y su tamaño al nacer (según percepción de la madre). El bajo peso al nacer (menor de 2 500 gramos), es un factor de riesgo para la salud y supervivencia de la recién nacida o recién nacido. Los resultados se presentan en el Cuadro 9.1.

Peso y tamaño al nacer (Cuadro 9.1)

- Entre las niñas y los niños que fueron pesados al nacer, un 8,1 por ciento pesó menos de 2,5 Kg. Este porcentaje fue ligeramente mayor al 5,3 por ciento encontrado en el año 2009. Este problema se encontró en un 25,1 de niñas y niños cuyo orden de nacimiento fue cuarto o quinto; así también entre las hijas e hijos de madres ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (9,1 por ciento), con educación secundaria (8,5 por ciento) y de 20 a 34 años de edad (8,7 por ciento), residentes del área urbana (8,5 por ciento). De igual manera, el porcentaje de recién nacidas o nacidos que no fueron pesados disminuye, de 0,3 por ciento en el año 2009 a 0,0 por ciento en el año 2012. Un aspecto positivo que se observa es el porcentaje de recién nacidas o nacidos que fueron pesados al nacer. Con porcentajes cercanos al 100,0 por ciento no se encontró diferencias importantes según características.
- Con respecto al porcentaje de niñas y niños percibidos por la madre como “muy pequeña o pequeño” o “más pequeña o pequeño que el promedio”, estos fueron 1,1 y 15,9 por ciento, respectivamente. . Un 1,4 por ciento entre las madres con educación superior, el 3,0 por ciento de aquellas pertenecientes al segundo quintil de riqueza; y 2,9 por ciento entre las madres de 35 y 49 años de edad, son los porcentajes más altos de quienes manifestaron que sus hijas/hijos nacieron muy pequeñas/pequeños.

CUADRO N° 9.1

MOQUEGUA: PESO Y TAMAÑO AL NACER DE NACIDAS Y NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA. SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA. 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Peso de la niña o del niño al nacer 1/					Porcentaje de todos los nacimientos que reportaron peso al nacer	Tamaño de la niña o del niño al nacer				Número de nacimientos	
	Total	No fue pesada/o	Menos de 2,5 kg.	2,5 kg. o más	No sabe/ sin información		Total	Muy pequeña/o	Menor que promedio	Promedio o mayor		
Edad de la madre al nacimiento												
Menos de 20 años	100,0	0,0	5,3	94,7	0,0	100,0	100,0	0,0	13,4	86,6	7	
20-34	100,0	0,0	8,7	89,7	1,6	98,4	100,0	0,8	16,2	83,0	27	
35-49	100,0	0,0	8,6	91,4	0,0	100,0	100,0	2,9	17,0	80,1	7	
Orden de nacimiento												
Primer nacimiento	100,0	0,0	8,2	91,8	0,0	100,0	100,0	1,3	13,2	85,4	16	
2-3	100,0	0,0	5,5	92,4	2,1	97,9	100,0	1,1	15,2	83,8	21	
4-5	100,0	0,0	25,1	74,9	0,0	100,0	100,0	0,0	31,0	69,0	4	
6 y más	100,0	*	*	*	*	100,0	100,0	*	*	*	1	
Área de residencia												
Urbana	100,0	0,0	8,5	90,3	1,2	98,8	100,0	1,2	16,2	82,5	35	
Rural	100,0	0,0	5,9	94,1	0,0	100,0	100,0	0,0	13,5	86,5	6	
Nivel de educación												
Sin educación	100,0	*	*	*	*	100,0	100,0	*	*	*	0	
Primaria	100,0	0,0	6,3	91,0	2,7	97,3	100,0	0,0	24,5	75,5	5	
Secundaria	100,0	0,0	8,5	90,1	1,4	98,6	100,0	1,1	16,6	82,3	20	
Superior	100,0	0,0	8,4	91,6	0,0	100,0	100,0	1,4	11,9	86,7	15	
Quintil de riqueza												
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	92,3	100,0	*	*	*	2	
Segundo quintil	100,0	0,0	8,6	91,4	0,0	100,0	100,0	3,0	21,9	75,1	7	
Quintil intermedio	100,0	0,0	6,3	93,7	0,0	100,0	100,0	0,0	8,6	91,4	7	
Cuarto quintil	100,0	0,0	9,1	89,0	1,9	98,1	100,0	0,0	21,3	78,7	15	
Quintil superior	100,0	0,0	7,3	92,7	0,0	100,0	100,0	2,3	9,1	88,7	9	
Total 2012	100,0	0,0	8,1	90,8	1,1	98,9	100,0	1,1	15,9	83,1	41	
Total 2009	100,0	0,3	5,3	93,7	0,8	99,0	100,0	3,5	14,2	82,3	61	

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*); y los de 20-24 casos sin ponderar, se presentan entre

1/ Información basada en la tarjeta de salud o por información de la madre.

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

9.2 VACUNACIÓN DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Como en versiones anteriores, en la Encuesta 2012, se indagó sobre la historia de vacunación para las niñas y niños menores de cinco años de edad. Se preguntó por las vacunas usuales para las enfermedades de mayor prevalencia, como son la tuberculosis (BCG), difteria, pertussis o tos ferina y tétano (DPT), polio y sarampión. El porcentaje de vacunación se desagrega de acuerdo a la información de la tarjeta de vacunación y aquella proporcionada por la madre cuando no disponía de la tarjeta. Como se sabe, cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud no es cuidadoso al anotar o transcribir (ej. cuando es un duplicado), y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria o conocimiento.

Desde la Encuesta 1986, los indicadores de vacunación se miden en la población que ha tenido la oportunidad de haber recibido el servicio. Años atrás dicha población eran las niñas y los niños de edades en el intervalo entre uno y dos años (12-23 meses). Sin embargo, debido a cambios en el esquema de vacunación de la vacuna anti-sarampionosa (retrasada desde los nueve meses a 12-14 meses de edad), es más adecuado calcular

las coberturas para el grupo de 18-29 meses de edad. En el Cuadro 9.2 se presentan los porcentajes de vacunación por cada tipo de vacuna para las niñas y los niños en las edades de 18-29 meses y se añaden porcentajes de vacunación antes de los 18 meses de edad. El Cuadro 9.3 presenta las vacunaciones desagregadas por característica seleccionada de la madre.

Nivel de vacunaciones (Cuadro 9.2; Gráfico 9.1)

- El porcentaje de niñas y niños con vacunación completa (81,1 por ciento) fue superior en 10,3 puntos porcentuales a lo encontrado en la Encuesta 2009 (70,8 por ciento). En relación con las vacunas específicas, la cobertura de DPT 3 (87,0 por ciento) fue más baja que las otras vacunas, pero más alta que la alcanzada anteriormente (Encuesta 2009: 83,7 por ciento). La vacuna anti-sarampionosa también muestra un porcentaje bajo (90,9 por ciento). Otra vacuna que presenta menor porcentaje fue la Polio 3 (93,3 por ciento), no obstante, fue mayor con respecto a la Encuesta 2009 (85,2 por ciento).

CUADRO N° 9.2
MOQUEGUA: NIÑAS Y NIÑOS DE 18-29 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON VACUNAS ESPECÍFICAS, SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN Y VACUNADOS ANTES DE LOS 18 MESES DE EDAD, 2009 y 2012
 (Porcentaje)

Año de Encuesta	BCG	DPT			Polio			Anti-sarampionosa	Todas las vacunas 1/	Ni-guna	Número de niñas y niños
		1	2	3	1	2	3				
Total 2012	97,7	96,4	96,4	87,0	100,0	97,5	93,3	90,9	81,1	0,0	9
Total 2009	96,4	98,6	93,3	83,7	100,0	96,2	85,2	83,0	70,8	0,0	13
Vacunados antes de los 18 meses	97,7	96,4	96,4	84,5	100,0	97,5	93,3	88,1	76,0	nd	9

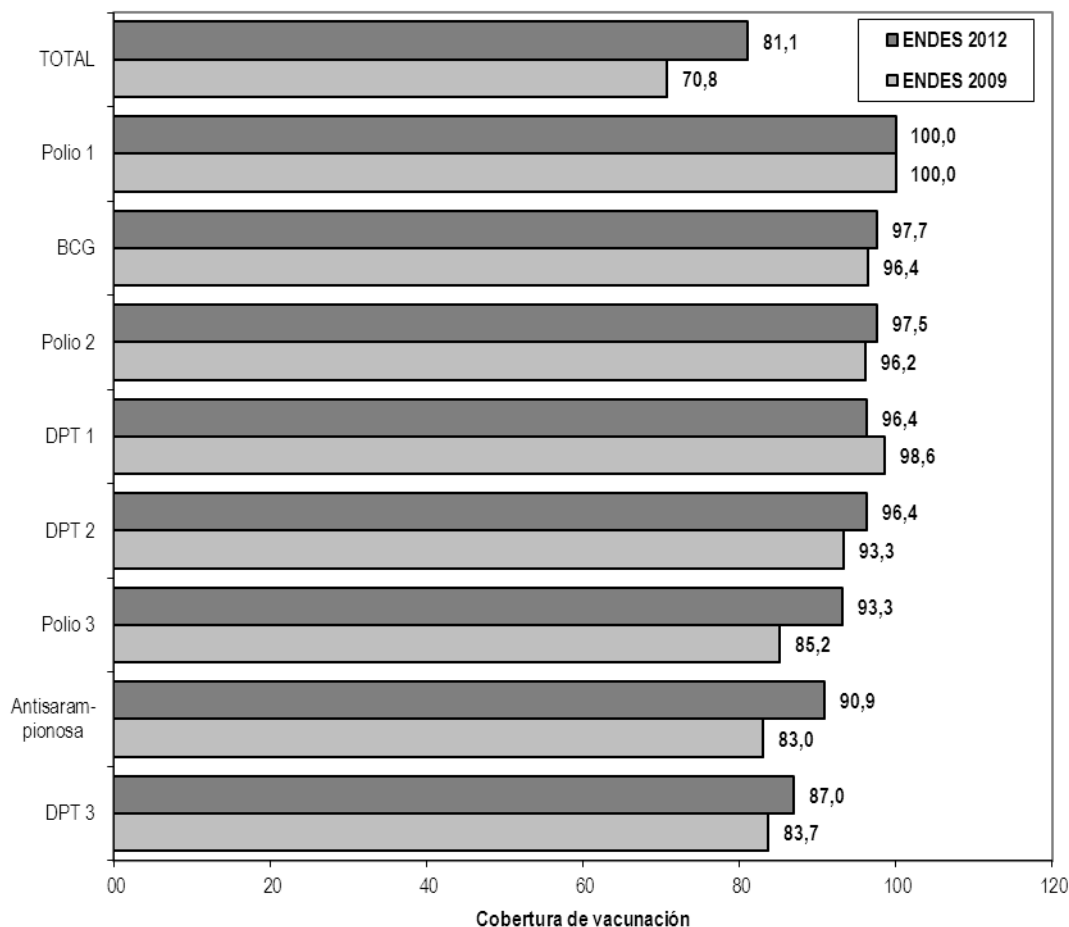
Nota: La cobertura total estimada es la suma de la cobertura proveniente del carné y la información de la madre. Los porcentajes de cada vacuna según fuente se calculan sobre el total de niñas y niños. Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*); y los de 20-24 casos sin ponderar, se presentan entre paréntesis.

1/ BCG, sarampion y las tres dosis de DPT y polio.

nd=No disponible.

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

GRÁFICO N° 9.1
 MOQUEGUA: COBERTURA DE VACUNACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 18 A 29 MESES DE
 EDAD, SEGÚN TIPO DE VACUNA, 2009 Y 2012
 (Porcentaje)



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

Vacunaciones entre niñas y niños mayores de un año de edad (Cuadro 9.3)

- Entre las niñas y los niños de 18 a 59 meses de edad, se indagó sobre las vacunas que recibieron durante el primer año y medio de vida, según la edad actual del niño o la niña. Esta información permite conocer la cobertura de las niñas y los niños vacunados a diversas edades. Así, se apreció una pequeña diferencia entre las niñas y niños “mayores” (48-59 meses de edad) y las y los “menores” (18-23 meses de edad) que recibieron BCG (94,7 frente a 95,3 por ciento). En el caso de Polio 3 la diferencia fue 74,9 frente a 93,5 por ciento. La diferencia es menor en el caso de la DPT 3 (81,2 frente a 81,7 por ciento). Asimismo, se encontró claramente que cuanto mayor es el niño o la niña, es menor el porcentaje de madres que aún conservan el carné de vacunación, variando desde 69,5 por ciento entre las madres de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad, a 58,8 por ciento de madres con hijas e hijos con edades entre 48 a 59 meses de edad.

CUADRO N° 9.3
MOQUEGUA: VACUNACIÓN EN EL PRIMER AÑO Y MEDIO DE VIDA DE NIÑAS Y NIÑOS DE 18-59 MESES DE EDAD, POR
VACUNAS ESPECÍFICAS Y CON CARNÉ DE VACUNACIÓN, SEGÚN EDAD ACTUAL DE LA NIÑA O EL NIÑO, 2012
(Porcentaje)

Edad actual de la niña o el niño	BCG	DPT			Polio			Anti-sarampionosa	Todas las vacunas 1/	Ninguna	Porcentaje con carné de vacunación	Número de niñas y niños
		1	2	3	1	2	3					
18-23	95,3	96,6	96,6	81,7	100,0	100,0	95,3	84,1	69,7	0,0	69,5	4
24-35	95,9	98,1	96,5	85,1	100,0	97,6	91,3	94,6	75,8	0,0	56,0	9
36-47	97,8	93,7	88,6	84,4	95,9	93,7	76,2	74,6	68,8	0,0	45,9	8
48-59	94,7	86,2	82,8	81,3	91,4	77,8	74,9	67,7	52,2	1,5	58,8	10
Total	95,9	93,0	90,2	83,3	96,2	90,6	83,2	79,9	65,4	0,5	56,1	31

Nota: La información fue obtenida del carné de vacunación o de la madre si no tenía carné. Para las niñas y los niños cuya información fue basada en el reporte de la madre, se asume la proporción de vacunas recibidas durante el primer año de vida como la misma proporción que para las niñas y los niños con carné de vacunación.

1/ BCG, sarampión y las tres dosis de DPT y polio.

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

9.3 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS Y FIEBRE

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) han sido una de las principales causas de mortalidad de la niñez. La Encuesta 2012 preguntó a las madres en edad fértil si sus hijas o hijos menores de cinco años habían tenido tos en las dos semanas anteriores a la encuesta. También se indagó si para el tratamiento de las niñas y niños afectados, se buscó tratamiento por un proveedor de salud y si recibieron antibióticos para su dolencia. Asimismo, se investigó sobre la prevalencia de fiebre entre las niñas y los niños, y si la madre acudió a establecimientos o a proveedores de salud para superar el cuadro febril. Los resultados derivados de estos indicadores se desagregan por característica seleccionada de la madre (Cuadros 9.4 y 9.5).

Prevalencia de síntomas de IRA (Cuadro 9.4)

- El porcentaje de niñas y niños con IRA en las dos semanas antes de la encuesta fue 10,1 por ciento, menor al encontrado en igual periodo según la Encuesta 2009 (11,6 por ciento). Se observa una mayor prevalencia en niños (14,5 por ciento) en comparación con las niñas (6,3 por ciento). Asimismo, se registró diferencias según edad de las niñas y niños de 36 a 47 meses de edad en comparación con las y los de 12 a 23 meses de edad (20,6 frente a 5,3 por ciento).
- Se encontró diferencias entre las niñas y los niños de madres con educación primaria en comparación con las de educación superior (2,5 frente a 10,1 por ciento). Con respecto a los quintiles de riqueza, se observó una diferencia de 4,9 puntos porcentuales entre las niñas y niños cuyas madres pertenecen al segundo quintil comparado con los del quintil superior (9,4 frente a 4,5 por ciento).
- El 57,0 por ciento de madres con niñas y niños afectados con IRA buscaron ayuda para su tratamiento en establecimientos o con proveedores de salud.
- Con respecto a la prescripción de antibióticos, el 48,3 por ciento de niñas y niños con IRA los recibió. Este resultado indica que una fracción de niñas y niños cuyas madres declararon haber acudido a un proveedor de salud no habrían recibido medicación de antibióticos, lo que puede indicar que hubo automedicación o algún otro mecanismo informal, como haber acudido a una tienda o farmacia para el tratamiento.

CUADRO N° 9.4
MOQUEGUA: PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Prevalencia de IRA entre los menores de cinco años de edad		Tratamiento de síntomas de IRA		
	Niñas y niños con síntomas de IRA 1/	Número de niñas y niños menores de cinco años de edad	Se buscó tratamiento de un proveedor de salud 2/	Recibió antibióticos	Número de niñas y niños con síntomas
Grupo de edad en meses					
Menos de 6 meses	*	2	*	*	0
6-11	(7,3)	4	*	*	0
12-23	5,3	7	*	*	0
24-35	5,7	9	*	*	1
36-47	20,6	8	*	*	2
48-59	12,7	10	*	*	1
Sexo					
Hombre	14,5	19	*	*	3
Mujer	6,3	21	*	*	1
Combustible para cocinar					
Electricidad y gas	10,2	37	(53,1)	(49,2)	4
Leña/ paja/ residuos agric. 3/	(10,2)	3	*	*	0
Área de residencia					
Urbana	10,3	35	(55,0)	(51,1)	3
Rural	9,2	5	*	*	1
Nivel de educación					
Sin educación	*	0	*	*	0
Primaria	2,5	5	*	*	0
Secundaria	12,2	20	*	*	2
Superior	10,1	15	*	*	2
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	4,9	*	*	*	0
Segundo quintil	*	2	*	*	0
Quintil intermedio	9,4	7	*	*	1
Cuarto quintil	19,9	7	*	*	2
Quintil superior	9,2	15	*	*	1
	4,5	9	*	*	0
Total 2012	10,1	40	57,0	48,3	4
Total 2009	11,6	59	nd	nd	nd

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*); y los de 20-24 casos sin ponderar, se presentan entre paréntesis.

1/ Síntomas de IRA (los acompañada de respiración rápida y agitada).

2/ Excluye farmacia, tienda y curandero.

3/ Incluye grama y desperdicios.

nd = No disponible.

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

Prevalencia y tratamiento de fiebre (Cuadro 9.5)

- La fiebre es menos específica (puede presentarse en una variedad de enfermedades, incluyendo virales no graves). El porcentaje de niñas y niños con fiebre en las últimas dos semanas fue 7,6 por ciento en el año 2012, mayor en 15,8 puntos porcentuales a la observada en el año 2009 (23,4 por ciento). Se encontraron pocas diferencias en la prevalencia de fiebre según característica seleccionada de la madre, siendo menor, en madres pertenecientes al quintil superior de riqueza (1,0 por ciento), en el área rural (1,1 por ciento) y en las niñas y los niños de madres con educación primaria (1,1 por ciento). Los mayores niveles fueron en el área urbana (6,5 por ciento), y en las niñas y niños de madres con educación secundaria (4,1 por ciento).

CUADRO N° 9.5
MOQUEGUA: PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE LA FIEBRE EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD DURANTE LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Entre las niñas y los niños menores de cinco años de edad		Niñas y niños menores de cinco años de edad con fiebre		
	Niñas y niños con fiebre	Número de niñas y niños	Se buscó tratamiento de un proveedor o establecimiento de salud 1/	Tomó antibióticos	Número de niñas y niños
Grupo de edad en meses					
Menos de 6 meses	*	2	*	*	0
6-11	(0,9)	4	*	*	1
12-23	1,7	7	*	*	2
24-35	1,4	9	*	*	1
36-47	1,8	8	*	*	2
48-59	1,8	10	*	*	2
Sexo					
Hombre	3,6	19	*	*	4
Mujer	4,0	21	(41,8)	(30,4)	4
Área de residencia					
Urbana	6,5	35	56,8	52,5	6
Rural	1,1	5	*	*	1
Nivel de educación					
Sin educación	*	0	*	*	0
Primaria	1,1	5	*	*	1
Secundaria	4,1	20	(50,6)	(37,6)	4
Superior	2,3	15	*	*	2
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	*	2	*	*	0
Segundo quintil	1,6	7	*	*	2
Quintil intermedio	1,5	7	*	*	1
Cuarto quintil	3,0	15	*	*	3
Quintil superior	1,0	9	*	*	1
Total 2012	7,6	40	56,6	51,0	8
Total 2009	23,4	59	nd	nd	nd

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*); y los de 20-24 casos sin ponderar, se presentan entre paréntesis.

1/ Excluye farmacia, tienda y curandero.

nd = No disponible.

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

9.4 DIARREA AGUDA

La enfermedad diarreica aguda (EDA) sigue siendo una causa importante de mortalidad en la niñez. Como es usual, la Encuesta 2012 preguntó a las madres en edad fértil por la ocurrencia de episodios de diarrea en sus niñas y niños menores de cinco años de edad, en las dos semanas anteriores a la encuesta (Cuadro 9.7). Asimismo, se preguntó por si la diarrea venía acompañada de sangre, lo que puede indicar una forma más severa de la enfermedad, conocida como disentería.

Adicionalmente, la encuesta indagó sobre el porcentaje de mujeres que llevan a sus hijas e hijos enfermos con diarrea a un servicio de salud y el tipo de tratamientos (Terapia de Rehidratación Oral -TRO-, y otros) que recibió el niño y la niña (Cuadro 9.8).

Prevalencia de la diarrea (Cuadro 9.6)

- La prevalencia de diarrea entre niñas y niños menores de cinco años de edad alcanzó el 7,4 por ciento, porcentaje menor al encontrado en la Encuesta 2009 (12,2 por ciento). Se encontraron diferencias dependiendo del área de residencia (6,8 por ciento en niñas y niños del área urbana frente a 11,4 por ciento en niñas y niños del área rural); lo que puede indicar un bajo progreso en las campañas de acceso a servicios. Así también, se encontraron algunas diferencias según la edad como entre las niñas y los niños de 12-23 meses de edad (17,1 por ciento) más activos y en contacto con el medio ambiente, y las niñas y niños de 36 a 47 meses de edad (2,0 por ciento) cuando ellos adquieren mayor inmunidad y un comportamiento de menor exposición a los agentes infecciosos (ej., mano-boca).
- Se observó poca variación según el nivel de educación de las madres, habiéndose encontrado un 3,0 por ciento en las niñas y niños de madres con educación primaria en comparación con el 8,8 por ciento de madres con educación superior. De otro lado, la capacidad económica estaría asociada con la prevalencia de la diarrea, siendo la ocurrencia de 7,6 por ciento entre las niñas y niños del segundo quintil de riqueza en comparación con el 1,7 por ciento entre aquellas y aquellos que pertenecen al quintil superior. Se encontró una menor prevalencia en niñas y niños que residen en viviendas con servicio sanitario mejorado o no compartido (7,2 por ciento) en comparación con aquellas y aquellos que habitan viviendas con servicio sanitario no mejorado o compartido (9,2 por ciento).
- De acuerdo al área de residencia, el mayor porcentaje se observó en el área rural (11,4 por ciento) frente al 6,8 por ciento observado en el área urbana.
- Respecto al consumo de agua, el porcentaje de diarrea en niñas y niños fue mayor cuando consumen agua sin tratamiento (14,0 por ciento) que cuando consumen agua hervida (5,4 por ciento).

CUADRO N° 9.6
MOQUEGUA: PREVALENCIA DE DIARREA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD DURANTE LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Diarrea en las últimas dos semanas		
	Diarrea	Diarrea con sangre	Número de niñas y niños
Grupo de edad en meses			
Menos de 6 meses	*	*	2
6-11	(12,4)	(0,0)	4
12-23	17,1	5,6	7
24-35	6,2	0,0	9
36-47	2,0	2,0	8
48-59	5,8	0,0	10
Sexo			
Hombre	9,3	1,2	19
Mujer	5,8	1,5	21
Área de residencia			
Urbana	6,8	0,6	35
Rural	11,4	5,9	5
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	0
Primaria	3,0	0,0	5
Secundaria	7,6	1,6	20
Superior	8,8	1,5	15
Fuente de agua para beber			
Mejorada 1/	7,1	1,0	40
No mejorada	*	*	1
Tratamiento del agua			
Con Cloro residual 2/	8,0	1,9	12
La Hierven	5,4	0,8	21
Red Pública	*	*	1
Otra fuente	*	*	1
Consumen agua embotellada	*	*	2
Sin tratamiento	14,0	0,0	4
Servicio sanitario			
Mejorado, no compartido 3/	7,2	1,1	35
No mejorado o compartido	9,2	3,2	5
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	*	*	2
Segundo quintil	7,6	0,0	7
Quintil intermedio	13,4	2,3	7
Cuarto quintil	8,0	1,5	15
Quintil superior	1,7	0,0	9
Total 2012	7,4	1,3	40
Total 2009	12,2	nd	59

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*); y los de 20-24 casos sin ponderar, se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye red pública, pozo en la casa, manantial y agua de lluvia.

2/ Cloro residual libre \geq 0,5 mg/lit de agua según Decreto Supremo N° 031-2010-SA.

3/ Incluye conectado a red pública y letrina mejorada ventilada.

nd = No disponible.

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

Tratamiento de la diarrea (Cuadro 9.7)

- Un 53,3 por ciento de niñas y niños con diarrea fue llevado a un proveedor de salud, cifra mayor en 20 puntos porcentuales a lo encontrado en la Encuesta 2009 (33,3 por ciento).
- El uso de paquetes de Sales de Rehidratación Oral (SRO) fue usado por el 48,9 por ciento de niñas y niños con diarrea (lo que se ha incrementado desde la Encuesta 2009, que fue 17,7 por ciento).
- El 74,1 por ciento de niñas y niños con diarrea recibieron un aumento de líquidos, siendo mayor al encontrado en la Encuesta 2009 (49,8 por ciento).
- Con respecto a “otros tratamientos” (no aconsejados excepto antibióticos para diarreas sanguinolentas), se encontró todavía difundida la práctica de remedios caseros (5,3 por ciento). Otro medicamento de uso común fue el jarabe para la diarrea (11,4 por ciento). El uso de antibióticos se dio en 3 de cada diez casos de diarrea (31,2 por ciento), lo que es excesivo considerando que solo debería darse aproximadamente en uno de cada cincuenta casos.
- El porcentaje de madres que admiten no haber dado ningún tratamiento se mantuvo en niveles bajos (11,2 por ciento), sin embargo ha disminuido en 8,6 puntos porcentuales con respecto a la Encuesta 2009 (19,8 por ciento).

CUADRO N° 9.7
MOQUEGUA: TRATAMIENTO DE LA DIARREA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, 2012 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Porcentaje llevados a un proveedor de salud 1/	Terapia de Rehidratación Oral (TRO)				Otros tratamientos			Ningún tratamiento	Número de niñas y niños	
		Sobres de SRO/ Pedialite	Solución casera	SRO o solución casera	Aumento de líquidos en general	TRO o aumento de líquidos	Anti-bióticos	Jarabe para la diarrea			Remedios caseros/ otros
Total 2012	53,3	48,9	0,0	48,9	74,1	81,1	31,2	11,4	5,3	11,2	3
Total 2009	33,3	17,7	5,0	22,7	49,8	63,2	3,0	12,4	30,8	19,8	7

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*); y los de 20-24 casos sin ponderar, se presentan entre paréntesis.

TRO incluye solución preparada con sales de rehidratación oral solución casera (SC) o un incremento en la cantidad de líquido.

1/ Excluye farmacia tienda y curandero.

nd = No disponible.

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

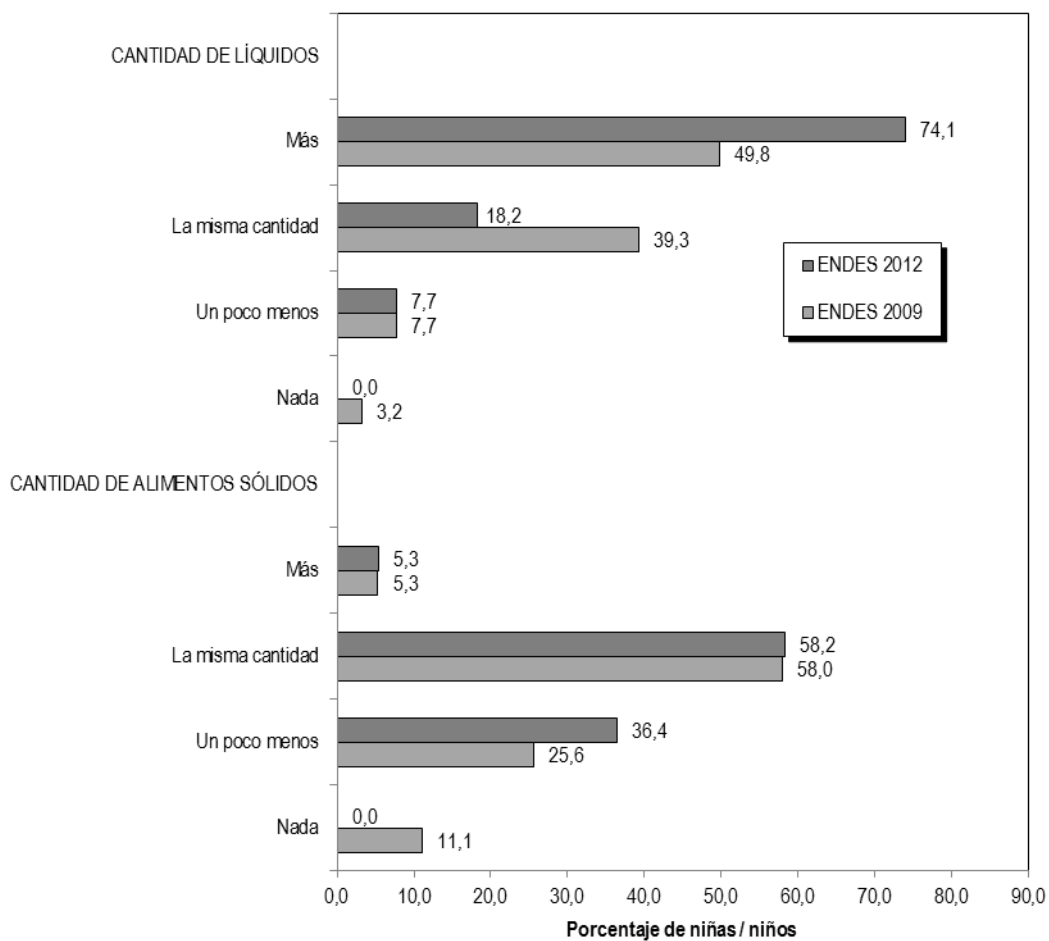
Dado que UNICEF recomienda que la niña o el niño con enfermedad diarreica aguda reciba mayor cantidad de líquidos y sólidos durante el episodio diarreico – lo que en ocasiones va opuesto a creencias culturales de algunas madres – se efectúan tales indagaciones en esta encuesta (Cuadro 9.9). Asimismo, se les preguntó a las madres sobre la forma de que las deposiciones de las niñas y los niños son desechadas, como una aproximación a sus conocimientos y prácticas higiénicas que pueden contribuir a la diseminación de enfermedades de este tipo (Cuadro 9.10).

Prácticas alimenticias y de administración de líquidos durante la diarrea (Cuadro 9.8 y Gráfico 9.2)

- En la Encuesta 2012, se encontraron niveles diferentes con respecto a la administración de líquidos a una niña o un niño enfermo con diarrea. Por ejemplo, “más” administración de líquido se dio en 74,1 por ciento de casos, comparado con 49,8 por ciento en la Encuesta 2009.
- El suministro de alimentos sólidos registró un porcentaje notoriamente menor, sin embargo la proporción se mantiene respecto a lo encontrado en la Encuesta 2009 (le dan “más”: 5,3 por ciento). La categoría menos

cantidad (que considera “un poco menos” y “mucho menos”) fue 36,4 por ciento en el año 2012 y 25,6 por ciento en el año 2009. Este panorama sugiere que aún es importante y necesario reforzar los contenidos educativos de las campañas enfatizando el efecto positivo de administrar mayor cantidad de alimentos sólidos al niño o niña con diarrea, con el objetivo de contrarrestar la pérdida de peso provocado por la enfermedad y ayudar a la recuperación postdiarrea.

GRÁFICO Nº 9.2
MOQUEGUA: CANTIDAD DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS SÓLIDOS SUMINISTRADOS DURANTE
LA DIARREA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)



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

CUADRO N° 9.8

MOQUEGUA: PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON DIARREA EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Cantidad de líquidos					Cantidad de sólidos					Le dieron más líquido y alimentación continua 1/	Le dieron TRO o más líquidos y alimentación continua 2/	Número de niñas y niños con diarrea	
	Total	Más	La misma cantidad	Un poco menos 3/	Nada	Total	Más	La misma cantidad	Un poco menos	Mucho menos				Nada
Total 2012	100,0	74,1	18,2	7,7	0,0	100,0	5,3	58,2	36,4	0,0	0,0	74,1	81,1	3
Total 2009	100,0	49,8	39,3	7,7	3,2	100,0	5,3	58,0	25,6	0,0	11,1	49,8	63,2	7

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*); y los de 20-24 casos sin ponderar, se presentan entre paréntesis.

1/ Equivalente al indicador de UNICEF/WHO "Manejo casero de la diarrea", MICS Indicador 34. La práctica de alimentación continua incluye niñas y niños que recibieron durante la diarrea más alimento lo mismo o un poco menos de lo usual.

2/ Equivalente al indicador 35 de UNICEF/MICS.

3/ Incluyó mucho menos. En el año 2009 no se encontraron casos.

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

Conocimientos sobre las sales de rehidratación oral (Cuadro 9.9)

En la Encuesta 2012, se preguntó a las madres con nacimientos en los cinco años antes de la encuesta, si conocían sobre las sales de rehidratación oral promovidas para el tratamiento de la diarrea aguda. El cuadro 9.9 describe tal conocimiento por característica seleccionada.

- En general, el conocimiento de las sales de rehidratación oral entre las madres fue alto, con 73,9 por ciento de madres que respondieron conocer la SRO. Sin embargo, con respecto a la del año 2009 (82,4 por ciento), dicho porcentaje disminuye. Destacan los diferenciales según características de las mujeres, tales como su educación y capacidad económica. Así, 58,9 por ciento de mujeres con educación primaria y 47,2 por ciento de aquellas del segundo quintil de riqueza conocían las SRO. El 91,9 y 80,7 por ciento de mujeres con educación superior y pertenecientes al quintil superior, respectivamente, respondieron conocer las SRO.
- Similarmente este conocimiento fue menor entre las madres de 20 a 24 años de edad (58,2 por ciento) comparadas con las madres de 35 a 49 años de edad (82,8 por ciento). Según área de residencia, se observó un mayor porcentaje de mujeres en el área urbana (77,7 por ciento) en comparación con las del área rural (50,2 por ciento), que conocen sobre las bondades de estas sales.

CUADRO N° 9.9
 MOQUEGUA: CONOCIMIENTO DE SALES DE REHIDRATACIÓN
 ORAL (SRO) DE MADRES CON NACIMIENTOS EN LOS
 ÚLTIMOS CINCO AÑOS, SEGÚN CARACTERÍSTICA
 SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Madres que conocen sobre SRO 1/	Número de madres
Grupo de edad		
15-19	*	2
20-24	58,2	8
25-34	80,1	17
35-49	82,8	10
Área de residencia		
Urbana	77,7	31
Rural	50,2	5
Nivel de educación		
Sin educación	*	0
Primaria	58,9	5
Secundaria	63,7	17
Superior	91,9	14
Quintil de riqueza		
Quintil inferior	*	2
Segundo quintil	47,2	6
Quintil intermedio	70,6	7
Cuarto quintil	87,9	14
Quintil superior	80,7	9
Total 2012	73,9	37
Total 2009	82,4	53

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*): y los de 20-24 casos sin ponderar, se presentan entre paréntesis.

