INEI INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

Perú

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012

Departamento de Pasco

Presentación

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, constituye una de las investigaciones estadísticas más importantes que ejecuta el Instituto Nacional de Estadística e Informática, por su periodicidad de carácter continua desde el año 2000 y la población objetivo de la que recopila información, que son las mujeres y los niños. En este contexto y en cumplimiento de la política de promoción y difusión de investigaciones especializadas, el Instituto Nacional de Estadística e Informática pone a disposición de las entidades de gobierno, empresa privada e interesados en general el documento, Pasco: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012.

La encuesta se ejecutó entre los meses de marzo a diciembre de 2012 a una muestra de 1175 viviendas del ámbito de Pasco, en las que se entrevistó a 989 mujeres en edad fértil, es decir de 15 a 49 años de edad. Las variables investigadas están referidas a la salud materna e infantil, prevalencia anticonceptiva, fecundidad y mortalidad de la población, conocimiento del VIH-SIDA y la violencia doméstica. Asimismo, proporciona información sobre el estado nutricional de la población menor de cinco años de edad y sus madres, prácticas de lactancia y nivel de anemia tanto en mujeres como en niños para el Departamento de Pasco.

Cabe precisar que este informe es parte de la serie de publicaciones que se inició con el Informe Principal a nivel de país, y que a nivel de departamentos hará posible el conocimiento de los aspectos demográficos y de salud familiar a un menor nivel de desagregación, permitiendo mejorar la gestión en los temas abordados.

La información se brinda en doce capítulos y dos apéndices, en los que se enfatiza indicadores de salud reproductiva, niveles y preferencias de fecundidad, morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años, asimismo, sobre el conocimiento que las mujeres en edad fértil tienen acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), de las actitudes y prácticas relacionadas con el VIH SIDA y los episodios de violencia familiar.

La ejecución de la encuesta ha sido posible gracias al apoyo financiero del Gobierno Peruano, que permite contar con información a nivel departamental y monitorear los indicadores de Presupuesto por Resultados (PPR): Programa Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal y Acceso a la identidad. Se ha recibido también asistencia técnica de Macro Internacional Inc., ahora ICF Internacional Inc.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática reitera su agradecimiento a todas las mujeres, seleccionadas al azar, por su paciente colaboración durante el desarrollo de la entrevista a las instituciones involucradas, especialmente a la Policía Nacional del Perú (PNP), por su apoyo para la ejecución de la investigación. Asimismo, a los y las funcionarios y funcionarias de la encuesta por su compromiso y profesionalismo en obtener los datos de calidad que forman parte de este Informe.

Lima, noviembre 2013.

Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Contenido

Pág.

PRESENTACIÓN
LISTA DE CUADROS
LISTA DE GRÁFICOS

RESUMEN EJECUTIVO 17

CAPÍTULO 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y LA POBLACIÓN 29
1.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS Y LOS HOGARES 29
Servicios básicos en las viviendas 29
Disponibilidad de bienes de consumo duradero 31
Medición del nivel socioeconómico 32
1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN 33
Población por edad, sexo y área de residencia 33
Nivel de educación y asistencia a centros de enseñanza 34

CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES 39
2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES 39
2.2 ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN 40
2.3 CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LAS ENTREVISTADAS 42
Tipo de ocupación por características seleccionadas 43
Tipo de empleo y formas de remuneración 44
2.4 ADMINISTRACIÓN DEL SALARIO Y PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES 45
2.5 COBERTURA DE SEGUROS DE SALUD 48
2.6 CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA LA TUBERCULOSIS 49

CAPÍTULO 3: FECUNDIDAD 53
3.1 NIVELES, TENDENCIAS Y DIFERENCIALES DE LA FECUNDIDAD 53
3.2 FECUNDIDAD ACUMULADA 59
3.3 EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO 60
3.4 FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES 62

CAPÍTULO 4: PLANIFICACIÓN FAMILIAR 65
4.1 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS 65
4.2 USO DE MÉTODOS 66
El uso pasado 66
Prevalencia actual del uso de métodos 67
Diferenciales en los niveles de uso actual 69
Número de hijas e hijos al iniciar el uso de anticonceptivos 70
Conocimiento del período fértil 71
Fuente de suministro de métodos modernos 72

CAPÍTULO 5: OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD 75
5.1 ESTADO CONYUGAL ACTUAL 75
5.2 EDAD A LA PRIMERA UNIÓN CONYUGAL 79
5.3 EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL 81
5.4 ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA Y RECIENTE 83

CAPÍTULO 6: PREFERENCIA DE FECUNDIDAD 87
6.1 EL DESEO DE TENER MÁS HIJAS E HIJOS 87

6.2 LA NECESIDAD INSATISFECHA Y LA DEMANDA DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 91
La necesidad insatisfecha de planificación familiar 91
La demanda total de planificación familiar 92
6.3 NÚMERO IDEAL DE HIJAS E HIJOS 95
6.4 PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD 99
6.5 TASA DE FECUNDIDAD DESEADA 100

CAPÍTULO 7: MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ 103
7.1 DIFERENCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ 104
7.2 GRUPOS DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO 106

CAPÍTULO 8: SALUD MATERNA 109
8.1 ATENCIÓN PRENATAL 109
Vacunación antitetánica durante la gestación 114
8.2 ATENCIÓN DEL PARTO 115
Lugar de ocurrencia del parto 116
Asistencia durante el parto 118
8.3 CUIDADO POSTNATAL DE LAS MADRES 120

CAPÍTULO 9: SALUD INFANTIL 125
9.1 PESO Y TALLA AL NACER 125
Peso y tamaño al nacer 125
9.2 VACUNACIÓN DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS 126
9.3 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS Y FIEBRE 130
9.4 DIARREA AGUDA 134

CAPÍTULO 10: LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y MADRES 143
10.1 INICIACIÓN DE LA LACTANCIA 143
10.2 LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN SUPLEMENTARIA SEGÚN EDAD DE NIÑAS Y NIÑOS 145
10.3 DURACIÓN DE LA LACTANCIA 147
10.4 ANEMIA EN NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES 148
Métodos 149
Resultados 150
10.5 NUTRICIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS 154
Uso del patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud 154
10.6 NUTRICIÓN DE LAS MADRES 160
Estatura de las mujeres en edad fértil 161
Peso y masa corporal de las mujeres 163

CAPÍTULO 11: CONOCIMIENTO DE VIH E ITS 167
11.1 CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA Y FORMAS DE EVITAR 167
11.2 CONOCIMIENTO DE ASUNTOS RELACIONADOS CON EL VIH 171
11.3 CONOCIMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) 175
11.4 PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 176
11.5 CONDUCTA SEXUAL, ACCESO Y USO DEL CONDÓN 180

CAPÍTULO 12: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, NIÑAS Y NIÑOS 189
12.1 VIOLENCIA VERBAL DEL ESPOSO CONTRA LA MUJER 190
12.2 VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL CONTRA LA MUJER 193
12.3 SOLICITUD DE AYUDA Y DENUNCIA DEL MALTRATO 203
12.4 MALTRATO A HIJAS E HIJOS Y ENTREVISTADAS QUE SABÍAN QUE SU PADRE GOLPEABA A SU MADRE 206

APÉNDICE A 213
APÉNDICE B 225

Lista de Cuadros

Pág.

CAPÍTULO 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y LA POBLACIÓN 29

Cuadro 1.1 Características de la vivienda, por área de residencia 30
Cuadro 1.2 Bienes de consumo duradero, por área de residencia 31
Cuadro 1.3 Distribución de los hogares, por área de residencia, según quintiles de riqueza 33
Cuadro 1.4 Composición de la población total, por área de residencia y sexo, según grupo de edad 34
Cuadro 1.5 Nivel de educación de la población masculina de seis y más años, por nivel más alto alcanzado, según característica seleccionada 35
Cuadro 1.6 Nivel de educación de la población femenina de seis y más años, por nivel más alto alcanzado, según característica seleccionada 36
Cuadro 1.7 Asistencia escolar, por área de residencia, según grupo de edad 37

CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES 39

Cuadro 2.1 Mujeres de 15 a 49 años de edad, según característica seleccionada 40
Cuadro 2.2 Acceso de las mujeres a los medios masivos de comunicación, por tipo de medio, según característica seleccionada 41
Cuadro 2.3 Trabajo en los últimos 12 meses de las mujeres entrevistadas, según característica seleccionada 43
Cuadro 2.4 Tipo de ocupación de las mujeres entrevistadas, que trabajan, según característica seleccionada 44
Cuadro 2.5 Empleador y forma de remuneración de las mujeres que trabajan, según característica del trabajo 45
Cuadro 2.6 Persona que decide cómo gastar los ingresos y gastos del hogar que paga la entrevistada, según característica seleccionada 46
Cuadro 2.7 Toma de decisiones sobre gastos del hogar y otras actividades, según tipo de decisión 47
Cuadro 2.8 Última palabra en decisiones del hogar, por decisiones específicas del hogar, según característica seleccionada 48
Cuadro 2.9 Cobertura de seguro de salud de las mujeres, por tipo específico de seguro, según característica seleccionada 49
Cuadro 2.10 Conocimiento y actitudes hacia la tuberculosis de las mujeres en edad fértil, según característica seleccionada 50

CAPÍTULO 3: FECUNDIDAD 53

Cuadro 3.1 Fecundidad, por área de residencia según indicador 54
Cuadro 3.2 Evolución de la fecundidad según grupo de edad 55
Cuadro 3.3 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 56
Cuadro 3.4 Tasa global de fecundidad por varias encuestas, según característica seleccionada 57
Cuadro 3.5 Tasas específicas de fecundidad por períodos quinquenales anteriores a la encuesta, según edad de la madre al momento del nacimiento 59
Cuadro 3.6 Hijos nacidos vivos, promedio de nacidos vivos e hijos actualmente vivos de todas las mujeres y mujeres en unión, según grupo de edad 60

Cuadro 3.7 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 61
Cuadro 3.8 Mediana de edad al primer nacimiento de mujeres de 25-49 años, por edad actual, según característica seleccionada 61
Cuadro 3.9 Embarazo y maternidad de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, según característica seleccionada 63

CAPÍTULO 4: PLANIFICACIÓN FAMILIAR 65

Cuadro 4.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos por todas las mujeres, las actualmente casadas o unidas y no unidas sexualmente activas, según método anticonceptivo específico 66
Cuadro 4.2 Uso alguna vez de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas, según grupo de edad 67
Cuadro 4.3 Uso actual de métodos anticonceptivos, entre las mujeres entrevistadas, según grupo de edad 69
Cuadro 4.4 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres actualmente unidas, según característica seleccionada. 70
Cuadro 4.5 Mujeres alguna vez unidas que han usado algún método de anticoncepción, por número de hijas e hijos sobrevivientes al primer uso de métodos, según grupo de edad 71
Cuadro 4.6 Conocimiento del período fértil de las mujeres entrevistadas, por uso del método de abstinencia periódica 72
Cuadro 4.7 Fuente de suministro de métodos modernos de las usuarias actuales, por tipo de método moderno 73
Cuadro 4.8 Información suministrada durante la prescripción de métodos modernos a las usuarias actuales, según característica seleccionada 74

CAPÍTULO 5: OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD 75

Cuadro 5.1 Estado conyugal actual de las mujeres entrevistadas, según grupo de edad 76
Cuadro 5.2 Evolución de las mujeres solteras, según grupo de edad 77
Cuadro 5.3 Estado conyugal actual de las mujeres entrevistadas, según característica seleccionada 78
Cuadro 5.4 Tipo de compañero sexual de las mujeres nunca unidas y alguna vez unidas, según característica seleccionada 79
Cuadro 5.5 Mujeres que se unieron antes de cumplir edades exactas y edad mediana a la primera unión, según grupo de edad actual 80
Cuadro 5.6 Edad mediana a la primera unión entre las mujeres de 20(25)-49 años de edad, por grupo de edad actual, según característica seleccionada 81
Cuadro 5.7 Mujeres que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir edades exactas y edad mediana a la primera relación sexual, según grupo de edad actual 82
Cuadro 5.8 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 83
Cuadro 5.9 Actividad sexual reciente de las mujeres, por momento de la última relación sexual, según característica seleccionada 85
Cuadro 5.10 Actividad sexual reciente de las mujeres, por momento de la última relación sexual, según área de residencia 86

CAPÍTULO 6: PREFERENCIA DE FECUNDIDAD 87

Cuadro 6.1 Evolución de preferencias de fecundidad en mujeres unidas, por encuesta 88
Cuadro 6.2 Preferencias de fecundidad en mujeres unidas, por número de hijas e hijos sobrevivientes 88

Cuadro 6.3 Preferencias de fecundidad en mujeres unidas, por grupo de edad 89
Cuadro 6.4 Mujeres unidas que no desean más hijas e hijos (o esterilizadas), por número de hijas e hijos sobrevivientes y grupo de edad, según encuesta 90
Cuadro 6.5 Mujeres en unión por área de residencia, según preferencia de fecundidad 91
Cuadro 6.6 Necesidad de servicios de planificación familiar de las mujeres en unión, según característica seleccionada 94
Cuadro 6.7 Mujeres entrevistadas, según número ideal de hijas e hijos 96
Cuadro 6.8 Mujeres entrevistadas, por número de hijas e hijos sobrevivientes, según número y promedio ideal de hijas e hijos 97
Cuadro 6.9 Promedio ideal de hijas e hijos de todas las mujeres por grupo de edad actual de la mujer, según característica seleccionada 98
Cuadro 6.10 Promedio ideal de hijas e hijos y necesidad insatisfecha de planificación familiar de las mujeres unidas, según indicador de condición de la mujer 99
Cuadro 6.11 Nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta (incluyendo embarazos actuales), por intención reproductiva de la madre, según orden de nacimiento y edad de la madre 100
Cuadro 6.12 Fecundidad deseada y observada para los tres años anteriores a la encuesta, según característica seleccionada 102

CAPÍTULO 7: MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ 103

Cuadro 7.1 Tasas de mortalidad infantil y en la niñez, según característica seleccionada 105
Cuadro 7.2 Nacimientos en últimos cinco años y mujeres en unión, según categoría de riesgo de mortalidad 107

CAPÍTULO 8: SALUD MATERNA 109

Cuadro 8.1 Mujeres de 15-49 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 111
Cuadro 8.2 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 112
Cuadro 8.3 Atención prenatal (APN) para mujeres con hijas e hijos nacidos vivos en los últimos cinco años, por contenidos específicos, según característica seleccionada 113
Cuadro 8.4 Mujeres de 15-49 años de edad que recibieron vacunas contra el tétano neonatal en los últimos cinco años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 115
Cuadro 8.5 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 117
Cuadro 8.6 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 119
Cuadro 8.7 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 características seleccionada 120
Cuadro 8.8 Persona que proporcionó el primer control postnatal a la madre después del nacimiento más reciente, según característica seleccionada 121
Cuadro 8.9 Problemas en el acceso a los servicios de salud cuando las mujeres están enfermas, según característica seleccionada 123

CAPÍTULO 9: SALUD INFANTIL 125

Cuadro 9.1 Peso y tamaño al nacer de nacidas y nacidos vivos en los últimos

cinco años anteriores a la encuesta, según característica seleccionada 126
Cuadro 9.2 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 127
Cuadro 9.3 Niñas y niños de 18-29 meses de edad con tarjeta de salud vista por la entrevistadora o el informe de la madre por tipo de vacuna recibida en cualquier momento, según característica seleccionada 129
Cuadro 9.4 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 130
Cuadro 9.5 Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA) en niñas y niños menores de cinco años de edad, según característica seleccionada 131
Cuadro 9.6 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 133
Cuadro 9.7 Prevalencia de diarrea en niñas y niños menores de cinco años de edad durante las dos semanas anteriores a la encuesta, según característica seleccionada 135
Cuadro 9.8 Tratamiento de la diarrea en niñas y niños menores de cinco años de edad en las últimas dos semanas anteriores a la encuesta, según característica seleccionada 136
Cuadro 9.9 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 139
Cuadro 9.10 Conocimiento de sales de rehidratación Oral (SRO) de madres con nacimientos en los últimos cinco años, según característica seleccionada 139
Cuadro 9.11 Formas de eliminación de las deposiciones de la hija o hijo menor de cinco años de edad, según característica seleccionada 141

CAPÍTULO 10: LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑOS Y MADRES 143

Cuadro 10.1 Lactancia inicial materna y alimentación suplementaria de niñas y niños nacidos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta, según característica seleccionada 145
Cuadro 10.2 Situación de la lactancia de la última niña o niño menor de tres años de edad que vive con la madre y menores de tres años que están usando biberón, según edad en meses 146
Cuadro 10.3 Duración mediana de la lactancia entre las niñas y niños nacidos en los tres años anteriores a la encuesta, según característica seleccionada 148
Cuadro10.4 Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 59 meses de edad, por tipo, según característica seleccionada 151
Cuadro10.5 Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años de edad, por tipo, según característica seleccionada 153
Cuadro10.6 Indicadores de desnutrición entre menores de cinco años de edad, según característica seleccionada, 2011-2012 (Patrón OMS) 158
Cuadro10.7 Indicadores de desnutrición entre menores de cinco años de edad, según característica seleccionada, 2011-2012 (Patrón NCHS/CDC/OMS) 159
Cuadro10.8 Talla como indicador de la situación nutricional de las mujeres en edad fértil 161
Cuadro10.9 Talla como indicador del estado nutricional de las mujeres en edad fértil, según característica seleccionada 162
Cuadro10.10 Peso y masa corporal como indicadores de la situación nutricional de las mujeres en edad fértil 164
Cuadro10.11 Estado de nutrición de las mujeres de 15-49 años de edad, según característica seleccionada 166

CAPÍTULO 11: CONOCIMIENTO DE VIH E ITS 167

Cuadro 11.1 Mujeres por conocimiento de formas de importancia programática y específicas de evitar el VIH, según característica seleccionada 169
Cuadro 11.2 Mujeres por conocimiento de asuntos relacionados con el VIH y transmisión del VIH de la madre a la hija o hijo, según característica seleccionada 172
Cuadro 11.3 Mujeres por respuestas a preguntas, sobre ciertos aspectos sociales de la prevención y mitigación del virus, según característica seleccionada 174
Cuadro 11.4 Mujeres por conocimiento de síntomas específicos de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y mujeres que conocen ITS específicas, según característica seleccionada 176
Cuadro 11.5 Mujeres por prevalencia de infecciones de transmisión sexual y síntomas de ITS en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, según característica seleccionada 177
Cuadro 11.6 Mujeres que recibieron consejo o tratamiento para una ITS, por fuente de tratamiento, según característica seleccionada 179
Cuadro 11.7 Número de parejas sexuales de las mujeres no unidas en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, según característica seleccionada 181
Cuadro 11.8 Número de parejas sexuales de mujeres actualmente unidas en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, según característica seleccionada 182
Cuadro 11.9 Mujeres por conocimiento, fuente y uso del condón, según característica seleccionada 184
Cuadro 11.10 Uso de condón por tipo de compañero en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, según característica seleccionada 186

CAPÍTULO 12: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 189

Cuadro 12.1 Situaciones de control y violencia verbal por parte del esposo o compañero, según característica seleccionada 192
Cuadro 12.2 Violencia física y sexual ejercida por el esposo o compañero, según característica seleccionada 195
Cuadro 12.3 Violencia física y sexual ejercida por el esposo o compañero en los últimos 12 meses, según característica seleccionada 197
Cuadro 12.4 Resultado de la violencia física, según característica seleccionada 198
Cuadro 12.5 Violencia física al esposo o compañero, según característica seleccionada 199
Cuadro 12.6 Consumo de bebidas alcohólicas y violencia física ejercida por el esposo o compañero bajo los efectos del licor/drogas o ambas, según característica seleccionada 201
Cuadro 12.7 Periodo transcurrido entre la unión o convivencia y el inicio de la violencia física o sexual, según tiempo de convivencia 203
Cuadro 12.8 Búsqueda de ayuda en personas cercanas o en alguna institución cuando fueron maltratadas, según característica seleccionada 204
Cuadro 12.9 Razones específicas para no buscar ayuda cuando fueron maltratadas físicamente, según característica seleccionada 205
Cuadro 12.10 Formas de castigo ejercidas por el padre biológico a sus hijas e hijos, según característica seleccionada 207
Cuadro 12.11 Formas de castigo ejercidas por la madre biológica a sus hijas e hijos, según característica seleccionada 209
Cuadro 12.12 Formas de castigo ejercidas por los padres a la entrevistada, según característica seleccionada 210
Cuadro 12.13 Creencia en la necesidad del castigo físico para educar a sus hijas e hijos, según característica seleccionada 211
Cuadro 12.14 Mujeres que declararon que su padre golpeaba a su madre, según característica seleccionada 212

Lista de Gráficos

Pág.