1/ SRO = Sales de rehidratación oral.

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

Formas de eliminación de las deposiciones de niñas y niños (Cuadro 9.10)

- Los porcentajes de eliminación de las deposiciones registraron variación con respecto a la Encuesta 2009. El uso del inodoro/letrina se incrementó hasta 32,4 por ciento, comparado con el 27,0 por ciento reportado en la Encuesta 2009. El botarlas en el inodoro/letrina ha disminuido, siendo 19,8 por ciento en la Encuesta 2012, comparado con 23,2 por ciento en la Encuesta 2009. De otro lado se encontró una diferencia de 27,4 puntos porcentuales en el uso de inodoro o letrina entre mujeres del quintil intermedio en comparación con las del segundo quintil de riqueza (48,6 frente a 21,2 por ciento).
- Entre la Encuesta 2009 y la Encuesta 2012, otras formas no seguras de desechar las deposiciones tuvieron menor arraigo y siguen una tendencia de descenso, como arrojarlas en el patio o campo, que disminuye de 4,4 a 4,0 por ciento, tirarla en la basura de 43,3 a 39,1 por ciento.

CUADRO N° 9.10
MOQUEGUA: FORMAS DE ELIMINACIÓN DE LAS DEPOSICIONES DE LA HIJA O HIJO MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Deposiciones controladas			Deposiciones no controladas				Otras respuestas	Porcentaje de niñas y niños cuyas heces fecales son desechadas de manera segura	Número de madres
	Total	Siempre usa inodoro o letrina	Las tira en inodoro/ letrina	La tira en el patio/ campo	La tira en el lavadero	La tira en la basura	No hace nada, la deja en el suelo			
Grupo de edad en meses										
Menos de 6 meses	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	2
6-11	100,0	(0,0)	(9,6)	(3,2)	(0,0)	(73,9)	(5,0)	(8,2)	(9,6)	4
12-23	100,0	0,0	7,9	4,4	6,5	79,2	0,0	2,1	7,9	7
24-35	100,0	24,2	31,6	0,0	2,7	39,7	1,8	0,0	55,8	8
36-47	100,0	61,1	30,3	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0	91,3	7
48-59	100,0	72,5	20,3	5,1	0,0	0,0	0,0	2,1	92,8	7
Servicio sanitario										
Mejorado, no compartido 1/	100,0	33,8	19,2	2,7	1,6	42,4	0,0	0,5	52,9	32
No mejorado o compartido	100,0	23,9	24,2	12,8	3,3	17,3	7,7	10,9	48,0	5
Área de residencia										
Urbana	100,0	33,8	18,8	2,7	1,6	41,8	0,7	0,7	52,6	31
Rural	100,0	24,3	26,1	11,9	3,1	22,7	2,8	9,0	50,4	5
Nivel de educación										
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	0
Primaria	100,0	25,2	33,7	9,3	5,8	15,2	0,0	10,7	58,9	5
Secundaria	100,0	35,0	23,2	4,1	0,9	33,7	2,1	0,9	58,2	17
Superior	100,0	32,1	11,2	1,2	1,5	54,0	0,0	0,0	43,3	14
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Segundo quintil	100,0	21,2	25,2	14,2	0,0	27,6	6,3	5,4	46,4	6
Quintil intermedio	100,0	48,6	15,0	3,1	0,0	33,3	0,0	0,0	63,6	7
Cuarto quintil	100,0	37,7	26,8	0,0	1,6	33,9	0,0	0,0	64,5	14
Quintil superior	100,0	23,6	9,9	0,0	1,5	64,9	0,0	0,0	33,6	9
Total 2012	100,0	32,4	19,8	4,0	1,8	39,1	1,0	1,8	52,3	37
Total 2009	100,0	27,0	23,2	4,4	1,1	43,3	0,4	0,7	50,1	52

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*); y los de 20-24 casos sin ponderar, se presentan entre paréntesis.

1/ Servicio sanitario no compartido de los siguientes: inodoro con descarga a las tuberías del sistema de desagüe, pozo séptico o letrina; letrina ventilada o mejorada; letrina con cajón y sanitario compostaje.

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

El estado nutricional es el resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes¹. En este sentido, los esquemas o patrones de alimentación influyen en la nutrición de las niñas y niños y a su vez, condicionan su potencial de desarrollo y crecimiento. En la infancia, la práctica de la lactancia materna provee los nutrientes adecuados y sirve de inmunización para un gran número de enfermedades comunes.

No obstante el inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando no se tiene las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a las niñas y niños en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte, y con el grado de nutrición.

A la importancia de la lactancia materna en la nutrición de niñas y niños se adiciona que su duración e intensidad, 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 hijas e hijos futuros y de las madres.

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

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, las madres fueron interrogadas sobre la práctica de lactancia, inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de cada hija e hijo nacido vivo desde enero 2006. En este capítulo, se analiza la información relacionada con el estado nutricional de las niñas y niños menores de cinco años de edad en el Perú y de una de las variables determinantes, la práctica de alimentación de las niñas y niños, incluyendo la lactancia, el uso de biberón y el complemento con otras comidas.

10.1 INICIACIÓN DE LA LACTANCIA

El Cuadro 10.1 contiene los porcentajes de niñas y niños nacidos en los últimos tres años anteriores a la Encuesta 2012, que recibieron lactancia materna, el inicio de la lactancia dentro de la primera hora de nacido y el porcentaje de quienes iniciaron durante el primer día de nacido, es decir, el momento en el cual se inició la lactancia después del nacimiento, según característica seleccionada. También se incluye el porcentaje de niñas y niños que en los tres primeros días de nacidos recibieron otro alimento antes de la leche materna.

Lactancia Inicial (Cuadro 10.1 y Gráfico 10.1)

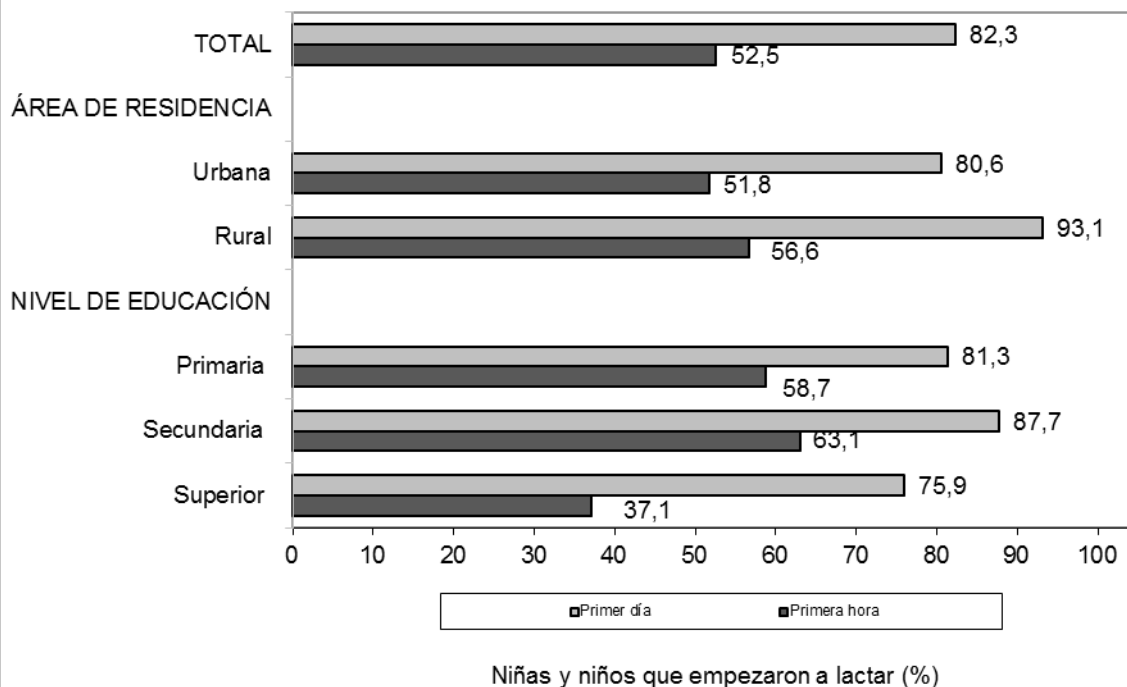
- En Moquegua 98,0 por ciento de las niñas y niños que nacieron en los tres años anteriores a la Encuesta 2012 han lactado alguna vez. Según características el porcentaje fue similar en niñas (98,1 por ciento) que en niños (98,0 por ciento). Por área de residencia, el 98,2 por ciento de niñas y niños residentes en el área urbana y el 97,0 por ciento del área rural lactó alguna vez.
- El 52,5 por ciento de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 82,3 por ciento dentro del primer día. En relación a los valores observados en el año 2009, la lactancia en la primera hora de nacido se incrementa en 1,8 puntos porcentuales, en tanto que el porcentaje de niñas y niños el primer día que lactaron disminuyó en 1,0 puntos porcentuales.
- El inicio adecuado (dentro de la primera hora de nacido) de la lactancia materna se presentó en mayor porcentaje entre niñas y niños de madres que pertenecen al segundo quintil de riqueza (65,9 por ciento),

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

con educación secundaria (63,1 por ciento), residentes del área rural (56,6) y cuyo parto se llevó a cabo en una institución de salud (52,0 por ciento).

- Los menores porcentajes de lactancia dentro de la primera hora de nacido, se encontraron entre niñas y niños de madres residentes del área urbana (51,8 por ciento), cuyas madres tenían educación superior (37,1 por ciento) y que pertenecen al quintil superior de riqueza (32,0 por ciento).
- Por otro lado, el 79,5 por ciento de niñas y niños que nacieron en los tres años anteriores a la Encuesta 2012 recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar, porcentaje que se ha incrementado en 9,9 puntos porcentuales al observado en el año 2009 que fue 69,6 por ciento. Estos casos se presentaron con mayor frecuencia entre madres del quintil superior de riqueza (93,0 por ciento).

GRÁFICO N° 10.1
MOQUEGUA : DIFERENCIAS EN LA INICIACIÓN DE LA LACTANCIA, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012



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

CUADRO N° 10.1

MOQUEGUA: LACTANCIA INICIAL MATERNA Y ALIMENTACIÓN SUPLEMENTARIA DE NIÑAS Y NIÑOS NACIDOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Porcentaje)

Característica seleccionada	Entre todas las niñas y niños:		Últimas nacidas y nacidos vivos que lactaron alguna vez			
	Porcentaje que alguna vez lactó	Número de niñas y niños	Empezó dentro de la primera hora de nacido	Empezó durante el primer día de nacido 1/	Recibió alimentos antes de empezar a lactar 2/	Número de niñas y niños amamantados alguna vez
Sexo						
Hombre	98,0	20	57,8	84,6	81,0	16
Mujer	98,1	21	48,0	80,4	78,3	20
Atención del parto						
Profesional de la salud 3/	98,5	39	52,7	81,8	80,2	35
Partera tradicional/ comadrona	*	1	*	*	*	1
Otro tipo de atención	*	1	*	*	*	0
Lugar del parto						
Institución de salud	98,5	38	52,0	81,5	81,4	34
En la casa	*	2	*	*	*	1
Otro sitio	*	0	*	*	*	0
Área de residencia						
Urbana	98,2	35	51,8	80,6	84,4	31
Rural	97,0	6	56,6	93,1	49,1	5
Nivel de educación						
Sin educación	*	0	*	*	*	0
Primaria	96,3	5	58,7	81,3	63,1	5
Secundaria	97,8	20	63,1	87,7	74,3	17
Superior	98,9	15	37,1	75,9	91,0	14
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	*	2	*	*	*	2
Segundo quintil	94,7	7	65,9	96,8	47,5	6
Quintil intermedio	100,0	7	55,5	83,7	80,6	7
Cuarto quintil	100,0	15	57,6	88,6	86,5	14
Quintil superior	95,6	9	32,0	63,8	93,0	8
Total 2012	98,0	41	52,5	82,3	79,5	36
Total 2009	96,8	61	50,7	83,3	69,6	52

Nota: - Las estimaciones se refieren a niñas y niños nacidos en los cinco años que precedieron la encuesta sin importar si estaban o no vivos al momento de la encuesta.

- Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye a las niñas y niños que empezaron la lactancia durante la primera hora de nacido.

2/ Niñas y niños a quienes se les dió algún alimento diferente de la leche materna durante los primeros tres días de nacidos antes de que la madre empezara a amamantarlos de manera regular.

3/ Médico, enfermera o enfermera auxiliar.

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

10.2 DURACIÓN DE LA LACTANCIA

El Cuadro 10.2 presenta la duración mediana de la lactancia, es decir, la edad a la cual todavía están siendo amamantados el 50,0 por ciento de las niñas y niños menores de tres años de edad y el porcentaje de menores de seis meses de edad 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 calculado con el método de prevalencia/incidencia: número de madres lactando (prevalencia) dividido por el promedio mensual de nacimientos (incidencia).

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. En la Encuesta 2012, se sigue prestando atención a la frecuencia o intensidad de la lactancia, hecho que está muy relacionado con la reiniciación de la menstruación y el consiguiente riesgo de concepción.

Duración mediana de la lactancia (Cuadro 10.2)

- En Moquegua el tiempo promedio de duración de la lactancia en niñas y niños menores de tres años de edad fue 17,5 meses. En el año 2009 fue 17,8 meses.
- La duración mediana de la lactancia exclusiva fue 0,7 meses. Por sexo fue mayor en los hombres (4,7 meses) que en las mujeres (0,6 meses). Por nivel de educación fue mayor entre las madres con educación secundaria (0,6 meses), que entre aquellas con educación superior (0,4 meses). Por quintil de riqueza fue mayor en las que se ubicaron en el quintil superior de riqueza (3,2 meses), comparadas con las del cuarto quintil (0,4 meses).

CUADRO N° 10.2

MOQUEGUA: DURACIÓN MEDIANA DE LA LACTANCIA ENTRE LAS NIÑAS Y NIÑOS NACIDOS EN LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

Característica seleccionada	Duración mediana de la lactancia (en meses) entre menores de tres años de edad 1/			
	Lactancia total	Lactancia exclusiva (sólo pecho)	Lactancia predominante 2/	Número de niñas y niños
Sexo				
Hombre	14,2	4,7	4,7	11
Mujer	23,1	0,6	0,6	12
Área de residencia				
Urbana	22,5	0,7	0,7	20
Rural	20,6	1,6	1,6	3
Nivel de educación				
Sin educación	*	*	*	0
Primaria	*	*	*	3
Secundaria	22,2	0,6	0,6	10
Superior	14,4	0,4	0,4	10
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	*	*	*	1
Segundo quintil	(17,8)	(0,4)	(0,4)	3
Quintil intermedio	*	*	*	3
Cuarto quintil	23,5	0,4	0,4	8
Quintil superior	10,2	3,2	3,2	7
Total 2012	21,9	0,7	0,7	23
Total 2009	17,0	3,8	4,5	38
Promedio para todos los niños	19,8	4,4	4,4	n.a.
P/I para todos los niños	17,5	2,9	2,9	n.a.

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Se asume que las niñas y niños no primerizos ó la última hija e hijo que no vive con la madre no están siendo amamantados en la actualidad.

2/ Lactancia exclusiva o recibieron lactancia y sólo agua, líquidos, y/o jugos solamente (excluye otras leches).

P/I Se refiere al promedio calculado por el método de Prevalencia/ Incidencia.

n.a. = No aplicable.

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

10.3 ANEMIA EN NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES

La prueba para determinar anemia en mujeres, niñas y niños constituye uno de los mayores esfuerzos que las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar vienen realizando desde la Encuesta 1996². La prueba de anemia, en una muestra de sangre capilar, se realizó para las niñas y niños nacidos después de enero de 2006 y para las mujeres entre 15 a 49 años de edad.

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud. La hemoglobina, un conglomerado

² La Encuesta 1996, incluyó un módulo de antropometría y medición de hemoglobina que se aplicó a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad y a las niñas y niños menores de cinco años de edad.

* Gramos por decilitros.

de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, que existe un menor nivel de hierro. Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, el mal estado nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia.

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

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

Métodos

La anemia es definida como una concentración de hemoglobina que es inferior al intervalo de confianza del 95,0 por ciento entre individuos saludables y bien nutridos de la misma edad, sexo y tiempo de embarazo. La hemoglobina puede medirse en forma fotométrica luego de una conversión a cianometahemoglobina. 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 para detección de anemia en varios países y en el Perú, también ha sido escogida como el método básico para la medición de la hemoglobina en la Encuesta 2012.

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

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

El nivel requerido de hemoglobina en la sangre depende de la presión parcial de oxígeno en la atmósfera. Como el Perú es un país donde un gran número de personas vive 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 niveles de altura. La segunda alternativa es la más utilizada para los cálculos en la Encuesta 2012.

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 (CDC/PNSS) y en el Ecuador

por Dirren y colaboradores. Los ajustes basados en estos estudios están expresados en un cuadro de valores preparado por Hurtado o en fórmulas cuadráticas del CDC/PNSS y Dirren. Comparaciones realizadas para la preparación de otros informes en el programa DHS muestran una gran coherencia entre las tres variaciones de ajuste, dando confianza en el ajuste utilizado para las observaciones de la Encuesta 2012.

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

Nivel ajustado = nivel observado - ajuste por altura

$$\text{Ajuste} = -0,032*(\text{alt}) + 0,022*(\text{alt}*\text{alt})$$

Donde (alt) es: [(altura en metros)/1 000]*3,3

Resultados

Los resultados de Moquegua se presentan en el Cuadro 10.3 para niñas y niños; y de las mujeres se muestran en el Cuadro 10.4

Anemia en niñas y niños (Cuadro 10.3)

- El 26,4 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad padecía de anemia en Moquegua, proporción mayor a la observada en el año 2009 (43,3 por ciento). Por tipo, el 16,9 por ciento tuvo anemia leve y el 9,5 por ciento tuvo anemia moderada. En relación a la Encuesta 2009, se observa que disminuye la proporción de la anemia leve (3,9 puntos porcentuales), al pasar de 20,8 por ciento en el año 2009 a 16,9 por ciento en la Encuesta 2012. Asimismo, se observa reducción en la anemia moderada (11,0 puntos porcentuales), al pasar de 20,5 por ciento en el año 2000 a 9,5 por ciento en la Encuesta 2012.
- La anemia afectó al 22,7 por ciento de niñas y niños de 24 a 35 meses de edad y al 12,3 por ciento de aquellas y aquellos de 36 a 47 meses de edad.
- Según características, el porcentaje de anemia fue mayor en niñas y niños que pertenecen al segundo quintil de riqueza (33,5 por ciento), con un intervalo de nacimiento de 24 a 47 meses (32,4 por ciento) y que ocupan segundo o tercero en el orden de nacimiento (23,6 por ciento).
- Según área de residencia, la anemia fue más frecuente entre niñas y niños residentes del área rural (42,3 por ciento) que entre las y los residentes del área urbana (23,7 por ciento).

CUADRO N° 10.3
MOQUEGUA: PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD, POR TIPO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Total con anemia	Tipo de anemia		Número de niñas y niños
		Anemia leve	Anemia moderada	
Edad en meses				
6-11	*	*	*	4
12-17	*	*	*	3
18-23	(43,0)	(35,4)	(7,6)	4
24-35	22,7	13,0	9,7	9
36-47	12,3	12,3	0,0	9
48-59				
Sexo	15,8	11,3	4,4	10
Hombre	27,0	13,0	14,0	18
Mujer	25,8	20,5	5,3	20
Orden de nacimiento 1/				
1	20,6	15,4	5,2	13
2-3	23,6	13,8	9,8	19
4-5	*	*	*	3
6+	*	*	*	1
Intervalo de nacimiento en meses				
Primer nacimiento 2/	20,6	15,4	5,2	13
<24	*	*	*	2
24-47	32,4	17,5	14,8	5
48+	28,1	17,8	10,3	15
Tratamiento del agua				
Con Cloro residual 3/	18,1	11,8	6,3	11
La hierven				
Red pública	29,1	19,1	9,9	20
Otra fuente	*	*	*	0
Otro tratamiento	*	*	*	1
Consumen agua embotellada	*	*	*	2
Sin tratamiento	(44,8)	(20,6)	(24,2)	4
Área de residencia				
Urbana	23,7	15,1	8,6	32
Rural	42,3	27,6	14,7	5
Nivel de educación 4/				
Sin educación	*	*	*	0
Primaria	46,7	29,0	17,7	5
Secundaria	25,0	12,3	12,7	17
Superior	17,9	16,6	1,3	14
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	*	*	*	2
Segundo quintil	33,5	18,1	15,5	7
Quintil intermedio	26,5	15,8	10,7	6
Cuarto quintil	25,5	16,3	9,2	15
Quintil superior	15,3	13,5	1,8	8
Total 2012	26,4	16,9	9,5	38
Total 2009	43,3	20,8	20,5	46

Nota: - El cuadro se basa en las niñas y niños que durmieron en el hogar la noche anterior a la entrevista. La prevalencia está ajustada por altura siguiendo el procedimiento recomendado en CDC, 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report 47 (RR-3):1-29. Hemoglobina en g/dl = Gramos por decilitros.

- Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Excluye niñas y niños cuyas madres no fueron entrevistadas.

2/ Si el primer nacimiento es mellizo, trillizo, etc. estos son contados como los primeros nacimientos porque no tienen intervalo con nacimiento anterior.

3/ Cloro residual libre $\geq 0,5$ mg/lit de agua según Decreto Supremo N° 031-2010-SA.

4/ Para las mujeres que no fueron entrevistadas, la información fue tomada del Cuestionario de Hogar. Excluye niñas y niños cuyas madres no fueron listadas en el cuestionario de hogar.

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

Anemia en mujeres (Cuadro 10.4)

- En Moquegua el 14,7 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad padecía de algún tipo de anemia, proporción menor en 3,6 puntos porcentuales al valor reportado en la Encuesta 2009 (18,3 por ciento). Según la Encuesta 2012, el 12,3 por ciento de mujeres en edad fértil tenía anemia leve, el 2,2 por ciento presentaba anemia moderada y la anemia severa afectó al 0,1 por ciento de las mujeres en edad fértil.
- Las mujeres entre 20 a 29 años de edad presentaron mayor prevalencia de anemia (16,8 por ciento), que las mujeres de 30 a 39 años de edad (12,6 por ciento). La anemia afectó en mayor proporción a mujeres que tuvieron cuatro a cinco hijas e hijos nacidos vivos (18,1 por ciento) y en mujeres que estaban dando de lactar (18,2 por ciento).
- Según área de residencia, el porcentaje fue mayor en el área rural (26,4 por ciento) que en el área urbana (12,5 por ciento).

CUADRO N° 10.4

MOQUEGUA: PREVALENCIA DE ANEMIA EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, POR TIPO, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Porcentaje)

Característica seleccionada	Total con anemia	Tipo de anemia			Número de mujeres
		Anemia leve	Anemia moderada	Anemia severa	
Edad					
15-19	13,6	12,1	1,5	0,0	22
20-29	16,8	14,2	2,2	0,4	35
30-39	12,6	10,7	1,9	0,0	38
40-49	15,3	12,3	3,0	0,0	38
Número de nacidos vivos					
0	12,4	10,6	1,5	0,4	41
1	15,2	13,0	2,2	0,0	32
2-3	15,2	13,1	2,1	0,0	49
4-5	18,1	12,4	5,7	0,0	9
6 y más	*	*	*	*	2
Condición de embarazo y lactancia					
Embarazada	*	*	*	*	3
Lactando	18,2	15,1	3,1	0,0	11
Ninguna de las anteriores	13,8	11,6	2,1	0,1	119
Tratamiento del agua					
Con Cloro residual 1/ La hierven	16,7	13,4	3,3	0,0	41
Red pública	12,3	10,8	1,2	0,2	67
Otra fuente	(42,4)	(32,9)	(9,5)	(0,0)	4
Otro tratamiento	*	*	*	*	1
Consumen agua embotellada	14,2	12,4	1,9	0,0	8
Sin tratamiento	14,4	12,1	2,3	0,0	12
Área de residencia					
Urbana	12,5	10,3	2,1	0,1	112
Rural	26,4	23,3	3,2	0,0	20
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	1
Primaria	17,7	14,0	3,7	0,0	18
Secundaria	15,3	12,8	2,3	0,3	58
Superior	13,0	11,2	1,8	0,0	55
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	29,7	23,9	5,8	0,0	6
Segundo quintil	19,3	17,7	1,5	0,0	19
Quintil intermedio	12,3	10,3	2,0	0,0	25
Cuarto quintil	10,0	7,5	2,2	0,3	50
Quintil superior	18,1	15,8	2,3	0,0	33
Total 2012	14,7	12,3	2,2	0,1	132
Total 2009	18,3	15,4	2,6	0,3	155

Nota: -El cuadro se basa en las mujeres que durmieron en el hogar la noche anterior a la entrevista. La prevalencia está ajustada por altura siguiendo el procedimiento recomendado en CDC, 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report 47 (RR-3):1-29. Hemoglobina en g/dl = Gramos por decilitros.

-Anemia severa: < 7,0 g/dl; anemia moderada: 7,0-9,9 g/dl; anemia leve: 10,0-11,9 g/dl.

1/ Cloro residual libre \geq 0,5 mg/lit de agua según Decreto Supremo N° 031-2010-SA.

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

10.4 NUTRICIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS

El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado a su desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar³. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras)⁴ y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez.

Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. Por ello, la mejora del estado nutricional infantil forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico⁵. En el Perú, la reducción de la pobreza y la desnutrición, específicamente la desnutrición crónica, son metas de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial.

La Encuesta 2012 brinda información sobre el estado nutricional de los menores de cinco años de edad a través de tres indicadores nutricionales de uso internacional: la desnutrición crónica, la desnutrición aguda y la desnutrición global, calculados a partir de la información del peso, talla, edad y sexo de las niñas y niños menores de cinco años de edad, datos recogidos en el módulo de antropometría.

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

En el presente informe, al igual que en las Encuestas 2007-2008 y 2009, la clasificación del estado nutricional se ha realizado tomando como base el Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundido internacionalmente el año 2006. Este nuevo patrón de referencia fue elaborado sobre la base de niñas y niños que estuvieron en un entorno óptimo para el crecimiento: prácticas de alimentación recomendadas para lactantes, niñas y niños pequeños, buena atención de salud, madres no fumadoras y otros factores relacionados con los buenos resultados de salud⁶.

El patrón empleado anteriormente, del National Center for Health Statistics/OMS (NCHS/OMS), se basaba en datos de una muestra limitada de niñas y niños de los Estados Unidos, y planteaba ciertos inconvenientes técnicos y biológicos que lo hacían poco adecuado para el seguimiento de la rápida y cambiante tasa de crecimiento en la primera infancia, por lo que no proporciona una base sólida para la evaluación en función de pautas y normas internacionales⁷.

En el Cuadro 10.3 se presenta los resultados de la clasificación del estado nutricional, con el patrón de referencia de la OMS, según características socioeconómicas y demográficas, área y lugar de residencia. En el Cuadro 10.6 se muestra las mismas agrupaciones pero la clasificación del estado nutricional ha sido hecha con el patrón de referencia del NCHS/OMS, con el fin de tener información comparable con los resultados presentados en los anteriores informes de la Encuesta. En el Gráfico 10.2 se muestran los porcentajes de los distintos tipos de desnutrición según edad de las niñas y niños.

³ Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, De Onis M, Ezzati M, Mather C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition*; 2008: 5-22.

⁴ Victora C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Ritcher L, Sachdev H, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition*; 2008: 23-40.

⁵ Lutter CK, Chaparro CM. La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2008

⁶ WHO. WHO Child Growth Standards: Length / height for age, weight for age, weight for length, weight for height and body mass index for age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

⁷ WHO. WHO Child Growth Standards: Length / height for age, weight for age, weight for length, weight for height and body mass index for age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

Todos los comentarios que se hacen en esta sección corresponden a los resultados obtenidos a partir del patrón de referencia de la OMS (Cuadro 10.5).

Desnutrición crónica (Cuadro 10.5 y Gráfico 10.2)

La desnutrición crónica, es un indicador del desarrollo del departamento y su disminución muestra la mejora de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo⁸.

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

Desnutrición crónica según grupos de edad y sexo

- En Moquegua, la desnutrición crónica afectó al 4,4 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar lo registrado en el año 2009 (5,1 por ciento).
- Según sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 4,1 puntos porcentuales (6,5 por ciento en niños y 2,4 por ciento en niñas).
- En el grupo de niñas y niños menores de seis meses no hay casos de niños con baja estatura para su edad, en los infantes de 18 a 23 meses de edad alcanzó el más alto porcentaje (11,2 por ciento) y en el grupo de niñas y niños de 12 a 17 meses de edad, fue 3,5 por ciento.
- En niñas y niños de 24 a 35 meses de edad, la proporción de desnutrición crónica fue 3,7 por ciento, disminuyendo en el grupo de 36 a 47 meses de edad (4,5 por ciento) y 3,4 por ciento entre las niñas y niños de 48 a 59 meses de edad.

Desnutrición crónica según tamaño al nacer e intervalo de nacimiento

- El porcentaje de desnutrición crónica entre niñas y niños que tuvieron un tamaño pequeño al nacer fue 12,5 por ciento, 10,3 puntos porcentuales más que aquellos que tuvieron un tamaño promedio (2,2 por ciento).
- La desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue de 24 a 47 meses y 48 y más meses (12,7 y 4,5 por ciento, respectivamente). Los nacimientos primogénitos y aquellos menores a 24 meses presentaron un menor porcentaje (2,0 y 3,2 por ciento, respectivamente).

⁸ INEI. Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de cinco años a nivel Provincial y Distrital, 2007, pág.7. Lima, 2009

Desnutrición crónica según características de la madre

- La desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años de edad cuyas madres tenían IMC⁹ entre 18,5 y 24,9 (normal) ascendió a 8,0 por ciento y en aquellas con sobrepeso u obesidad (IMC mayor o igual a 25,0) fue 3,0 por ciento.
- La desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres con educación primaria (10,9 por ciento) en relación a aquellas con nivel superior (1,4 por ciento).

Desnutrición crónica según tratamiento del agua

- La desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento (11,9 por ciento).

Desnutrición crónica según quintiles de riqueza

- Por quintil de riqueza, las niñas y niños ubicados en el segundo quintil y fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (12,6 por ciento). La menor proporción fue en el cuarto quintil (1,8 por ciento).

Desnutrición crónica según área de residencia

- Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (11,1 por ciento), es decir, 7,8 puntos porcentuales más que en el área urbana (3,3 por ciento).

Desnutrición aguda

La desnutrición aguda es el estado en el cual las niñas y niños tienen un peso menor al esperado para su talla y sexo con relación a una población de referencia. Esta condición de peso inadecuado para la talla es una condición que pone en riesgo la vida de la niña o niño. La desnutrición aguda refleja una reciente carencia de ingesta de alimentos (que limita el consumo de energía) o la presencia de enfermedades agudas recientes (en especial la diarrea), o la presencia de ambas simultáneamente.

La desnutrición aguda se produce cuando el cuerpo no recibe el aporte alimenticio necesario, éste se adapta y empieza a reducir su actividad física, de sus órganos, de los tejidos, de las células. Al mismo tiempo, las reservas energéticas (músculo y grasa) se metabolizan para responder a las necesidades vitales, resultando en una pérdida de peso debido a la desaparición de masa muscular y tejido graso, mientras que los órganos vitales son preservados. A mayor pérdida de masa muscular y de tejido graso, menor es la probabilidad de sobrevivir¹⁰.

La desnutrición aguda es un indicador de afectaciones recientes que refleja los daños coyunturales.

Desnutrición aguda según características

- En Moquegua, la desnutrición aguda afectó al 0,5 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad, porcentaje ligeramente menor al valor observado en la Encuesta 2009 (0,7 por ciento).
- El mayor porcentaje de niñas y niños con desnutrición aguda se presentó en menores de seis meses de edad (3,8 por ciento), con intervalo de nacimiento de 48 a más meses (1,1 por ciento), hijas e hijos de madres con educación secundaria (0,9 por ciento), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (1,4 por ciento),

9 El índice de masa corporal (IMC), se calcula dividiendo el peso, en kilogramos, por talla al cuadrado, en metros. Es un indicador que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

10 ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE. La desnutrición aguda, una pandemia de hambre. Folleto explicativo. Lectura Internet.

Desnutrición global

La desnutrición global es el estado en el que niñas y niños tienen un peso menor al esperado para su edad y sexo con relación a una población de referencia. Es considerado como un indicador general de la desnutrición puesto que puede reflejar tanto la desnutrición crónica como la aguda o ambas. En este sentido, puede ser un indicador ambiguo, particularmente, después del primer año de vida cuando la importancia del peso bajo depende de su relación con la longitud o talla más que con la edad.

Desnutrición global según grupos de edad y sexo

- En el departamento de Moquegua la desnutrición global afectó al 1,4 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad.
- La desnutrición global en niñas y niños menores de 18 a 23 meses de edad fue 4,0 por ciento. Entre los infantes de 12 a 17 meses de edad fue 2,3 por ciento, de 36 a 47 meses de edad fue 2,1 por ciento y en los grupos de 36 a 47 y 24 a 35 meses de edad fue 1,0 por ciento, en cada caso.
- Según sexo, la desnutrición global en los niños fue 1,7 por ciento, muy similar de las niñas (1,2 por ciento).

Desnutrición global según tamaño al nacer e intervalo de nacimiento

- Entre niñas y niños que tuvieron un tamaño pequeño al nacer, el porcentaje de desnutrición global fue 5,2 por ciento, porcentaje que se descendió en el grupo de niñas y niños con un tamaño promedio o más grande al nacer (0,5 por ciento).
- Entre los primeros nacimientos, la desnutrición global afectó al 1,0 por ciento de niñas y niños. En aquellos nacimientos con intervalos de 24 a 47 meses de edad fue de 1,3 por ciento, mientras que, en los nacimientos de 48 a más meses fue de 2,2 por ciento.

Desnutrición global según características de la madre

- La proporción de niñas y niños con desnutrición global en el grupo de madres con sobrepeso u obesidad (IMC de 18,5 a 24,9) fue 1,2 por ciento y en el grupo de madres con IMC normal fue de 2,0 por ciento.
- Las niñas y niños de madres con educación primaria presentaron el más alto porcentaje de desnutrición global (2,5 por ciento).

Desnutrición global según tratamiento del agua

- La desnutrición global se presentó en mayor proporción en niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento (4,7 por ciento).

Desnutrición global según quintiles de riqueza

- Las niñas y niños con mayor proporción de desnutrición global se ubicaron en el segundo quintil de riqueza (3,5 por ciento); mientras que, en el cuarto quintil esta situación afectó al 1,4 por ciento.

Desnutrición global según área y lugar de residencia

- Por área de residencia, la desnutrición global afectó al 5,8 por ciento de niñas y niños del área rural y al 0,7 por ciento del área urbana.