CAPÍTULO 3: FECUNDIDAD 53

Gráfico 3.1 Tasas Específicas de Fecundidad, según varias encuestas 54
Gráfico 3.2 Tasa Global de Fecundidad (TGF) y paridez por área de residencia y nivel de educación.....57
Gráfico 3.3 Evolución de la tasa global de fecundidad en los últimos tres años por característica seleccionada 58
Gráfico 3.4 Adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez, según característica seleccionada 64

CAPÍTULO 5: OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD.....75

Gráfico 5.1 Estado conyugal actual de las mujeres en edad fértil, según grupo de edad 76

CAPÍTULO 6: PREFERENCIA DE FECUNDIDAD 87

Gráfico 6.1 Componentes de la Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar.....92
Gráfico 6.2 Demanda de planificación familiar, según característica seleccionada 95
Gráfico 6.3 Fecundidad observada y deseada, según característica seleccionada.....101

CAPÍTULO 7: MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ.....103

Gráfico 7.1 Tasa de mortalidad infantil y en la niñez, según característica seleccionada.....105
Gráfico 7.2 Nacimientos en últimos cinco años y mujeres en unión, según categoría de riesgo de mortalidad 108

CAPÍTULO 8: SALUD MATERNA 109

Gráfico 8.1 Número de visitas de control prenatal y meses de embarazo al primer control, por área de residencia 114
Gráfico 8.2 Lugar del parto, según educación de la madre y quintil de riqueza 118

CAPÍTULO 9: SALUD INFANTIL.....125

Gráfico 9.1 Cobertura de vacunación de niñas y niños de 18 a 29 meses de edad, según tipo de vacuna 128

Gráfico 9.2 Cantidad de líquidos y alimentos sólidos suministrados durante la diarrea.....138

CAPÍTULO 10: LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y MADRES 143

Gráfico 10.1 Diferencias en la iniciación de la lactancia según característica seleccionada 144
Gráfico 10.2 Situación de la lactancia para menores de dos años de edad, según grupo de edad 147
Gráfico 10.3 Indicadores del estado nutricional de los menores de cinco años, según grupo de edad 160

CAPÍTULO 11: CONOCIMIENTO DE VIH E ITS 167

Gráfico 11.1 Conocimiento de formas específicas de evitar el VIH, según característica seleccionada 170
Gráfico 11.2 Mujeres con conocimiento de dos formas de importancia programática

de evitar el VIH, según área de residencia 170
Gráfico 11.3 Presencia de ITS y/o síntomas asociados en los últimos 12 meses, según característica seleccionada 178
Gráfico 11.4 Porcentaje de mujeres con una ITS o flujo vaginal o, úlceras/llagas, según área de residencia 178
Gráfico 11.5 Uso de condón por tipo de compañero, según característica seleccionada 187

CAPÍTULO 12: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 189

Gráfico 12.1 Situaciones de control por grupo de edad, estado conyugal y área de residencia 193
Gráfico 12.2 Violencia física y sexual, por estado conyugal, área de residencia y nivel de educación 196
Gráfico 12.3 Violencia física contra la mujer bajo los efectos del licor/drogas o ambas, por área de residencia y nivel de educación 202
Gráfico 12.4 Período transcurrido del inicio de la violencia ejercida por el actual/último esposo o compañero 203

PRINCIPALES INDICADORES

INDICADOR/ÁREA DE RESIDENCIA	2009	2012
CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA VIVIENDA Y DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL (Porcentaje)		
Viviendas con agua potable 1/	80,1	73,1
Área urbana 1/	86,2	89,4
Área rural 1/	71,9	52,2
Viviendas con servicio de desagüe 2/	37,0	44,9
Área urbana 2/	50,2	70,4
Área rural 2/	19,5	12,3
Mujeres en edad fértil con secundaria o más	67,2	70,0
Área urbana	76,1	nd
Área rural	54,9	nd
Mujeres en edad fértil con algún seguro de salud	42,2	52,7
Área urbana	38,8	52,1
Área rural	46,9	53,5
FECUNDIDAD		
Tasa Global de Fecundidad 3/	3,0	3,2
Área urbana 3/	2,6	2,9
Área rural 3/	3,6	3,6
Número medio de niñas y niños nacidos vivos de mujeres de 40 a 49 años de edad	4,6	4,1
Área urbana	4,2	3,5
Área rural	5,1	5,0
Mujeres en edad fértil con Seguro Integral de Salud	21,5	26,7
Área urbana	11,3	16,5
Área rural	35,8	41,1
OTROS DETERMNANTES DE LA FECUNDIDAD (Porcentaje)		
Mujeres actualmente unidas	61,3	63,3
Área urbana	58,8	59,0
Área rural	64,9	69,4
Mujeres que ha estado unida alguna vez	68,8	69,0
Área urbana	66,2	65,2
Área rural	72,7	74,3
Mujeres de 25-49 años de edad:		
Edad mediana a la primera unión	20,6	20,9
Área urbana	21,2	22,2
Área rural	19,8	19,4
Edad mediana al primer nacimiento	20,9	20,7
Área urbana	21,5	21,8
Área rural	20,0	19,4
Duración media de la amenorrea postparto (en meses)	13,2	12,6
Duración media de la abstinencia postparto (en meses)	5,6	3,9
PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS		
Porcentaje de mujeres actualmente unidas:		
Que no desea tener más hijas e hijos (incluyendo mujeres esterilizadas)	60,4	66,7
Que desea postergar el nacimiento siguiente dos años o más	29,1	22,2
Número medio ideal de hijas e hijos para las mujeres de 15 a 49 años de edad	2,4	2,4
Área urbana	2,3	2,3
Área rural	2,4	2,5
Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil (MEF)		
Porcentaje de mujeres que conoce algún método de planificación familiar	99,8	99,6
Porcentaje de mujeres actualmente unidas:		
Conoce algún método moderno	99,8	99,5
Área urbana	99,7	nd
Área rural	100,0	nd
Actualmente usa algún método	73,3	75,5
Área urbana	70,7	75,3
Área rural	76,6	75,6
Actualmente usa un método moderno	57,3	57,4
Área urbana	51,5	58,2
Área rural	64,7	56,5
Actualmente usa un método tradicional	16,0	18,1
Área urbana	19,2	17,2
Área rural	11,9	19,1

PRINCIPALES INDICADORES

INDICADOR/ÁREA DE RESIDENCIA	2009	2012
Proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar	10,3	8,3
Área urbana	9,9	8,8
Área rural	10,6	7,6
MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ		
Tasa de mortalidad neonatal 4/	14,5	16,3
Tasa de mortalidad infantil 4/	24,5	24,1
Tasa de mortalidad de menores de cinco años de edad 4/	37,1	30,6
ATENCIÓN MATERNA		
Porcentaje de últimos nacimientos cuyas madres recibieron: 5/		
Atención de un profesional de salud calificado (médico, obstetriz y enfermera) durante el embarazo (atención prenatal)	89,5	94,7
Área urbana	94,1	97,1
Área rural	84,2	92,0
Atención del parto en un establecimiento de salud	77,9	87,8
Área urbana	88,0	96,9
Área rural	66,3	77,4
Atención de un profesional de salud calificado (médico, obstetriz y enfermera) durante el parto	80,8	87,8
Área urbana	92,8	94,7
Área rural	68,5	79,6
Nacimientos por cesárea	10,4	17,6
Área urbana	14,0	19,4
Área rural	6,7	15,4
Control postnatal en los primeros dos días	83,9	94,1
Área urbana	86,5	99,1
Área rural	80,9	88,6
VACUNACIÓN		
Porcentaje de niñas y niños de 18 a 29 meses de edad con tarjeta de vacunación	64,4	80,3
Área urbana	56,9	86,4
Área rural	72,1	74,6
Porcentaje de niñas y niños de 18 a 29 meses de edad que han recibido: 6/		
BCG	90,7	94,5
Área urbana	92,2	100,0
Área rural	89,2	89,4
DPT (las tres dosis)	70,7	80,8
Área urbana	75,6	82,9
Área rural	65,6	78,8
Polio (las tres dosis)	55,7	78,1
Área urbana	48,7	82,7
Área rural	62,9	73,7
Antisarampionosa	78,4	90,4
Área urbana	76,2	88,2
Área rural	80,8	92,5
Todas las vacunas 7/	36,1	71,9
Área urbana 7/	35,9	80,4
Área rural 7/	36,4	63,9
Prevalencia de enfermedades en menores de cinco años de edad		
Porcentaje de niñas y niños con diarrea 8/	20,6	17,7
Área urbana 8/	18,0	14,1
Área rural 8/	23,4	22,0
Porcentaje de niñas y niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral SRO	21,6	33,6
Área urbana	21,3	42,1
Área rural	21,8	27,1
Porcentaje de niñas y niños enfermos con IRA	30,4	19,3
Área urbana	28,1	13,0
Área rural	32,6	26,7
NUTRICIÓN EN LA NIÑEZ (Porcentaje)		
Niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica (Patrón OMS)	38,4	26,0
Área urbana	35,1	26,0
Área rural	41,8	26,0
Niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica (Patrón NCHS)	28,5	19,2
Área urbana	27,2	19,1
Área rural	29,8	19,4
Niñas y niños menores de cinco años de edad con anemia	53,0	43,4
Área urbana	51,9	41,0
Área rural	53,9	46,2

PRINCIPALES INDICADORES

INDICADOR/ÁREA DE RESIDENCIA	2009	2012
Niñas y niños menores de cinco años de edad que recibió suplementos de hierro en los últimos siete días	20,6	nd
Área urbana	17,4	nd
Área rural	23,9	nd
Niñas y niños menores de cinco años de edad que recibió suplementos de vitamina A los últimos seis meses	7,3	nd
Área urbana	5,7	nd
Área rural	8,9	nd
Niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2,5 kg.)	10,2	7,7
Área urbana	10,6	8,9
Área rural	9,7	6,2
Niñas y niños menores de seis meses de edad con lactancia exclusiva	77,8	84,3
Niñas y niños menores de cuatro meses de edad amamantados	96,7	nd
Duración mediana de la lactancia (en meses) 9/	23,3	25,0
NUTRICIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL (Porcentaje)		
Mujeres que recibieron suplemento de hierro en el último nacimiento	67,7	85,3
Área urbana	66,0	85,0
Área rural	69,7	85,7
Mujeres que tomó hierro por 90 días o más durante el embarazo	5,8	nd
Área urbana	5,5	nd
Área rural	6,1	nd
Mujeres con anemia	26,7	16,3
Área urbana	29,2	16,4
Área rural	23,6	16,2
Madres con talla menor de 145,0 cms.	15,6	13,7
Área urbana	14,9	11,2
Área rural	16,7	17,2
PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL (Porcentaje)		
Con una ITS	0,4	0,4
Área urbana	0,2	0,5
Área rural	0,8	0,3
Con flujo vaginal	20,1	14,4
Área urbana	20,4	15,4
Área rural	19,7	13,1
Úlceras llagas genitales	2,9	1,2
Área urbana	2,6	0,9
Área rural	3,2	1,6
VIOLENCIA FAMILIAR A MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS (Porcentaje)		
Experimentaron violencia física por el esposo o compañero	52,0	32,7
Área urbana	53,8	33,8
Área rural	49,9	31,3
Experimentaron violencia sexual por el esposo o compañero	11,0	4,8
Área urbana	10,6	4,6
Área rural	11,5	5,0
Fueron agredidas alguna vez bajo los efectos del alcohol por el esposo o compañero	61,2	57,6
Área urbana	59,8	59,3
Área rural	63,0	55,4
Mujeres de 15-49 años de edad que fueron maltratadas por otras personas	12,0	13,6
Área urbana	11,0	15,5
Área rural	13,4	11,0

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/ Comprende agua potable dentro, fuera de la vivienda y pilón/grifo público.

2/ Servicio con desagüe comprende el servicio higiénico conectado a red pública dentro y fuera de la vivienda.

3/ Tomando como base los nacimientos ocurridos durante los tres años anteriores a la encuesta.

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

5/ Tomando como base los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta.

6/ Información obtenida del carnet de vacunación y de la información proporcionada por la madre.

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

8/ Niñas y niños menores de cinco años de edad cuyas madres declararon que aquéllos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta.

9/ Calculado por el método de Prevalencia/ Incidencia.

a/ 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.

nd = No disponible.

RESUMEN EJECUTIVO

Se presenta el comportamiento de los indicadores más importantes en los diferentes temas vinculados a la salud reproductiva y materna infantil, en el ámbito del departamento de Pasco, abordados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012.

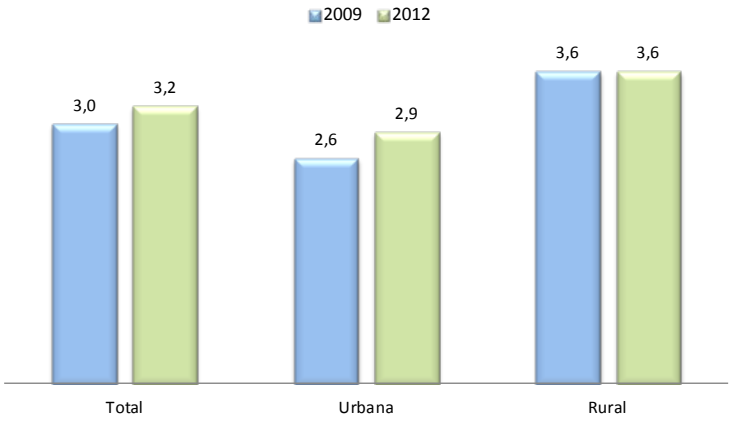
1. Niveles y tendencia de la Fecundidad

Según la encuesta 2012, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 3,2 hijos por mujer, lo que significa que el promedio de hijos por mujer incremento con respecto a lo estimado con la encuesta 2009 (3,0 hijos por mujer).

Según área de residencia, el área rural muestra el promedio de hijos por mujer más alto (3,6 hijos). Mientras, que en el área urbana el promedio de hijos por mujer fue 2,9 hijos. Sin embargo, al compararlo con el año 2009 la fecundidad en el área urbana se incrementó en 0,3 hijos por mujer.

PASCO: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012

(Hijos por Mujer)



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

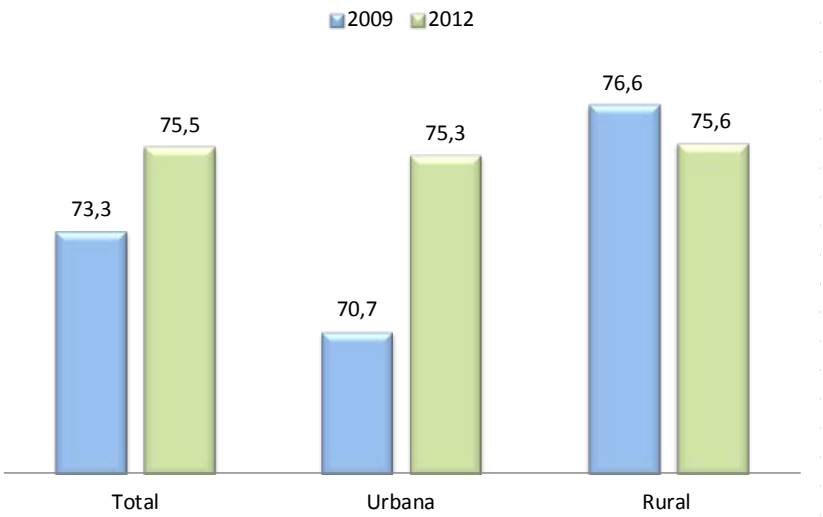
2. Uso actual de métodos de Planificación Familiar

El 75,5 por ciento de las mujeres en unión conyugal usaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta, lo que representó un incremento de 2,2 puntos porcentuales respecto a lo observado el año 2009 (73,3 por ciento). El 57,4 por ciento usaban método moderno y el 18,1 por ciento algún método tradicional.

Según área de residencia, la proporción de uso de algún método anticonceptivo en el área rural fue 75,6 por ciento y en la urbana 75,3 por ciento, observándose una diferencia de 0,3 puntos porcentuales.

PASCO: MUJERES UNIDAS SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012

(Porcentaje)



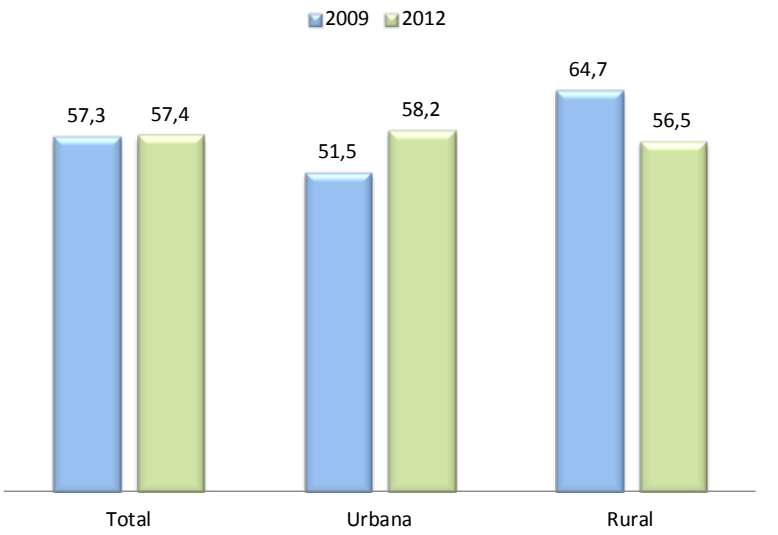
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Uso de Métodos Modernos

La proporción de usuarias de un método moderno fue mayor en el área urbana que en el área rural (58,2 frente a 56,5 por ciento, respectivamente).

PASCO: MUJERES UNIDAS QUE USAN MÉTODOS MODERNOS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012

(Porcentaje)

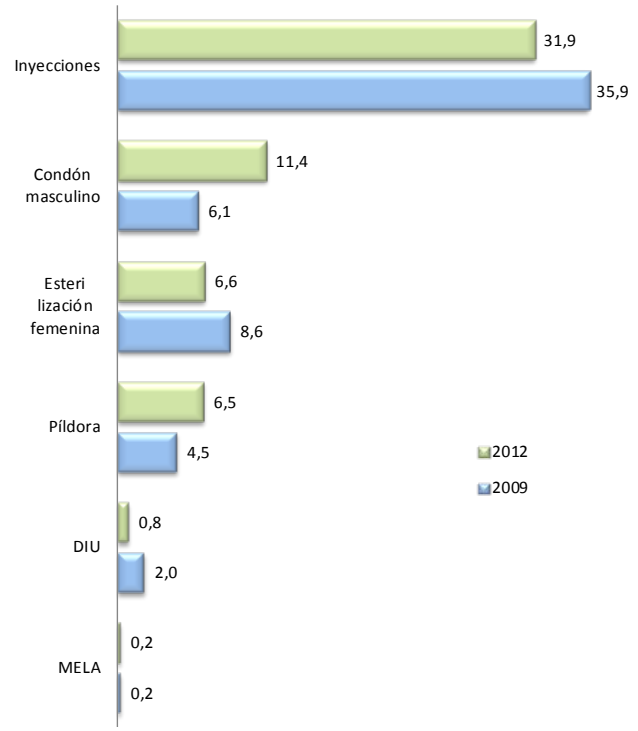


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Entre las mujeres actualmente unidas, las inyecciones es el método más utilizado (31,9 por ciento), disminuyendo en 4,0 puntos porcentuales respecto al registrado el año 2009. El método moderno que aumentaron en porcentaje de uso entre los años 2009 y 2012, fue el condón masculino al cambiar de 6,1 a 11,4 por ciento y la píldora de 4,5 a 6,5 por ciento.

El mayor proveedor de métodos anticonceptivos en Pasco fue el sector público a través del Ministerio de Salud y EsSalud, con el 84,6 por ciento de las usuarias actuales.

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



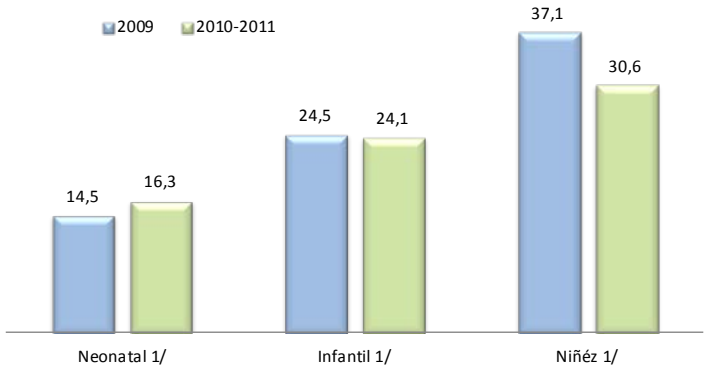
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

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

En el departamento de Pasco la Tasa de Mortalidad Infantil fue de 24,1 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, y la Mortalidad en la Niñez fue de 30,6 defunciones.

PASCO: 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

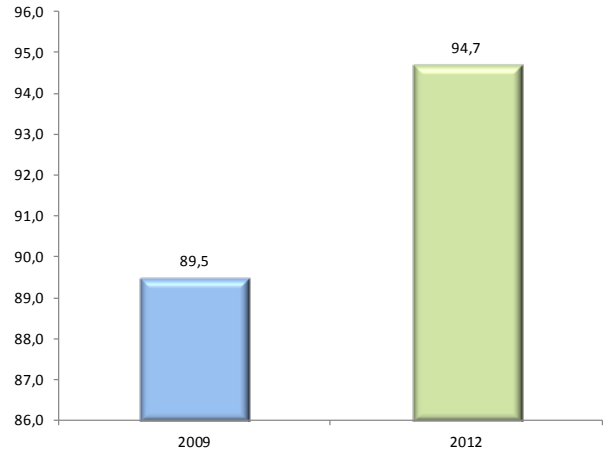
Atención prenatal

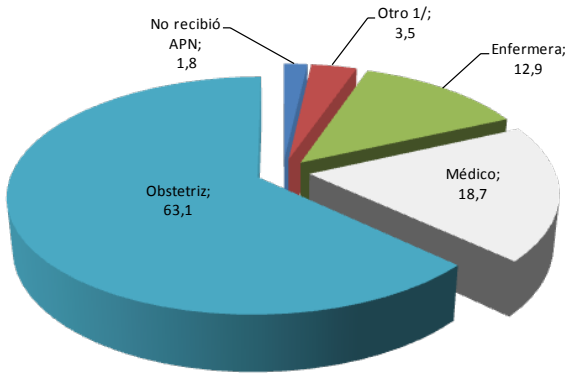
En el último embarazo, el 94,7 por ciento de las mujeres tuvo algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetriz y enfermera). Esta cifra significó 5,2 punto porcentual más que lo observado en el año 2009 (89,5 por ciento).

En los cinco años anteriores a la encuesta 2012, recibieron atención prenatal por obstetriz el 63,1 por ciento, por médico el 18,7 por ciento de mujeres, el 12,9 por ciento por enfermera y el 1,8 por ciento no recibió atención prenatal.