CUADRO N° 10.5
MOQUEGUA: INDICADORES DE DESNUTRICIÓN ENTRE MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA,
2011 - 2012 (PATRÓN OMS)
(Porcentaje)

Característica seleccionada	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 niñas y niños
	Severa 1/	Total 2/	Severa 1/	Total 2/	Severa 1/	Total 2/	
Edad en meses							
Menor de 6 meses	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	5
6-11	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0	8
12-17	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	2,3	6
18-23	0,0	11,2	0,0	0,0	0,0	4,0	7
24-35	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	1,0	18
36-47	1,0	4,5	1,0	1,0	1,0	2,1	18
48-59	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	1,0	18
Sexo							
Hombre	0,0	6,5	0,0	0,5	0,0	1,7	39
Mujer	0,5	2,4	0,4	0,4	0,4	1,2	41
Intervalo de nacimiento en meses							
Primer nacimiento	0,6	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	31
<24	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	5
24-47	0,0	12,7	0,0	0,0	0,0	1,3	11
48 y más	0,0	4,5	0,6	1,1	0,6	2,2	32
Tamaño al nacer							
Muy pequeño	*	*	*	*	*	*	0
Pequeño	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	5,2	6
Promedio o más grande	0,0	2,2	0,5	0,5	0,5	0,5	34
Situación nutricional de la madre 3/							
Desnutrida (IMC <18,5)	*	*	*	*	*	*	1
Normal (IMC 18,5-24,9)	0,8	8,0	0,7	0,7	0,7	2,0	25
Sobrepeso/ obesidad (IMC >= 25)	0,0	3,0	0,0	0,4	0,0	1,2	52
Sin información	*	*	*	*	*	*	2
Tratamiento del agua							
Con Cloro residual 4/	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	22
La hierven							
Red pública	0,0	4,6	0,4	0,8	0,4	1,7	46
Otra fuente	*	*	*	*	*	*	1
Otro tratamiento	*	*	*	*	*	*	1
Consumen agua embotellada	*	*	*	*	*	*	3
Sin tratamiento	2,4	11,9	0,0	0,0	0,0	4,7	8
Área de residencia							
Urbana	0,0	3,3	0,0	0,3	0,0	0,7	69
Rural	1,7	11,1	1,6	1,6	1,6	5,8	11
Nivel de educación 5/							
Sin educación	*	*	*	*	*	*	0
Primaria	0,0	10,9	0,0	0,0	0,0	2,5	5
Secundaria	0,0	4,8	0,9	0,9	0,9	1,9	19
Superior	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	15
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	(5,5)	(14,5)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(5,5)	3
Segundo quintil	0,0	12,6	1,4	1,4	1,4	3,5	13
Quintil intermedio	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	18
Cuarto quintil	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	1,4	27
Quintil superior	0,0	2,9	0,0	1,0	0,0	0,7	19
Total 2012	0,2	4,4	0,2	0,5	0,2	1,4	81
Total 2009	0,7	5,1	0,3	0,7	n.d.	n.d.	58

Nota: - Las estimaciones se refieren a las niñas y niños nacidos en el período 0-59 meses anteriores a la encuesta. Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media del patrón internacional utilizado por la OMS. Las niñas y niños se clasifican como desnutridos si están 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media de la población de referencia. El cuadro se basa en niñas y niños con fechas completas de nacimiento y mediciones tanto de talla como de peso.

- Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Niñas y niños que están por debajo de -3 DE de la media.

2/ Niñas y niños que están por debajo de -2 DE de la media.

3/ Excluye niñas y niños de madres que no fueron pesadas ni medidas. El estado de nutrición de la madre en términos de IMC (Índice de Masa Corporal) está presentado en el Cuadro N° 10.9.

4/ Cloro residual libre >= 0,5 mg/lit de agua según Decreto Supremo N° 031-2010-SA.

5/ Para las mujeres que no fueron entrevistadas, la información fue tomada del Cuestionario de Hogar. Excluye niñas y niños cuyas madres no fueron listadas en el cuestionario de hogar.

n.d. = No disponible.

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

CUADRO N° 10.6
MOQUEGUA: INDICADORES DE DESNUTRICIÓN ENTRE MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, SEGUN CARACTERISTICA
SELECCIONADA, 2011 - 2012 (PATRÓN NCHS/CDC/OMS)
(Porcentaje)

Característica seleccionada	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 niñas y niños
	Total 2/	Severa 1/	Total 2/	Severa 1/	Total 2/	Severa 1/	
Edad en meses							
Menor de 6 meses	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5
6-11	3,6	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	8
12-17	3,5	0,0	2,3	0,0	2,3	0,0	6
18-23	9,1	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	7
24-35	1,7	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	18
36-47	3,6	1,0	1,0	1,0	2,8	1,0	18
48-59	2,4	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	18
Sexo							
Hombre	4,4	0,0	0,3	0,0	2,1	0,0	39
Mujer	2,0	0,4	0,4	0,4	1,6	0,4	41
Intervalo de nacimiento en meses							
Primer nacimiento	2,0	0,0	0,4	0,0	1,6	0,0	31
<24	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5
24-47	9,3	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	11
48 y más	2,5	0,6	0,6	0,6	2,6	0,6	32
Tamaño al nacer							
Muy pequeño	*	*	*	*	*	*	0
Pequeño	7,0	0,0	0,0	0,0	7,9	0,0	6
Promedio o más grande	1,7	0,5	0,5	0,5	0,9	0,5	34
Situación nutricional de la madre 3/							
Desnutrida (IMC <18,5)	*	*	*	*	*	*	1
Normal (IMC 18,5-24,9)	5,5	0,7	0,7	0,7	3,2	0,7	25
Sobrepeso/ obesidad (IMC >= 25)	2,3	0,0	0,2	0,0	1,2	0,0	52
Sin información	*	*	*	*	*	*	2
Tratamiento del agua							
Con Cloro residual 4/	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22
La hierven							
Red pública	3,4	0,4	0,7	0,4	2,0	0,4	46
Otra fuente	*	*	*	*	*	*	1
Otro tratamiento	*	*	*	*	*	*	1
Consumen agua embotellada	*	*	*	*	*	*	3
Sin tratamiento	10,0	0,0	0,0	0,0	6,8	0,0	8
Área de residencia							
Urbana	2,6	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	69
Rural	6,9	1,6	2,8	1,6	7,3	1,6	11
Nivel de educación 5/							
Sin educación	*	*	*	*	*	*	0
Primaria	10,9	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	5
Secundaria	2,2	0,9	0,9	0,9	2,6	0,9	19
Superior	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	(14,5)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(5,5)	(0,0)	3
Segundo quintil	7,7	1,4	2,4	1,4	5,8	1,4	13
Quintil intermedio	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18
Cuarto quintil	1,1	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	27
Quintil superior	2,9	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	19
Total 2012	3,2	0,2	0,4	0,2	1,8	0,2	81
Total 2009	0,0	4,2	0,0	0,7	n.d.	n.d.	58

Nota: - Las estimaciones se refieren a niñas y niños nacidos en el periodo 0-59 meses anteriores a la encuesta. Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media del patrón internacional utilizado por la NCHS/CDC/OMS. Las niñas y niños se clasifican como desnutridos si están 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media de la población de referencia. El cuadro se basa en niñas y niños con fechas completas de nacimiento y mediciones tanto de talla como de peso.

- Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Niñas y niños que están por debajo de -3 DE de la media.

2/ Niñas y niños que están por debajo de -2 DE de la media.

3/ Excluye niñas y niños de madres que no fueron pesadas ni medidas. El estado de nutrición de la madre en términos de IMC (Índice de Masa Corporal) está presentado en el Cuadro 10.9.

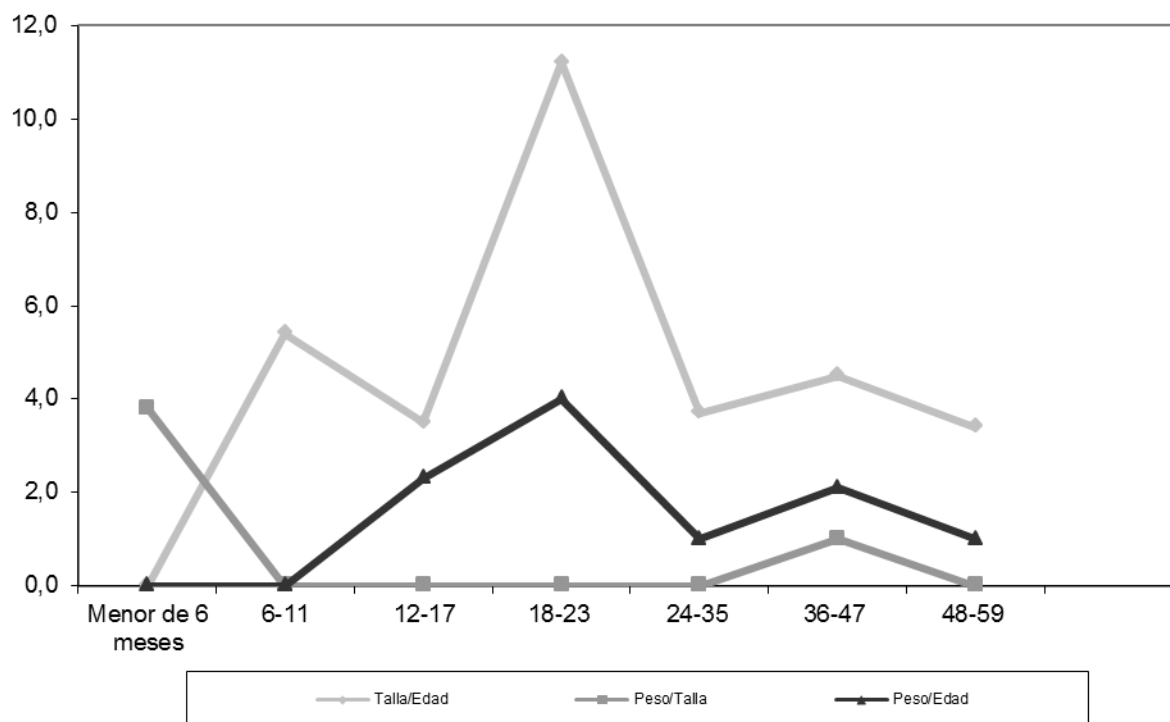
4/ Cloro residual libre >= 0,5 mg/l de agua según Decreto Supremo N° 031-2010-SA.

5/ Para las mujeres que no fueron entrevistadas, la información fue tomada del Cuestionario de Hogar. Excluye niñas y niños cuyas madres no fueron listadas en el cuestionario de hogar.

n.d. = No disponible.

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

GRÁFICO N° 10.2
MOQUEGUA: INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012



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

10.5 NUTRICIÓN DE LAS MADRES

El estado nutricional de la mujer determina su salud integral especialmente su fertilidad, el progreso de su embarazo, el parto, la recuperación y la lactancia. El estado nutricional de la madre también es un factor determinante en el peso del bebé al nacer. Aspecto que es esencial porque el peso bajo del neonato está asociado a la mortalidad infantil¹¹.

Asimismo la salud y calidad de vida están fuertemente vinculadas al estado nutricional de las personas. En el caso de las mujeres, un adecuado estado nutricional tiene efecto directo sobre su propio bienestar y el de sus hijas e hijos, tanto al momento de nacer como en la vida adulta de ellas y ellos. Así, el estado nutricional deficiente de las mujeres antes y durante el embarazo, verificado a través de una estatura o peso inadecuado, es uno de los principales determinantes del bajo peso al nacer y de la muerte perinatal e infantil; está asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la probabilidad de muerte materna¹². De esta forma, el salvaguardar un estado nutricional saludable de las mujeres resulta un factor positivo en la reducción de importantes problemas sanitarios del país como son la mortalidad materna, infantil y perinatal.

De otro lado, el exceso de peso corporal que se traducen en sobrepeso y obesidad, tiene efectos negativos en la salud y calidad de vida, tanto en el caso de mujeres como de hombres, ya que incrementa el riesgo de padecer diversas enfermedades crónicas y de morir como consecuencia de éstas¹³.

En la Encuesta 2012, al igual que en los informes anteriores de la Encuesta, se ha incluido como indicadores del estado nutricional la estatura y el peso de las mujeres, así como la masa corporal a partir de la cual se determina

¹¹ Jorge Miranda Massari y Michael González. Nutrición para las futuras madres. Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

¹² WHO. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes: A WHO Collaborative Study World Health Organ Suppl 1995; 73:32-37.

¹³ WHO. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Serie Informes Técnicos 916. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.

su delgadez, sobrepeso y obesidad.

Estatura de las mujeres en edad fértil

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

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

Estatura promedio de las mujeres en edad fértil (Cuadros 10.7 y 10.8)

- El promedio de estatura en las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) fue 154,2 centímetros, medida; en Encuesta continua 2009 el promedio fue 154,1 centímetros.
- El 3,7 por ciento de las mujeres entrevistadas tuvo una estatura por debajo de 145,0 centímetros. El 63,3 por ciento de las mujeres mide entre 150,0 y 159,9 centímetros y el 15,5 por ciento entre 160,0 a 174,9 centímetros.
- En promedio, las mujeres más jóvenes presentaron una estatura más alta que las de mayor edad. Así, la estatura promedio en el grupo de 15 a 19 años de edad fue 155,7 centímetros, mientras que en el grupo de 40 a 49 años de edad fue 153,0 centímetros. Precisamente, en este último grupo de edad se concentró el mayor porcentaje de mujeres con estatura inferior a 145,0 centímetros (6,3 por ciento).

CUADRO Nº 10.7
 MOQUEGUA: TALLA COMO INDICADOR DE LA
 SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EN
 EDAD FÉRTIL, 2012
 (Distribución porcentual)

Talla / medida resumen	Total (excluyendo casos sin información)
Talla en cms.	
130,0-134,9	0,2
135,0-139,9	0,3
140,0-144,9	3,2
145,0-149,9	17,6
150,0-154,9	36,2
155,0-159,9	27,1
160,0-164,9	12,5
165,0-169,9	2,5
170,0-174,9	0,5
Promedio	154,2
Desviación estándar	5,6
Número de mujeres	132

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

Estatura según nivel de educación y quintiles de riqueza

- Las mujeres con nivel superior de educación tuvieron una talla promedio de 156,0 centímetros, estatura que es mayor en 4,5 centímetros que las mujeres con educación primaria (151.5 centímetros); en este último grupo, el 13,0 por ciento mide menos de 145,0 centímetros.
- Las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza presentaron en promedio una talla de 156,1 centímetros, 5,3 centímetros más que las ubicadas en el quintil inferior (150,8 centímetros) donde el 16,2 por ciento tuvo una estatura menor a 145,0 centímetros.

Estatura según área y lugar de residencia

- Las mujeres residentes del área urbana tuvieron, en promedio, una estatura de 154,6 centímetros, 2,3 centímetros más altas que las del área rural (152,3 centímetros).

CUADRO N° 10.8

MOQUEGUA: TALLA COMO INDICADOR DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Porcentaje)

Característica seleccionada	Talla promedio en cm.	Porcentaje por debajo de 145 cm.	Número de mujeres
Edad			
15-19	155,7	0,7	21
20-29	155,3	1,5	34
30-39	153,7	4,7	38
40-49	153,0	6,3	38
Área de residencia			
Urbana	154,6	3,2	112
Rural	152,3	5,9	20
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	1
Primaria	151,5	13,0	18
Secundaria	153,6	2,8	58
Superior	156,0	0,9	54
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	150,8	16,2	6
Segundo quintil	152,2	5,4	19
Quintil intermedio	153,2	4,4	25
Cuarto quintil	154,7	3,2	49
Quintil superior	156,1	0,7	33
Total 2012	154,2	3,7	132
Total 2009	154,1	4,9	168

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

Peso y masa corporal de las mujeres

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

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

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

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

El Cuadro 10.9 presenta la distribución porcentual de las mujeres según medidas resumen para el peso y el índice de masa corporal. El Cuadro 10.10 presenta los valores promedio y el porcentaje de mujeres por debajo del punto de corte para el índice de masa corporal.

Promedio y distribución del peso y del Índice de Masa Corporal-IMC (Cuadro 10.9)

- En cuadro 10.9 muestra que, el peso promedio de las mujeres fue 65,1 kilos. El 62,0 por ciento de las mujeres entrevistadas pesaron entre 50,0 a 69,9 kilos; mientras, que el 7,9 por ciento por debajo de 50,0 kilos y un 30,1 por ciento pesó 70 o más kilos.
- Utilizando la fórmula de Quetelet, el Índice de Masa Corporal-IMC promedio en las mujeres fue 29,0.

Delgadez según grupos de edad (Cuadro 10.10)

- En Moquegua, el porcentaje de delgadez en las mujeres fue 1,0 por ciento, similar a lo observado en el año 2009 (0,9 por ciento).
- El mayor porcentaje de mujeres con delgadez (3,3 por ciento) fue en el grupo de 15 a 19 años de edad, en comparación con las mujeres de 20 a 29 años de edad (1,7 por ciento).

Delgadez según nivel de educación y quintiles de riqueza

- Según nivel de educación, las mujeres con educación secundaria presentaron 1,5 por ciento de delgadez.
- Por quintil de riqueza, el mayor porcentaje de mujeres con delgadez se ubicó en el cuarto quintil de riqueza (1,8 por ciento), en comparación con el grupo de mujeres del quintil superior de riqueza (1,3 por ciento).

Delgadez según área y lugar de residencia

- En el área urbana, el porcentaje de mujeres con delgadez fue 1,2 por ciento, mientras que en el área rural no se presentaron casos.

Sobrepeso y obesidad según grupos de edad

- Según grupos de edad, el mayor porcentaje de sobrepeso y de obesidad afectaron a las mujeres de 40 a 49 años de edad (39,8 por ciento de sobrepeso y 44,8 por ciento de obesidad); mientras, que el menor porcentaje se advierte en el grupo de 15 a 19 años de edad (17,5 por ciento de sobrepeso y 14,8 por ciento de obesidad).

CUADRO N° 10.9
MOQUEGUA: PESO Y MASA CORPORAL COMO INDICADORES
DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EN EDAD
FÉRTIL, 2012
(Distribución porcentual)

Medidas resumen para el peso e índice de masa corporal	Total (excluyendo casos sin información)
Peso de la entrevistada en Kg.	
Promedio en kilos	65,1
Desviación estándar	12,3
35,0-39,9	0,1
40,0-49,9	7,8
50,0-59,9	30,0
60,0-69,9	32,0
>= 70,0	30,1
Número de mujeres	129
IMC de la entrevistada en Kg/m²	
Promedio en Kg/m ²	29,0
Desviación estándar	11,9
17,0-18,4 (Delgadez leve)	1,0
18,5-20,4 (Normal)	4,3
20,5-22,9 (Normal)	14,6
23,0-24,9 (Normal)	17,8
25,0-26,9 (Sobrepeso)	13,9
27,0-28,9 (Sobrepeso)	12,4
29,0-29,9 (Sobrepeso)	7,3
>= 30,0 (Obesa)	28,7
Número de mujeres	129

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

Sobrepeso y obesidad según nivel de educación y quintiles de riqueza

- El grupo de mujeres con educación superior presentó el mayor porcentaje de sobrepeso (36,0 por ciento), en tanto, el mayor porcentaje de obesidad se registró entre aquellas con educación primaria (43,6 por ciento).
- Por quintil de riqueza, el mayor porcentaje de mujeres con sobrepeso se concentró en el quintil inferior con 43,7 por ciento y en el caso de la obesidad fue en el quintil intermedio de riqueza (39,6 por ciento); contrariamente, las mujeres ubicadas en el quintil intermedio de riqueza presentaron el menor porcentaje de sobrepeso (26,2 por ciento) y las ubicadas en el segundo quintil de riqueza presentaron el menor porcentaje de obesidad (19,2 por ciento).

Sobrepeso y obesidad según área y lugar de residencia

- El sobrepeso y la obesidad en las mujeres en edad fértil significaron el 33,6 y 28,7 por ciento, respectivamente, porcentajes superiores a lo registrado en el año 2009, cuyos valores fueron 39,5 y 22,1 por ciento, respectivamente. Así, el 62,3 por ciento de las mujeres en edad fértil tendrían un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas debido a que se les encontró en algún grado de sobrepeso u obesidad.
- El porcentaje de sobrepeso y obesidad entre las mujeres del área urbana fue 32,6 y 30,0 por ciento, respectivamente. En el área rural fue 39,2 por ciento (sobrepeso) y 21,6 por ciento (obesidad).

CUADRO N° 10.10

MOQUEGUA: ESTADO DE NUTRICIÓN DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Índice de masa corporal 1/							Número de mujeres
	Normal		Delgada		Sobrepeso/obesa			
	IMC promedio	18,5 - 24,9 IMC normal	<18,5 Total delgada	17,0 - 18,4 Ligeramente delgada	>=25,0 Total sobre- peso / obesa	25,0 - 29,9 Sólo sobrepeso	>=30,0 Sólo obesa	
Edad								
15-19	26,6	64,4	3,3	3,3	32,3	17,5	14,8	22
20-29	28,6	48,3	1,7	1,7	50,0	29,8	20,2	34
30-39	28,2	32,7	0,0	0,0	67,3	39,7	27,6	37
40-49	31,5	15,4	0,0	0,0	84,6	39,8	44,8	39
Área de residencia								
Urbana	29,3	36,3	1,2	1,2	62,6	32,6	30,0	112
Rural	27,7	39,2	0,0	0,0	60,8	39,2	21,6	20
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	29,9	24,1	0,0	0,0	75,9	32,3	43,6	18
Secundaria	29,5	36,8	1,5	1,5	61,7	31,0	30,8	59
Superior	28,3	41,2	0,8	0,8	58,0	36,0	21,9	53
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	29,6	33,5	0,0	0,0	66,5	43,7	22,7	6
Segundo quintil	26,9	45,5	0,0	0,0	54,5	35,2	19,2	18
Quintil intermedio	29,3	34,2	0,0	0,0	65,8	26,2	39,6	25
Cuarto quintil	29,4	36,3	1,8	1,8	61,9	32,6	29,3	49
Quintil superior	29,3	34,8	1,3	1,3	63,9	37,9	26,0	33
Total 2012	29,0	36,7	1,0	1,0	62,3	33,6	28,7	131
Total 2009	26,9	37,5	0,9	0,9	61,6	39,5	22,1	162

Nota: El Índice de Masa Corporal (IMC) se expresa en kilogramos por metro cuadrado, es decir, se calcula como el cociente entre el peso (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresado en metros).

1/ Excluye y mujeres embarazadas y mujeres con algún nacimiento en los dos meses anteriores.

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

En la mayoría de los países en desarrollo, las infecciones de transmisión sexual (ITS) ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva, después de aquellas relacionadas con la maternidad. La prevención y el tratamiento de las ITS constituyen un mecanismo de intervención que mejora la salud pública, dado el grado de morbilidad y mortalidad que causan, y evita la transmisión del Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El comportamiento del VIH y del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en el Perú es el de una epidemia concentrada. El primer caso diagnosticado de SIDA en el Perú ocurrió en el año 1983 y hasta el 31 de diciembre de 2012, se han reportado 29 mil 314 casos de SIDA y 48 mil 527 casos notificados de VIH^{1/} pero se estima que más de 100 mil personas estarían viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana hasta el año 2040. En el departamento de Moquegua se han reportado 99 casos de SIDA y 241 casos notificados de VIH^{2/}, respectivamente. La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, su condición de enfermedad incurable y la relación entre ITS y VIH confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre la transmisión, prevención y percepción de los riesgos que conlleva este tipo de infecciones.

El cuestionario individual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, sigue incluyendo una sección, con preguntas previamente evaluadas y mejoradas, para indagar sobre el conocimiento general de las mujeres acerca de las infecciones transmitidas sexualmente: conocimiento de las distintas infecciones, si han adquirido infecciones en los 12 meses anteriores a la entrevista y, en caso positivo, lugar y persona donde buscó tratamiento o consejo y comunicación con el compañero sexual. Con relación al VIH/SIDA, se indagó sobre el lugar donde una persona puede hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa la enfermedad, qué debe hacerse para evitar contraer el VIH, si una persona puede ser VIH-positiva aunque parezca saludable, y si cree que el VIH puede ser transmitido de la madre a la hija o hijo y en qué momento.

Igualmente se les pidió a las mujeres opinar sobre los derechos de las personas con VIH-positivo para participar en el mercado laboral 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

A las mujeres entrevistadas se les preguntó si habían oído hablar de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y del SIDA. A quienes respondieron afirmativamente, se indagó si había producido alguna forma para evitar infectarse con el VIH. El conocimiento de formas programáticas y específicas de evitar el virus, la percepción de la entrevistada sobre el riesgo de infección por el VIH y los aspectos sociales de la prevención y mitigación, se presentan en los cuadros 11.1, 11.2 y 11.3.

Conocimiento de VIH/SIDA (Cuadro 11.1)

- Del total de mujeres entrevistadas en Moquegua, el 97,7 por ciento conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA lo que implica una mejora de 0,5 punto porcentual, en relación con el año 2009 donde el porcentaje era de 97,2 por ciento. Este resultado confirma que el acceso a la información ha mejorado con el tiempo y ha permitido que más mujeres estén informadas y tengan conocimiento sobre el tema.
- En el año 2012, el 9,8 por ciento de mujeres entrevistadas manifestó que desconocía alguna forma de prevenir la infección del VIH (de las dos formas consideradas menor número de parejas sexuales o uso del condón). En el año 2009, este porcentaje fue 3,0 por ciento.

^{1,2/} Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología / Boletín Mensual Diciembre 2012. Recuperado en http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/diciembre.pdf. Consultado el 06 de setiembre de 2013.

- Con respecto a las mujeres que desconocen los aspectos relacionados con el VIH/SIDA, se constató que según características seleccionadas, el menor porcentaje correspondió a aquellas mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza (3,0 por ciento), así como en mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales (3,8 por ciento) y en mujeres de 20 a 24 años de edad (5,3 por ciento). En cambio, las mujeres entrevistadas que pertenecen al quintil inferior de riqueza (23,7 por ciento) y, con educación primaria (16,9 por ciento) representan el mayor porcentaje de mujeres que desconoce sobre el VIH/SIDA.
- Según área de residencia, este porcentaje fue mayor en el área rural (12,5 por ciento), en comparación con la urbana (9,4 por ciento).
- Sobre el conocimiento de las formas específicas de evitar el VIH, el 78,1 por ciento de las mujeres respondió que se debe "limitar el número de parejas sexuales o mutua fidelidad"; con relación al año 2009 se aprecia una disminución de 12,1 puntos porcentuales. Asimismo, el conocimiento sobre el uso del condón disminuyó al pasar de 84,3 por ciento, en el año 2009 a 74,8 por ciento en el 2012.

CUADRO N° 11.1
MOQUEGUA: MUJERES POR CONOCIMIENTO DE FORMAS DE IMPORTANCIA PROGRAMÁTICA Y ESPECÍFICAS DE EVITAR EL
VIH, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	No conoce VIH/SIDA	Conocimiento de dos formas de importancia programática de evitar el VIH			Conocimiento de dos formas específicas		Número de parejas
			Ninguna de las dos formas 1/	Una forma	Dos formas	Usar condones	Limitar el número de parejas sexuales 2/	
Edad								
15-19	100,0	0,0	13,8	29,3	56,8	66,2	76,8	22
20-24	100,0	0,0	5,3	32,9	61,8	76,0	80,5	20
25-29	100,0	3,1	5,6	16,3	74,9	83,8	82,4	16
30-39	100,0	2,3	8,5	16,8	72,4	78,9	82,7	39
40-49	100,0	4,4	12,9	22,6	60,0	71,2	71,4	39
15-24	100,0	0,0	9,8	31,0	59,2	70,8	78,6	42
Estado conyugal								
Soltera	100,0	0,5	8,9	29,0	61,6	70,9	81,2	41
Ha tenido RS	100,0	1,2	3,8	27,7	67,2	75,4	86,8	17
Nunca ha tenido RS	100,0	0,0	12,6	29,9	57,5	67,7	77,3	24
Casada o Conviviente	100,0	2,7	9,4	22,1	65,8	76,6	77,0	76
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	4,6	13,5	12,3	69,6	75,6	75,9	19
Área de residencia								
Urbana	100,0	1,2	9,4	22,9	66,5	76,4	79,4	115
Rural	100,0	8,3	12,5	22,3	56,9	65,3	70,8	20
Nivel de educación								
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	100,0	14,5	16,9	22,6	46,0	61,3	53,3	18
Secundaria	100,0	0,7	11,0	27,8	60,5	70,8	77,9	60
Superior	100,0	0,0	5,5	17,9	76,6	84,1	87,0	55
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	100,0	14,1	23,7	10,5	51,6	57,5	56,3	6
Segundo quintil	100,0	6,7	14,7	24,3	54,3	66,5	66,3	19
Quintil intermedio	100,0	1,9	12,6	21,6	63,8	75,5	73,7	25
Cuarto quintil	100,0	0,6	9,6	25,0	64,8	74,3	80,3	51
Quintil superior	100,0	0,6	3,0	21,9	74,6	82,5	88,5	34
Total 2012	100,0	2,3	9,8	22,8	65,0	74,8	78,1	135
Total 2009	100,0	2,8	3,0	13,9	80,3	84,3	90,2	175

Nota: - Las dos formas de importancia programática son: usar condones y limitar el número de parejas sexuales. Las respuestas provienen tanto de respuestas espontáneas como sondeos.

- Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Mujeres que no han oído hablar de VIH/SIDA o que no conocen las formas de importancia programática.

2/ Incluye ser mutuamente fiel.

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

GRÁFICO N° 11.1
MOQUEGUA: CONOCIMIENTO DE FORMAS ESPECÍFICAS DE EVITAR EL VIH, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

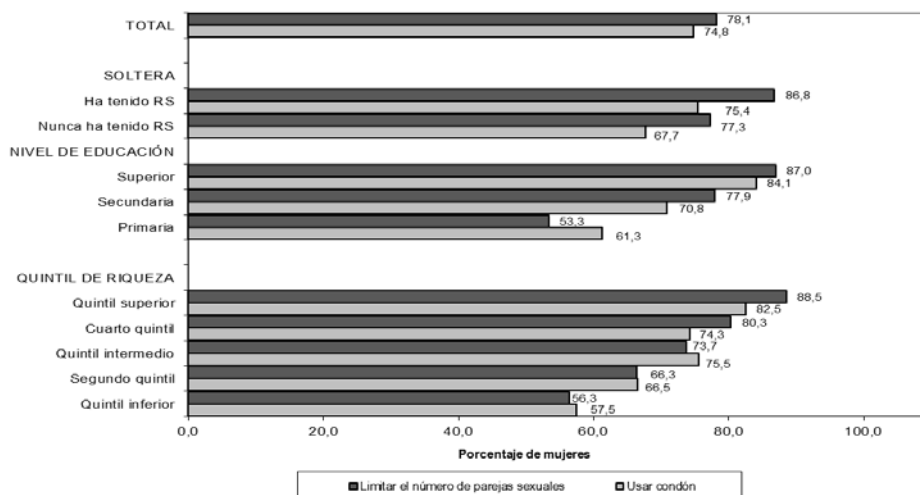
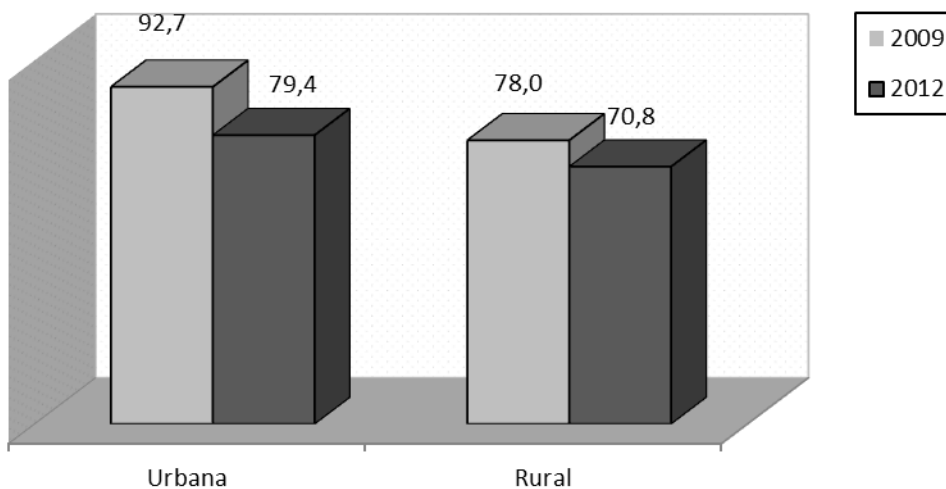


GRÁFICO N° 11.2
MOQUEGUA: MUJERES CON CONOCIMIENTO DE DOS FORMAS DE IMPORTANCIA PROGRAMÁTICA DE EVITAR EL VIH, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
 (Porcentaje)



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

11.2 CONOCIMIENTO DE ASUNTOS RELACIONADOS CON EL VIH

A las mujeres entrevistadas se les hizo una serie de preguntas sobre asuntos relacionados con el VIH con el propósito de evaluar el grado de conocimiento sobre el tema. Específicamente se les preguntó si una persona que parece saludable puede ser VIH-positiva y si la enfermedad puede transmitirse de la madre a la hija o hijo y en qué momento. Los resultados obtenidos se presentan en el Cuadro 11.2.

Asuntos relacionados con el VIH (Cuadro 11.2)

- El 78,8 por ciento de mujeres entrevistadas manifestó que una persona que parece saludable pueda tener el VIH, disminuyendo en 2,5 puntos porcentuales con respecto al año 2009 (81,3 por ciento). Se advierte que el porcentaje de mujeres que consideraron una posición contraria, respecto al tema señalado, ha aumentado en un punto porcentual, lo que significaría un retroceso en el nivel de conocimiento y percepción que tienen las mujeres sobre el tema. Por otro lado, se constata que el porcentaje de mujeres que respondieron “No sabe o no tiene información”, no ha mejorado, al registrar un porcentaje mayor en el año 2012 (7,8 por ciento) respecto al año 2009 (6,2 por ciento). En efecto en términos comparativos aumentó en 1,6 puntos porcentuales.
- Las mujeres que respondieron en mayor porcentaje acerca de que una persona que parece saludable pueda tener el VIH, fueron las que alcanzaron educación superior (90,4 por ciento), las que pertenecen al quintil superior de riqueza (88,3 por ciento) y, las solteras que han tenido relaciones sexuales (86,4 por ciento). Por área de residencia, la proporción fue mayor en el caso de las residentes del área urbana (82,0 por ciento), que en el área de residencia rural (60,5 por ciento).
- Está demostrado que el VIH registra un largo periodo asintomático, en ese sentido la percepción y actitudes frente a la enfermedad son muy importantes, ya que el desconocer que una persona aparentemente saludable pueda o no transmitir este virus permitiría que muchas mujeres incurran en contactos sexuales de riesgo. Esta situación es más preocupante en los lugares donde hay mayor pobreza y menor educación.
- Los datos obtenidos respecto a la transmisión vertical (madre a hija o hijo) del VIH, muestran un importante aumento en el porcentaje de mujeres que refirieron que el virus no se puede transmitir en esta condición. El 19,7 por ciento de mujeres respondieron que no consideran esta posibilidad, significando un incremento de 8,7 puntos porcentuales respecto a la Encuesta 2009 que fue 11,0 por ciento. Este panorama pone en inminente riesgo a la hija e hijo por nacer en el caso que su madre fuera portadora del VIH.
- Por otra parte, entre las mujeres que identifican las formas de transmisión del VIH de madre a hija o hijo, un 69,7 por ciento mencionó que puede ocurrir durante el embarazo o parto y un 33,7 por ciento en el periodo de lactancia. El grupo de mujeres que respondió desconocer el mecanismo de transmisión, disminuyó de 2,8 por ciento en la Encuesta 2009 a 2,3 por ciento en la Encuesta 2012.
- Investigaciones especializadas, sobre el tema, enfatizan sobre la importancia del control prenatal en esta etapa, ya que la identificación de una gestante con VIH permitiría que reciba el tratamiento profiláctico correspondiente (antirretrovirales, cesárea electiva y lactancia artificial) para disminuir el riesgo en la hija o hijo.