PASCO: ÚLTIMOS NACIMIENTOS QUE RECIBIERON CONTROL PRENATAL DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD, 2009 Y 2012

(Porcentaje)





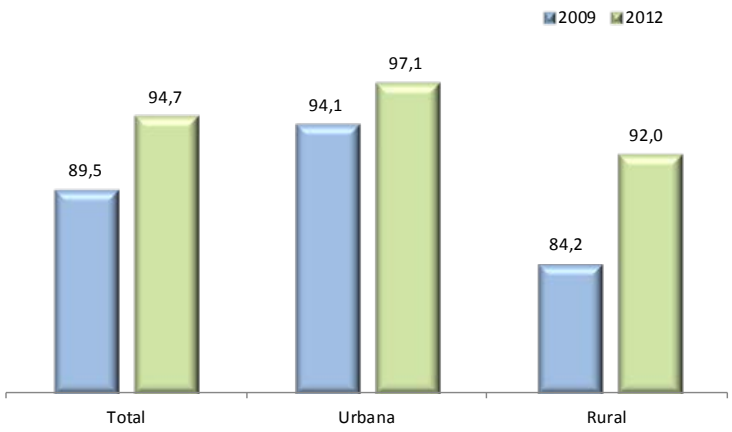
Nota: Se refiere al último nacimiento de los cinco años anteriores a la fecha de entrevista.
1/ Incluye técnico en enfermería, promotor de salud y comadrona/partera.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

En el área rural que recibieron control prenatal por profesional de salud. En el año 2009 este indicador se ubicó en 84,2 por ciento y en el año 2012 subió a 92,0 por ciento lo que representó un incremento de 7,8 puntos porcentuales.

Según tipo de profesional de salud, más mujeres fueron atendidas por obstetriz tanto en el área urbana (70,2 por ciento) como en la rural (55,1 por ciento) que por médico (25,5 y 11,0 por ciento, respectivamente).

PASCO: NACIMIENTOS QUE RECIBIERON CONTROL PRENATAL DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012

(Porcentaje)



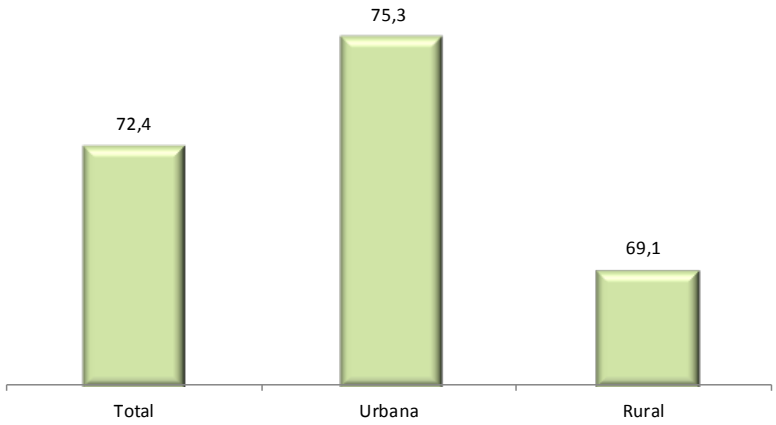
Nota: Se refiere al último nacimiento de los cinco años anteriores a la fecha de entrevista.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

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 (mayor al 99,0 por ciento). Al 94,6 por ciento de las mujeres le explicaron los síntomas de complicaciones del embarazo y, entre otras acciones al 62,2 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 72,4 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 (75,3 frente a 69,1 por ciento, respectivamente).

PASCO: 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.

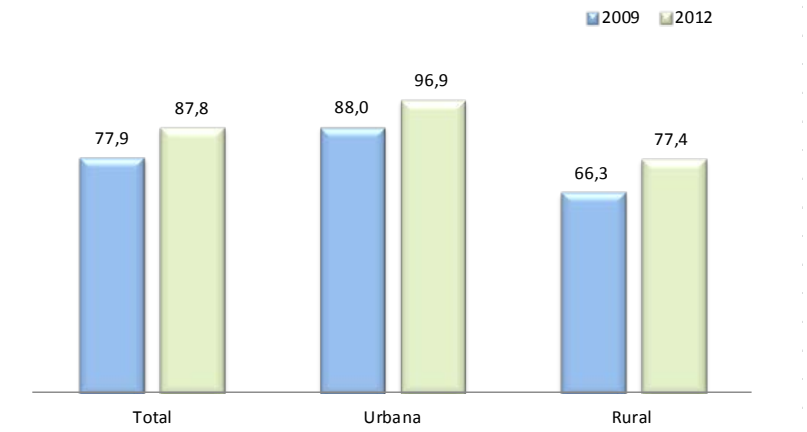
Asistencia del Parto

El porcentaje de atención del parto de los últimos nacimientos, en un establecimiento de salud (público o privado), fue 87,8 por ciento. Esta proporción aumentó en 9,9 puntos porcentuales respecto al año 2009 (77,9 por ciento). De otro lado, la ocurrencia de partos en casa fue 12,0 por ciento, inferior en 9,3 puntos porcentuales a lo observado el año 2009 (21,3 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 (96,9 frente a 77,4 por ciento, respectivamente).

PASCO: NACIMIENTOS ATENDIDOS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012

(Porcentaje)



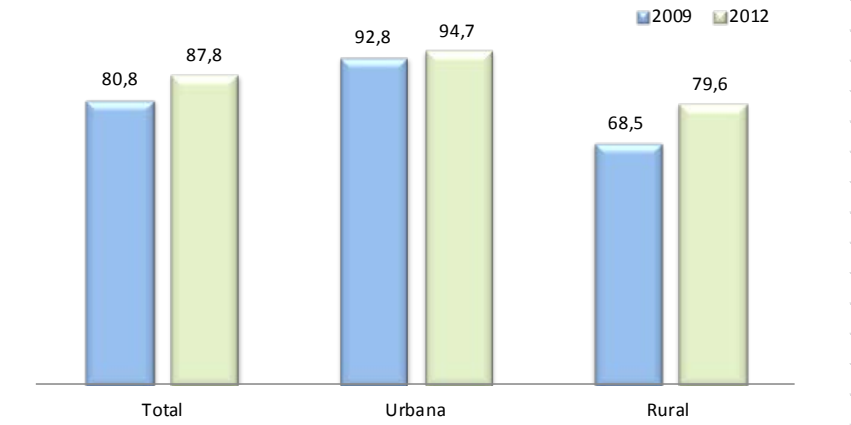
Nota: Se refiere al último nacimiento de los cinco años anteriores a la fecha de entrevista.

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

La atención del parto por un profesional de la salud, se incrementó en mayor proporción (11,1 puntos porcentuales) en el caso de las mujeres residentes en el área rural (79,6 por ciento), respecto a lo registrado el año 2009 (68,5 por ciento).

PASCO: 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.

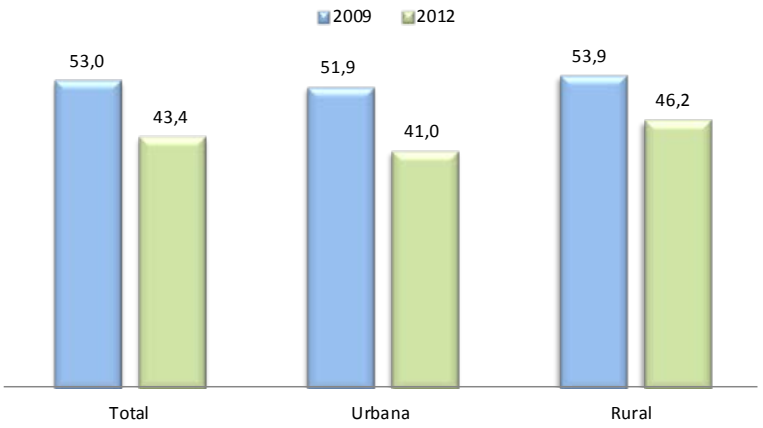
Anemia en niñas y niños

Al 43,4 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad residente en Pasco, se le detectó anemia en el año 2012. Esta proporción fue menor a la observada en el año 2009 (53,0 por ciento). Según tipo de anemia, el 25,4 por ciento tenía anemia leve, el 17,8 por ciento anemia moderada y el 0,3 por ciento anemia severa.

Según área de residencia, la anemia fue más frecuente entre niñas y niños del área rural (46,2 por ciento). En el área urbana el porcentaje correspondió al 41,0 por ciento.

PASCO: 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.

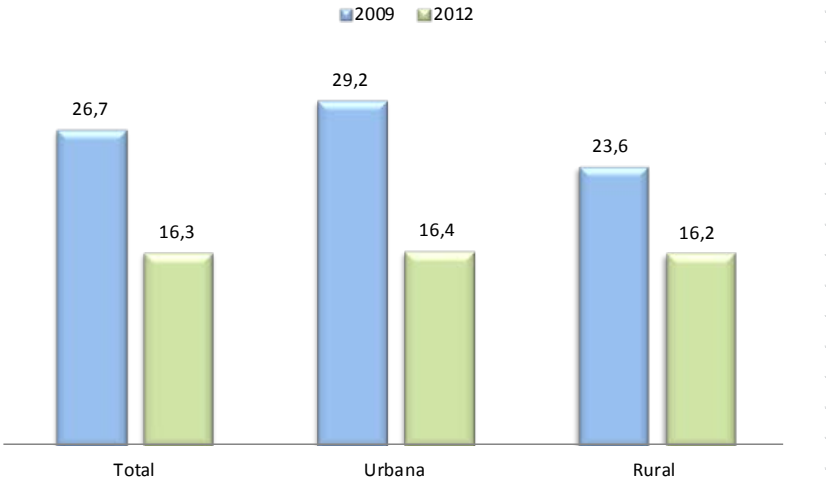
Anemia en mujeres

El 16,3 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad padecía de algún tipo de anemia, proporción menor en 10,4 puntos porcentuales al valor reportado el año 2009 (26,7 por ciento). Según la encuesta 2012, el 13,7 por ciento de mujeres en edad fértil tenía anemia leve, el 2,5 por ciento presentaba anemia moderada y el 0,1 por ciento anemia severa.

Según área de residencia, el porcentaje fue ligeramente mayor en el área urbana (16,4 por ciento) que en el área rural (16,2 por ciento).

PASCO: 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.

Desnutrición crónica

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 sexo.

En el año 2006 se difundió, a nivel internacional, el Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este nuevo patrón de referencia fue elaborado sobre la base de un conjunto de niños y niñas residentes en un entorno óptimo para el crecimiento: prácticas de alimentación recomendadas para lactantes, niñas y niños pequeños, buena atención de salud, madres no fumadoras y otros factores relacionados con los buenos resultados de salud. De otro lado, el patrón de referencia del National Center for Health Statistics (NCHS), se basaba en datos de una muestra limitada de niñas y niños residentes en los Estados Unidos, por lo que carecía de una base sólida para la evaluación del indicador de desnutrición crónica en los países.

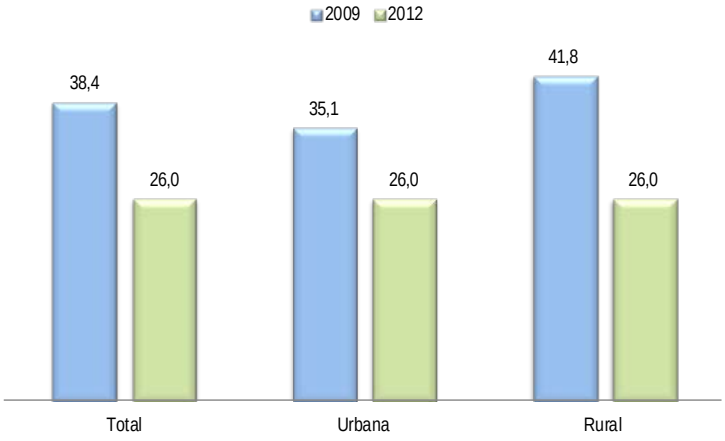
El presente informe presenta la medición con ambos patrones a fin de mostrar la tendencia del indicador. Según el patrón de la OMS, la desnutrición crónica afectó al 26,0 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad, en el año 2009 el 38,4 por ciento de la población infantil, tenía una talla menor para su edad.

Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en la misma proporción a niñas y niños del área urbana y rural (26,0 por ciento).

PASCO: DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012

(T/e <-2 desviaciones estándar respecto al patrón OMS)

(Porcentaje)



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

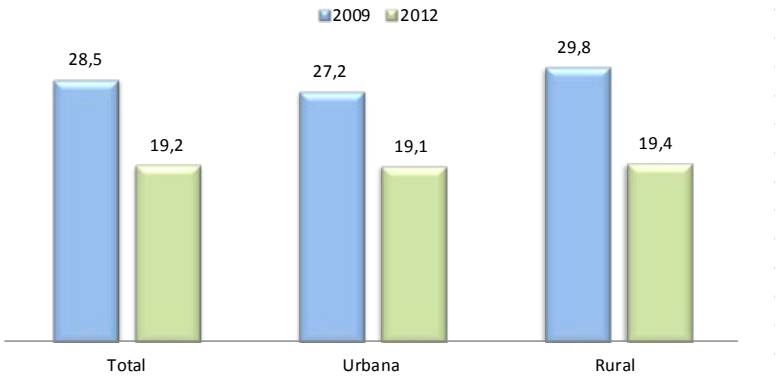
Según el patrón NCHS, la desnutrición crónica afectó al 19,2 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2009 (28,5 por ciento).

La desnutrición crónica en las niñas y niños del área rural fue ligeramente mayor (19,4 por ciento), es decir, 0,3 puntos porcentuales más que en el área urbana (19,1 por ciento).

PASCO: DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012

(T/e <-2 desviaciones estándar respecto al patrón NCHS)

(Porcentaje)



Patrón NCHS (National Center for Health Statistica), mide la relación talla y peso, por edad y sexo de las niñas y niños.

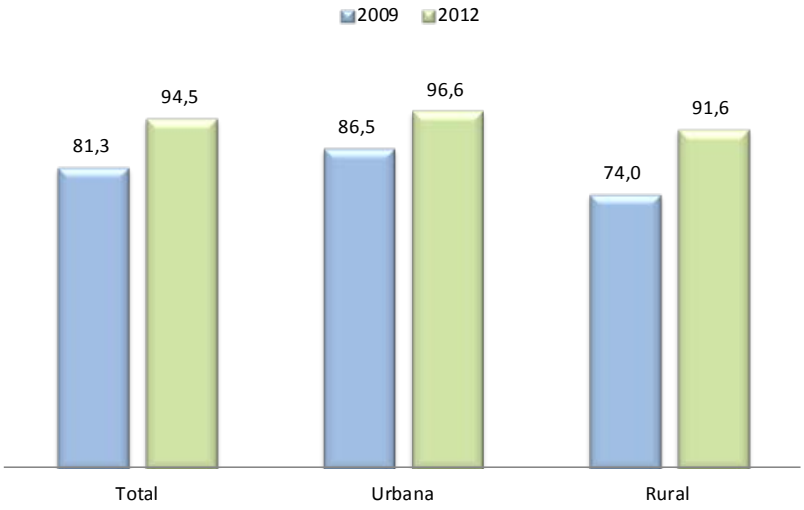
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

5. Conocimiento de VIH e ITS

Del total de mujeres entrevistadas el año 2012, el 94,5 por ciento conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA lo que implica un incremento de 13,2 puntos porcentuales, en relación con el año 2009 donde el porcentaje era de 81,3 por ciento. Según área de residencia, se observó un mayor porcentaje en el área urbana (96,6 por ciento), sin embargo, en el área rural (91,6 por ciento) se presenta un mayor incremento con respecto al año 2009 (17,6 puntos porcentuales).

PASCO: MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE CONOCEN VIH/SIDA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012

(Porcentaje)



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

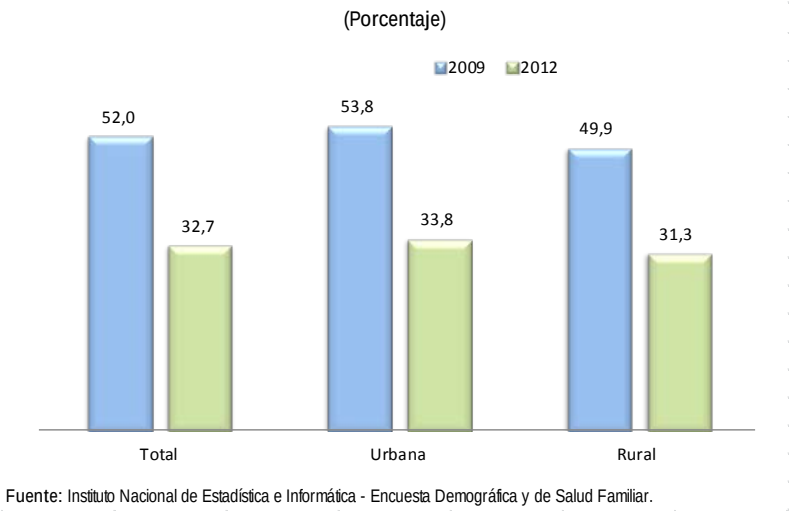
Sobre el conocimiento de las formas específicas de evitar el VIH, el 82,4 por ciento de las mujeres respondió "limitar el número de parejas sexuales o mutua fidelidad" y el 77,6 por ciento el uso del condón. El conocimiento sobre "limitar el número de parejas sexuales o mutua fidelidad" y el uso del condón, se incrementaron en 19,5 y 14,6 puntos porcentuales, respectivamente, respecto al año 2009.

Entre las mujeres que manifestaron haber oído hablar sobre el VIH/SIDA, el 97,9 por ciento conocía sobre el uso de condón, como una forma de prevenir enfermedades, pero solo el 11,3 por ciento respondió haber utilizado el último mes.

6. Violencia contra Mujeres, Niñas y Niños

El 32,7 por ciento de las mujeres, alguna vez unidas, declaró que fueron víctimas de violencia física. Según área de residencia, se observó mayor porcentaje de mujeres víctimas de violencia física en el área urbana (33,8 por ciento) en comparación con el área rural (31,3 por ciento).

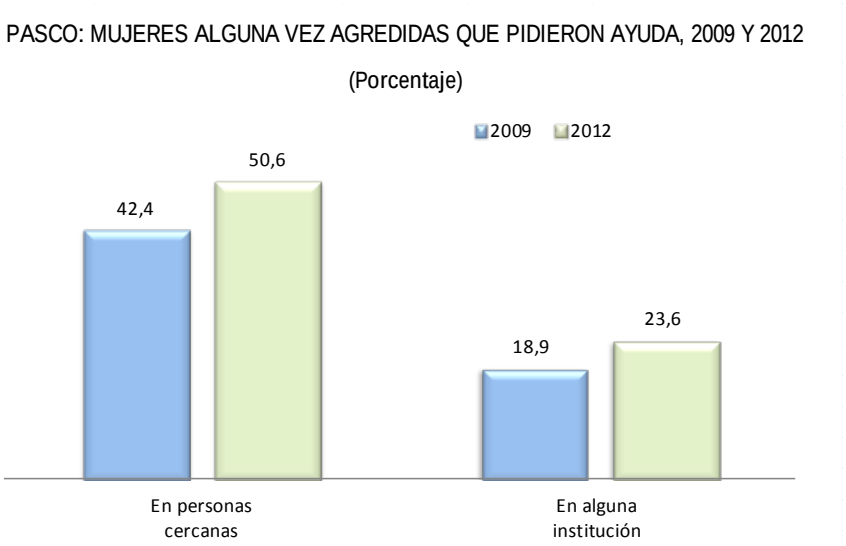
PASCO: MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE EXPERIMENTARON VIOLENCIA FÍSICA POR ESPOSO/COMPAÑERO, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012



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

El 50,6 por ciento de las mujeres agredidas buscó ayuda en personas cercanas y el 23,6 por ciento, en alguna institución; comparando con el año 2009 la búsqueda de ayuda en personas cercanas o en alguna institución se incrementaron en 8,2 y 4,7 puntos porcentuales, respectivamente.

PASCO: MUJERES ALGUNA VEZ AGREDIDAS QUE PIDIERON AYUDA, 2009 Y 2012



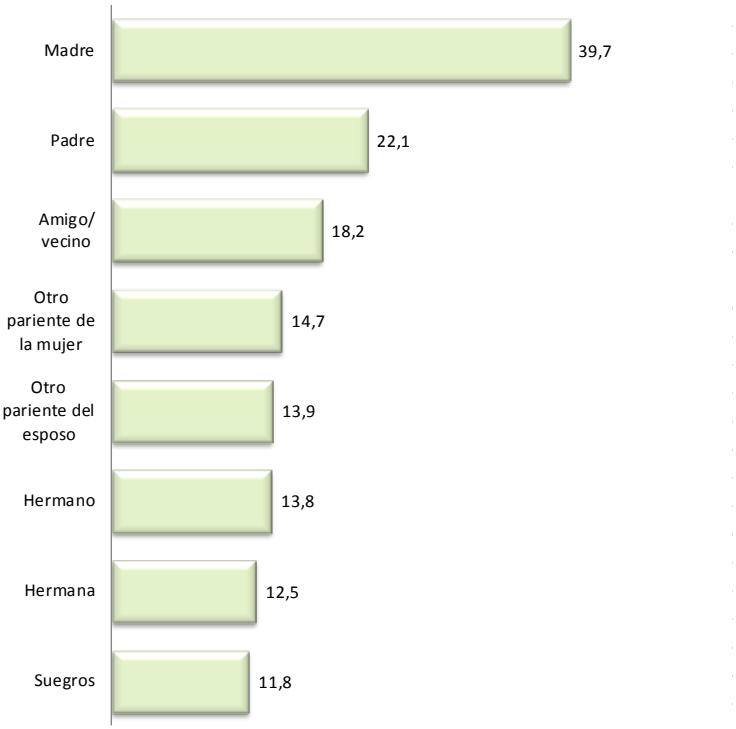
Nota: Pregunta con respuesta múltiple.

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

Las mujeres entrevistadas declararon que solicitaron ayuda generalmente a la madre (39,7 por ciento) y al padre (22,1 por ciento); seguido de amigo/vecino y otro pariente de la mujer (18,2 y 14,7 por ciento, respectivamente).