CUADRO N° 11.2

MOQUEGUA: MUJERES POR CONOCIMIENTO DE ASUNTOS RELACIONADOS CON EL VIH Y TRANSMISIÓN DEL VIH DE LA MADRE A LA HIJA O HIJO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Porcentaje)

Característica seleccionada	Una persona que parece saludable puede tener el VIH			El VIH/ SIDA se puede transmitir de la madre a la hija o hijo				Número de mujeres
	Si	No	No sabe / No conoce	No 1/	Durante el embarazo o parto	Durante la lactancia	No sabe 2/	
Edad								
15-19	79,3	15,7	5,0	11,9	73,0	42,8	0,0	22
20-24	85,5	12,1	2,4	18,2	71,3	40,4	0,0	20
25-29	74,6	18,1	7,3	13,0	77,4	43,6	3,1	16
30-39	81,0	12,1	7,0	18,8	72,5	25,9	2,3	39
40-49	74,7	12,2	13,1	28,4	61,2	28,9	4,4	39
15-24	82,2	14,0	3,8	14,9	72,2	41,6	0,0	42
Estado conyugal								
Soltera	83,5	13,4	3,1	12,0	76,5	39,3	0,5	41
Ha tenido RS	86,4	11,5	2,1	12,4	79,4	36,1	1,2	17
Nunca ha tenido RS	81,5	14,8	3,8	11,6	74,4	41,5	0,0	24
Casada o Conviviente	76,3	13,9	9,8	23,5	66,4	31,0	2,7	76
Divorciada/Separada/Viuda	78,8	11,3	9,9	21,1	68,6	32,6	4,6	19
Área de residencia								
Urbana	82,0	11,9	6,1	16,1	73,8	35,3	1,2	115
Rural	60,5	22,0	17,5	39,8	46,6	24,9	8,3	20
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	48,3	20,0	31,7	56,9	29,8	21,0	14,5	18
Secundaria	77,8	16,2	6,0	19,7	66,2	32,4	0,7	60
Superior	90,4	8,2	1,4	5,8	88,0	40,3	0,0	55
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	60,6	9,2	30,2	47,4	48,0	14,0	14,1	6
Segundo quintil	60,5	25,4	14,2	40,0	48,2	24,9	6,7	19
Quintil intermedio	74,4	14,9	10,7	17,9	66,2	36,9	1,9	25
Cuarto quintil	83,5	11,6	4,9	13,4	76,2	38,2	0,6	51
Quintil superior	88,3	9,3	2,5	14,2	78,4	33,1	0,6	34
Total 2011	78,8	13,4	7,8	19,7	69,7	33,7	2,3	135
Total 2009	81,3	12,4	6,2	11,0	76,6	37,8	2,8	175

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye las que respondieron no y no sabe acerca de la transmisión del VIH de la madre a la hija o hijo.

2/ No ha oído hablar de VIH/SIDA.

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

Aspectos sociales de la prevención del VIH (Cuadro 11.3)

- Del total de mujeres entrevistadas que conoce del VIH/SIDA, el 61,0 por ciento opinó que una maestra o maestro con VIH si puede seguir enseñando (disminuyó en 5,0 puntos porcentuales respecto a la Encuesta 2009). No obstante el porcentaje de mujeres que piensan lo contrario, es decir, que los maestros infectados que no deben enseñar, representan un 29,6 por ciento (0,7 punto porcentual menos que en la Encuesta 2009).
- Las opiniones sobre si la persona VIH-positiva podría ser despedida de su trabajo fueron, en comparación con la Encuesta 2009, las siguientes: 21,1 por ciento opinó que si puede ser despedida(o) (disminuyó en 13,1 puntos porcentuales), y el 70,3 por ciento manifestó lo contrario (se incrementó en 8,4 puntos porcentuales).
- Se ha incrementado el porcentaje de respuestas sobre si las mujeres entrevistadas estarían dispuestas a cuidar en el hogar a un pariente con el VIH: sí lo harían, un 70,8 por ciento (69,9 por ciento en la Encuesta 2009), y no lo harían, un 16,2 por ciento (18,5 por ciento en la Encuesta 2009).
- La respuesta "No sabe" a cada una de las tres preguntas mencionadas también debe llamar la atención por su relevancia en las acciones que se debe tomar para el futuro. El 9,4 por ciento de mujeres no sabía si a una maestra (o) con VIH se le debe permitir o continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad; 8,6 por ciento no sabía si una persona VIH-positiva podría ser despedida de su trabajo; y un 13,0 por ciento no sabía si cuidaría en el hogar a un pariente que vive con el VIH.
- Se observa que la mayoría de mujeres que opinaron que a una maestra (o) con VIH no se le debe permitir o continuar impartiendo clases en la escuela, colegio o universidad estuvieron en mujeres sin educación (56,8 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (43,7 por ciento).
- El mayor porcentaje de mujeres con opinión de que una persona que vive con el VIH no puede ser despedida del trabajo, se registra entre aquellas con educación superior (84,0 por ciento), y en solteras que han tenido relaciones sexuales (81,0 por ciento).
- Se observa que en nuestro departamento el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH aún se mantiene en niveles importantes, debiendo ser combatido por representar la cara oculta de la epidemia ya que impiden una mejor calidad de vida para las personas que viven con el virus.

CUADRO N° 11.3

MOQUEGUA: MUJERES POR RESPUESTAS A PREGUNTAS SOBRE CIERTOS ASPECTOS SOCIALES DE LA PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL VIRUS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Maestra/Maestro con VIH debe seguir enseñando			Persona con VIH-positiva puede ser despedida del trabajo			Dispuesta a cuidar pariente con VIH en el hogar			Número de mujeres
	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	
Edad										
15-19	69,1	25,0	5,9	18,3	71,8	9,9	78,3	16,4	5,4	22
20-24	65,8	24,8	9,4	21,7	74,7	3,6	71,2	19,5	9,2	20
25-29	66,2	25,5	8,4	14,2	76,7	9,1	70,2	17,6	12,2	16
30-39	63,1	27,2	9,7	20,0	72,2	7,8	68,8	17,2	14,1	39
40-49	49,7	38,6	11,7	26,1	62,8	11,1	68,7	12,9	18,4	39
15-24	67,6	24,9	7,5	19,9	73,2	6,9	75,0	17,8	7,2	42
Estado conyugal										
Soltera	70,6	24,2	5,2	14,6	80,5	4,9	79,2	14,6	6,2	41
Ha tenido RS	70,7	23,6	5,7	16,6	81,0	2,3	79,4	11,0	9,6	17
Nunca ha tenido RS	70,5	24,6	4,9	13,1	80,1	6,8	79,0	17,2	3,8	24
Casada o Conviviente	56,8	32,0	11,2	24,6	65,5	9,9	65,7	18,6	15,8	76
Divorciada/Separada/Viuda	56,9	31,4	11,7	20,6	67,6	11,7	73,6	10,0	16,4	19
Área de residencia										
Urbana	64,5	27,5	7,9	19,7	73,3	7,0	73,3	14,2	12,5	115
Rural	40,7	41,3	18,0	28,6	53,2	18,2	56,6	27,7	15,7	20
Nivel de educación										
Sin educación	28,4	56,8	14,9	36,2	38,8	25,0	24,9	50,5	24,6	1
Primaria	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Secundaria	55,8	35,1	9,1	23,1	67,2	9,7	68,5	17,4	14,2	60
Superior	81,6	13,9	4,5	14,4	84,0	1,6	79,7	12,5	7,8	55
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	38,6	42,0	19,4	31,2	46,7	22,0	37,2	38,2	24,6	6
Segundo quintil	38,3	43,0	18,7	28,5	53,1	18,4	60,7	21,6	17,7	19
Quintil intermedio	48,1	43,7	8,2	20,6	66,8	12,6	68,7	17,1	14,2	25
Cuarto quintil	66,1	25,7	8,3	19,4	74,6	6,0	75,9	11,8	12,2	51
Quintil superior	79,5	15,3	5,3	17,9	80,2	2,0	76,4	15,1	8,5	34
Total 2012	61,0	29,6	9,4	21,1	70,3	8,6	70,8	16,2	13,0	135
Total 2009	66,0	30,3	3,7	34,2	61,9	3,9	69,9	18,5	11,7	175

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

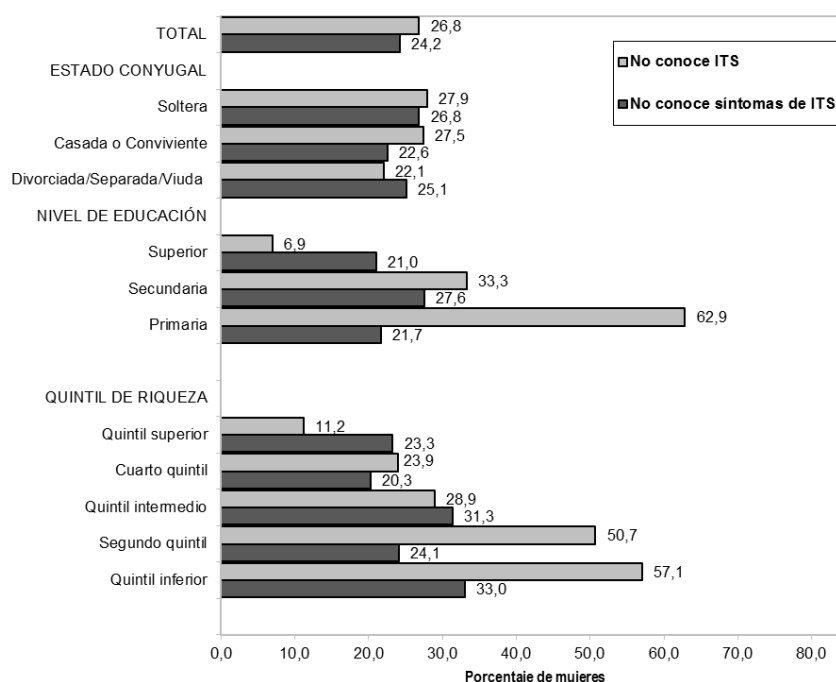
11.3 CONOCIMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Los programas de control de VIH reconocen, en la actualidad, la importancia de controlar las ITS para reducir la transmisión del virus. Se reconoce que entre los esfuerzos necesarios, uno de los más importantes es la educación para que la población reconozca los síntomas de las ITS. Asimismo, poco se sabe sobre cómo las personas perciben y responden a las ITS. Por esta razón, en la Encuesta 2012, se preguntó a las entrevistadas si habían oído hablar de otras enfermedades que se pueden transmitir a través de las relaciones sexuales; cuáles son las enfermedades que conocía; y cuáles eran los síntomas y signos pueden hacer parecer que una mujer o un hombre tenía una infección de transmisión sexual. Los resultados se pueden apreciar en los Cuadros 11.4 según características seleccionadas.

Conocimiento de las ITS (Cuadro 11.4)

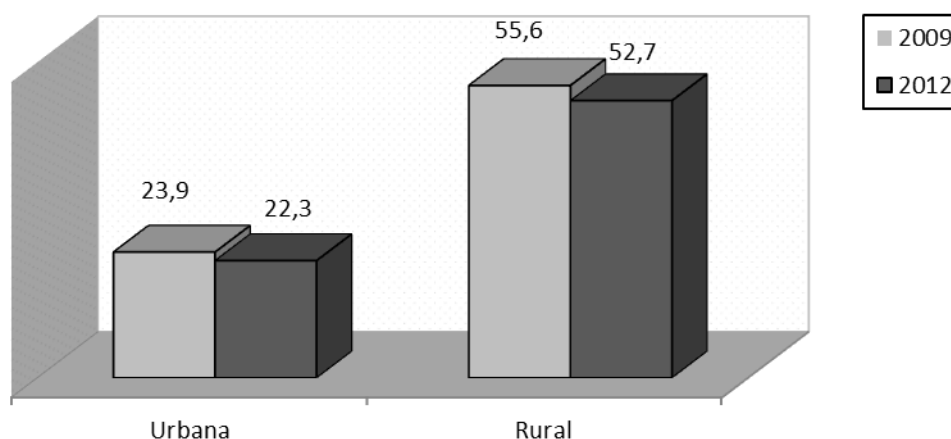
- El conocimiento sobre las ITS se ha disminuido en 2,5 puntos porcentuales entre la Encuesta 2009 y la Encuesta 2012, pero si consideramos que el 24,2 por ciento de las mujeres entrevistadas declaró desconocer lo que éstas significan, entonces se debe reconocer que existen aún problemas por resolver teniendo en cuenta las importantes implicancias económicas y sociales que su alta morbilidad representa. La constatación de que casi la cuarta parte de la población entrevistada no conozca de los riesgos de las ITS implica un riesgo potencial de adquirirlas, incluyendo la posibilidad de padecer secuelas y complicaciones importantes de no atenderlas a tiempo.
- El mayor desconocimiento de las ITS se presentó entre las mujeres con educación primaria (62,9 por ciento) y ubicadas en el quintil inferior de riqueza (57,1 por ciento). Asimismo, según área de residencia, fue mayor en la rural (52,7 por ciento).

GRÁFICO N° 11.3
MOQUEGUA: CONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN, SEXUAL,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)



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

GRÁFICO N° 11.4
 MOQUEGUA: PORCENTAJE DE MUJERES POR DESCONOCIMIENTO SOBRE LAS INFECCIONES
 DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
 (Porcentaje)



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

- Un 24,2 por ciento de las mujeres entrevistadas no conocía síntomas de las ITS (11,0 puntos porcentuales más que en el 2009), 18,9 por ciento conocía un síntoma y 30,3 por ciento dos o más síntomas. Estos porcentajes resultan bajos, en tanto significa que una gran mayoría de personas con una ITS no sabría identificarla con el consiguiente riesgo de transmitir a otras personas, no recibir un tratamiento oportuno y padecer secuelas o complicaciones a futuro.
- En comparación con los resultados de encuestas anteriores, una proporción menor de las mujeres conocen ITS específicas. En el año 2009 el 50,9 por ciento conocía la sífilis y 44,2 por ciento la gonorrea. Estos porcentajes disminuyen a 38,7 y 32,1 por ciento, respectivamente según la Encuesta 2012. Asimismo se registró una ligera disminución en el porcentaje de mujeres que conocen verrugas genitales/condiloma y chancro ya que de 3,3 y 19,5 por ciento en el año 2009 pasó a 2,0 y 18,9 por ciento, respectivamente en el año 2012.
- Las ITS específicas más conocidas fueron la sífilis (38,7 por ciento) y gonorrea (32,1 por ciento).
- La sífilis fue la enfermedad más reconocida en mujeres del rango de 25 a 29 años de edad (56,2 por ciento), entre aquellas con nivel superior (52,4 por ciento) y pertenecientes al quintil superior de riqueza (50,0 por ciento). Según área de residencia el nivel de conocimiento fue mayor en la urbana (41,7 por ciento).
- La gonorrea, fue mayormente identificada por mujeres con educación superior (44,6 por ciento), en mujeres divorciadas, separadas o viudas (43,0 por ciento) y que pertenecen al quintil superior de riqueza (42,4 por ciento). Según área de residencia fue mayor en la urbana (34,3 por ciento).
- El chancro, fue mencionado mayormente por mujeres divorciadas, separadas o viudas (31,3 por ciento), de 30 a 39 años de edad (24,6 por ciento), y entre aquellas pertenecientes al cuarto quintil de riqueza (23,6 por ciento).

CUADRO N° 11.4

MOQUEGUA: MUJERES POR CONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y MUJERES QUE CONOCEN ITS ESPECÍFICAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Porcentaje)

Característica seleccionada	Total	Síntomas específicos de las ITS				Número de mujeres	Conoce ITS específicos						Número de mujeres que conocen síntomas
		No conoce sobre las ITS	No conoce síntomas de ITS	Conoce un síntoma	Conoce dos o más síntomas		Sifilis	Gono-rrrea	Verrugas genitales/ Condiloma	Chancro	Herpes	Otras ITS 1/	
Edad													
15-19	100,0	39,1	26,7	21,2	13,1	22	23,3	18,0	4,4	10,1	10,4	8,5	13
20-24	100,0	27,3	27,8	10,8	34,1	20	29,2	25,4	1,5	12,8	19,2	12,9	14
25-29	100,0	23,6	21,2	23,0	32,3	16	56,2	40,9	2,0	18,2	23,3	11,9	12
30-39	100,0	16,4	25,7	22,1	35,9	39	42,5	34,7	1,8	24,6	12,0	8,4	32
40-49	100,0	31,3	20,8	16,0	31,9	39	39,2	35,6	1,4	20,0	8,1	9,8	27
15-24	100,0	33,5	27,2	16,3	23,0	42	26,3	21,8	2,9	11,5	15,0	10,8	28
Estado conyugal													
Soltera	100,0	27,9	26,8	20,6	24,7	41	33,8	29,9	2,4	14,0	16,1	14,7	29
Ha tenido RS	100,0	15,5	25,5	17,1	42,0	17	45,0	37,6	0,9	15,2	19,5	19,3	14
Nunca ha tenido RS	100,0	36,6	27,8	23,1	12,5	24	23,3	22,6	3,9	12,8	13,0	10,3	15
Casada o Conviviente	100,0	27,5	22,6	18,5	31,5	76	40,0	30,3	1,9	18,2	11,4	8,7	55
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	22,1	25,1	15,1	37,7	19	43,6	43,0	1,4	31,3	13,7	4,5	15
Área de residencia													
Urbana	100,0	22,3	23,6	20,1	34,1	115	41,7	34,3	2,2	20,5	14,0	10,6	89
Rural	100,0	52,7	28,0	10,6	8,7	20	10,9	11,4	0,0	4,1	5,4	3,2	10
Nivel de educación													
Sin educación	100,0	*	*	*	*	1	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	100,0	62,9	21,7	9,0	6,5	18	6,1	9,5	2,9	9,1	0,0	0,0	7
Secundaria	100,0	33,3	27,6	16,4	22,8	60	27,2	20,2	0,0	16,5	9,1	7,0	40
Superior	100,0	6,9	21,0	24,8	47,2	55	52,4	44,6	3,5	22,3	18,2	13,5	52
Quintil de riqueza													
Quintil inferior	100,0	57,1	33,0	9,9	0,0	6	*	*	*	*	*	*	3
Segundo quintil	100,0	50,7	24,1	11,8	13,3	19	9,4	5,7	0,0	9,3	6,4	7,7	9
Quintil intermedio	100,0	28,9	31,3	18,8	20,9	25	27,0	24,5	1,2	13,5	8,9	8,5	18
Cuarto quintil	100,0	23,9	20,3	22,3	33,5	51	44,3	35,9	3,3	23,6	13,8	9,2	39
Quintil superior	100,0	11,2	23,3	18,4	47,2	34	50,0	42,4	1,6	20,7	18,1	12,1	30
Total 2012	100,0	26,8	24,2	18,6	30,3	135	38,7	32,1	2,0	18,9	13,2	9,9	99
Total 2009	100,0	29,3	13,2	19,2	38,3	175	50,9	44,2	3,3	19,5	n.d.	40,3	123

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ A partir del año 2010, se excluye Herpes.

n.d. = No disponible.

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

Síntomas y signos de las ITS (Cuadro 11.5)

- En cuanto a los síntomas y signos específicos que las mujeres entrevistadas con conocimiento de ITS manifestaron, destaca el enrojecimiento/picazón en genitales (28,6 por ciento), seguido de secreción mal oliente (24,0 por ciento), inflamación o hinchazón en genitales (22,8 por ciento) y secreción por genital (21,7 por ciento).
- En relación al enrojecimiento/picazón en genitales, el mayor porcentaje fue mencionado por mujeres divorciadas, separadas o viudas (39,9 por ciento), pertenecientes al quintil superior de riqueza (37,6 por ciento), de 25 a 29 años de edad (35,1 por ciento). Según área de residencia fue mayor en el área rural (37,8 por ciento).
- La secreción mal oliente referida en mayor porcentaje en mujeres divorciadas, separadas o viudas (37,4 por ciento) y en mujeres que pertenecen al quintil superior de riqueza (33,8 por ciento). Según área de residencia fue referida con mayor frecuencia en el área rural (27,9 por ciento).
- Inflamación o hinchazón en genitales fue manifestada mayormente en aquellas mujeres cuyas edades están

entre 20 a 24 años (31,9 por ciento), residentes en el área rural (29,1 por ciento) y las que se ubican en el quintil superior de riqueza (28,2 por ciento).

- La secreción por genitales fue manifestada mayormente por mujeres residentes en el área rural (27,8 por ciento), mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza (27,4 por ciento), aquellas con edades entre 40 y 49 años (26,6 por ciento), y las casadas o convivientes (25,2 por ciento).
- Un importante 11,7 por ciento de las mujeres con conocimiento de las ITS refirió que identifican “otros síntomas”.
- Llama la atención que un síntoma evidente como es la secreción o pus por el pene solo fue reconocido en un 1,7 por ciento para el año 2012, cuando en el 2009 fue de 3,6 por ciento. Las verrugas genitales fueron identificadas como probable ITS por solo el 5,0 por ciento de mujeres entrevistadas.
- En general se observa que el desconocimiento de las ITS, y sus signos y síntomas específicos, fue mayor en las mujeres con menor nivel educativo y, en situación de pobreza, aspectos que deben ser enfrentados y revertidos, básicamente, para evitar la influencia de las ITS como factor de riesgo para adquirir el VIH o de sufrir secuelas y complicaciones (infertilidad, cáncer genital, abortos, embarazos ectópicos, etc.) que afectan la calidad de vida de las mujeres.

CUADRO N° 11.5
MOQUEGUA: MUJERES POR CONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS Y SIGNOS ESPECÍFICOS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS),
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Síntomas y signos de las infecciones de transmisión sexual (ITS)														Número de mujeres
	Dolor abdominal	Secreción por genital 1/	Secreción maloliente	Molestia al orinar	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	Impotencia / Infertilidad	Secreción o pus por el pene	Otros síntomas	
Edad															
15-19	1,2	8,8	10,0	6,3	14,1	9,9	16,3	0,0	4,6	18,4	4,1	1,8	1,2	16,5	13
20-24	2,6	19,7	21,2	14,1	34,7	31,9	30,0	3,0	0,0	11,8	2,6	0,0	1,1	11,5	14
25-29	0,0	24,4	26,1	14,2	35,1	24,4	19,2	14,0	0,0	10,8	4,6	0,0	0,0	7,1	12
30-39	3,0	22,7	24,2	14,0	29,3	21,3	17,9	2,9	2,0	15,9	3,6	1,3	1,6	12,4	32
40-49	2,1	26,6	31,2	12,8	28,8	25,6	19,9	7,1	1,9	13,4	6,7	1,0	3,4	10,7	27
15-24	1,9	14,5	15,8	10,3	24,7	21,3	23,4	1,6	2,2	15,0	3,3	0,9	1,2	14,0	28
Estado conyugal															
Soltera	2,4	15,0	13,2	8,5	23,5	18,8	21,3	3,6	2,1	17,4	4,9	1,6	0,5	17,6	29
Ha tenido RS	3,5	20,5	19,5	14,6	33,0	22,6	26,2	7,4	2,8	13,2	6,3	1,6	0,0	12,0	14
Nunca ha tenido RS	1,3	9,8	7,3	2,7	14,6	15,1	16,6	0,0	1,5	21,2	3,7	1,6	1,1	22,8	15
Casada o Conviviente	2,4	25,2	26,1	13,0	28,3	24,7	19,5	5,9	1,8	14,1	4,5	0,8	1,9	9,1	55
Divorciada/Separada/Viuda	0,0	21,8	37,4	19,8	39,9	24,1	20,4	4,3	1,3	9,3	3,7	0,0	3,6	9,7	15
Nivel de educación															
Sin educación	2,3	22,7	25,3	13,1	30,5	24,5	21,4	4,9	2,0	14,7	4,7	1,0	1,6	12,4	89
Primaria	0,0	11,6	11,5	9,0	10,3	7,4	9,0	6,0	0,0	11,2	2,2	0,0	3,4	5,6	10
Secundaria	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Superior	0,0	11,8	22,7	8,3	8,8	8,6	0,0	0,0	0,0	10,6	2,9	0,0	0,0	11,3	7
Área de residencia															
Urbana	1,9	15,8	19,5	13,5	20,5	17,5	13,3	4,1	1,8	11,3	3,2	0,6	1,2	8,7	40
Rural	2,5	27,8	27,9	12,8	37,8	29,1	28,4	6,4	2,1	17,4	5,8	1,3	2,4	14,2	52
Quintil de riqueza															
Quintil inferior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Segundo quintil	2,2	9,5	15,2	12,9	19,3	15,5	9,3	0,0	2,3	18,8	0,0	0,0	3,5	13,0	9
Quintil intermedio	0,0	15,1	16,2	11,4	14,9	14,3	12,4	2,0	2,3	15,1	4,9	2,3	0,0	6,5	18
Cuarto quintil	2,4	24,6	23,5	11,5	32,0	25,9	22,4	7,0	0,5	12,7	5,1	0,0	1,8	13,6	39
Quintil superior	3,0	27,4	33,8	15,4	37,6	28,2	26,9	5,4	3,2	15,2	5,2	1,6	2,3	12,4	30
Total 2012	2,1	21,7	24,0	12,7	28,6	22,8	20,2	5,0	1,8	14,4	4,5	0,9	1,7	11,7	99
Total 2009	6,6	30,7	19,5	16,1	41,1	23,9	19,8	5,8	0,4	18,0	1,8	0,3	3,6	24,0	123

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ A partir del año 2004 en la variable secreción vaginal incluye secreción de flujo por la vagina y secreción/goteos en genitales.

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

11.4 PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A las mujeres entrevistadas se les hizo una serie de preguntas para disponer de información que facilite la estimación de la prevalencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En particular, a cada mujer entrevistada se le preguntó si en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista le diagnosticaron alguna infección de transmisión sexual, si había tenido algún flujo o secreción genital, si había tenido llaga o úlceras en sus genitales y, a las que tuvieron alguno de esos problemas se les preguntó a quién acudió en búsqueda de consejo o tratamiento. El detalle de los resultados por características seleccionadas se presenta en los Cuadros 11.6 y 11.7.

Prevalencia de ITS (Cuadro 11.6; Gráficos 11.5 y 11.6)

- Entre las mujeres entrevistadas que respondieron haber mantenido relaciones sexuales, un 2,8 por ciento informó haber tenido una ITS y/o síntomas asociados en los 12 meses anteriores a la entrevista. En la Encuesta 2009 el nivel alcanzado fue 0,9 por ciento.
- Según características de las mujeres que respondieron haber padecido una ITS, el mayor porcentaje aparece en las mujeres de 25 a 29 años de edad (7,3 por ciento), pertenecientes al quintil intermedio de riqueza (6,1 por ciento) y con educación secundaria (4,4 por ciento).
- El 18,7 por ciento de mujeres declaró tener una ITS o Flujo vaginal o úlceras/ llagas genitales, porcentaje mayor en 5,4 puntos porcentuales, respecto al año 2009 (13,3 por ciento). El mayor porcentaje fue declarado por mujeres de 15 a 19 años de edad (31,1 por ciento) y ubicadas en el quintil superior de riqueza (21,6 por ciento).

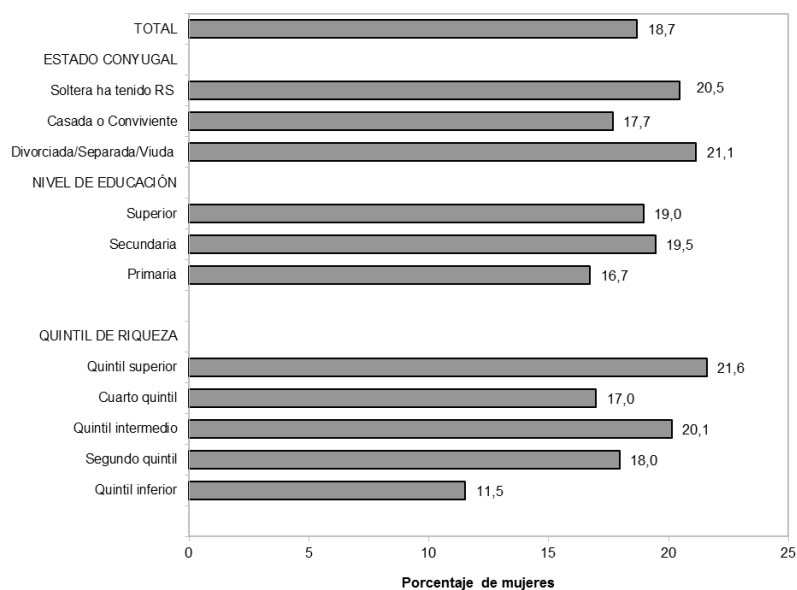
CUADRO N° 11.6
MOQUEGUA: MUJERES POR PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SÍNTOMAS DE ITS EN
LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Informó ITS o síntoma			Mujeres con una ITS o flujo vaginal o úlceras/llagas	Número de mujeres
	Con una ITS	Con flujo vaginal	Úlceras / Llagas genitales		
Edad					
15-19	3,4	24,4	9,6	31,1	5
20-24	2,2	15,1	0,0	17,3	15
25-29	7,3	5,2	1,6	14,1	15
30-39	1,1	16,7	5,2	19,1	38
40-49	2,8	15,6	3,5	18,9	38
15-24	2,5	17,6	2,5	20,9	20
Estado conyugal					
Soltera ha tenido RS	2,5	16,1	3,8	20,5	17
Casada o Conviviente	2,7	14,2	3,3	17,7	76
Divorciada/Separada/Viuda	3,2	16,8	4,9	21,1	19
Área de residencia					
Urbana	2,9	15,7	4,0	19,8	94
Rural	2,1	10,7	1,9	12,7	18
Nivel de educación					
Sin educación	*	*	*	*	1
Primaria	2,2	14,5	3,9	16,7	18
Secundaria	4,4	13,7	4,4	19,5	47
Superior	1,4	16,5	2,9	19,0	46
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	0,0	11,5	3,0	11,5	5
Segundo quintil	4,6	13,4	4,6	18,0	16
Quintil intermedio	6,1	12,2	3,6	20,1	22
Cuarto quintil	1,6	15,4	2,6	17,0	40
Quintil superior	1,3	17,8	4,8	21,6	29
Total 2012	2,8	14,9	3,7	18,7	111
Total 2009	0,9	11,2	2,7	13,3	144

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

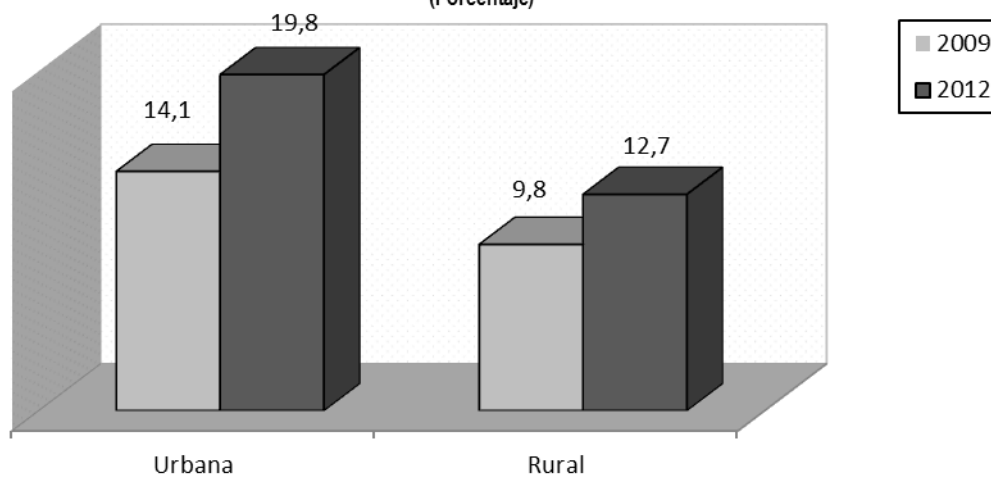
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

GRÁFICO N° 11.5
MOQUEGUA: PRESENCIA DE ITS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS EN LOS ÚLTIMOS
12 MESES, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)



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

GRÁFICO N° 11.6
MOQUEGUA: PORCENTAJE DE MUJERES CON UNA ITS O FLUJO VAGINAL O ÚLCERAS/LLAGAS,
SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)



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

Fuente de consejo o tratamiento de las ITS (Cuadro 11.7)

- Entre las mujeres que tuvieron una ITS, flujo, llagas o granos, en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, el 69,3 por ciento buscó consejo o tratamiento de un médico y un 81,4 por ciento recibió consejo o tratamiento de cualquier fuente en comparación con un 10,7 por ciento que no recibió ni consejo ni tratamiento y un 6,2 por ciento se autorecetó, es decir, utilizó medicamentos por su cuenta. Otras fuentes mencionadas fueron las farmacias/boticas (19,9 por ciento) y los curanderos (9,5 por ciento).
- En relación con la Encuesta 2009, la atención por un médico disminuyó 1,7 puntos porcentuales, y aumentó 9,9 puntos porcentuales en la atención por farmacia/botica.
- Las entrevistadas que en mayor porcentaje acudieron a un médico, fueron mujeres que residen en el área rural (80,0 por ciento), ubicadas en el quintil superior de riqueza (79,0 por ciento), casadas o convivientes (75,3 por ciento) y entre 30 a 39 años de edad (75,1 por ciento).
- A la farmacia/botica acudieron mayormente las ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (28,3 por ciento), residentes en el área urbana (22,3 por ciento), de 30 a 39 años de edad (22,2 por ciento).
- Al curandero acudieron más las que residen en el área urbana (18,3 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (11,3 por ciento), y aquellas sin educación (9,9 por ciento).
- Dado que podía mencionarse más de una fuente de atención, es muy probable que las mujeres acudan a cada una de estas fuentes de tratamiento de acuerdo con las circunstancias específicas, éstas deberían evaluarse a futuro para conocimiento y definición de políticas.