PASCO: MUJERES AGREDIDAS FÍSICAMENTE, SEGÚN PERSONA CERCANA A QUIÉN PIDIÓ AYUDA, 2012

(Porcentaje)

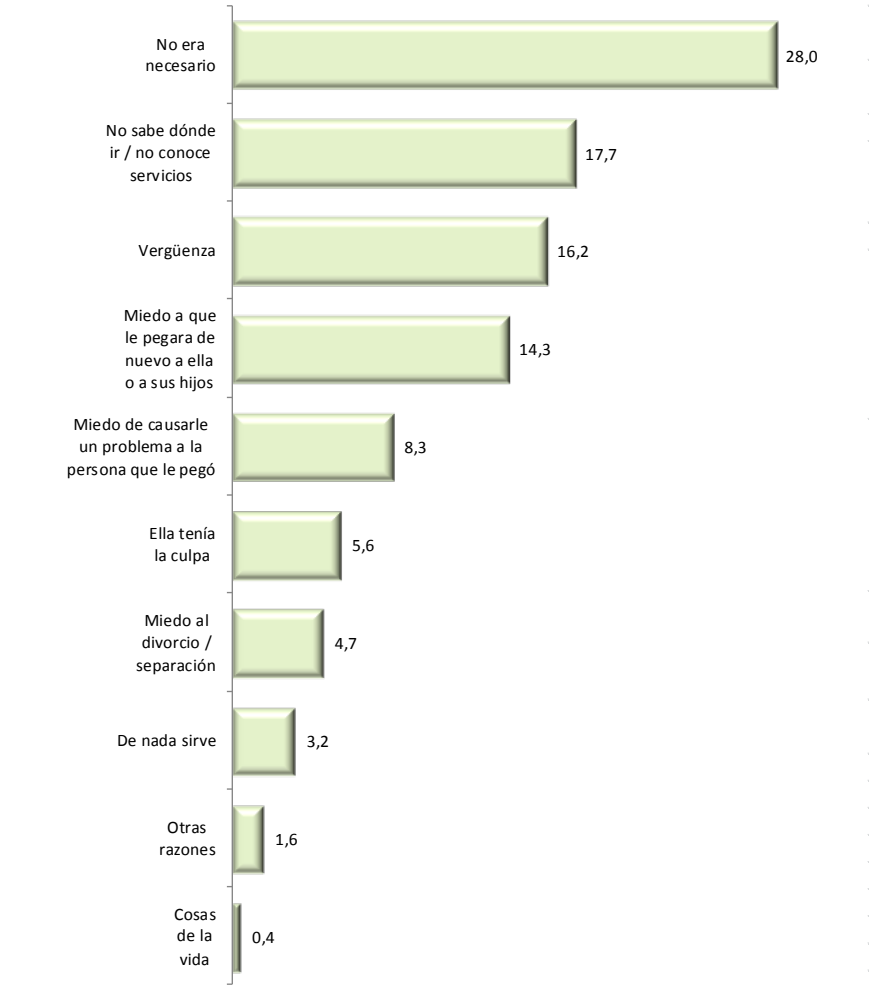


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

De cada 100 mujeres agredidas físicamente, 28 manifestaron que no era necesario buscar ayuda, el 17,7 por ciento no sabe a dónde ir/no conoce servicios, el 16,2 por ciento reportó que sentían vergüenza, el 14,3 por ciento miedo a que le pegara de nuevo a ella o a sus hijos(as) y el 8,3 por ciento miedo a causarle un problema a la persona que le pego.

PASCO: 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.

CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y LA POBLACIÓN 1

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 cómo el servicio de mayor cobertura en los hogares de Pasco. En efecto, el 81,5 por ciento de los hogares tenían acceso a este servicio, lo que constituye un decremento de 5,1 puntos porcentuales respecto al año 2009 (86,6 por ciento). Los hogares más beneficiados fueron los del área urbana, donde el servicio cubre al 98,7 por ciento; en el área rural el 59,6 por ciento disponía de este servicio.

Fuente de agua para beber

- En el departamento de Pasco, el 73,1 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 (49,5 por ciento).

- En el área urbana, el 89,4 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 52,2 por ciento de los hogares del área rural que se encuentran en esa misma situación; no obstante el 33,7 por ciento de los hogares del área rural aún utilizan agua proveniente de manantial para beber.

Servicio higiénico o sanitario

- El 69,9 por ciento de los hogares tenía servicio higiénico: 44,9 por ciento con inodoro conectado a la red pública y 25,0 por ciento con letrina incluyendo pozo ciego o negro.

- En el área urbana, la proporción de hogares con servicio higiénico (80,2 por ciento) es mayor que en el área rural (56,7 por ciento). La mayor proporción de hogares sin servicio higiénico se encuentra en el área rural (40,5 por ciento).

Material del piso

- El material predominante en el piso de los hogares fue madera/entablado (48,7 por ciento), seguido de cemento/ladrillo (24,7 por ciento). El material para piso menos utilizado fue el parquet o madera pulida con el 0,7 por ciento de los hogares.

- En el área rural el material para el piso más utilizado fue la madera/entablada (41,4 por ciento), seguido de tierra/arena (35,9 por ciento). En el área urbana el 54,5 por ciento de las viviendas tiene como principal material del piso la madera/entablada, seguido de cemento/ladrillo con 27,4 por ciento.

CUADRO Nº 1.1

PASCO: 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	86,6	81,5	98,7	59,6
Fuente de agua para beber				
Red Pública dentro de la vivienda	61,8	49,5	59,8	36,3
Red Pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio	7,0	15,1	21,0	7,5
Pilón/Grifo público	11,3	8,5	8,6	8,4
Pozo en la casa/patio	0,4	1,1	0,0	2,6
Pozo público	1,5	0,2	0,0	0,5
Manantial	7,8	15,7	1,6	33,7
Río/ acequia	2,9	3,8	0,4	8,1
Agua de lluvia	0,1	0,3	0,6	0,0
Camión cisterna	0,5	0,4	0,8	0,0
Agua embotellada	0,4	2,0	3,1	0,5
Otros	6,4	3,4	4,2	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Tiempo para ir a fuente de agua < 15 minutos	85,8	84,2	85,9	82,0
Servicio sanitario				
Red Pública dentro de la vivienda	30,8	32,2	51,3	7,7
Red Pública fuera de la vivienda	6,2	12,7	19,1	4,6
Letrina exclusiva	16,3	22,0	8,0	39,9
Letrina común	1,3	3,0	1,8	4,5
No hay servicio	43,5	28,4	19,0	40,5
Otro 1/	1,8	1,7	0,7	2,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Principal material del piso				
Tierra/ arena	24,9	21,3	9,8	35,9
Madera (entablado)	47,2	48,7	54,5	41,4
Parquet o madera pulida	1,2	0,7	1,1	0,2
Láminas asfálticas vinílicos o similares	1,0	0,9	1,6	0,0
Losetas, terrazos o similares	0,5	3,6	5,7	1,0
Cemento/ladrillo	24,8	24,7	27,4	21,2
Otro	0,4	0,1	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de viviendas	266	271	152	119

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 del departamento de Pasco poseían radio y televisor (83,2 y 76,0 por ciento, respectivamente). En el área urbana, al menos el 86,3 por ciento de los hogares tenía radio y el 92,7 por ciento televisor; y en el área rural, el 79,1 por ciento de los hogares contaba con radio y el 54,6 por ciento con televisor.

- El 20,3 por ciento tenía computadora. En el área urbana 33,5 por ciento; y, en el área rural, sólo 3,3 por ciento de los hogares tenían dicho bien.

- El refrigerador es un bien que tenía el 17,5 por ciento de los hogares en el departamento de Pasco; en particular, los hogares urbanos (20,0 por ciento). Respecto al año 2009, la proporción de hogares con refrigerador se incrementó en 5,9 puntos porcentuales.

- El teléfono residencial o fijo es un bien que sólo se encontró en el 5,1 por ciento de hogares y fundamentalmente, los hogares urbanos (8,5 por ciento). Esta proporción a nivel total ha disminuido en 1,4 puntos porcentuales respecto al año 2009 (6,5 por ciento).

- El 15,5 por ciento de los hogares tenía motocicleta, el 13,5 por ciento bicicleta y el 10,4 por ciento carro/camión.

CUADRO Nº 1.2
PASCO: 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	94,2	83,2	86,3	79,1
Televisor	79,0	76,0	92,7	54,6
Teléfono residencial	6,5	5,1	8,5	0,7
Refrigerador	11,6	17,5	20,0	14,3
Computadora	8,7	20,3	33,5	3,3
Bicicleta	20,1	13,5	16,6	9,7
Motocicleta	11,6	15,5	11,6	20,4
Carro/ camión	10,8	10,4	14,2	5,6
Bote con motor	1,6	2,1	0,0	4,8
Número de hogares	266	271	152	119

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 Pasco, el 40,7 por ciento de los hogares se encontraban en el quintil intermedio de riqueza y 5,2 por ciento en el quintil inferior; en el área rural el 48,3 por ciento de los hogares se ubicaban en el quintil inferior y el 0,4 por ciento en el quintil superior. Asimismo, el 34,6 por ciento de los hogares se encuentra en el segundo quintil de riqueza.

CUADRO Nº 1.3

PASCO: 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	24,1	5,2	48,3
Segundo quintil	29,4	25,4	34,6
Quintil intermedio	29,0	40,7	14,2
Cuarto quintil	14,7	24,2	2,5
Quintil superior	2,8	4,6	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
Número de hogares	271	152	119

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 Pasco muestra, en el 2012 una estructura relativamente joven: 35,0 por ciento tenía menos de 15 años, el 59,7 por ciento se encuentra entre los 15 y 64 años y un 5,4 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, es similar la proporción, la población de 15 a 64 años se incrementa ligeramente en 0,1 puntos porcentuales, que constituye la población en edad de trabajar y la población de 65 a más años no varía la proporción.

- La estructura por edad de la población, según área de residencia muestra diferencias: el 37,7 por ciento de la población era menor de 15 años en el área rural en comparación con el 32,7 por ciento en el área urbana. La proporción de personas en edad de trabajar, de 15 a 64 años, fue mayor en el área urbana (62,4 por ciento) que en el área rural (56,2 por ciento). La población de 65 y más años de edad constituye el 6,1 por ciento en el área rural y en el área urbana 4,8 por ciento.

- El 35,0 por ciento de los hombres eran menores de 15 años, proporción que es mayor que la registrada por las mujeres (34,9 por ciento). Esta diferencia se refleja igualmente en el área urbana donde los hombres menores de 15 años eran 33,1 por ciento y las mujeres 32,5 por ciento. En el área rural esta diferencia fue menor de 37,6 por cierto de los hombres tenían menos de 15 años y el 37,9 por ciento de mujeres no superaba los 15 años.

Mujeres en edad fértil

- En el departamento de Pasco las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, representaban el 25,0 por ciento de la población total del departamento y el 48,9 por ciento de la población femenina de Pasco.
- La proporción de mujeres en edad fértil fue mayor en el área urbana (50,6 por ciento) que en el área rural (46,7 por ciento). En el área urbana, representan el 26,0 por ciento de la población total urbana y el 50,6 por ciento de la población femenina urbana; en tanto que, en el área rural representó el 23,8 por ciento de la población total rural y el 46,7 por ciento de la población femenina rural; este comportamiento fue similar al encontrado el año 2009.