CUADRO N° 11.7
MOQUEGUA: MUJERES QUE RECIBIERON CONSEJO O TRATAMIENTO PARA UNA ITS, POR FUENTE DE TRATAMIENTO, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Fuente de tratamiento de ITS 1/				Consejo o tratamiento de amigos o familiares	Se autorecetó	Ni consejo ni tratamiento	Número de mujeres con una ITS 2/
	Médico	Curandero	Farmacia/Botica	Consejo o tratamiento de cualquier fuente				
Edad								
15-19	*	*	*	*	*	*	*	2
20-24	*	*	*	*	*	*	*	3
25-29	*	*	*	*	*	*	*	2
30-39	75,1	5,3	22,2	84,3	0,0	4,0	11,7	7
40-49	72,3	6,2	17,2	82,0	0,0	9,6	8,3	7
15-24	(57,6)	(21,6)	(19,4)	(73,2)	(8,5)	(0,0)	(18,3)	4
Estado conyugal								
Soltera ha tenido RS	*	*	*	*	*	*	*	3
Casada o Conviviente	75,3	9,1	21,3	84,4	0,0	6,1	9,5	13
Divorciada/Separada/Viuda	(68,7)	(4,2)	(9,9)	(78,7)	(0,0)	(11,8)	(9,6)	4
Nivel de educación								
Sin educación	69,7	9,9	20,7	82,5	2,0	5,3	10,3	19
Primaria	*	*	*	*	*	*	*	2
Secundaria	*	*	*	*	*	*	*	0
Superior	*	*	*	*	*	*	*	3
Área de residencia								
Urbana	62,4	18,3	22,3	75,6	4,0	3,9	16,4	9
Rural	80,0	2,1	15,3	88,6	0,0	7,3	4,1	9
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	*	*	*	*	*	*	*	1
Segundo quintil	*	*	*	*	*	*	*	3
Quintil intermedio	(72,5)	(9,0)	(9,4)	(77,9)	(0,0)	(8,4)	(13,7)	4
Cuarto quintil	64,0	11,3	28,3	81,5	2,2	4,4	11,8	7
Quintil superior	79,0	5,5	20,3	90,2	0,0	7,6	2,2	6
Total 2012	69,3	9,5	19,9	81,4	1,7	6,2	10,7	21
Total 2009	71,0	7,8	10,0	77,5	7,7	6,9	7,9	19

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Las entrevistadas podían informar más de una fuente de tratamiento.

2/ Incluye las mujeres que informaron tener una ITS o flujo vaginal o llagas/granos genitales, en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista.

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

11.5 CONDUCTA SEXUAL, ACCESO Y USO DEL CONDÓN

La conducta sexual individual y el uso de condón son determinantes claves del estatus de riesgo de contraer ITS 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 y curativos del VIH e ITS. En la Encuesta 2012, se preguntó a las mujeres acerca de sus relaciones sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, número de parejas sexuales, uso de condón en la última relación y conocimiento de fuentes. Asimismo se indagó acerca del nivel de conocimiento de la mujer respecto a la persona con quien mantuvo contacto sexual, para distinguir la pareja sexual regular de la no regular, cohabitante o no. Los resultados se detallan en los Cuadros 11.8 al 11.10.

Número de parejas sexuales de las mujeres no unidas (Cuadro 11.8)

- La distribución porcentual de mujeres no unidas según el número de personas con quienes tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista muestra que el 70,0 por ciento refirió no haber tenido pareja sexual (73,0 por ciento en el año 2009), 27,6 por ciento respondió haber tenido una pareja (26,3 por ciento en el año 2009), y 2,5 por ciento tuvo dos o más parejas (0,7 por ciento en el año 2009).
- El área rural se encontró el mayor porcentaje de mujeres que respondió no haber tenido pareja sexual en los últimos 12 meses antes de la Encuesta (88,1 por ciento); esta característica también se encontró entre las mujeres con educación primaria (87,7 por ciento), y entre aquellas de 40 a 49 años y de 15 a 19 años de edad, (84,7 y 84,2 por ciento, respectivamente).
- En resumen considerando la abstinencia un factor de protección para evitar las ITS y el VIH, es importante alentar su práctica entre toda la población y, particularmente, entre menores de edad y fomentar el concepto de que a menos parejas sexuales la exposición a contraer con el virus es menor.

CUADRO N° 11.8

MOQUEGUA: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES NO UNIDAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Número de parejas sexuales			Promedio de parejas	Número de mujeres
		Ninguna pareja	1	2 y más		
Edad						
15-19	100,0	84,2	14,4	1,4	0,2	20
20-24	100,0	60,4	34,0	5,6	0,5	12
25-29	100,0	45,1	51,3	3,5	0,6	7
30-39	100,0	52,7	44,4	2,9	0,5	10
40-49	100,0	84,7	15,3	0,0	0,2	11
15-24	100,0	75,6	21,5	2,9	0,3	32
Estado conyugal						
Soltera	100,0	*	*	*	*	41
Soltera ha tenido RS	100,0	28,8	66,4	4,8	0,8	17
Soltera no ha tenido RS	100,0	100,0	n.a.	n.a.	n.a.	24
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	68,7	27,9	3,5	0,3	19
Área de residencia						
Urbana	100,0	67,5	29,7	2,8	0,4	53
Rural	100,0	88,1	11,9	0,0	0,1	7
Nivel de educación						
Sin educación	100,0	*	*	*	*	0
Primaria	100,0	87,7	12,3	0,0	0,1	5
Secundaria	100,0	73,4	23,6	3,0	0,3	27
Superior	100,0	64,0	33,6	2,4	0,4	27
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	3
Segundo quintil	100,0	75,4	24,6	0,0	0,2	7
Quintil intermedio	100,0	70,9	29,1	0,0	0,3	10
Cuarto quintil	100,0	69,6	27,5	2,8	0,3	24
Quintil superior	100,0	62,8	32,3	4,9	0,4	16
Total 2012	100,0	70,0	27,6	2,5	0,3	60
Total 2009	100,0	73,0	26,3	0,7	0,3	68

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

n.a. = No aplicable

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

Número de parejas sexuales de mujeres unidas (Cuadro 11.9)

- Evaluando la distribución porcentual de mujeres actualmente casadas o convivientes por número de personas con las que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, se observa que la gran mayoría (96,4 por ciento) refirió haber tenido una sola pareja sexual incluyendo el esposo/compañero, lo cual se refuerza con el gran porcentaje de mujeres que manifestaron no haber tenido parejas sexuales (98,7 por ciento) excluyendo el esposo/compañero; en tanto, el 0,7 por ciento ha tenido dos o más parejas sexuales incluyendo el esposo/compañero.
- Entre las mujeres que, incluyendo al esposo/compañero, respondieron haber tenido dos o más parejas sexuales, se encontró un mayor porcentaje entre aquellas de 25 a 29 años de edad (3,7 por ciento), las ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (2,0 por ciento). Según área de residencia, esta conducta fue más frecuente entre las residentes del área urbana (0,8 por ciento).
- Considerando que el número de parejas sexuales es un factor de riesgo, se mantiene la consideración de que la mayoría de mujeres que adquirieron el VIH lo hicieron con su única pareja sexual.

CUADRO N° 11.9

MOQUEGUA: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Número de parejas sexuales incluyendo esposo/compañero					Número de parejas sexuales excluyendo			Número de mujeres	
	Total				Total					
	0	1	2 y más	Promedio	0	1	Promedio			
Edad										
15-19	100,0	0,0	100,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	2
20-24	100,0	0,0	100,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	8
25-29	100,0	0,0	96,3	3,7	1,0	100,0	93,8	6,2	0,1	9
30-39	100,0	1,4	97,9	0,7	1,0	100,0	99,3	0,7	0,0	28
40-49	100,0	6,4	93,6	0,0	0,9	100,0	99,2	0,8	0,0	28
15-24	100,0	0,0	100,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	10
Área de residencia										
Urbana	100,0	3,5	95,6	0,8	1,0	100,0	98,4	1,6	0,0	63
Rural	100,0	0,0	100,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	13
Nivel de educación										
Sin educación	100,0	*	*	*	*	100,0	*	*	*	1
Primaria	100,0	3,8	95,0	1,2	1,0	100,0	98,8	1,2	0,0	14
Secundaria	100,0	4,6	94,3	1,1	1,0	100,0	98,9	1,1	0,0	33
Superior	100,0	0,6	99,4	0,0	1,0	100,0	99,2	0,8	0,0	28
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	100,0	*	*	*	3
Segundo quintil	100,0	1,8	98,2	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	12
Quintil intermedio	100,0	5,8	94,2	0,0	0,9	100,0	100,0	0,0	0,0	15
Cuarto quintil	100,0	2,1	95,9	2,0	1,0	100,0	96,3	3,7	0,0	27
Quintil superior	100,0	1,7	98,3	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	19
Total 2012	100,0	2,9	96,4	0,7	1,0	100,0	98,7	1,3	0,0	76

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Conocimiento y uso del condón (Cuadro 11.10)

- Entre las mujeres que han oído hablar sobre el VIH/SIDA, el 98,5 por ciento conocía sobre el uso de condón, como una forma de prevenir enfermedades, pero solo el 10,5 por ciento utilizó el último mes. De las mujeres que lo usan como método anticonceptivo (4,8 por ciento) no los usó en su última relación sexual.
- El 90,2 por ciento de mujeres conocía que hay fuente médica pública y un 1,3 por ciento fuente médica privada. El 76,0 por ciento, sabía que dicho dispositivo se adquiere en las farmacias y un 1,6 por ciento manifestó que no conoce fuentes para obtenerlo.
- Es importante mencionar que las mujeres que reconocieron haber utilizado condón en el último mes fueron las mujeres de 15 a 19 años (38,8 por ciento) y las solteras que han tenido relaciones sexuales (24,2 por ciento).
- En cuanto al grupo que usa el condón como método de planificación familiar pero que no los usó en su última relación sexual, fue mayor en las mujeres de 15 a 19 años de edad (9,9 por ciento) y con educación superior (7,6 por ciento). Según área de residencia, esta conducta fue más frecuente entre las residentes urbanas (5,4 por ciento).
- Se puede resumir que un porcentaje importante de mujeres entrevistadas conoce acerca de la existencia del condón, no obstante su uso frecuente y sostenido no es una práctica común, y fueron las mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales, las que respondieron mayor porcentaje de uso en comparación con las divorciadas/separadas/ viudas y casadas o convivientes.

CUADRO N° 11.10
MOQUEGUA: MUJERES POR CONOCIMIENTO, FUENTE Y USO DEL CONDÓN, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Conoce sobre el condón 1/	Conoce fuente para el condón 2/					No conoce fuentes para el condón	Uso de condones		Usa condón para PF; pero no usó en última relación	Número de mujeres
		Fuente médica pública	Fuente médica privada	Farmacia	Otras fuente	Podría conseguir uno		El último mes	Antes		
Edad											
15-19	97,3	88,2	0,0	85,2	0,0	51,0	2,7	38,8	4,0	9,9	5
20-24	100,0	89,6	2,8	77,0	1,6	62,7	1,9	11,7	7,1	3,1	15
25-29	98,9	90,1	3,2	81,7	2,3	68,5	0,0	13,1	6,1	7,1	14
30-39	98,3	91,8	0,9	79,9	6,4	71,9	0,5	8,8	6,6	5,6	37
40-49	98,1	89,2	0,6	68,1	2,5	59,9	3,1	6,5	2,6	3,0	37
15-24	99,3	89,3	2,1	79,1	1,1	59,7	2,1	18,8	6,3	4,9	20
Estado conyugal											
Soltera ha tenido RS	100,0	86,5	3,9	89,4	5,9	67,3	0,0	24,2	7,5	7,4	17
Casada o Conviviente	98,3	91,4	0,9	73,0	3,1	65,2	2,0	9,9	3,7	5,1	74
Divorciada/Separada/Viuda	98,2	88,8	0,7	75,9	3,5	62,3	1,7	0,0	8,6	0,8	18
Área de residencia											
Urbana	98,9	90,0	1,6	82,9	4,0	67,7	1,0	11,5	5,7	5,4	92
Rural	96,3	91,6	0,0	36,4	1,1	49,9	5,2	4,4	2,0	0,9	16
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	93,5	85,2	0,0	41,6	0,0	39,8	8,3	2,4	6,2	1,4	15
Secundaria	98,7	90,7	0,4	75,9	1,4	60,6	1,1	9,2	2,5	3,2	46
Superior	100,0	91,1	2,7	89,8	7,0	79,7	0,0	14,3	7,5	7,6	46
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	(100,0)	(80,7)	(0,0)	(19,2)	(0,0)	(21,5)	(8,8)	(0,0)	(0,0)	(3,5)	4
Segundo quintil	95,0	95,7	0,0	47,0	0,0	46,8	4,3	6,6	2,2	0,0	15
Quintil intermedio	97,6	91,7	1,9	69,9	2,9	65,2	1,4	11,4	2,9	4,6	22
Cuarto quintil	99,1	88,2	1,2	86,5	2,1	67,0	0,9	12,5	4,0	4,8	40
Quintil superior	100,0	90,6	2,0	88,8	8,5	77,8	0,5	10,3	10,6	7,5	28
Total 2012	98,5	90,2	1,3	76,0	3,6	65,1	1,6	10,5	5,1	4,8	108
Total 2009	98,1	91,2	0,9	71,2	1,7	69,9	2,8	11,7	4,6	3,8	139

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Conocimiento para Planificación Familiar o para prevención de enfermedades.

2/ Para las usuarias actuales se incluye como fuente el último sitio donde obtuvo el condón.

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

Uso de condón según tipo de compañero (Cuadro 11.11; Gráfico 11.7)

- El uso de condón entre las mujeres que tuvieron relaciones sexuales, en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, de acuerdo con el tipo de compañero, muestra los siguientes porcentajes: un 13,1 por ciento usó condón con su esposo o compañero, en el año 2009 fue 15,9 por ciento; el 37,3 por ciento los usó con un compañero con el cual no vive, en el año 2009 fue 31,9 por ciento y un 18,1 por ciento usó condón con cualquier compañero, en el año 2009 fue 18,3 por ciento. Es decir, el uso es mayor con parejas que no viven con ellas.
- El uso de condón con compañero con el cual no vive fue mayor entre las mujeres de 15 a 24 años de edad (49,8 por ciento), que pertenecen al cuarto quintil de riqueza (49,3 por ciento) y con educación superior (47,0 por ciento).
- El uso de condón con cualquier compañero, ocurrió en mayor porcentaje en aquellas mujeres con edades de 15 a 19 años (45,9 por ciento), en mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales (44,0 por ciento), en mujeres con educación superior (25,5 por ciento) y, del quintil superior de riqueza (23,8 por ciento). Por área de residencia, su uso fue más frecuente entre las residentes urbanas (20,1 por ciento).
- Los datos encontrados en el año 2012 muestran que el uso de condón, cuya validez como método de protección de ITS y VIH está por demás comprobado, es mayor en las mujeres con parejas que no viven con ellas y que el conocimiento y acceso a éstos, aumenta en tanto mayor sea el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas en las que viven.

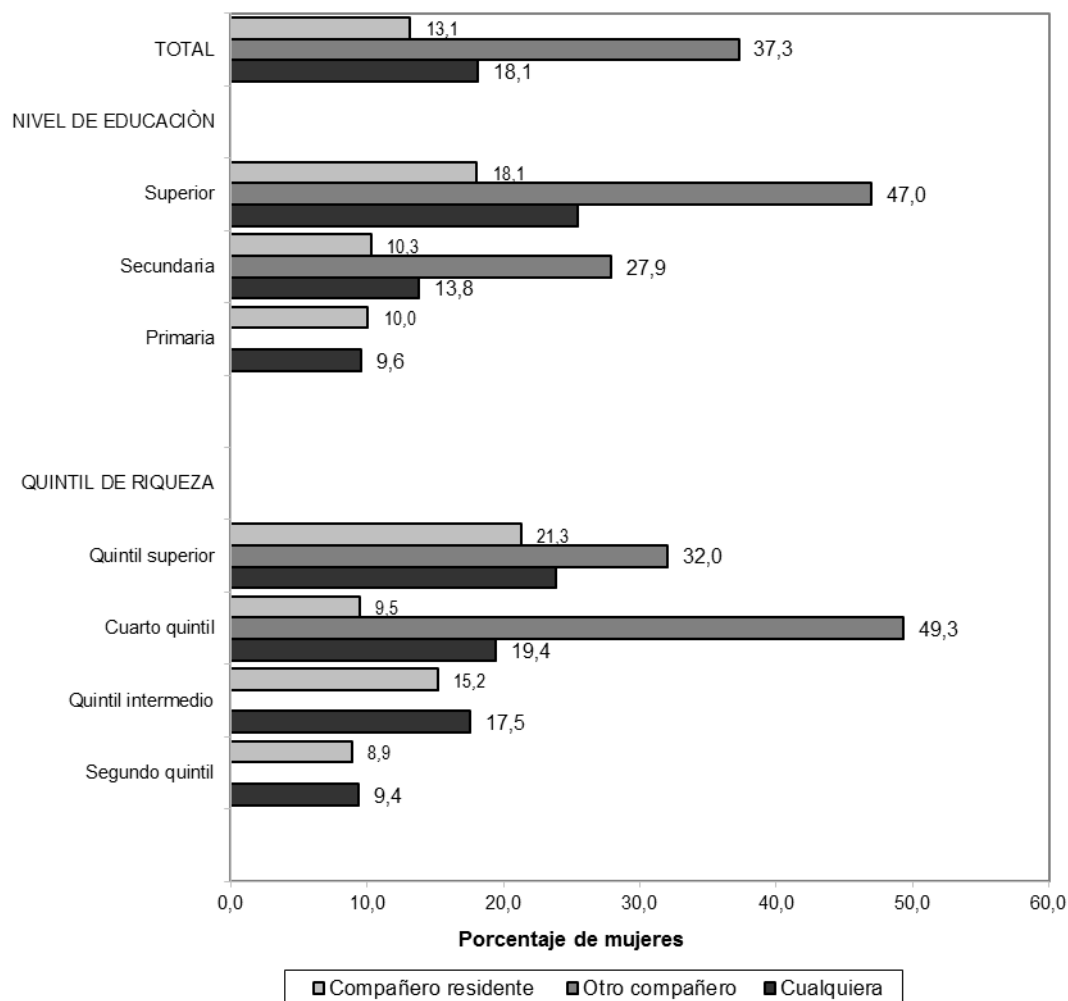
CUADRO N° 11.11
 MOQUEGUA: USO DEL CONDÓN POR TIPO DE COMPAÑERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES A
 LA ENTREVISTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Usó condón con esposo o compañero		Usó con compañero con quien no vive		Usó condón con cualquier compañero	
	Porcentaje	Número de mujeres	Porcentaje	Número de mujeres	Porcentaje	Número de mujeres
Edad						
15-19	*	2	*	3	45,9	5
20-24	12,1	9	(39,4)	5	21,6	13
25-29	13,2	9	(36,7)	4	21,0	13
30-39	15,8	28	23,9	5	17,1	33
40-49	10,8	27	*	2	11,6	29
15-24	12,1	10	49,8	8	28,2	18
Estado conyugal						
Soltera ha tenido RS	*	0	44,0	12	44,0	12
Casada o Conviviente	13,1	73	*	1	13,7	74
Divorciada/Separada/Viuda	*	2	22,1	6	20,1	8
Área de residencia						
Urbana	14,3	62	39,0	18	20,1	79
Rural	7,7	13	*	1	7,2	14
Nivel de educación						
Sin educación	*	1	*	1	*	1
Primaria	10,0	13	*	1	9,6	14
Secundaria	10,3	32	27,9	8	13,8	39
Superior	18,1	29	47,0	10	25,5	39
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	*	3	*	0	*	3
Segundo quintil	8,9	12	*	2	9,4	14
Quintil intermedio	15,2	15	*	3	17,5	18
Cuarto quintil	9,5	26	49,3	8	19,4	34
Quintil superior	21,3	19	32,0	6	23,8	25
Total 2012	13,1	75	37,3	19	18,1	93
Total 2009	15,9	106	31,9	19	18,3	124

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

GRÁFICO N° 11.7
MOQUEGUA: USO DE CONDÓN POR TIPO DE COMPAÑERO, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)



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

La violencia en el Perú, es un problema social de graves consecuencias para la salud de las personas, la economía y el desarrollo de los pueblos, y generalmente se instala de manera silenciosa en numerosas familias dejándola sus terribles secuelas¹.

Esta manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra puede ser expresada a través de insultos, amenazas, coerción, chantaje y/o agresión física que afectan la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres y las niñas. La violencia es un problema que generalmente se calla y se oculta principalmente por la propia víctima y en muchas culturas es tolerada y hasta legitimada como un derecho del hombre sobre la mujer, hijas e hijos, pasando a formar parte de la interacción intrafamiliar. Se constituye a la violencia como práctica cotidiana, repitiéndose a través de generaciones en la crianza de las hijas e hijos; los que a su vez, la replican cuando son padres.

A comienzo de la segunda mitad del siglo pasado, la sociedad y el Estado han tratado de regular el ejercicio arbitrario de la violencia, fundamentalmente con el fin de proteger a los más vulnerables. A nivel internacional, la Carta de las Naciones Unidas en el año 1945, constituye una afirmación de los Derechos Humanos y de la igualdad entre hombres y mujeres; y, en la Convención sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer (CEDAW-1979), se consagra el principio de igualdad del hombre y de la mujer.

En el Perú se han dado importantes avances normativos para prevenir, sancionar y erradicar la violencia familiar, con la expedición de la Ley N° 26260 en diciembre de 1993; con la ratificación de los acuerdos de la Convención de Belem do Pará en 1994; la promulgación del Texto Único Ordenado de la Ley frente a la Violencia Familiar, aprobado por Decreto N° 006-97-JUS el 25 de junio de 1997, la Ley N° 27306 que modifica la anterior ley incluyendo a la violencia sexual como otra forma de violencia familiar; y el Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer: 2009-2015, que busca mejorar la intervención estatal en estrecha colaboración con la sociedad civil y el sector privado para enfrentar el problema de la violencia familiar en el país.

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 se incluyó por primera vez el módulo de Violencia Familiar con el fin de conocer la dimensión nacional y características de este problema contra las mujeres en edad fértil-MEF (15-49 años de edad). En la Encuesta Continua 2007-2008 se incluyó este mismo módulo, con modificaciones que permitieran conocer otros aspectos relacionados a la violencia familiar y en la Encuesta del año 2012 se continúa con la línea de trabajo de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar anteriores.

En este capítulo se presenta información sobre violencia verbal, física, sexual y violencia intrafamiliar correspondiente al departamento de Moquegua. También se da a conocer sobre las formas de castigo que ejercen los padres biológicos a sus hijas e hijos, la forma como castigaban los padres a la entrevistada y la creencia en la necesidad del castigo físico para educar a las hijas e hijos.

12.1 VIOLENCIA VERBAL DEL ESPOSO CONTRA LA MUJER

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua 2012 indagó sobre situaciones por las que pasan las mujeres alguna vez unidas (casadas, convivientes, divorciadas, separadas o viudas) como el hecho de que el esposo o compañero se ponía celoso o molesto, si ella conversaba con otro hombre, si él la acusaba frecuentemente de ser infiel, si le impedía que visite o la visiten sus amistades, si él trataba de limitar las visitas o contactos a su familia, si él insistía siempre en saber todos los lugares donde ella iba o desconfiaba de ella con el dinero.

También se preguntó sobre situaciones humillantes (si le había dicho o ha hecho cosas para humillarla delante de los demás) y si le había amenazado con hacerle daño a ella o a alguien cercano o con irse de la casa o quitarle a los hijos o la ayuda económica.

¹ VIVIANO LLAVE, Teresa. *Violencia Familiar en las Personas Adultas Mayores en el Perú*. Lima 2005.

Situaciones de control (Cuadro 12.1)

- El 71,4 por ciento de las mujeres alguna vez unidas afirmaron que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas. Fue frecuente esta afirmación en las mujeres de 40 a 49 años de edad (75,3 por ciento, en promedio). Según estado conyugal, esta situación se presentó en mayor porcentaje en divorciadas, separadas o viudas (88,0 por ciento); mientras que en casadas o convivientes este porcentaje fue menor (67,7 por ciento). También fue frecuente en mujeres con educación primaria (79,1 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (77,6 por ciento) y residentes en el área urbana (71,9 por ciento).
- Entre las situaciones de control, la manifestación de celos fue de 39,5 por ciento; las mujeres de 25 a 29 años de edad declararon en mayor porcentaje este tipo de control (46,0 por ciento). Asimismo, en mujeres divorciadas, separadas o viudas (61,4 por ciento); con educación primaria (44,5 por ciento), situadas en el cuarto quintil de riqueza (45,9 por ciento) y residentes en el área urbana (40,7 por ciento).
- La insistencia en saber a dónde va la mujer es otra forma de control que ejerce el esposo o compañero contra la mujer (58,4 por ciento), declarada en su mayoría por mujeres divorciadas, separadas o viudas (73,8 por ciento), con educación primaria (69,2 por ciento) y residentes en el ámbito rural (62,3 por ciento).

Situaciones humillantes (Cuadro 12.1)

- El 23,7 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declararon que había experimentado situaciones de violencia verbal a través de expresiones humillantes delante de los demás. En mayor porcentaje fueron mujeres de 45 a 49 años de edad (40,2 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (41,1 por ciento), con educación primaria (35,9 por ciento) y situadas en el quintil intermedio de riqueza 30,2 por ciento.
- Según área de residencia, las situaciones humillantes fueron declaradas frecuentemente por mujeres residentes en el área urbana (25,2 por ciento).

Amenazas del esposo o compañero (Cuadro 12.1)

- El 22,0 por ciento de las mujeres alguna vez unidas reportaron que habían sido amenazadas por su esposo o compañero con irse de la casa o quitarle a sus hijas (os) o la ayuda económica, ocurrió con frecuencia en mujeres de 45 a 99 años de edad (30,1 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (41,1 por ciento), en aquellas con educación secundaria (25,3 por ciento), situadas en el quintil intermedio de riqueza (27,7 por ciento) y residentes en el ámbito urbano (23,4 por ciento).
- El 16,2 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que su esposo o compañero amenazó con hacerle daño a ella o a alguien cercano, fue declarada generalmente por mujeres de 45 a 49 años de edad (24,0 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (39,3 por ciento), 3,5 veces al porcentaje observado en casadas o convivientes (11,1 por ciento); con educación primaria (26,5 por ciento), situadas en el quintil intermedio de riqueza (19,0 por ciento) y residentes en el ámbito urbano (17,8 por ciento).

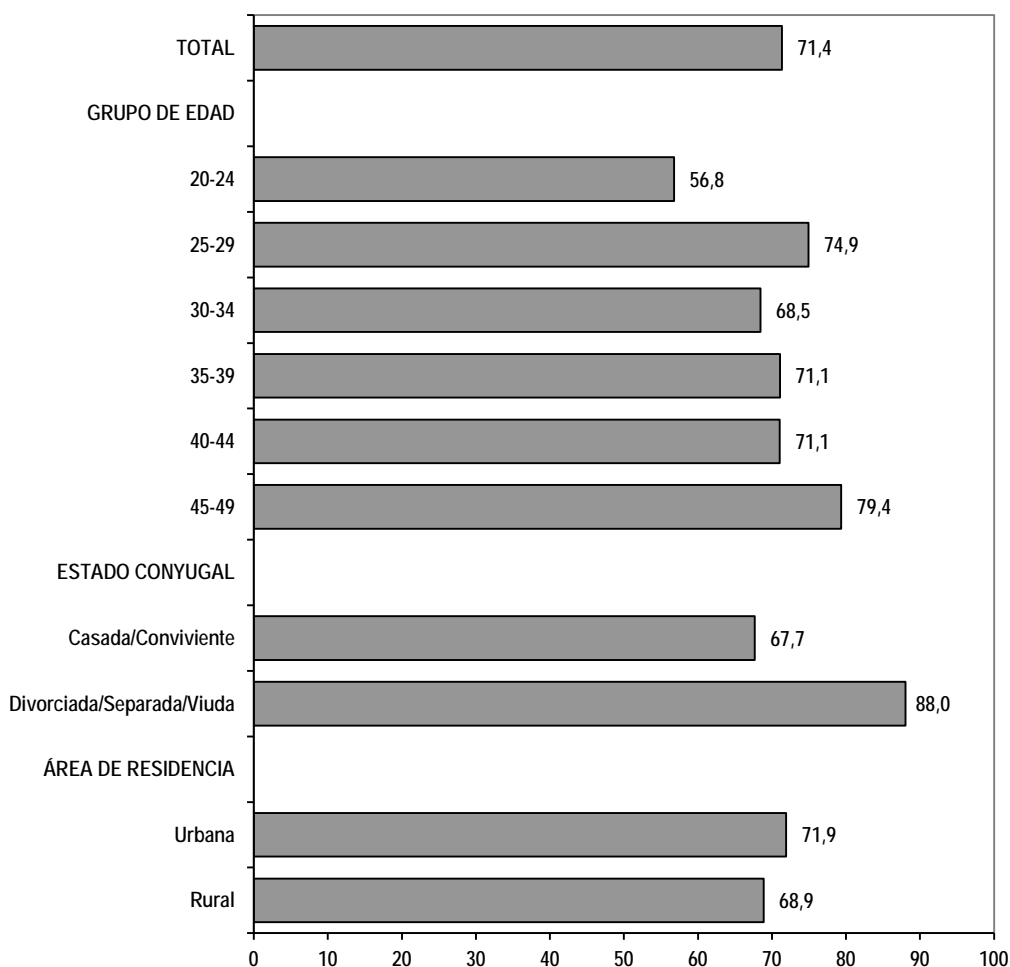
CUADRO 12.1
MOQUEGUA: SITUACIONES DE CONTROL Y VIOLENCIA VERBAL POR PARTE DEL ESPOSO O COMPAÑERO,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Situación de control						Amenaza			Número de mujeres alguna vez unidas
	Es celoso o molesto	Acusa de ser infiel	Impide que visite o la visiten sus amistades	Insiste en saber donde va	Desconfía con el dinero	Algún control	Situaciones humillantes	Con hacerle daño	Con irse de casa/quitarle los hijos(as) o la ayuda económica	
Grupo de edad										
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
20-24	39,5	18,9	25,2	43,9	16,5	56,8	12,2	13,7	24,9	8
25-29	46,0	22,0	15,8	66,0	20,9	74,9	16,8	18,0	15,9	10
30-34	36,8	16,6	18,3	55,1	22,0	68,5	21,4	12,6	21,8	16
35-39	39,1	23,8	23,5	58,4	21,5	71,1	21,0	13,6	21,0	16
40-44	39,7	21,4	21,0	57,4	17,0	71,1	25,8	17,2	20,1	15
45-49	38,1	23,5	34,2	63,0	24,4	79,4	40,2	24,0	30,1	13
Estado conyugal										
Casada/Conviviente	34,6	14,8	16,9	55,0	15,2	67,7	19,9	11,1	17,7	64
Divorciada/Separada/Viuda	61,4	50,8	51,2	73,8	44,0	88,0	41,1	39,3	41,1	14
Área de residencia										
Urbana	40,7	20,2	22,9	57,5	19,4	71,9	25,2	17,8	23,4	64
Rural	34,3	25,8	23,7	62,3	24,7	68,9	17,3	9,4	15,6	15
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	44,5	34,1	34,1	69,2	31,1	79,1	35,9	26,5	23,8	15
Secundaria	43,7	23,8	28,7	60,9	21,1	75,3	24,5	15,1	25,3	33
Superior	31,9	11,2	11,3	49,1	14,0	62,4	16,7	12,4	17,6	30
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	(51,1)	(36,6)	(27,6)	(69,2)	(39,9)	(81,8)	(31,7)	(25,5)	(17,8)	4
Segundo quintil	39,4	26,9	24,2	58,6	25,0	69,0	21,0	15,5	23,5	13
Quintil Intermedio	38,0	25,1	35,8	60,6	26,9	70,3	30,2	19,0	27,7	16
Cuarto quintil	45,9	21,8	21,1	61,6	19,6	77,6	25,0	18,5	22,2	27
Quintil superior	28,6	9,9	13,4	49,2	8,4	62,2	16,4	8,8	16,5	18
Total 2012	39,5	21,3	23,1	58,4	20,3	71,4	23,7	16,2	22,0	78

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

GRÁFICO N° 12.1
 MOQUEGUA: SITUACIONES DE CONTROL POR GRUPO DE EDAD, ESTADO
 CONYUGAL Y ÁREA DE RESIDENCIA , 2012
 (Porcentaje)



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

12.2 VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL CONTRA LA MUJER

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 se preguntó a las mujeres alguna vez unidas (casada, conviviente, divorciada, separada o viuda), si su actual o última pareja (esposo o compañero) había ejercido violencia física y/o sexual contra ellas, y si esta situación se presentó durante los doce meses anteriores a la entrevista o alguna vez durante la relación con la pareja. También se obtuvo información sobre la violencia física que fueron víctimas las mujeres solteras, la agresión física que ejercen las mujeres contra su esposo o compañero y el inicio de la violencia.

Violencia física y sexual por parte del esposo o compañero (Cuadro 12.2)

- El 39,8 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que fueron víctimas de alguna forma de violencia (física y/o sexual) por parte de su esposo o compañero, como empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo, pistola u otra arma y tener relaciones sexuales sin su consentimiento o realizar actos sexuales que ella no aprobaba; estos episodios ocurrieron con mayor frecuencia en mujeres de 45 a 49 años de edad (51,0 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (66,5 por ciento), con educación primaria (54,3 por ciento), situadas en el quintil intermedio de riqueza (50,0 por ciento) y en el ámbito rural (42,3 por ciento).

- El 39,0 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declararon que fueron víctimas de violencia física. Entre las formas de este tipo de violencia, la más frecuente fue que el esposo o compañero la empujó, sacudió o le tiró algo (32,3 por ciento), generalmente tenían entre 45 y 49 años de edad (44,4 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (60,5 por ciento), representando 2,3 veces al porcentaje de casadas o convivientes (26,1 por ciento), con educación primaria (43,7 por ciento) y ubicadas en el segundo quintil de riqueza (39,3 por ciento).
- Según ámbito geográfico, las mujeres del área urbana reportaron en mayor porcentaje que su esposo o compañero la empujó, sacudió o tiró algo (37,0 por ciento).
- Otra forma de violencia física declarada fue que su esposo o compañero la abofeteó o retorció el brazo (24,4 por ciento); mayor ocurrencia fue en mujeres de 45 a 49 años de edad (29,1 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (55,0 por ciento), con educación primaria (31,0 por ciento) y situadas en el quintil intermedio de riqueza (33,1 por ciento). Según área de residencia, esta forma de violencia fue significativa en el área rural (26,6 por ciento).
- Es importante mencionar otras formas de violencia que no obstante se presentaron en menor porcentaje podrían ser consideradas como peligrosas e incluso ocasionar la muerte: “atacó, agredió con un cuchillo, pistola u otra arma” (1,9 por ciento), “amenazó con un cuchillo, pistola u otra arma” (2,3 por ciento) y “trató de estrangularla o quemarla” (5,2 por ciento).
- El 13,4 por ciento de mujeres alguna vez unidas declararon que fueron víctimas de alguna forma de violencia sexual; el 11,8 por ciento manifestó que su esposo o compañero las obligaron a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, en su mayoría tenían de 40 a 44 años de edad (19,2 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (37,6 por ciento), es decir, 6,2 veces al porcentaje de casadas o convivientes (6,1 por ciento). Esta situación se presentó en mayor porcentaje en mujeres con educación primaria (19,6 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (18,8 por ciento) y residentes en el área rural (15,5 por ciento).
- El 7,5 por ciento de mujeres alguna vez unidas manifestaron que su esposo o compañero las obligaron a realizar actos sexuales que no aprobaban, siendo mayor este porcentaje en mujeres que tenían de 40 a 44 años de edad (11,9 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (21,6 por ciento), con educación primaria (12,1 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (10,0 por ciento) y residentes del área rural (10,4 por ciento).

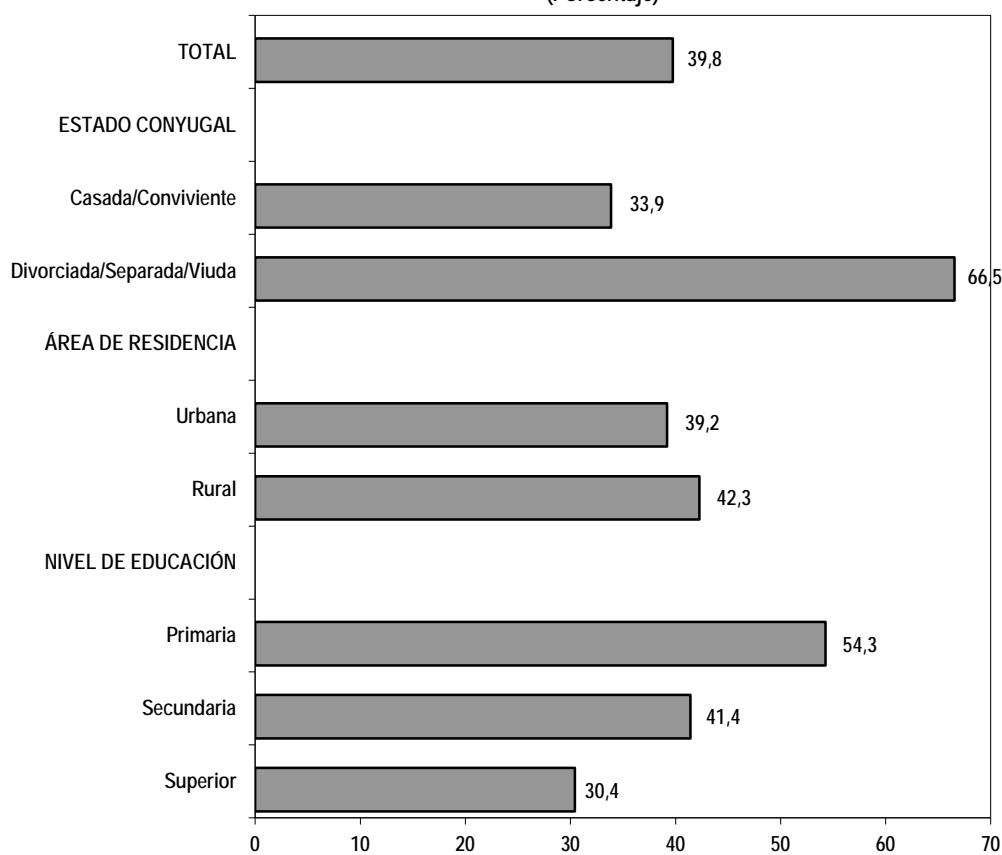
CUADRO N° 12.2
MOQUEGUA: VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL EJERCIDA POR EL ESPOSO O COMPAÑERO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Violencia física									Violencia sexual			Número de mujeres alguna vez unidas
	Alguna de las anteriores	Alguna de las anteriores	Empujó, sacudió o tiró algo	Abofe- teó o retorció el brazo	Golpeó con el puño o algo que pudo dañarla	Pateó o arrastró	Trató de estran- gularla o que- marla	Atacó, agredió con cuchillo, pistola u otra arma	Amenaz ó con cuchillo, pistola u otra arma	Alguna de las anteriores	Obligó a tener relaciones sexuales aunque ella no quería	Obligó a realizar actos sexuales que ella no aprueba	
Grupo de edad													
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
20-24	43,2	43,2	35,6	26,8	18,3	10,5	2,1	1,8	1,8	12,0	9,9	4,6	8
25-29	35,0	33,6	26,2	23,2	25,2	11,4	7,4	3,7	5,3	10,2	8,5	3,7	10
30-34	32,6	32,6	27,7	17,9	15,4	9,6	5,4	0,9	0,9	9,3	8,2	5,8	16
35-39	40,6	40,6	32,6	25,8	24,8	13,6	4,2	1,5	2,5	11,3	9,0	7,5	16
40-44	38,3	36,8	30,1	27,0	24,5	19,2	5,6	1,6	2,7	19,2	19,2	11,9	15
45-49	51,0	49,3	44,4	29,1	39,4	28,2	6,5	2,6	1,4	18,9	16,0	10,0	13
Estado conyugal													
Casada/Conviviente	33,9	33,0	26,1	17,7	18,8	10,6	2,0	0,5	1,0	7,6	6,1	4,4	64
Divorciada/Separada/Viuda	66,5	66,5	60,5	55,0	51,0	37,5	20,0	8,3	8,2	39,7	37,6	21,6	14
Área de residencia													
Urbana	39,2	38,3	31,3	23,9	22,6	13,6	4,6	1,7	2,2	12,4	11,0	6,8	64
Rural	42,3	42,3	37,0	26,6	33,3	23,6	8,0	2,5	2,5	17,5	15,5	10,4	15
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	54,3	54,3	43,7	31,0	38,5	27,1	9,8	4,3	5,3	20,5	19,6	12,1	15
Secundaria	41,4	40,3	32,5	27,3	26,9	16,8	6,9	1,6	2,1	15,4	13,7	9,3	33
Superior	30,4	29,7	26,6	17,7	14,3	7,1	1,4	0,6	1,1	7,6	5,8	3,5	30
Quintil de riqueza													
Quintil inferior	(43,0)	(43,0)	(32,4)	(34,0)	(30,7)	(27,1)	(16,5)	(0,0)	(0,0)	(15,0)	(11,3)	(9,7)	4
Segundo quintil	42,0	42,0	39,3	30,1	30,3	18,1	8,2	2,8	1,6	14,7	14,7	9,3	13
Quintil Intermedio	50,0	48,7	37,4	33,1	34,0	22,5	6,0	5,3	7,3	22,4	18,8	10,0	16
Cuarto quintil	40,8	39,5	30,7	23,4	23,8	14,7	4,4	0,5	1,1	13,3	11,3	7,9	27
Quintil superior	27,0	27,0	25,4	12,2	12,3	6,1	1,2	0,8	0,8	4,6	4,6	2,8	18
Total 2012	39,8	39,0	32,3	24,4	24,6	15,5	5,2	1,9	2,3	13,4	11,8	7,5	78

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

GRÁFICO Nº 12.2
MOQUEGUA: VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL POR ESTADO CONYUGAL, ÁREA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, 2012
(Porcentaje)



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

Violencia física y sexual por parte del esposo o compañero en los últimos doce meses (Cuadro 12.3)

- El 11,6 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que fueron víctimas de violencia física por parte de su esposo o compañero en los últimos doce meses anteriores al día de la entrevista (violencia reciente), con predominancia en mujeres jóvenes de 20 a 24 años de edad (25,8 por ciento), casadas o convivientes (13,2 por ciento), con educación secundaria (12,5 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (17,3 por ciento) y residentes en el ámbito urbano (12,3 por ciento).
- Las formas de violencia física declaradas frecuentemente fueron “la empujó, sacudió o tiró algo” (9,7 por ciento); “golpeó con el puño o algo que pudo dañarla” (5,8 por ciento); “la abofeteó o retorció el brazo” (5,2 por ciento); en menor porcentaje las mujeres mencionaron “atacó, agredió con un cuchillo, pistola u otra arma” y trato de estrangularla o quemarla (0,4 por ciento cada caso) y “amenazó con cuchillo, pistola u otra arma” (0,6 por ciento).
- El 2,0 por ciento de las mujeres declararon que fueron víctimas de alguna forma de violencia sexual por parte de su esposo o compañero. El 1,0 por ciento manifestó que fueron obligadas por su esposo o compañero a realizar actos sexuales que ella no aprueba, generalmente fueron mujeres de 20 a 24 y de 30 a 34 años de edad (2,1 por ciento en cada grupo), casada o conviviente (1,3 por ciento); con educación secundaria (1,5 por ciento), situadas en el quintil intermedio de riqueza (3,1 por ciento).

CUADRO N° 12.3
 MOQUEGUA: VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL EJERCIDA POR EL ESPOSO O COMPAÑERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
 SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Violencia física								Violencia sexual			Número de mujeres alguna vez unidas	
	Al menos una de ellas	Empujó o sacudió o tiró algo	Abofeteó o retorció el brazo	Golpeó con el puño o algo que pudo dañarla	Pateó o arrastró	Trató de estrangularla o quemarla	Atacó, agredió con cuchillo, pistola u otra arma	Amenazó con cuchillo, pistola u otra arma	Al menos una de ellas	Obligó a tener relaciones sexuales aunque ella no quería	Obligó a realizar actos sexuales que ella no aprueba		Alguna de las anteriores
Grupo de edad													
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
20-24	25,8	19,4	16,9	8,0	6,2	0,0	1,8	0,0	3,8	1,8	2,1	25,8	8
25-29	18,7	13,0	10,0	11,7	3,8	1,5	1,7	3,2	6,4	4,7	1,7	20,1	10
30-34	11,9	10,9	3,1	3,4	1,0	1,1	0,0	0,0	3,1	2,0	2,1	11,9	16
35-39	5,9	5,9	1,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	16
40-44	8,7	8,7	5,4	5,4	4,3	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	9,7	15
45-49	6,4	6,4	1,8	5,4	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4	13
Estado conyugal													
Casada/Conviviente	13,2	10,9	5,6	6,8	2,8	0,5	0,5	0,7	2,5	1,5	1,3	13,7	64
Divorciada/Separada/Viuda	4,2	4,2	3,3	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	14
Área de residencia													
Urbana	12,3	10,3	5,4	5,9	2,8	0,5	0,5	0,5	2,0	1,0	1,0	12,8	64
Rural	8,6	7,5	4,2	5,2	1,0	0,0	0,0	1,1	2,1	2,1	1,0	8,6	15
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	9,6	9,6	3,8	4,4	1,6	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	9,6	15
Secundaria	12,5	9,2	5,5	6,3	2,3	1,0	0,4	0,0	3,0	1,4	1,5	13,5	33
Superior	11,5	10,2	5,2	5,6	2,6	0,0	0,6	1,1	2,1	1,6	1,1	11,5	30
Quintil de riqueza													
Quintil inferior	(3,6)	(3,6)	(3,6)	(3,6)	(3,6)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(3,6)	4
Segundo quintil	9,4	9,4	4,1	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,4	13
Quintil Intermedio	17,3	11,4	9,7	11,0	4,5	0,0	1,1	2,1	5,3	3,2	3,1	17,3	16
Cuarto quintil	12,5	10,5	4,3	4,9	2,5	1,2	0,0	0,6	2,3	1,1	1,2	13,6	27
Quintil superior	8,8	8,8	3,8	5,3	2,1	0,0	0,8	0,0	0,8	0,8	0,0	8,8	18
Total 2012	11,6	9,7	5,2	5,8	2,5	0,4	0,4	0,6	2,0	1,2	1,0	12,0	78

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Resultado de la violencia física (Cuadro 12.4)

- El 64,1 por ciento de las mujeres alguna vez unidas víctimas de violencia física resultaron con moretones y dolores y el 16,3 por ciento con heridas o lesiones, huesos o dientes rotos o quemaduras; el 19,8 por ciento de las mujeres agredidas reportó que fue necesario ir al médico o a un centro de salud.
- Respecto a los moretones y dolores se observa que las mujeres de 40 a 44 años de edad declararon con mayor frecuencia (72,7 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (58,4 por ciento), sin educación (70,7 por ciento), situadas en el cuarto quintil de riqueza (71,5 por ciento) y residentes en el área urbana (77,1 por ciento).
- Entre las mujeres que reportaron heridas o lesiones, huesos o dientes rotos o quemaduras como consecuencia de la agresión física, en mayor porcentaje fueron de 35 a 39 años de edad (23,9 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (10,0 por ciento), sin educación (26,9 por ciento) y situadas en el cuarto

quintil de riqueza (28,9 por ciento).

CUADRO N° 12.4
MOQUEGUA: RESULTADO DE LA VIOLENCIA FÍSICA, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Resultado de los episodios violentos			Número de mujeres alguna vez unidas maltratadas
	Moretones y dolores	Herida o lesión, hueso o dientes rotos, quemaduras	Fue necesario ir al médico o centro de salud	
Grupo de edad				
15-19	*	*	*	0
20-24	*	*	*	4
25-29	(82,2)	(16,3)	(9,9)	4
30-34	51,2	8,8	22,4	5
35-39	52,0	23,9	27,7	6
40-44	72,7	21,7	20,1	6
45-49	72,5	19,9	24,3	7
Estado conyugal				
Casada/Conviviente	*	*	*	0
Divorciada/Separada/Viuda	58,4	10,0	12,4	22
Área de residencia				
Urbana	77,1	31,0	37,1	9
Rural	62,4	13,7	19,4	25
Nivel de educación				
Sin educación	70,7	26,9	21,4	6
Primaria	*	*	*	1
Secundaria	65,3	21,6	31,1	8
Superior	66,4	16,7	19,4	14
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	57,5	8,8	8,4	9
Segundo quintil	*	*	*	2
Quintil Intermedio	69,4	17,7	27,8	5
Cuarto quintil	71,5	28,9	27,7	8
Quintil superior	59,3	13,4	15,8	11
Total 2012	64,1	16,3	19,8	31
Total 2009				

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Violencia física ejercida al esposo o compañero por parte de su cónyuge (Cuadro 12.5)

- El 9,9 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declararon que ejercieron violencia física contra su esposo o compañero en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente. Según grupo de edad, se observa mayor porcentaje entre las mujeres de 25 a 29 años de edad (20,3 por ciento). Este comportamiento también se presentó en mayor porcentaje en casadas o convivientes (10,0 por ciento), con educación superior (14,1 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (13,4 por ciento) y residentes en el ámbito urbano (11,4 por ciento); mientras que en el área rural este porcentaje fue de 3,4 por ciento (diferencia de 8,0 puntos porcentuales).
- En los últimos doce meses anteriores a la entrevista, el 4,8 por ciento de las mujeres alguna vez unidas ejercieron violencia física contra su esposo o compañero, declararon en mayor porcentaje mujeres de 25 a 29 años de edad (14,0 por ciento), casada o conviviente (5,6 por ciento), con educación superior (7,7 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (6,5 por ciento) y residentes en el área urbana (5,4 por ciento).

CUADRO N° 12.5
 MOQUEGUA: VIOLENCIA FÍSICA AL ESPOSO O COMPAÑERO, SEGÚN
 CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Agresión contra el esposo o compañero en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente		Número de mujeres alguna vez unidas
	En los últimos 12 meses	Alguna vez	
Grupo de edad			
15-19	*	*	1
20-24	7,3	7,3	8
25-29	14,0	20,3	10
30-34	6,0	11,9	16
35-39	3,0	11,7	16
40-44	0,0	3,2	15
45-49	2,6	7,1	13
Estado conyugal			
Casada/Conviviente	5,6	10,0	64
Divorciada/Separada/Viuda	1,2	9,3	14
Área de residencia			
Urbana	5,4	11,4	64
Rural	2,3	3,4	15
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	1
Primaria	4,1	7,8	15
Secundaria	2,7	7,3	33
Superior	7,7	14,1	30
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	(0,0)	(0,0)	4
Segundo quintil	5,4	5,4	13
Quintil Intermedio	2,1	10,9	16
Cuarto quintil	6,5	13,4	27
Quintil superior	5,1	9,2	18
Total 2012	4,8	9,9	78
Total 2009			

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Consumo de alcohol y violencia física bajo los efectos del licor/drogas o ambas por parte del esposo o compañero (Cuadro 12.6)

- El 8,3 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declararon que su esposo o compañero toma o tomaba con frecuencia bebidas alcohólicas; en mayor porcentaje esta situación fue manifestada por mujeres de 45 a 49 años de edad (15,7 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (24,8 por ciento); mientras que en casadas o convivientes el porcentaje fue menor (4,6 por ciento), con educación primaria y ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (11,4 por ciento, en cada caso) y residentes en el área urbana (8,9 por ciento).
- Respecto a la violencia ejercida por el esposo o compañero cuando se encontraba bajo los efectos del licor o drogas o ambas, el 58,1 por ciento de mujeres manifestaron haber sido agredidas físicamente alguna vez bajo estas circunstancias, ocurriendo con mayor frecuencia en mujeres de 40 a 44 años de edad (65,4 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (63,1 por ciento), con educación primaria (72,7 por ciento) y ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (56,5 por ciento).
- En los últimos doce meses anteriores a la entrevista, el 16,0 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declararon que fueron agredidas físicamente cuando su esposo o compañero se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o ambas; en mayor porcentaje manifestaron mujeres de 30 a 34 años de edad (23,5 por ciento), casada o conviviente (21,5 por ciento), con educación secundaria (16,8 por ciento) y ubicadas en el quintil intermedio y quintil superior de riqueza (16,4 por ciento, en cada caso).

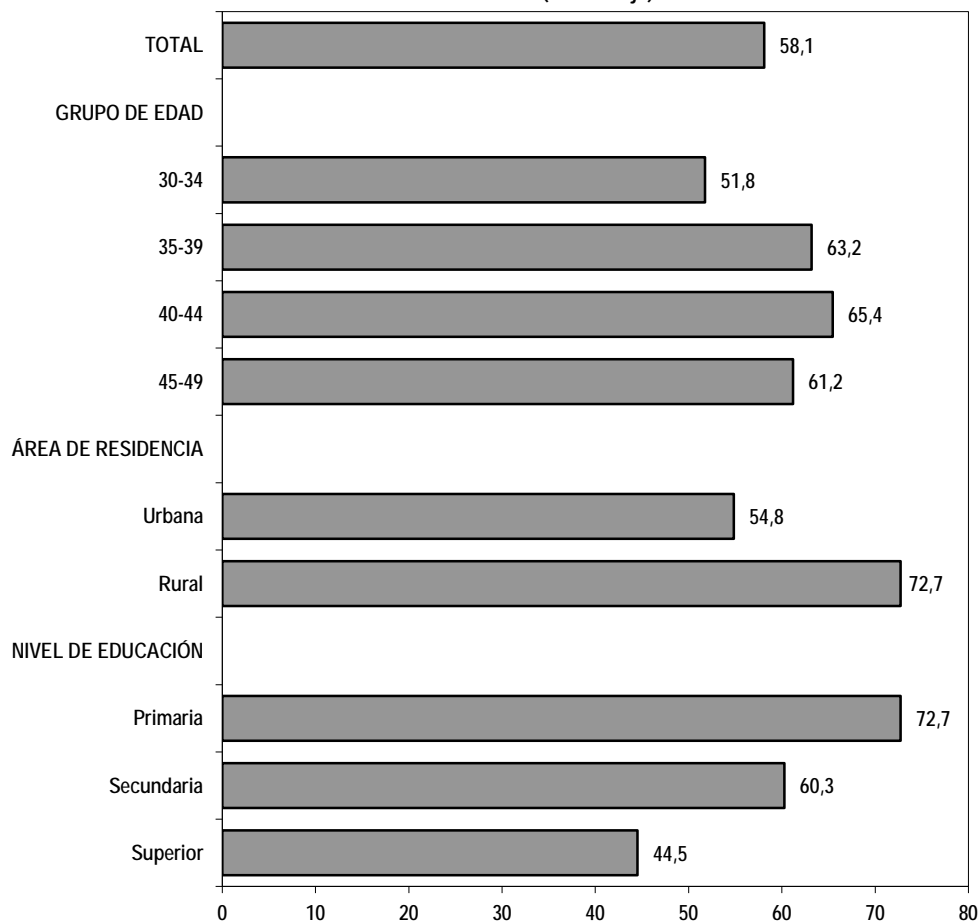
CUADRO N° 12.6
MOQUEGUA: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y VIOLENCIA FÍSICA EJERCIDA POR EL ESPOSO O
COMPAÑERO BAJO LOS EFECTOS DEL LICOR/DROGAS O AMBAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA
SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Consumo de bebidas alcohólicas		Violencia física bajo los efectos de haber consumido licor/drogas o ambas		Número de mujeres violentadas
	Esposo o compañero toma o tomaba bebidas alcohólicas con frecuencia	Número de mujeres alguna vez unidas	En los últimos 12 meses	Alguna vez	
Grupo de edad					
15-19	0,0	1	*	*	0
20-24	0,0	8	*	*	3
25-29	3,9	10	*	*	3
30-34	10,1	16	23,5	51,8	4
35-39	8,4	16	3,3	63,2	5
40-44	7,8	15	17,5	65,4	5
45-49	15,7	13	4,4	61,2	5
Estado conyugal					
Casada/Conviviente	4,6	64	21,5	55,5	17
Divorciada/Separada/Viuda	24,8	14	5,2	63,1	9
Área de residencia					
Urbana	8,9	64	17,3	54,8	21
Rural	5,6	15	10,0	72,7	5
Nivel de educación					
Sin educación	0,0	1	*	*	0
Primaria	11,4	15	11,6	72,7	6
Secundaria	9,2	33	16,8	60,3	11
Superior	5,4	30	16,4	44,5	9
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	(14,2)	4	*	*	1
Segundo quintil	6,4	13	(24,2)	(72,3)	4
Quintil Intermedio	11,4	16	16,4	56,5	7
Cuarto quintil	7,4	27	13,1	55,2	10
Quintil superior	7,0	18	16,4	46,6	4
Total 2012	8,3	78	16,0	58,1	26

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

GRÁFICO N° 12.3
 MOQUEGUA: VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER BAJO LOS EFECTOS DEL
 LICOR/DROGAS O AMBAS POR GRUPO DE EDAD, ÁREA
 DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, 2012
 (Porcentaje)



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

Tiempo transcurrido entre la unión o convivencia y el inicio de la violencia física o sexual (Cuadro 12.7)

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 indagó entre las mujeres alguna vez unidas que fueron agredidas físicamente o sexualmente, cuánto tiempo después de haberse casado o convivido con su actual o último esposo o compañero, empezó a suceder los actos de violencia.

- El 40,6 por ciento de las mujeres agredidas físicamente o sexualmente declararon que el inicio de la violencia por parte del actual o último esposo o compañero fue cuando había transcurrido de uno a dos años de unión o convivencia, el 20,9 por ciento manifestó menos de un año y el 22,8 por ciento reportó que tenían de tres a cinco años de unión o convivencia cuando se inició la violencia.
- Entre las mujeres casadas o convivientes solo una vez, el 42,8 por ciento declaró que el inicio de la violencia fue cuando había transcurrido entre uno y dos años de unión o convivencia; el 21,1 por ciento cuando había transcurrido entre tres y cinco años de unión o convivencia, el 20,1 por ciento cuando solo había pasado algunos meses, es decir menos de un año.

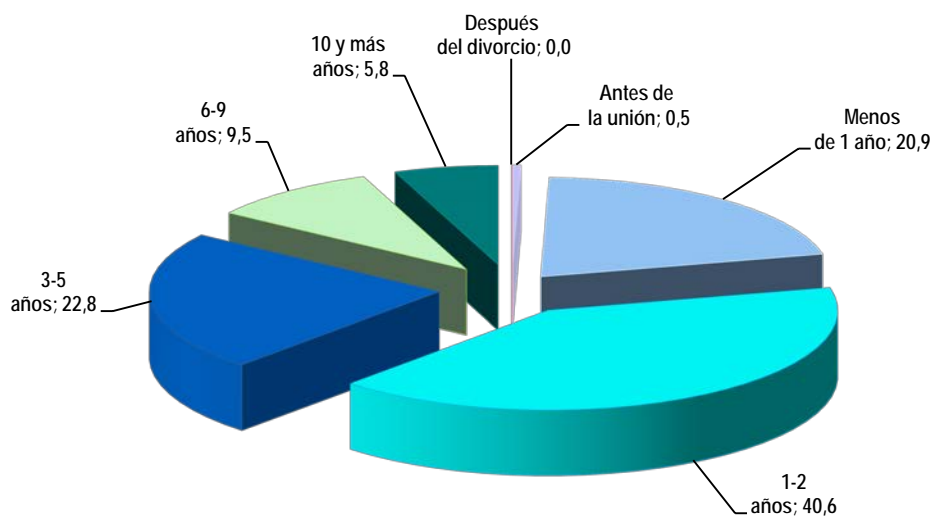
CUADRO N° 12.7
MOQUEGUA: PERÍODO TRANSCURRIDO ENTRE LA UNIÓN O CONVIVENCIA Y EL INICIO DE LA
VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL, SEGÚN TIEMPO DE CONVIVENCIA, 2012
(Distribución porcentual)

Tiempo de convivencia	Tiempo transcurrido cuando se inició la violencia							Número de mujeres maltratadas
	Total	Antes de la unión	Menos de 1 año	1-2 años	3-5 años	6-9 años	10 y más años	
Casada/Conviviente sólo una vez	100,0	0,5	20,1	42,8	21,1	9,7	5,9	28
Menos de 6 años	100,0	0,0	30,2	49,6	16,3	3,9	0,0	5
6-9 años	100,0	(3,8)	(28,7)	(42,4)	(16,7)	(8,4)	(0,0)	4
10 a mas años	100,0	0,0	16,1	41,3	23,0	11,3	8,3	20
Casada/Conviviente más de una vez	100,0	*	*	*	*	*	*	3
Total 2012	100,0	0,5	20,9	40,6	22,8	9,5	5,8	31

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

GRÁFICO N° 12.4
MOQUEGUA: PERÍODO TRANSCURRIDO DEL INICIO DE LA VIOLENCIA EJERCIDA POR EL
ACTUAL/ÚLTIMO ESPOSO O COMPAÑERO, 2012



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

12.3 SOLICITUD DE AYUDA Y DENUNCIA DEL MALTRATO

A las mujeres entrevistadas que experimentaron violencia física por parte del esposo o compañero o de alguien más se les preguntó si pidieron ayuda cuando fueron maltratadas.

Búsqueda de ayuda en personas cercanas o en alguna institución (Cuadro 12.8)

- El 40,1 por ciento de las mujeres agredidas buscaron ayuda en personas cercanas y el 30,2 por ciento en alguna institución; comparando con el año 2009 la búsqueda de ayuda en alguna institución aumentó 3,7 puntos porcentuales; mientras que en personas cercanas aumentó en 5,9 puntos porcentuales.
- La búsqueda de ayuda en alguna institución fue más frecuente por mujeres de 45 a 49 años de edad (43,5 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (38,6 por ciento), con educación primaria (39,1 por ciento) y situadas en el quintil intermedio de riqueza (34,1 por ciento).
- La búsqueda de ayuda en personas cercanas fue mencionada generalmente por mujeres de 25 a 29 años de edad (53,0 por ciento) y de 40 a 44 años de edad (45,4 por ciento), solteras (53,6 por ciento), con educación superior (48,2 por ciento) y ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (50,1 por ciento).

CUADRO N° 12.8
 MOQUEGUA: BÚSQUEDA DE AYUDA EN PERSONAS CERCANAS O EN ALGUNA
 INSTITUCIÓN CUANDO FUERON MALTRATADAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA
 SELECCIONADA, 2012
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Búsqueda de ayuda		Número de mujeres
	En personas cercanas	En alguna institución	
Grupo de edad			
15-19	*	*	2
20-24	32,4	11,3	6
25-29	53,0	20,4	5
30-34	39,1	40,8	7
35-39	32,0	33,6	9
40-44	45,4	25,3	8
45-49	38,1	43,5	8
Estado conyugal			
Soltera	53,6	10,5	5
Casada/Conviviente	37,3	30,2	30
Divorciada/Separada/Viuda	41,8	38,6	11
Área de residencia			
Urbana	42,2	31,8	39
Rural	27,9	20,8	7
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	1
Primaria	27,6	39,1	10
Secundaria	38,8	29,7	20
Superior	48,2	23,9	16
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	*	*	2
Segundo quintil	33,8	33,4	7
Quintil Intermedio	50,1	34,1	11
Cuarto quintil	40,8	31,6	19
Quintil superior	31,6	23,4	7
Total 2012	40,1	30,2	46
Total 2009	34,2	26,5	63

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

Razones para no buscar ayuda (Cuadro 12.9)

- De cada 100 mujeres agredidas físicamente 42 manifestaron que no era necesario buscar ayuda, el 17,5 por ciento reportó que sentían vergüenza, el 15,4 por ciento no sabe a dónde ir o no conoce servicios, el 7,4 por ciento tenía miedo a que le pegara de nuevo a ella o a sus hijos(as) y un porcentaje de las mujeres manifiesta que son cosas de la vida y que ella tenía la culpa (6,0 por ciento, para cada caso).
- Según grupo de edad se observa que el 63,7 por ciento de mujeres entrevistadas de 20 a 24 años de edad y el 42,9 por ciento de 30 a 34 años de edad expresaron que no buscaron ayuda porque no era

necesario.

- Según nivel educativo más de la mitad de las mujeres con educación superior (62,2 por ciento) declararon que no era necesario buscar ayuda. Entre las mujeres con educación secundaria, se observa que el 29,1 por ciento declararon que no buscaron ayuda porque no era necesario, el 21,1 por ciento no denuncia porque siente vergüenza, el 22,5 por ciento no sabe a dónde ir o no conoce servicios y el 6,6 por ciento no buscaron ayuda por miedo a que le pegara de nuevo a ella o a sus hijos.

CUADRO N° 12.9
MOQUEGUA: RAZONES ESPECÍFICAS PARA NO BUSCAR AYUDA CUANDO FUERON MALTRATADAS FÍSICAMENTE,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Razones para no buscar ayuda									Número de mujeres
		No sabe dónde ir / no conoce servicios	No era necesario	De nada sirve	Cosas de la vida	Miedo al divorcio / separación	Miedo a que le pegara de nuevo a ella o a sus hijos	Vergüenza	Ella tenía la culpa	Otras razones	
Grupo de edad											
15-19	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
20-24	100,0	0,0	63,7	0,0	0,0	0,0	2,9	22,0	11,3	0,0	5
25-29	100,0	(3,7)	(35,7)	(15,0)	(14,0)	(0,0)	(6,9)	(15,1)	(9,5)	(0,0)	4
30-34	100,0	12,5	42,9	0,0	7,9	0,0	7,5	11,0	18,1	0,0	4
35-39	100,0	31,0	42,8	2,9	3,1	2,5	2,2	12,4	0,0	3,1	6
40-44	100,0	11,7	31,1	0,0	9,5	6,0	17,6	24,2	0,0	0,0	6
45-49	100,0	35,6	20,7	8,1	4,1	0,0	7,7	23,9	0,0	0,0	5
Estado conyugal											
Soltera	100,0	(0,0)	(82,9)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(5,5)	(11,6)	(0,0)	4
Casada/Conviviente	100,0	19,7	39,7	5,7	7,4	0,0	7,0	14,1	5,7	0,8	21
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	11,9	21,6	0,0	5,6	7,8	13,5	36,1	3,5	0,0	7
Área de residencia											
Urbana	100,0	12,0	44,8	4,6	4,7	2,0	6,7	17,3	7,3	0,7	27
Rural	100,0	31,7	26,7	0,0	12,3	0,0	10,7	18,6	0,0	0,0	6
Nivel de educación											
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
Primaria	100,0	16,1	32,1	5,7	11,6	0,0	14,0	20,6	0,0	0,0	6
Secundaria	100,0	22,5	29,1	6,2	5,6	2,6	6,6	21,1	5,2	1,3	14
Superior	100,0	5,4	62,2	0,0	3,9	1,4	5,3	11,9	10,1	0,0	12
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Segundo quintil	100,0	19,0	39,9	0,0	7,7	0,0	10,1	19,4	4,0	0,0	4
Quintil Intermedio	100,0	14,4	53,5	0,0	8,8	0,0	5,4	10,7	7,2	0,0	7
Cuarto quintil	100,0	14,0	29,9	8,1	4,5	1,2	7,2	24,0	9,7	1,4	13
Quintil superior	100,0	3,2	67,0	2,9	6,8	2,8	4,8	12,5	0,0	0,0	6
Total 2012	100,0	15,4	41,7	3,8	6,0	1,6	7,4	17,5	6,0	0,6	32

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre

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

12.4 MALTRATO A HIJAS E HIJOS

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 indagó a las mujeres entrevistadas con hijas e hijos en el hogar sobre las formas de castigo ejercidas por el esposo o compañero o ella misma a sus hijas e hijos; asimismo, si los padres la castigaban a ella y en qué forma.

Formas de castigo ejercidas por el padre biológico (Cuadro 12.10)

- Según la declaración de las mujeres, las formas de castigo utilizadas con mayor frecuencia por el padre biológico para regañar o corregir a sus hijas e hijos fueron la reprimenda verbal y prohibiéndoles de algo que les guste (79,2 y 46,1 por ciento, respectivamente). La declaración de la reprimenda verbal fue proporcionada en mayor porcentaje por mujeres de 40 a 44 años y de 35 a 39 años de edad (85,8 y 78,7 por ciento, respectivamente), con educación primaria (95,1 por ciento), del segundo quintil y quintil intermedio de riqueza (89,7 y 84,8 por ciento, respectivamente); mientras que la forma referida a la prohibición de algo que les guste fue reportada por mujeres de 35 a 39 años de edad (50,8 por ciento), con educación superior (62,4 por ciento) y ubicadas en el quintil superior de riqueza (70,4 por ciento).

CUADRO N° 12.10
MOQUEGUA: FORMAS DE CASTIGO EJERCIDAS POR EL PADRE BIOLÓGICO A SUS
HIJAS E HIJOS,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

Característica seleccionada	Palrnadas	Repri- menda verbal	Prohi- biendo- les algo que le gusta	Con golpes o castigos físicos	Igno- rándolos	Echán- doles agua	Número de mujeres
Grupo de edad							
20-24	*	*	*	*	*	*	3
25-29	(4,6)	(70,0)	(51,0)	(26,2)	(0,0)	(3,8)	4
30-34	3,6	77,0	44,2	15,2	1,6	4,0	8
35-39	6,4	78,7	50,8	32,4	0,0	0,0	8
40-44	2,9	85,8	40,9	21,7	0,0	0,0	6
45-49	(4,1)	(69,7)	(56,8)	(27,2)	(0,0)	(0,0)	4
Área de residencia							
Urbana	5,9	77,2	52,1	24,3	0,5	1,2	28
Rural	2,5	88,7	17,2	21,9	0,0	5,1	6
Nivel de educación							
Primaria	6,7	95,1	19,7	19,0	0,0	2,7	7
Secundaria	4,4	81,1	45,3	28,5	0,0	2,0	14
Superior	5,8	69,5	62,4	19,7	1,1	1,2	12
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	*	*	*	*	*	*	1
Segundo quintil	2,3	89,7	26,7	29,4	0,0	4,6	6
Quintil Intermedio	6,7	84,8	21,8	28,8	0,0	4,6	7
Cuarto quintil	2,8	74,2	56,9	22,9	0,0	0,0	12
Quintil superior	7,4	72,1	70,4	15,1	1,7	0,0	7
Total 2012	5,3	79,2	46,1	23,9	0,4	1,8	33

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*).

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

Formas de castigo ejercidas por la madre biológica (Cuadros 12.11)

- La madre biológica utiliza con mayor frecuencia la reprimenda verbal (77,0 por ciento) y la prohibición de algo que les guste (59,5 por ciento) para castigar o regañar a sus hijas e hijos.
- La reprimenda verbal es utilizada en su mayoría por mujeres de 20 a 24 y de 35 a 39 años de edad (81,7 y 78,3 por ciento, respectivamente), madres casadas o convivientes (78,0 por ciento), con educación primaria (91,0 por ciento), residentes en el área rural (85,5 por ciento) y ubicadas en el segundo quintil y quintil intermedio de riqueza (88,5 y 84,7 por ciento, respectivamente).
- La prohibición de algo que les guste fue utilizada generalmente por mujeres de 30 a 34 años de edad (68,8 por ciento), divorciada, separada o viuda (63,3 por ciento), con educación superior (72,0 por ciento), residentes en el área urbana (63,4 por ciento) y ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (71,1 por ciento).
- Otras formas de castigo utilizadas por la madre biológica fueron los golpes o castigos físicos (26,9 por ciento) y las palmadas (15,1 por ciento).

CUADRO N° 12.11
MOQUEGUA: FORMAS DE CASTIGO EJERCIDAS POR LA MADRE BIOLÓGICA A SUS HIJAS E HIJOS,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Palmas	Reprimenda verbal	Prohibiéndoles algo que le gusta	Privándolos de la alimentación	Con golpes o castigos físicos	Dejándolos enceserrados	Ignorándolos	Con más trabajo	Echándoles agua	Quitando la ropa	Número de mujeres
Grupo de edad											
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
20-24	31,7	81,7	56,3	0,0	33,5	2,6	0,0	0,0	4,9	0,0	6
25-29	25,4	77,0	62,1	2,2	19,1	1,6	1,6	0,0	2,1	2,3	8
30-34	11,8	78,0	68,8	3,1	36,8	0,0	3,1	0,0	2,4	0,0	15
35-39	15,5	78,3	55,1	1,3	27,9	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	14
40-44	11,0	75,3	59,5	1,2	19,9	1,5	0,0	2,7	4,2	0,0	12
45-49	2,4	75,6	54,4	0,0	20,2	0,0	1,9	0,0	2,4	0,0	7
Estado conyugal											
Soltera	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Casada/Conviviente	14,9	78,0	58,8	1,6	28,9	0,6	0,8	0,6	2,0	0,4	50
Divorciada/Separada/Viuda	15,1	72,7	63,3	1,7	16,6	1,5	2,9	1,7	4,4	0,0	10
Área de residencia											
Urbana	15,1	76,4	63,4	1,5	27,1	0,5	1,3	0,6	2,8	0,3	53
Rural	15,1	85,5	37,2	1,9	25,7	2,0	0,0	1,7	1,6	0,0	9
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	16,8	91,0	27,0	0,0	28,0	0,0	0,0	0,0	4,9	0,0	11
Secundaria	12,7	78,9	61,3	3,1	32,1	0,7	0,5	1,2	3,6	0,0	26
Superior	17,3	70,3	72,0	0,6	21,0	1,1	2,4	0,7	0,7	0,7	25
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Segundo quintil	15,0	88,5	38,2	2,5	47,3	1,9	0,0	1,7	3,4	0,0	10
Quintil Intermedio	13,1	84,7	45,5	4,6	33,5	0,0	0,0	0,0	1,2	1,4	12
Cuarto quintil	14,7	71,3	71,1	0,7	24,0	0,0	0,6	1,5	3,5	0,0	23
Quintil superior	15,1	73,2	71,0	0,0	14,7	1,9	3,9	0,0	1,1	0,0	15
Total 2012	15,1	77,7	59,5	1,5	26,9	0,7	1,1	0,8	2,6	0,3	62

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan

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

Formas de castigo ejercidas por los padres a la entrevistada (Cuadro 12.12)

- El 46,6 por ciento de las mujeres entrevistadas declararon que sus padres las castigan o las castigaban a través de reprimenda verbal. Esta forma de castigo fue manifestada en mayor porcentaje por mujeres que tenían de 15 a 19 años de edad (59,7 por ciento). Según estado conyugal esta declaración fue mayor en solteras (54,2 por ciento), educación primaria (51,1 por ciento) y ubicadas en el quintil inferior de riqueza (55,8 por ciento).
- Otras formas de castigo declaradas con frecuencia fueron a través de golpes y prohibiéndoles de algo que les guste (56,8 y 32,7 por ciento, respectivamente). Ambas formas se presentaron en mayor porcentaje en mujeres residentes en el área urbana.

CUADRO N° 12.12
MOQUEGUA: FORMAS DE CASTIGO EJERCIDAS POR LOS PADRES A LA ENTREVISTADA,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Palmas	Reprimenda verbal	Prohibiéndole algo que le gusta	Privándola de la alimentación	Golpeándola	Dejándola en el encierro	Ignorándola	Con más trabajo	Dejándola fuera de casa	Hudiéndola en agua	Quitándole la ropa	Quitándole sus pertenencias	Quitándole el apoyo económico	Número de mujeres
Grupo de edad														
15-19	10,5	59,7	49,1	0,0	33,0	1,4	1,3	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	2,1	11
20-24	9,6	52,5	47,2	0,0	47,8	1,8	3,6	6,1	1,6	1,8	0,0	0,0	1,6	14
25-29	6,1	48,0	42,4	0,0	54,2	1,0	0,0	4,9	1,8	0,0	1,8	1,8	2,0	13
30-34	7,8	46,3	29,6	1,9	68,8	0,0	0,0	4,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	17
35-39	6,8	41,0	24,4	3,2	65,6	1,9	1,2	5,7	2,9	1,0	0,9	0,0	0,0	17
40-44	4,9	44,2	25,8	2,4	64,7	0,0	0,0	13,9	2,2	1,5	1,4	1,4	1,4	16
45-49	2,3	38,7	17,4	0,0	53,1	0,0	1,3	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14
Estado conyugal														
Soltera	10,1	54,2	53,8	0,0	39,3	0,7	2,2	4,1	0,6	0,0	0,0	0,0	1,9	24
Casada/Conviviente	5,2	44,1	25,9	1,1	60,4	0,9	0,5	6,2	1,7	1,0	0,6	0,4	0,4	65
Divorciada/Separada/Viuda	8,4	45,3	28,5	3,9	70,2	1,0	1,3	4,8	2,5	0,0	1,5	1,5	1,5	14
Área de residencia														
Urbana	8,0	45,9	35,8	1,3	57,7	0,8	1,2	4,6	1,2	0,8	0,5	0,5	1,1	85
Rural	0,9	50,1	18,5	0,9	52,5	0,9	0,0	10,0	3,0	0,0	0,9	0,0	0,0	18
Nivel de educación														
Sin educación	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
Primaria	4,7	51,1	14,5	3,6	69,2	0,0	0,0	10,7	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	15
Secundaria	6,1	47,2	28,0	0,9	59,1	1,7	0,7	6,7	1,3	1,5	0,9	0,5	1,1	43
Superior	8,3	44,7	43,2	0,8	51,2	0,3	1,7	2,8	1,3	0,0	0,5	0,5	1,1	43
Quintil de riqueza														
Quintil inferior	0,0	55,8	19,3	4,0	51,0	0,0	0,0	7,6	0,0	0,0	4,0	4,0	4,0	5
Segundo quintil	1,0	49,7	21,4	1,0	64,9	1,0	0,0	14,8	3,4	0,0	1,0	0,0	0,0	16
Quintil Intermedio	10,9	44,9	27,6	1,0	62,2	1,3	1,2	5,8	0,7	1,3	0,0	0,0	1,1	20
Cuarto quintil	8,0	46,2	39,3	1,0	54,8	0,9	0,0	4,3	2,5	1,1	0,7	0,7	1,4	36
Quintil superior	6,9	44,6	37,6	1,3	51,5	0,5	3,3	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25
Total 2012	6,8	46,6	32,7	1,2	56,8	0,8	1,0	5,6	1,6	0,7	0,6	0,4	0,9	103

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Creencia en la necesidad del castigo físico para educar a hijas e hijos (Cuadro 12.13)

- El 22,3 por ciento de las mujeres entrevistadas declararon que algunas veces era necesario el castigo físico para educar a las hijas e hijos.
- Según grupo de edad de las mujeres entrevistadas se observa que 32 de cada 100 mujeres de 30 a 34 años manifestaron la necesidad del castigo físico; de acuerdo al nivel educativo, una de cada cinco mujeres que alcanzaron nivel secundario creían que algunas veces es necesario el castigo físico; en cambio, el porcentaje fue menor cuando las mujeres tenían educación primaria (21,7 por ciento).
- Según el estado conyugal, el 25,3 por ciento de las mujeres casadas o convivientes expresaron la creencia del castigo físico para educar a las hijas e hijos. Según área de residencia el porcentaje fue mayor en el área urbana (23,4 por ciento).

CUADRO N° 12.13
MOQUEGUA: CREENCIA EN LA NECESIDAD DEL CASTIGO FÍSICO PARA EDUCAR A SUS HIJAS E
HIJOS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Frecuente-mente	Algunas veces	No / nunca	Número de mujeres
Grupo de edad					
15-19	100,0	0,0	13,1	86,9	11
20-24	100,0	0,0	24,5	75,5	14
25-29	100,0	0,0	12,5	87,5	13
30-34	100,0	0,0	31,5	68,5	17
35-39	100,0	0,9	19,9	79,2	17
40-44	100,0	0,0	25,7	74,3	16
45-49	100,0	2,8	24,5	72,7	14
Estado conyugal					
Soltera	100,0	0,0	17,8	82,2	24
Casada/Conviviente	100,0	0,6	25,3	74,1	65
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	1,1	16,1	82,7	14
Área de residencia					
Urbana	100,0	0,0	23,4	76,6	85
Rural	100,0	3,0	17,1	79,9	18
Nivel de educación					
Sin educación	100,0	0,0	0,0	0,0	1
Primaria	100,0	1,1	21,7	77,2	15
Secundaria	100,0	0,5	22,5	77,0	43
Superior	100,0	0,0	22,8	77,2	43
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	100,0	4,0	15,8	80,2	5
Segundo quintil	100,0	2,0	21,5	76,5	16
Quintil Intermedio	100,0	0,0	24,3	75,7	20
Cuarto quintil	100,0	0,0	24,0	76,0	36
Quintil superior	100,0	0,0	20,1	79,9	25
Total 2012	100,0	0,5	22,3	77,2	103

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

Mujeres entrevistadas que sabían que su papá le pegó alguna vez a su mamá (Cuadro 12.14)

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 indagó a las entrevistadas si sabían que su papá le pegó alguna vez a su mamá. Los resultados reflejan que el 48,9 por ciento respondió afirmativamente, el 47,3 por ciento declaró que no la golpeaba y el 3,8 por ciento no sabía si su papá había ejercido violencia física alguna vez a su mamá.

- Del total de mujeres entrevistadas de 40 a 44 años de edad, el 54,8 por ciento manifestó que su papá le pegó alguna vez a su mamá. Asimismo, el 52,9 por ciento cuyas edades eran de 15 a 19 años de edad expresaron similar situación.
- Respecto al estado conyugal, el 49,5 por ciento de las mujeres casadas o convivientes y el 48,7 por ciento de las divorciadas, separadas o viudas entrevistadas expresaron sobre el maltrato físico ejercido por su padre hacia su mamá.
- De acuerdo al nivel educativo, el 54,1 por ciento de las mujeres entrevistadas con educación secundaria y el 49,9 por ciento con educación primaria declararon sobre la violencia ejercida a su mamá por parte de su papá.
- Según área de residencia, el mayor porcentaje de mujeres con respuesta afirmativa fue en el área rural (50,7 por ciento).

CUADRON N° 12.14
 MOQUEGUA: MUJERES QUE DECLARARON QUE SU PADRE GOLPEABA A SU MADRE,
 SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
 (Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	La golpeaba	No la golpeaba	No sabe	Número de mujeres
Grupo de edad					
15-19	100,0	52,9	45,7	1,4	11
20-24	100,0	35,6	58,8	5,5	14
25-29	100,0	47,3	45,8	6,9	13
30-34	100,0	51,5	45,0	3,5	17
35-39	100,0	49,3	48,6	2,1	17
40-44	100,0	54,8	41,8	3,3	16
45-49	100,0	50,2	45,9	3,9	14
Estado conyugal					
Soltera	100,0	47,3	49,2	3,4	24
Casada/Conviviente	100,0	49,5	46,4	4,1	65
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	48,7	48,5	2,8	14
Área de residencia					
Urbana	100,0	48,5	48,3	3,2	85
Rural	100,0	50,7	42,9	6,4	18
Nivel de educación					
Sin educación	100,0	*	*	*	1
Primaria	100,0	49,9	43,1	7,0	15
Secundaria	100,0	54,1	41,5	4,4	43
Superior	100,0	43,8	54,0	2,2	43
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	100,0	45,9	46,7	7,4	5
Segundo quintil	100,0	53,2	42,8	4,0	16
Quintil Intermedio	100,0	53,1	41,1	5,8	20
Cuarto quintil	100,0	53,3	43,2	3,5	36
Quintil superior	100,0	37,1	61,3	1,5	25
Total 2012	100,0	48,9	47,3	3,8	103

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

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

APÉNDICE A

DISEÑO Y COBERTURA DE LA MUESTRA

A.1 INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, desde 1986 a la fecha, viene realizando cuatro Encuestas Demográficas y de Salud Familiar de periodicidad quinquenal: ENDES I, en 1986; ENDES II, en 1991-92; ENDES III, en 1996 y ENDES IV, en el 2000; y, desde octubre del 2003, cuatro operativos de periodicidad anual como ENDES Continua para atender la necesidad de información que apoye el monitoreo y evaluación a nivel nacional de los indicadores de productos y resultados intermedios de los programas y proyectos de población y salud; y, por agregación de muestra de al menos tres años de estimaciones a nivel departamental para indicadores de producto y resultados intermedios.

A fin de proveer información que permita estimar de manera oportuna y confiable los indicadores identificados en los Programas Estratégicos para el periodo 2012 al 2014, se ha diseñado la muestra para la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 – 2014, ante la culminación de la Muestra Maestra 2009-2011. Esta es una muestra maestra probabilística que fue seleccionada en dos etapas: la selección de conglomerados en la primera etapa y la selección de viviendas en la segunda etapa. La muestra maestra está constituida por 2 852 conglomerados, distribuidos aleatoriamente en cuatro submuestras de conglomerados para ejecutarse en tres años consecutivos. Cada año de estudio tiene 1 426 conglomerados, distribuidos proporcionalmente en el área urbana y rural de cada departamento.

Para la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 el número de conglomerados por departamento fue alrededor de 53, con la excepción de Lima en donde se seleccionaron 200 conglomerados. 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 a nivel anual, en cada uno de los 24 departamentos y región natural del país (Costa, Sierra, Selva y Lima Metropolitana).

Para la muestra total, el número de hogares fue 28 376, de los cuales solo 27 488 fueron entrevistados. En los hogares entrevistados, se encontraron un total de 24 552 mujeres elegibles y de las cuales se obtuvo total de 23 888 entrevistas completas. La muestra seleccionada representa la totalidad de la población total del país.

A.2 DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Marco Muestral

Dado que el diseño para la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 - 2014 es bietápica, se utiliza un marco muestral en cada una de las etapas de la selección de las unidades de muestreo.

Para la primera etapa: selección de UPM (conglomerados), se utiliza la información del Censo de Población y Vivienda del 2007. Para la segunda etapa: selección de USM (viviendas), se utiliza el marco muestral proveniente de la actualización cartográfica y registro de edificios y viviendas realizada previamente a las entrevistas, con el objetivo de identificar y registrar cambios en las áreas seleccionadas. Producto de este proceso se tiene un registro actualizado de viviendas que en ese momento existían en el área, el cual constituirá el marco de muestreo para la selección de viviendas.

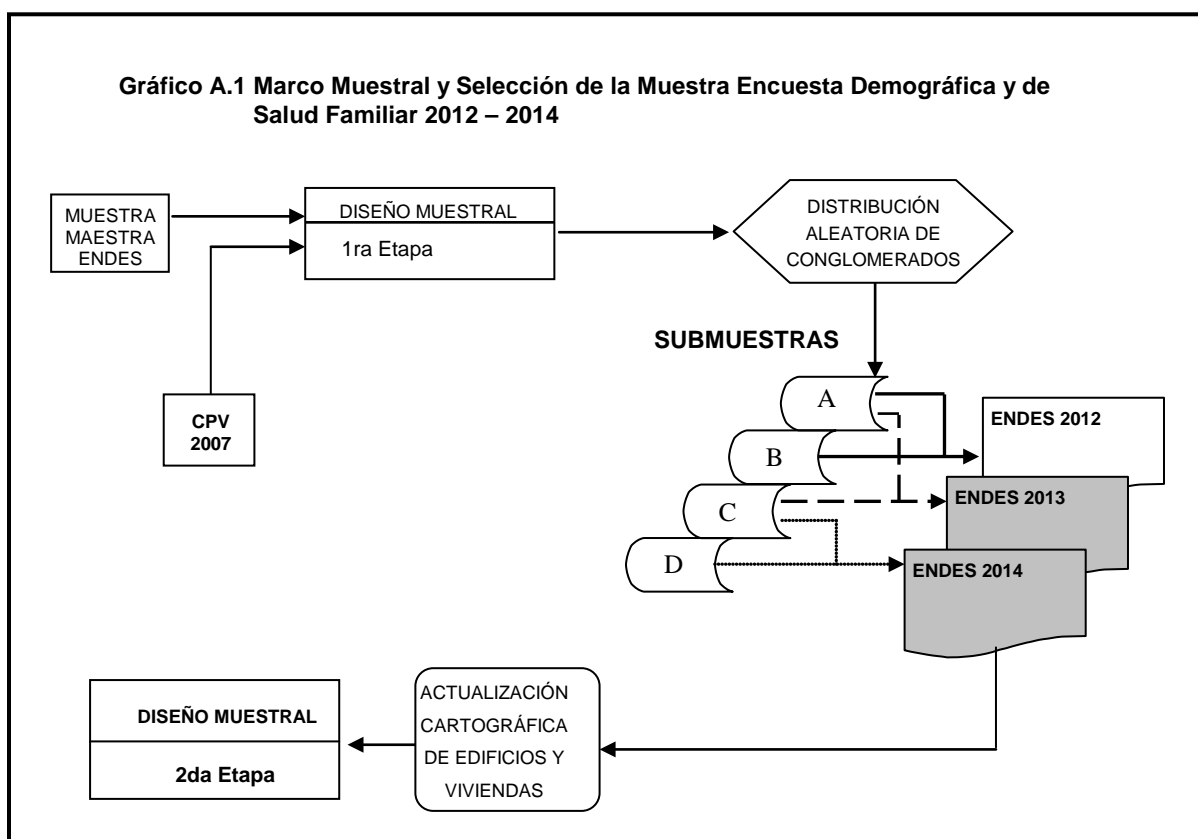
En la práctica, se debe considerar periódicamente un proceso de actualización debido a que con el transcurso del tiempo el número de viviendas contenidas en cada una de las áreas puede cambiar. Este sistema de actualización permite incorporar periódicamente al marco de muestreo en la segunda etapa las nuevas viviendas que aparecen en el proceso de expansión urbana y asignarle una probabilidad no nula de pertenecer a la muestra.

Muestra Panel de conglomerados

La Muestra Panel para la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 - 2014 es de *conglomerados*, a diferencia de otros estudios de encuestas llamadas paneles clásicos, que tienen una muestra permanente de personas que responden a un cuestionario en periodos de tiempos fijos, lo que permite seguir la evolución de los indicadores en el tiempo. Entre las ventajas de esta aplicación se puede enumerar las siguientes:

- Posibilidad de estimar cambios (entre los conglomerados paneles de la encuesta) con mayor precisión, utilizando la correlación entre muestras paneles.
- Facilita el trabajo de campo, ya sea para la ubicación del conglomerado, o búsqueda de hogares.
- Reducción de esfuerzos en relación a los trabajos de actualización cartográfica y registro de viviendas.
- Mayor tiempo destinado a la supervisión del recojo de la información.

En el Gráfico A.1 se describe el uso de los marcos muestrales en las diferentes etapas de muestreo y la distribución de la muestra maestra, en la cual se observa la muestra del año 2012, que viene representada por la submuestra A (panel de conglomerados I semestre) y la submuestra C (II semestre):



Unidades de Muestreo

Área Urbana, las unidades de muestreo son:

- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM), representada por el conglomerado el cual es el área geográfica conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 120 viviendas particulares, en promedio.
- La Unidad Secundaria de Muestreo (USM), es la vivienda particular que integra la UPM seleccionada.

Área Rural, las unidades de muestreo son:

- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM), es de dos tipos:
 - El conglomerado el cual esta conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 120 viviendas particulares, en promedio,

- El AER (área de empadronamiento rural) el cual esta conformado por uno o varios centros poblados rurales que en conjunto tienen 120 viviendas particulares (por lo general dispersas en el terreno).
- La Unidad Secundaria de Muestreo (USM), es la vivienda particular que integra la UPM (AER seleccionado).

Composición de la Muestra

El objetivo inicial fue obtener aproximadamente 24 200 entrevistas completas de mujeres elegibles, se utilizó información de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2000 para estimar ciertos parámetros del diseño, especialmente las tasas de respuesta. Por ello, se ha estimado un total de 28 376 viviendas a ser seleccionadas para obtener el número antes mencionado de entrevistas completas. Ver cuadro A.1.

Selección de la Muestra

La muestra resultante del año 2012 se obtuvo en dos etapas:

La primera etapa, consiste en la selección sistemática de las UPM (conglomerados) con probabilidad proporcional a su tamaño. Cada UPM tiene un tamaño promedio de 120 viviendas particulares. Inmediatamente después de la primera etapa de selección, se implementó la actualización y registro exhaustivo de viviendas en las áreas seleccionadas.

Cuadro A.1: Número de conglomerados urbanos y rurales, según departamento, 2012.

Departamento	Número de viviendas seleccionadas	Número de conglomerados seleccionados			
		Total	Sede	Resto Urbano	Rural
Total	28 376	1 426	718	258	450
Amazonas	1 060	46	7	10	29
Áncash	1 333	66	28	10	28
Apurímac	1 121	49	10	7	32
Arequipa	1 164	63	47	8	8
Ayacucho	1 239	55	16	9	30
Cajamarca	1 081	46	7	7	32
Cusco	1 121	52	16	12	24
Huancavelica	994	42	8	2	32
Huánuco	1 032	45	10	7	28
Ica	1 163	58	27	23	8
Junín	1 084	50	19	12	19
La Libertad	1 159	61	41	8	12
Lambayeque	968	55	39	8	8
Lima	2 959	200	180	12	8
Loreto	922	50	25	9	16
Madre De Dios	1 062	49	24	9	16
Moquegua	1 125	53	20	21	12
Pasco	1 175	54	20	14	20
Piura	1 160	50	14	23	13
Puno	1 478	55	9	16	30
San Martín	1 028	46	8	18	20
Tacna	963	62	51	2	9
Tumbes	967	58	46	8	4
Ucayali	1 018	61	46	3	12

Proceso de selección de los conglomerados:

- El número de conglomerados a ser seleccionados en cada departamento (Lima incluye la Provincia Constitucional del Callao) fue calculado como la división del tamaño de muestra esperado en el departamento entre el tamaño promedio de muestra esperado dentro del conglomerado.
- El total de muestra estimado en cada departamento fue distribuido de manera proporcional entre sus subestratos (urbano, semirural y rural) de acuerdo a la población censal, y también dentro de cada subestrato, los conglomerados fueron ordenados de acuerdo a la continuidad geográfica en serpentin.
- Para cada subestrato, se elaboró una lista de conglomerados con sus correspondientes totales de población (viviendas) y también de sus respectivos acumulados parciales de población.
- En cada subestrato, se realizó la selección (sistemática y con probabilidad proporcional a su tamaño poblacional) del número de conglomerados requeridos para la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, digamos a , en el total de ellos de dicho subestrato.

- La probabilidad de selección del i-ésimo conglomerado para la encuesta es:

$$P_{i_i} = \frac{a * M_i}{\sum M_i}$$

Donde:

a : Número de conglomerados a ser seleccionados en el subestrato

M_i : Total de viviendas del i-ésimo conglomerado de acuerdo al censo 2007

$\sum M_i$: Total de viviendas en el subestrato según el censo 2007

La selección de las UPMs, mediante muestreo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño, se realizó de la manera siguiente:

- Se listaron las UPMs con su respectivo tamaño (m_i) de viviendas.
- Se acumularon los valores de m_i uno a uno. Al final se verificó que el acumulado total sea igual a la suma de los valores m_i .
- Dado que a es el número de UPM a ser seleccionada, se calcula el intervalo de selección (K), eligiendo al azar un número entre 1 y K. Este número se denomina *arranque aleatorio (aa)*.

$$K = \frac{\text{Total de Viviendas en el subestrato}}{\text{Nº de UPMs a elegirse en el subestrato}} = \frac{\sum M_i}{a}$$

El arranque aleatorio (*aa*) es el número que determina la primera UPM a seleccionar. La segunda UPM a seleccionar sería: (*aa*) + K, la tercera UPM: (*aa*) + 2K, y así sucesivamente hasta completar las UPMs requeridas para la muestra.

En la segunda etapa, un número de viviendas (USM) en cada UPM de la muestra es elegido usando la selección sistemática para cada conglomerado seleccionado.

Antes de la segunda etapa de selección previamente se realiza la Actualización Cartográfica y Registro de Viviendas de cada conglomerado. Para el proceso de selección de las USM o viviendas se siguieron los siguientes pasos:

- En cada UPM, se procede a seleccionar en forma sistemática simple aleatoria el número de viviendas requeridas para el año 2012.
- La probabilidad final del j-ésima vivienda está dada por:

$$P_{i_i} = \frac{a * M_i}{\sum M_i} \left(\frac{n_i}{N_i} \right)$$

Donde:

n_i : Número de viviendas (USMs) seleccionadas en el i-ésimo conglomerado.

N_i : Número total de viviendas (USMs) en el i-ésimo conglomerado

- Una vez establecido el número de viviendas a ser seleccionadas para cada conglomerado, el procedimiento de selección dependerá del tipo de conglomerado, es decir, si es urbano o rural.

Conglomerado urbano, Se procedió a seleccionar automáticamente las unidades secundarias de muestreo por selección sistemática, utilizando el siguiente algoritmo:

- Se listan las viviendas particulares de la UPM seleccionada.
- Se enumeran las viviendas en la lista desde 1 hasta M_{ij} .
- Se determina el intervalo de selección (K):

$$K = \frac{M_{ij}}{m_{ij}}$$

Donde:

M_{ij} : Total de viviendas ocupadas en el i -ésimo conglomerado

m_{ij} : Total de viviendas a seleccionar en el i -ésimo conglomerado

- 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.

Conglomerado Rural (AER), la selección de viviendas se hizo en grupos compactos de ocho viviendas contiguas sobre el listado de viviendas de acuerdo con el procedimiento siguiente:

- Se enumeran las viviendas en forma consecutiva en el listado del conglomerado rural.
- Después de cada múltiplo de ocho (es decir, 8, 16, 24, etc.), se traza una línea horizontal (con un marcador de color). Cada grupo está formado por las viviendas entre dos líneas horizontales consecutivas, y el primer grupo está constituido por la primera vivienda en la lista hasta el anterior inmediato a la primera línea horizontal; en el caso de existir más de cuatro viviendas después de la última línea horizontal, el último grupo estará constituido por esas viviendas.
- 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 inicio al azar.
- Todos los grupos así formados, se denominan grupos compactos, y G_{ij} es el total de grupos compactos formados en el conglomerado.
- Se calcula el número de grupos compactos a seleccionar:

$$g_{ij} = \frac{m_{ij}}{8}$$

- Se selecciona entonces g_{ij} grupos compactos del total G_{ij} , en forma sistemática simple con arranque aleatorio.
- Todas las viviendas dentro de los grupos compactos seleccionados en el conglomerado rural son considerados como la muestra de viviendas de dicho conglomerado.

Metodología de Estimación

Para que las estimaciones derivadas de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 sean representativas de la población, es necesario multiplicar los datos de cada hogar muestral contenido en los archivos por el peso o factor de ponderación calculada según el diseño muestral.

El factor final para cada hogar tiene dos componentes: el factor básico de muestreo y 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. Esto quiere decir que los factores básicos de expansión varían según el departamento de estudio.

Finalmente, el factor de ajuste por no respuesta es utilizado para ajustar los factores básicos de muestreo con el objetivo de tomar en cuenta los hogares no entrevistados en el conglomerado. Este ajuste a los factores básicos es realizado a nivel de departamento.

Rendimiento de la Muestra

En los Cuadros A.2 y A.3. se presentan las tasas de respuesta a nivel departamental, para la encuesta de hogares y para la encuesta de mujeres. De un total de 1426 conglomerados seleccionados, se logró implementar la encuesta en todos ellos.

De los 28 376 hogares que fueron seleccionados, se logró entrevistar a 27 488 hogares, con una tasa de respuesta de hogares de 99,0 por ciento, tasa que varía ligeramente de acuerdo al departamento. Las tasas más bajas se encontraron en Lima, la Provincia Constitucional del Callao y La Libertad (95,6, 96,8 y 97,8 por ciento respectivamente) y la más altas en los departamentos de Ayacucho y San Martín (100,0 por ciento respectivamente).

De un total de 24 552 mujeres elegibles, se logró entrevistar a 23 888, obteniéndose una tasa de respuesta individual de 97,3 por ciento. Las mayores tasas de respuesta se lograron en los departamentos de San Martín (99,1 por ciento), Huánuco (98,9 por ciento), Amazonas (98,8 por ciento) y las más bajas en Lima, la Provincia Constitucional del Callao, Moquegua y Tacna en proporciones que varían entre 92,3 y 96,7 por ciento.

Cuadro A.2 Implementación de la muestra: Hogares

Distribución porcentual de la población total en los hogares por resultados de la entrevista de hogar y tasa de respuesta de hogares, según departamento, Perú 2012.

Departamento	Resultado									Total Hogares	Tasa de respuesta (TRHH)	
	Entrevistas completas (HC)	Hogar sin persona competente (HP)	Aplazada (HA)	Rechazada (HR)	Vivienda no encontrada (VNE)	Hogar ausente (HA)	Vivienda desocupada/ no es vivienda (VD)	Vivienda destruida (VDD)	Otro (HO)			
Amazonas	96,5	0,0	0,0	0,2	0,0	1,2	0,8	0,0	1,2	100,0	1 060	99,8
Áncash	95,7	0,1	0,2	0,2	0,0	0,8	1,1	0,0	1,8	100,0	1 333	99,5
Apurímac	95,3	0,1	0,0	0,3	0,0	0,8	0,8	0,1	2,7	100,0	1 121	99,6
Arequipa	97,1	0,1	0,1	0,6	0,0	1,1	0,9	0,1	0,1	100,0	1 164	99,2
Ayacucho	96,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,5	0,0	1,1	100,0	1 239	100,0
Cajamarca	95,7	0,0	0,0	0,5	0,0	1,6	0,7	0,2	1,3	100,0	1 081	99,5
Callao	95,4	0,0	0,0	3,2	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	100,0	281	96,8
Cusco	93,6	0,2	0,0	0,4	0,0	2,2	1,5	0,0	2,1	100,0	1 121	99,4
Huancavelica	96,5	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,6	0,0	2,3	100,0	994	99,9
Huánuco	98,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,6	0,0	1,3	100,0	1 032	99,9
Ica	98,4	0,1	0,2	0,3	0,1	0,7	0,3	0,0	0,0	100,0	1 163	99,4
Junín	96,3	0,1	0,1	0,6	0,1	0,8	0,6	0,0	1,4	100,0	1 084	99,1
La Libertad	96,1	0,0	0,1	2,1	0,0	0,9	0,2	0,0	0,6	100,0	1 159	97,8
Lambayeque	96,9	0,0	0,0	0,8	0,0	1,0	0,3	0,0	0,9	100,0	968	99,2
Lima	93,0	0,2	0,5	3,6	0,0	2,4	0,1	0,0	0,2	100,0	2 678	95,6
Loreto	97,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,4	1,3	0,1	0,7	100,0	922	99,4
Madre de Dios	95,9	0,0	0,1	0,6	0,0	1,9	1,2	0,2	0,2	100,0	1 062	99,3
Moquegua	94,3	0,0	0,0	1,1	0,3	2,0	1,4	0,0	1,0	100,0	1 125	98,6
Pasco	95,1	0,2	0,0	0,3	0,0	1,8	0,9	0,0	1,8	100,0	1 175	99,6
Piura	97,2	0,2	0,0	0,3	0,0	0,4	1,3	0,1	0,5	100,0	1 160	99,5
Puno	93,8	0,0	0,1	0,1	0,0	2,0	0,8	0,2	3,0	100,0	1 478	99,8
San Martín	96,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,4	0,3	1,1	100,0	1 028	100,0
Tacna	97,0	0,0	0,1	1,1	0,0	0,5	0,7	0,0	0,5	100,0	963	98,7
Tumbes	98,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,7	0,5	0,0	0,2	100,0	967	99,6
Ucayali	97,6	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,7	0,3	0,8	100,0	1 018	99,7
Total	95,9	0,1	0,1	0,8	0,0	1,2	0,8	0,1	1,1	100,0	28 376	99,0

Cuadro A.3 Implementación de la muestra: mujeres

Distribución porcentual de mujeres elegibles en la muestra por resultados de las entrevistas de mujeres y tasa de respuesta, según departamento, Perú 2012.

Departamento	Resultado								Total	Mujeres	Tasa de respuesta (TRM)
	Entrevistas completas (HC)	Completa (TRM)	Ausente	Aplazada	Rechazada	Parcialmente completa	Incapacitada	Otra			
Amazonas	98,6	98,8	0,7	0,0	0,1	0,0	0,5	0,0	100,0	881	98,8
Áncash	97,4	97,9	0,4	0,3	0,6	0,0	0,8	0,0	100,0	1 142	97,9
Apurímac	98,3	98,6	0,1	0,1	0,1	0,0	1,0	0,0	100,0	802	98,6
Arequipa	97,3	98,1	1,2	0,0	0,4	0,0	0,3	0,0	100,0	933	98,1
Ayacucho	98,7	98,7	0,6	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1	100,0	954	98,7
Cajamarca	97,1	97,5	0,3	0,1	0,3	0,0	1,7	0,0	100,0	930	97,5
Callao	90,5	93,5	4,8	0,3	0,7	0,0	0,7	0,0	100,0	292	93,5
Cusco	97,4	97,9	0,7	0,0	0,6	0,0	0,7	0,0	100,0	828	97,9
Huancavelica	98,3	98,4	0,1	0,0	0,5	0,1	0,8	0,0	100,0	773	98,4
Huánuco	98,8	98,9	0,4	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	100,0	911	98,9
Ica	97,3	97,9	1,7	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	100,0	1 041	97,9
Junín	97,4	98,3	1,0	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0	100,0	935	98,3
La Libertad	94,7	96,8	1,2	0,0	1,3	0,0	0,8	0,0	100,0	1 027	96,8
Lambayeque	97,9	98,7	0,2	0,1	0,6	0,0	0,3	0,1	100,0	993	98,7
Lima	88,2	92,3	4,7	0,6	1,5	0,2	0,7	0,1	100,0	2 655	92,3
Loreto	98,1	98,7	0,3	0,0	0,4	0,1	0,5	0,0	100,0	986	98,7
Madre de Dios	97,2	97,9	0,9	0,0	0,6	0,2	0,4	0,0	100,0	939	97,9
Moquegua	94,3	95,6	2,7	0,4	0,6	0,1	0,4	0,1	100,0	771	95,6
Pasco	97,2	97,7	1,4	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	100,0	989	97,7
Piura	97,9	98,4	0,6	0,0	0,0	0,1	0,9	0,0	100,0	1 199	98,4
Puno	96,7	96,9	1,8	0,5	0,4	0,0	0,3	0,1	100,0	971	96,9
San Martín	99,1	99,1	0,4	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	100,0	894	99,1
Tacna	95,5	96,7	1,0	0,1	1,8	0,1	0,2	0,0	100,0	819	96,7
Tumbes	96,6	97,0	0,7	0,0	1,1	0,0	1,2	0,0	100,0	946	97,0
Ucayali	98,0	98,3	1,4	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	100,0	941	98,3
Total	96,3	97,3	1,3	0,1	0,6	0,0	0,6	0,0	100,0	24 552	97,3

APÉNDICE B

LOS ERRORES DE MUESTREO

Por tratarse de una encuesta por muestreo, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 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. Al igual que para las encuestas anteriores de 1991-1992, 1996, 2000, 2004-2006, 2007-2008, 2009, 2010, 2011 y 2012 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 ardua 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 el año 2012. 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 hogares visitados para la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 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 encuentre 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 personas entrevistadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 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 del error estándar y de los 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.

El programa DHS ha incorporado en sus programas computarizados la metodología apropiada para el análisis estadístico de muestras complejas como la de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Este subprograma 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 se hace utilizando una aproximación lineal de Taylor con la fórmula que seguidamente se indica y el error estándar se calcula tomando la raíz cuadrada de esa varianza:

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

en donde

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi}$$

$$z_h = y_h - rx_h$$

h = número de estratos y varía de 1 a H .

m_h = número de conglomerados seleccionados en el estrato h

y_{hi} = es la suma de los valores de la variable

x_{hi} = es el número de casos (mujeres) en el conglomerado i del estrato h .

f = fracción de muestreo, la cual es ignorada para el cálculo.

Además del error estándar, también se calcula el llamado efecto del diseño, *EDIS*, el cual se define como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado (*EE*) y el error estándar que se obtiene tratando la muestra como si hubiera sido aleatoria simple (*EE_{mas}*):

$$EDIS = EE / EE_{mas}$$

Un valor de *EDIS* igual a 1,0 indicaría que el diseño utilizado es tan eficiente como uno simple al azar del mismo tamaño, mientras que un valor superior a 1,0 indicaría que el uso de conglomerados produjo una varianza superior a la que se habría obtenido con una muestra simple al azar del mismo tamaño.

En el Cuadro B.1 se listan las variables para las cuales se han calculado los errores de muestreo. Se indica allí, el tipo de estimador utilizado y la población de referencia. Los errores de muestreo para las variables listadas en el Cuadro B.1 se presentan en los Cuadros B.2.1 a B.2.8 para la muestra de mujeres para el total, urbano-rural y por departamento. En algunos cuadros, "n.a." indica que el correspondiente valor no es aplicable. 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.

El examen de los cuadros revela que, en general, los errores estándar son pequeños y que por ello la muestra puede calificarse como bastante precisa; esto es especialmente claro en la antepenúltima columna de cada cuadro donde aparecen los errores relativos.

Para ilustrar el uso de las cifras en este Apéndice, considérese la estimación de la variable "actualmente usa anticonceptivos" para el total de la población (Cuadro B.2.1), que arroja un valor de 0,755 (75,5 por ciento) con un error estándar de 0,005 (0,5 por ciento). Si se desea un intervalo de confianza del 95 por ciento, lo que se hace es sumarle y restarle al valor estimado dos veces el error estándar: $0,010 \square (2 \times 0,005)$, lo que produce el intervalo de 0,745 a 0,765 de las dos últimas columnas. Esto significa que se tiene una confianza de 95 por ciento de que el porcentaje de mujeres 15-49 años en el país que usa métodos se encuentra entre esos valores que arroja la muestra (75 y 77 por ciento).

Los errores de muestreo para las estimaciones de las tasas de fecundidad y de mortalidad (Cuadros B.2.3 a B.2.8), fueron calculados siguiendo el procedimiento de estimación del método Jackknife de replicaciones balanceadas, el cual consiste en obtener un número de replicaciones igual al número de segmentos censales. Cada replicación hace uso de todos los segmentos censales encuestados menos uno, siendo este diferente del usado en las replicaciones anteriores. En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 hay 1426 conglomerados. Por ende 1426 replicas fueron creadas. El error estándar de una tasa r se calcula como la raíz cuadrada de la varianza expresada como:

$$\text{var}(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum (r_i - r)^2$$

y en dicha relación se define

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

donde

- r : es la estimación de la tasa usando 1 000 segmentos censales,
- $r(i)$: es la estimación de la tasa usando 999 segmentos censales de la replicación i -ésima, y
- k : es el número total de segmentos censales (1 000).

Cuadro B.1 Variables seleccionadas para el cálculo de los errores de muestreo

Tipo de estimación y población base para el cálculo de los errores de muestreo, según variables seleccionadas, Perú 2012.

VARIABLES SELECCIONADAS	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 20 - 49 años
Primera relación antes de 18 años	Proporción	Mujeres de 20 - 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 anticonceptivo	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 inyecciones actualmente	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa métodos vaginales actualmente	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa actualmente condón	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa esterilización femenina	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa esterilización masculina	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa abstinencia periódica	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Usa método de retiro	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Sector público como fuente de método	Proporción	Mujeres actualmente usan método
No desea más hijos	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Desea esperar 2 años o más	Proporción	Mujeres actualmente unidas
Tamaño ideal de familia	Promedio	Mujeres actualmente unidas
Vacuna antitetánica	Proporción	Nacidos en los últimos 5 años
Atención al parto por profesional de la salud	Proporción	Nacidos en los últimos 5 años
Atención prenatal por profesional de la salud	Proporción	Nacidos en los últimos 5 años
Niños con Diarrea en últimas 2 semanas	Proporción	Niños de 1 - 59 meses
Tratamiento de la diarrea por proveedor de la salud	Proporción	Niños de 1 - 59 meses con diarrea en la últimas dos semanas que precedieron
Tratamiento RO	Proporción	Niños con diarrea en las 2 semanas que precedieron la encuesta
Lacta inmediatamente	Proporción	Nacidos en los últimos 5 años
Alimentos adicionales a lactancia	Proporción	Nacidos en los últimos 5 años
Niños con tarjeta de vacunación	Proporción	Niños de 18 - 29 meses
Niños que recibieron BCG	Proporción	Niños de 18 - 29 meses
Niños que recibieron DPT (3 dosis)	Proporción	Niños de 18 - 29 meses
Niños que recibieron POLIO (3 dosis)	Proporción	Niños de 18 - 29 meses
Recibieron vacuna antisarampionosa	Proporción	Niños de 18 - 29 meses
Recibieron Todas las vacunas	Proporción	Niños de 18 - 29 meses
Peso para la talla (Patrón NCHS) 2 DE por debajo	Proporción	Niños de 0 - 59 meses con medición 1
Talla para edad (Patrón NCHS) 2 DE por debajo	Proporción	Niños de 0 - 59 meses con medición 1
Peso para edad (Patrón NCHS) 2 DE por debajo	Proporción	Niños de 0 - 59 meses con medición 1
Peso para talla (Patrón OMS) 2 DE por debajo	Proporción	Niños de 0 - 59 meses con medición 1
Talla para edad (Patrón OMS) 2 DE por debajo	Proporción	Niños de 0 - 59 meses con medición 1
Peso para la edad (Patrón OMS) 2 DE por debajo	Proporción	Niños de 0 - 59 meses con medición 1
Anemia en niños	Proporción	Niños de 6 - 36 meses de edad
Fecundidad	Tasa	Mujeres 15 - 49
Mortalidad neonatal	Tasa	Nacimiento en los 10 años anteriores a la encuesta
Mortalidad postneonatal	Tasa	Nacimiento en los 10 años anteriores a la encuesta
Mortalidad infantil	Tasa	Nacimiento en los 10 años anteriores a la encuesta
Mortalidad postinfantil	Tasa	Nacimiento en los 10 años anteriores a la encuesta
Mortalidad en la niñez	Tasa	Nacimiento en los 10 años anteriores a la encuesta

Cuadro B.2.1 Errores de muestreo para la población total

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza, según variables seleccionadas, Perú 2012.

Variables Seleccionadas	Número de casos				Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado + 2EE
Residencia urbana	0,748	0,006	23 888	23 888	1,987	0,007	0,737	0,759
Sin instrucción	0,024	0,001	23 888	23 888	1,459	0,060	0,021	0,027
Educación secundaria o más	0,752	0,006	23 888	23 888	1,993	0,007	0,741	0,763
Nunca en unión	0,328	0,004	23 888	23 888	1,381	0,013	0,320	0,336
Actualmente unida	0,570	0,005	23 888	23 888	1,564	0,009	0,560	0,580
Casada antes de 20 años	0,378	0,006	19 399	19 465	1,728	0,016	0,366	0,390
Primera relación antes de 18 años	0,414	0,005	19 399	19 465	1,554	0,013	0,403	0,424
Promedio de nacidos vivos 15-49	1,822	0,017	23 888	23 888	1,323	0,009	1,789	1,854
Promedio de nacidos vivos 40-49	3,457	0,042	5 672	5 807	1,421	0,012	3,375	3,539
Promedio de sobrevivientes 15-49	1,729	0,015	23 888	23 888	1,315	0,009	1,699	1,759
Conoce método anticonceptivo	0,999	0,000	14 235	13 624	0,913	0,000	0,999	1,000
Conoce método moderno	0,998	0,000	14 235	13 624	1,060	0,000	0,997	0,999
Alguna vez usó anticonceptivos	0,977	0,002	14 235	13 624	1,296	0,002	0,974	0,980
Actualmente usa anticonceptivo	0,755	0,005	14 235	13 624	1,443	0,007	0,745	0,765
Usa método moderno actualmente	0,518	0,007	14 235	13 624	1,628	0,013	0,504	0,532
Usa píldora actualmente	0,094	0,004	14 235	13 624	1,424	0,038	0,087	0,101
Usa DIU actualmente	0,028	0,002	14 235	13 624	1,648	0,084	0,023	0,032
Usa inyecciones actualmente	0,182	0,005	14 235	13 624	1,405	0,025	0,173	0,191
Usa métodos vaginales actualmente	0,004	0,001	14 235	13 624	1,886	0,270	0,002	0,005
Usa actualmente condón	0,123	0,004	14 235	13 624	1,535	0,035	0,114	0,131
Usa esterilización femenina	0,081	0,003	14 235	13 624	1,397	0,040	0,075	0,088
Usa esterilización masculina	0,005	0,001	14 235	13 624	1,552	0,193	0,003	0,007
Usa abstinencia periódica	0,150	0,004	14 235	13 624	1,443	0,029	0,142	0,159
Usa método de retiro	0,076	0,003	14 235	13 624	1,444	0,043	0,069	0,082
Sector público como fuente de método	0,619	0,009	8 535	8 596	1,653	0,014	0,602	0,636
No desea más hijos	0,620	0,006	14 235	13 624	1,417	0,010	0,609	0,632
Desea esperar 2 años o más	0,228	0,005	14 235	13 624	1,378	0,022	0,218	0,237
Tamaño ideal de familia	2,520	0,014	14 217	13 609	1,337	0,005	2,493	2,547
Vacuna antitetánica	0,561	0,008	8 000	7 404	1,454	0,015	0,545	0,577
Atención al parto por profesional de la salud	0,867	0,007	9 620	8 804	1,872	0,008	0,854	0,881
Atención prenatal por profesional de la salud	0,960	0,004	8 000	7 404	1,685	0,004	0,952	0,967
Niños con Diarrea en últimas 2 semanas	0,123	0,005	9 445	8 651	1,338	0,038	0,113	0,132
Tratamiento de la diarrea por proveedor de la	0,332	0,017	1 254	1 062	1,196	0,052	0,298	0,366
Tratamiento RO	0,678	0,018	1 254	1 062	1,242	0,026	0,643	0,713
Lacta inmediatamente	0,548	0,009	7 913	7 321	1,518	0,016	0,531	0,565
Alimentos adicionales a lactancia	0,345	0,008	7 913	7 321	1,507	0,024	0,328	0,361
Niños con tarjeta de vacunación	0,806	0,012	1 891	1 732	1,253	0,015	0,783	0,830
Niños que recibieron BCG	0,943	0,006	1 891	1 732	1,163	0,007	0,930	0,956
Niños que recibieron DPT (3 dosis)	0,833	0,011	1 891	1 732	1,256	0,014	0,810	0,855
Niños que recibieron POLIO (3 dosis)	0,860	0,011	1 891	1 732	1,348	0,013	0,837	0,882
Recibieron vacuna antisarampionosa	0,895	0,010	1 891	1 732	1,301	0,011	0,876	0,914
Recibieron Todas las vacunas	0,739	0,014	1 891	1 732	1,352	0,019	0,711	0,767
Peso para talla (Patrón NCHS) 2 DE por debaj	0,006	0,001	9 628	9 131	1,236	0,162	0,004	0,008
Talla para edad (Patrón NCHS) 2 DE por debz	0,135	0,005	9 628	9 131	1,475	0,039	0,124	0,145
Peso para edad (Patrón NCHS) 2 DE por debz	0,053	0,003	9 628	9 131	1,238	0,055	0,047	0,058
Peso para talla (Patrón OMS) 2 DE por debajc	0,006	0,001	9 662	9 168	1,274	0,165	0,004	0,009
Talla para edad (Patrón OMS) 2 DE por debaj	0,181	0,006	9 662	9 168	1,486	0,033	0,169	0,193
Peso para la edad (Patrón OMS) 2 DE por del	0,034	0,002	9 662	9 168	1,226	0,068	0,030	0,039
Anemia en niños	0,326	0,007	8 698	8 310	1,407	0,022	0,312	0,340

Cuadro B.2.2 Errores de muestreo para la población de Moquegua

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza, según variables seleccionadas, Moquegua 2012.

Variables Seleccionadas	Número de casos				Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado + 2EE
Residencia urbana	0,850	0,015	737	135	0,492	0,018	0,820	0,881
Sin instrucción	0,011	0,004	737	135	0,498	0,408	0,002	0,020
Educación secundaria o más	0,853	0,016	737	135	0,519	0,019	0,821	0,885
Nunca en unión	0,301	0,016	737	135	0,397	0,052	0,270	0,333
Actualmente unida	0,560	0,017	737	135	0,402	0,031	0,525	0,594
Casada antes de 20 años	0,320	0,021	618	113	0,469	0,064	0,279	0,362
Primera relación antes de 18 años	0,343	0,020	618	113	0,439	0,057	0,304	0,382
Promedio de nacidos vivos 15-49	1,512	0,051	737	135	0,408	0,034	1,409	1,615
Promedio de nacidos vivos 40-49	2,542	0,125	213	39	0,494	0,049	2,291	2,793
Promedio de sobrevivientes 15-49	1,462	0,047	737	135	0,398	0,032	1,367	1,557
Conoce método anticonceptivo	1,000	0,000	415	76	n.a	0,000	1,000	1,000
Conoce método moderno	1,000	0,000	415	76	n.a	0,000	1,000	1,000
Alguna vez usó anticonceptivos	0,969	0,009	415	76	0,431	0,009	0,952	0,987
Actualmente usa anticonceptivo	0,744	0,025	415	76	0,491	0,033	0,694	0,793
Usa método moderno actualmente	0,545	0,027	415	76	0,463	0,049	0,492	0,599
Usa píldora actualmente	0,068	0,012	415	76	0,420	0,180	0,043	0,092
Usa DIU actualmente	0,039	0,009	415	76	0,394	0,226	0,021	0,057
Usa inyecciones actualmente	0,144	0,018	415	76	0,442	0,125	0,108	0,181
Usa métodos vaginales actualmente	0,003	0,003	415	76	0,455	0,991	-0,003	0,008
Usa actualmente condón	0,165	0,019	415	76	0,447	0,116	0,127	0,204
Usa esterilización femenina	0,112	0,017	415	76	0,463	0,151	0,078	0,146
Usa esterilización masculina	0,014	0,007	415	76	0,528	0,510	0,000	0,029
Usa abstinencia periódica	0,141	0,016	415	76	0,407	0,116	0,108	0,174
Usa método de retiro	0,057	0,013	415	76	0,483	0,226	0,031	0,083
Sector público como fuente de método	0,674	0,034	288	53	0,529	0,051	0,605	0,743
No desea más hijos	0,651	0,023	415	76	0,425	0,036	0,604	0,698
Desea esperar 2 años o más	0,138	0,016	415	76	0,400	0,115	0,106	0,170
Tamaño ideal de familia	2,074	0,054	415	76	0,402	0,026	1,966	2,182
Vacuna antitetánica	0,443	0,035	197	37	0,426	0,080	0,372	0,514
Atención al parto por profesional de la salud	0,955	0,023	221	41	0,694	0,024	0,909	1,001
Atención prenatal por profesional de la salud	0,993	0,006	197	37	0,475	0,007	0,980	1,006
Niños con Diarrea en últimas 2 semanas	0,074	0,016	217	40	0,373	0,210	0,043	0,106
Tratamiento de la diarrea por proveedor de la salud	0,533	0,127	16	3	0,359	0,238	0,259	0,807
Tratamiento RO	0,811	0,103	16	3	0,370	0,127	0,589	1,033
Lacta inmediatamente	0,525	0,038	194	36	0,451	0,073	0,448	0,601
Alimentos adicionales a lactancia	0,795	0,033	194	36	0,478	0,041	0,730	0,861
Niños con tarjeta de vacunación	0,669	0,058	48	9	0,337	0,086	0,551	0,787
Niños que recibieron BCG	0,977	0,024	48	9	0,432	0,024	0,928	1,025
Niños que recibieron DPT (3 dosis)	0,870	0,058	48	9	0,477	0,067	0,751	0,989
Niños que recibieron POLIO (3 dosis)	0,933	0,040	48	9	0,437	0,043	0,851	1,014
Recibieron vacuna antisarampionosa	0,909	0,048	48	9	0,456	0,052	0,812	1,006
Recibieron Todas las vacunas	0,811	0,065	48	9	0,454	0,080	0,679	0,943
Peso para talla (Patrón NCHS) 2 DE por debajo a/	0,004	0,003	428	81	0,393	0,708	-0,002	0,009
Talla para edad (Patrón NCHS) 2 DE por debajo a/	0,032	0,009	428	81	0,454	0,281	0,014	0,050
Peso para edad (Patrón NCHS) 2 DE por debajo a/	0,018	0,006	428	81	0,391	0,322	0,007	0,030
Peso para talla (Patrón OMS) 2 DE por debajo a/	0,005	0,003	429	81	0,427	0,707	-0,002	0,011
Talla para edad (Patrón OMS) 2 DE por debajo a/	0,044	0,010	429	81	0,433	0,225	0,024	0,064
Peso para la edad (Patrón OMS) 2 DE por debajo a/	0,014	0,005	429	81	0,397	0,368	0,004	0,025
Anemia en niños	0,264	0,033	199	38	0,460	0,127	0,196	0,331

n.a: No aplicable

a/ La estimación a nivel departamental corresponde a la información recopilada en el año 2011 y 2012.

Cuadro B.2.3 Errores de muestreo para la tasa global de fecundidad por lugar de residencia

Valor estimado, error estándar, error relativo e intervalo de confianza, según lugar de residencia, Perú 2012.

Lugar de residencia	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)		Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
Área de residencia							
Urbana	2,260	0,048	16 006	17 866	0,021	2,165	2,354
Rural	3,458	0,095	7 882	6 022	0,028	3,268	3,641
Departamento							
Amazonas	3,343	0,334	870	330	0,101	2,666	3,975
Áncash	2,807	0,165	1 118	1 090	0,059	2,467	3,114
Apurímac	2,988	0,211	791	360	0,071	2,552	3,377
Arequipa	2,502	0,217	915	906	0,087	2,085	2,937
Ayacucho	3,130	0,231	942	683	0,074	2,676	3,583
Cajamarca	2,992	0,265	907	1 146	0,093	2,346	3,386
Cusco	2,269	0,189	811	954	0,084	1,882	2,624
Huancavelica	3,061	0,297	761	363	0,099	2,416	3,579
Huánuco	3,015	0,225	901	685	0,075	2,571	3,453
Ica	2,403	0,159	1 019	631	0,066	2,094	2,718
Junín	2,228	0,178	919	1 010	0,081	1,840	2,536
La Libertad	2,602	0,236	994	1 357	0,090	2,153	3,077
Lambayeque	2,435	0,178	980	955	0,074	2,057	2,755
Lima	2,100	0,089	2 723	8 348	0,042	1,927	2,275
Loreto	4,293	0,283	973	731	0,066	3,716	4,824
Madre de Dios	2,927	0,165	919	116	0,057	2,589	3,237
Moquegua	2,123	0,198	737	135	0,096	1,674	2,451
Pasco	3,176	0,271	966	223	0,087	2,581	3,642
Piura	2,877	0,179	1 180	1 447	0,062	2,524	3,227
Puno	2,640	0,187	941	959	0,072	2,253	2,988
San Martín	3,113	0,246	886	653	0,079	2,627	3,592
Tacna	2,092	0,176	792	291	0,083	1,763	2,454
Tumbes	3,134	0,198	918	190	0,064	2,684	3,459
Ucayali	3,439	0,215	925	324	0,064	2,959	3,803
Región natural							
Lima Metropolitana	2,084	0,088	2 449	7 508	0,042	1,904	2,248
Resto Costa	2,415	0,080	6 887	5 715	0,033	2,256	2,568
Sierra	2,770	0,074	9 232	7 742	0,027	2,624	2,915
Selva	3,479	0,131	5 320	2 923	0,038	3,216	3,729
Total	2,558	0,046	23 888	23 888	0,018	2,467	2,647

Cuadro B.2.4 Errores de muestreo para la tasa de mortalidad neonatal por lugar de residencia

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza, según lugar de residencia, Perú 2012.

Lugar de residencia	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	11	1,247	11 309	11 664	1,200	0,112	9	14
Rural	15	1,627	8 653	6 359	1,152	0,107	12	18
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2011-2012								
Departamento								
Amazonas	13	2,898	1 908	648	1,048	0,223	7	19
Áncash	11	2,605	1 649	1 553	1,043	0,238	6	16
Apurímac	14	3,240	1 435	683	1,097	0,225	8	21
Arequipa	6	2,213	1 158	1 233	1,086	0,401	1	10
Ayacucho	11	2,854	1 805	1 234	1,268	0,250	6	17
Cajamarca	14	2,853	1 544	1 885	0,921	0,204	8	20
Cusco	16	3,894	1 396	1 585	1,072	0,242	8	24
Huancavelica	17	2,893	1 651	811	1,082	0,175	11	22
Huánuco	13	3,424	1 573	1 146	1,055	0,269	6	19
Ica	13	3,505	1 402	902	1,110	0,271	6	20
Junín	12	2,977	1 450	1 578	1,030	0,256	6	17
La Libertad	6	2,018	1 548	2 026	0,863	0,336	2	10
Lambayeque	12	3,284	1 313	1 380	1,162	0,273	6	18
Lima	7	1,554	3 123	9 687	1,049	0,225	4	10
Loreto	19	2,740	2 359	1 740	0,831	0,141	14	25
Madre de Dios	18	3,215	1 857	220	1,239	0,182	11	24
Moquegua	12	4,120	909	161	1,180	0,337	4	20
Pasco	17	3,345	1 677	375	0,998	0,193	11	24
Piura	11	2,729	1 911	2 259	1,244	0,248	6	16
Puno	19	3,455	1 613	1 654	0,951	0,177	13	26
San Martín	15	3,021	1 623	1 102	0,971	0,202	9	21
Tacna	8	3,231	943	346	1,265	0,423	1	14
Tumbes	17	3,225	1 434	302	1,006	0,189	11	23
Ucayali	10	2,949	1 780	633	1,139	0,281	5	16
Región natural								
Lima Metropolitana	8	2,409	1 416	4 333	1,058	0,321	3	12
Resto Costa	11	1,912	4 839	4 076	1,266	0,176	7	15
Sierra	15	1,579	8 076	6 583	1,143	0,106	12	18
Selva	17	2,004	5 631	3 030	1,051	0,118	13	21
Total	13	0,993	19 962	18 024	1,161	0,079	11	15
ESTIMACIONES PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	10	1,668	5 704	5 822	1,237	0,159	7	14
Rural	10	1,861	4 158	3 062	1,199	0,184	6	14
Total	10	1,266	9 862	8 885	1,242	0,122	8	13

Cuadro B.2.5 Errores de muestreo para la tasa de mortalidad postneonatal por lugar de residencia
 Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza, según lugar de residencia, Perú 2012.

Lugar de residencia	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	5	1,114	11 344	11 378	1,566	0,210	3	7
Rural	10	1,273	8 643	6 211	1,148	0,126	8	13
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2011-2012								
Departamento								
Amazonas	6	1,683	1 924	643	0,968	0,290	3	9
Áncash	7	2,625	1 661	1 533	1,303	0,381	2	12
Apurímac	8	2,426	1 431	670	1,185	0,294	4	13
Arequipa	2	1,337	1 162	1 195	1,087	0,711	-1	5
Ayacucho	7	1,954	1 825	1 216	1,110	0,287	3	11
Cajamarca	11	2,988	1 540	1 809	1,207	0,269	5	17
Cusco	15	3,484	1 384	1 550	1,016	0,226	9	22
Huancavelica	12	2,822	1 645	798	0,966	0,244	6	17
Huánuco	7	1,985	1 585	1 117	0,850	0,272	3	11
Ica	8	2,320	1 409	880	1,040	0,296	3	12
Junín	8	2,234	1 463	1 558	1,016	0,297	3	12
La Libertad	5	2,234	1 547	1 986	1,018	0,413	1	10
Lambayeque	8	3,054	1 311	1 353	0,832	0,363	2	14
Lima	5	1,657	3 151	9 538	1,428	0,319	2	8
Loreto	17	2,406	2 347	1 665	0,772	0,140	12	22
Madre de Dios	11	2,438	1 862	213	1,052	0,213	7	16
Moquegua	7	2,785	922	160	1,159	0,410	1	12
Pasco	8	2,746	1 658	362	1,065	0,342	3	13
Piura	8	2,068	1 913	2 197	0,963	0,270	4	12
Puno	28	4,621	1 600	1 606	1,029	0,165	19	37
San Martín	7	2,114	1 614	1 067	1,086	0,290	3	11
Tacna	4	1,968	955	343	1,020	0,507	0	8
Tumbes	7	2,174	1 433	291	1,158	0,334	2	11
Ucayali	6	1,778	1 810	614	0,984	0,297	2	9
Región natural								
Lima Metropolitana	5	2,642	1 428	4 264	1,426	0,537	0	10
Resto Costa	3	0,730	4 847	3 949	0,968	0,254	1	4
Sierra	10	1,358	8 071	6 450	1,169	0,130	8	13
Selva	8	1,219	5 641	2 915	1,000	0,153	6	10
Total	7	0,850	19 987	17 590	1,362	0,122	5	9
ESTIMACIONES PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	6	1,948	5 745	5 728	1,964	0,343	2	9
Rural	8	1,512	4 170	3 018	1,084	0,185	5	11
Total	7	1,369	9 915	8 772	1,691	0,209	4	9

Cuadro B.2.6 Errores de muestreo para la tasa de mortalidad infantil por lugar de residencia

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza, según lugar de residencia, Perú 2012.

Lugar de residencia	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	16	1,622	11 309	11 378	1,294	0,099	13	20
Rural	25	2,027	8 643	6 211	1,146	0,080	21	29
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2011-2012								
Departamento								
Amazonas	19	3,129	1 908	643	0,961	0,166	13	25
Áncash	18	3,299	1 649	1 533	1,036	0,185	11	24
Apurímac	23	3,852	1 431	670	1,023	0,170	15	30
Arequipa	7	2,513	1 158	1 195	1,026	0,339	2	12
Ayacucho	18	3,658	1 805	1 216	1,358	0,201	11	25
Cajamarca	25	3,757	1 540	1 809	0,959	0,150	18	32
Cusco	32	5,502	1 384	1 550	1,055	0,175	21	42
Huancavelica	28	3,705	1 645	798	0,919	0,132	21	35
Huánuco	20	3,764	1 573	1 117	0,983	0,188	13	27
Ica	21	4,225	1 402	880	1,060	0,204	12	29
Junín	19	3,508	1 450	1 558	0,954	0,183	12	26
La Libertad	11	3,364	1 547	1 986	0,943	0,295	5	18
Lambayeque	20	4,049	1 311	1 353	1,083	0,198	12	28
Lima	12	2,299	3 123	9 538	1,151	0,190	8	17
Loreto	37	3,820	2 347	1 665	0,904	0,105	29	44
Madre de Dios	29	4,492	1 857	213	1,462	0,154	20	38
Moquegua	19	4,663	909	160	1,145	0,245	10	28
Pasco	25	4,035	1 658	362	0,973	0,159	17	33
Piura	19	3,457	1 911	2 197	1,142	0,185	12	25
Puno	47	5,515	1 600	1 606	0,930	0,116	37	58
San Martín	22	3,940	1 614	1 067	1,078	0,177	15	30
Tacna	12	4,013	943	343	1,265	0,349	4	19
Tumbes	24	3,788	1 433	291	0,950	0,160	16	31
Ucayali	16	3,491	1 780	614	1,123	0,212	10	23
Región natural								
Lima Metropolitana	12	3,425	1 416	4 264	1,174	0,276	6	19
Resto Costa	14	2,073	4 839	3 949	1,231	0,151	10	18
Sierra	25	1,978	8 071	6 450	1,107	0,078	22	29
Selva	25	2,492	5 631	2 915	1,116	0,100	20	30
Total	20	1,279	19 962	17 590	1,218	0,065	17	22
ESTIMACIONES PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	16	2,508	5 704	5 728	1,502	0,155	11	21
Rural	18	2,334	4 158	3 018	1,123	0,128	14	23
Total	17	1,823	9 862	8 772	1,405	0,108	13	20

Cuadro B.2.7 Errores de muestreo para la tasa de mortalidad postinfantil por lugar de residencia

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza, según lugar de residencia, Perú 2012.

Lugar de residencia	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	5	0,892	12 098	10 806	1,309	0,191	3	6
Rural	8	1,223	9 821	6 129	1,201	0,157	5	10
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2011-2012								
Departamento								
Amazonas	8	2,630	2 195	633	0,950	0,312	3	14
Áncash	6	1,859	1 897	1 524	0,977	0,317	2	10
Apurímac	5	1,781	1 703	675	1,027	0,387	1	8
Arequipa	4	1,813	1 290	1 163	1,005	0,415	1	8
Ayacucho	5	1,575	2 149	1 234	0,930	0,335	2	8
Cajamarca	12	3,324	1 721	1 767	1,153	0,280	5	18
Cusco	8	2,661	1 628	1 559	1,219	0,333	3	13
Huancavelica	8	2,557	1 977	827	1,251	0,301	3	14
Huánuco	9	2,268	1 843	1 134	0,974	0,251	5	13
Ica	3	1,699	1 488	826	1,203	0,491	0	7
Junín	4	1,683	1 716	1 566	0,978	0,409	1	7
La Libertad	4	2,540	1 651	1 848	1,726	0,574	0	9
Lambayeque	2	1,265	1 516	1 338	-	0,573	0	5
Lima	3	1,056	3 336	8 807	1,006	0,319	1	5
Loreto	12	2,720	2 298	1 430	1,151	0,224	7	17
Madre de Dios	8	2,109	1 873	190	0,952	0,258	4	12
Moquegua	2	1,277	1 040	156	-	0,706	0	4
Pasco	7	2,458	1 762	335	1,219	0,375	2	11
Piura	6	1,892	2 043	2 054	1,063	0,310	2	10
Puno	9	2,692	1 836	1 611	0,905	0,309	3	14
San Martín	7	2,062	1 762	999	0,915	0,312	3	11
Tacna	4	1,961	1 069	332	0,979	0,507	0	8
Tumbes	1	0,604	1 435	258	0,877	0,750	0	2
Ucayali	11	2,590	1 815	555	0,951	0,233	6	16
Región natural								
Lima Metropolitana	2	1,220	1 535	3 995	0,948	0,511	0	5
Resto Costa	7	1,975	5 160	3 747	1,709	0,285	3	11
Sierra	6	1,078	9 396	6 481	1,180	0,177	4	8
Selva	8	1,586	5 776	2 634	1,176	0,189	5	11
Total	6	0,718	21 919	16 936	1,221	0,124	4	7
ESTIMACIONES PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	3	0,821	6 441	5 740	1,190	0,267	1	5
Rural	6	1,537	4 920	3 091	1,414	0,263	3	9
Total	4	0,758	11 510	8 892	1,281	0,187	3	6

Cuadro B.2.8 Errores de muestreo para la tasa de mortalidad en la niñez por lugar de residencia

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza, según lugar de residencia, Perú 2012.

Lugar de residencia	Valor estimado (V)	Error estándar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponderados (P)			Valor estimado -2EE	Valor estimado +2EE
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	21	1,782	12 098	10 806	1,261	0,085	17	24
Rural	33	2,409	9 821	6 129	1,188	0,073	28	38
ESTIMACIONES PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2011-2012								
Departamento								
Amazonas	27	3,959	2 195	633	0,994	0,146	19	35
Áncash	24	3,438	1 897	1 524	0,916	0,146	17	30
Apurímac	27	3,854	1 703	675	0,956	0,142	20	35
Arequipa	12	2,929	1 290	1 163	0,999	0,250	6	17
Ayacucho	23	4,047	2 149	1 234	1,222	0,177	15	31
Cajamarca	37	5,141	1 721	1 767	1,140	0,140	27	47
Cusco	39	6,182	1 628	1 559	1,059	0,158	27	51
Huancavelica	36	4,315	1 977	827	1,226	0,119	28	45
Huánuco	29	4,076	1 843	1 134	0,948	0,141	21	37
Ica	24	4,467	1 488	826	1,092	0,185	15	33
Junín	23	3,648	1 716	1 566	0,946	0,157	16	30
La Libertad	16	4,062	1 651	1 848	1,058	0,257	8	24
Lambayeque	23	4,017	1 516	1 338	1,083	0,178	15	30
Lima	15	2,439	3 336	8 807	1,080	0,159	11	20
Loreto	48	4,872	2 298	1 430	1,030	0,101	39	58
Madre de Dios	37	5,127	1 873	190	1,339	0,138	27	47
Moquegua	21	4,754	1 040	156	1,145	0,229	11	30
Pasco	32	5,052	1 762	335	1,091	0,159	22	42
Piura	25	4,234	2 043	2 054	1,136	0,172	16	33
Puno	56	6,538	1 836	1 611	0,947	0,117	43	69
San Martín	29	4,278	1 762	999	1,019	0,149	20	37
Tacna	15	4,369	1 069	332	1,149	0,285	7	24
Tumbes	24	3,895	1 435	258	0,969	0,160	17	32
Ucayali	27	4,561	1 815	555	1,008	0,166	18	36
Región natural								
Lima Metropolitana	15	3,530	1 535	3 995	1,124	0,239	8	22
Resto Costa	21	2,553	5 160	3 747	1,233	0,124	16	26
Sierra	31	2,314	9 396	6 481	1,165	0,074	27	36
Selva	33	3,110	5 776	2 634	1,196	0,094	27	39
Total	25	1,443	21 919	16 936	1,208	0,057	22	28
ESTIMACIONES PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENDES 2012								
Área de residencia								
Urbana	19	2,606	6 441	5 740	1,524	0,136	14	24
Rural	24	2,715	4 920	3 091	1,243	0,113	19	29
Total	21	1,943	11 510	8 892	1,458	0,093	17	25