CUADRO Nº 1.4
PASCO: 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	11,5	11,0	11,9	11,1	10,9	11,3	11,9	11,2	12,6
5-9	12,3	12,6	11,9	11,1	11,8	10,5	13,7	13,7	13,7
10-14	11,2	11,4	11,1	10,5	10,4	10,7	12,1	12,7	11,6
15-19	9,5	9,5	9,6	9,1	9,3	8,9	10,1	9,7	10,4
20-24	7,6	7,4	7,7	8,0	7,8	8,1	7,1	6,9	7,3
25-29	6,9	7,0	6,9	7,4	7,6	7,3	6,3	6,2	6,3
30-34	7,8	7,4	8,1	8,6	7,7	9,4	6,8	7,0	6,5
35-39	6,6	7,0	6,1	6,8	7,7	5,9	6,3	6,2	6,4
40-44	5,7	5,8	5,6	6,1	6,2	6,0	5,1	5,2	5,1
45-49	5,2	5,6	4,9	5,2	5,5	5,0	5,2	5,7	4,7
50-54	4,5	4,5	4,5	5,3	5,3	5,3	3,4	3,4	3,4
55-59	3,2	2,7	3,7	3,2	3,0	3,4	3,3	2,3	4,2
60-64	2,7	2,8	2,6	2,7	2,6	2,8	2,6	2,9	2,3
65-69	1,7	1,9	1,5	1,6	1,5	1,7	1,8	2,3	1,3
70-74	1,4	1,3	1,5	1,0	0,7	1,2	1,9	2,0	1,8
75-79	1,2	1,3	1,1	1,2	1,3	1,1	1,2	1,3	1,2
80 y más	1,1	0,9	1,3	1,0	0,7	1,3	1,2	1,2	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	959	468	491	538	262	276	421	206	215

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 Pasco, 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 7,5 y 5,8 años de estudios, respectivamente; la misma que se incrementó en 0,1 años en los hombres y mujeres, respecto al año 2009.

- En el área urbana, la mediana de años de estudios de los hombres (10,2 años) fue mayor a la mediana de años de estudios de las mujeres (8,5 años); brecha educativa que se ha incrementado, de 1,5 años en el año 2009 a 1,7 años en el año 2012. En el área rural la mediana de años de estudios de los hombres (5,2 años) fue mayor a la de las mujeres (4,5 años). En este ámbito la brecha de estudios disminuyó de 1,1 (en el año 2009) a 0,7 años en el 2012.

CUADRO Nº 1.5

PASCO: 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	24,8	75,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	49	0,8
10 - 14	100,0	0,0	48,8	20,2	31,1	0,0	0,0	0,0	53	5,1
15 - 19	100,0	0,0	3,5	8,8	46,7	32,9	8,1	0,0	44	9,3
20 - 24	100,0	0,7	6,2	9,8	18,7	28,0	36,6	0,0	35	10,5
25 - 29	100,0	0,7	2,3	7,2	11,3	42,5	36,0	0,0	33	10,7
30 - 34	100,0	1,5	7,0	11,1	13,3	36,2	30,9	0,0	35	10,5
35 - 39	100,0	2,4	10,0	11,6	13,5	33,4	29,1	0,0	33	10,4
40 - 44	100,0	5,5	17,1	7,3	14,9	35,1	20,0	0,0	27	10,1
45 - 49	100,0	2,3	33,4	0,8	13,0	27,4	23,1	0,0	26	10,0
50 - 54	100,0	0,0	35,1	0,0	16,3	22,2	26,4	0,0	21	9,8
55 - 59	100,0	4,1	45,4	0,0	13,4	20,3	16,8	0,0	12	6,2
60 - 64	100,0	5,6	43,7	0,0	15,8	17,2	17,6	0,0	13	5,0
65 y más	100,0	18,1	70,2	0,0	5,3	3,4	3,1	0,0	25	2,6
Área de residencia										
Urbana	100,0	4,5	21,4	4,6	15,1	26,9	27,5	0,0	229	10,2
Rural	100,0	6,5	41,6	11,1	21,3	15,3	4,2	0,0	178	5,2
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	7,5	47,7	13,5	20,7	9,5	1,1	0,0	91	4,5
Segundo quintil	100,0	6,5	36,3	8,7	19,5	21,7	7,3	0,0	116	5,8
Quintil intermedio	100,0	4,1	23,3	5,2	16,5	28,4	22,5	0,0	117	10,0
Cuarto quintil	100,0	3,3	13,2	2,3	15,1	27,2	38,8	0,0	68	10,6
Quintil superior	100,0	1,9	5,4	1,9	9,3	21,2	60,2	0,0	14	12,1
Total 2012	100,0	5,4	30,2	7,4	17,8	21,8	17,3	0,0	406	7,5
Total 2009	100,0	4,6	28,8	8,7	25,9	23,9	8,1	0,0	450	7,4

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 Nº 1.6

PASCO: 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	25,6	74,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	47	0,8
10 - 14	100,0	1,1	39,9	22,3	36,7	0,0	0,0	0,0	54	5,4
15 - 19	100,0	1,0	5,5	9,5	56,7	20,5	6,8	0,0	47	9,0
20 - 24	100,0	1,8	6,4	9,5	16,6	27,9	37,8	0,0	38	10,6
25 - 29	100,0	1,4	12,6	13,7	13,4	27,1	31,7	0,0	34	10,3
30 - 34	100,0	2,1	11,9	16,0	18,4	27,2	24,4	0,0	40	10,1
35 - 39	100,0	5,1	20,0	15,7	19,1	15,4	24,7	0,0	30	7,7
40 - 44	100,0	4,0	18,5	21,7	9,4	21,2	25,2	0,0	27	8,2
45 - 49	100,0	7,8	45,0	0,9	11,3	13,1	21,9	0,0	24	4,9
50 - 54	100,0	13,7	51,4	0,0	7,8	11,6	15,5	0,0	22	4,3
55 - 59	100,0	23,9	52,1	0,0	7,1	7,2	9,8	0,0	18	2,9
60 - 64	100,0	28,0	57,1	0,0	5,1	3,5	6,3	0,0	13	1,6
65 y más	100,0	66,6	28,1	0,0	0,5	2,9	1,9	0,0	27	0,0
Área de residencia										
Urbana	100,0	8,7	23,4	6,2	18,8	18,9	24,2	0,0	239	8,5
Rural	100,0	15,1	39,7	15,0	19,0	7,6	3,5	0,0	182	4,5
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	21,7	44,7	13,8	13,8	4,6	1,5	0,0	99	2,8
Segundo quintil	100,0	12,0	34,2	13,1	23,5	13,2	3,9	0,0	119	5,3
Quintil intermedio	100,0	8,0	24,9	7,8	18,6	19,7	21,1	0,0	122	8,2
Cuarto quintil	100,0	3,6	17,3	4,2	18,8	18,1	38,0	0,0	67	10,3
Quintil superior	100,0	2,2	8,5	3,9	18,8	17,9	48,7	0,0	14	10,9
Total 2012	100,0	11,5	30,4	10,0	18,9	14,0	15,2	0,0	421	5,8
Total 2009	100,0	12,5	30,5	10,4	26,0	14,4	6,2	0,0	439	5,7

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 96,5 por ciento de la población de 6 a 15 años asistía a un centro de enseñanza regular[2], la misma que fue casi similar por sexo (96,8 por ciento en los hombres y 96,1 por ciento en las mujeres) y muestra una diferencia de 2,6 puntos porcentuales por área de residencia (97,7 por ciento en el área urbana y 95,1 por ciento en el área rural).

- La asistencia escolar disminuye considerablemente en el grupo de 16 a 20 años (51,1 por ciento) y baja aún más entre la población de 21 a 24 años (18,1 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 Nº 1.7

PASCO: 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	97,9	98,7	97,2	99,6	100,0	99,1	96,3	97,3	95,3
11 - 15 años	94,8	94,6	95,0	95,9	94,5	97,1	93,5	94,6	92,3
6 - 15 años	96,5	96,8	96,1	97,7	97,4	98,1	95,1	96,2	94,0
16 - 20 años	51,1	46,6	55,3	62,8	56,0	70,0	37,6	34,6	40,1
21 - 24 años	18,1	24,2	12,9	27,1	35,8	20,2	4,7	8,5	1,1
6 - 24 años	73,7	74,7	72,8	77,3	77,9	76,8	69,6	71,0	68,1

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

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES 2

El propósito de este capítulo es describir la situación de las mujeres en edad reproductiva del departamento de Pasco. 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 Pasco, la población femenina de 15 a 49 años de edad continúa siendo una población relativamente joven pues el 49,0 por ciento de ellas son menores de 30 años, peso poblacional que evidencia una disminución de 0,7 puntos porcentuales respecto al año 2009 (49,7 por ciento).

- El 31,0 por ciento de las mujeres eran solteras y 63,3 por ciento de las entrevistadas se encontraban en unión (25,2 por ciento casadas y 38,1 por ciento en unión consensual); mientras que en el año 2009 fue 61,3 por ciento.

- El 5,7 por ciento de mujeres en edad fértil se encontraban en condición de separadas, divorciadas o viudas; proporción que fue menor en 0,3 puntos porcentuales a la observada el año 2009 (6,0 por ciento).

Área de residencia y nivel de riqueza (Cuadro 2.1)

- El 58,3 por ciento de las mujeres en edad fértil residían en el área urbana y 41,7 por ciento en el área rural.

- Del total de mujeres en edad fértil entrevistadas en el año 2012, el 48,2 por ciento de ellas se encontraba en los dos quintiles más bajos de riqueza (19,8 por ciento en el quintil inferior y 28,4 por ciento en el segundo quintil); evidenciando una movilidad descendiente en el índice de riqueza.

CUADRO Nº 2.1
PASCO: 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	19,1	43	187
20-24	15,8	35	155
25-29	14,1	31	138
30-34	16,8	38	162
35-39	12,7	28	119
40-44	11,4	26	109
45-49	10,2	23	96
Estado conyugal			
Soltera	31,0	69	307
Casada	25,2	56	238
Conviviente	38,1	85	366
Divorciada/separada/viuda	5,7	12	55
Área de residencia			
Urbana	58,3	130	578
Rural	41,7	93	388
Nivel de educación 1/			
Sin educación	2,6	6	25
Primaria	27,4	61	250
Secundaria	46,0	103	448
Superior	24,0	54	243
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	19,8	44	179
Segundo quintil	28,4	64	267
Quintil intermedio	31,4	70	311
Cuarto quintil	16,7	37	173
Quintil superior	3,6	8	36
Grupo étnico			
Castellano	98,1	219	950
Quechua	0,4	1	4
Aymara	0,1	0	1
Otra lengua aborígen	1,4	3	11
Idioma extranjero	0,0	0	0
Total	100,0	223	966

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 Pasco, el 86,5 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 (60,1 por ciento), radio (65,9 por ciento) y el 22,0 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 casi la totalidad de mujeres con educación superior (98,1 por ciento) tenía acceso a un medio de comunicación; en el caso de mujeres sin educación el porcentaje baja a 50,0 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 (89,2 por ciento) o del área rural (82,8 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 13,5 por ciento. Esta condición se presentó en mayor proporción entre las mujeres sin educación (50,0 por ciento) y las ubicadas en el quintil inferior de riqueza (27,3 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 30 a 34 años de edad (18,4 por ciento).

CUADRO Nº 2.2
PASCO: ACCESO DE LAS MUJERES A LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN, POR TIPO DE MEDIO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Ningún medio de comunicación	Medio de comunicación: por lo menos una vez por semana				Número de mujeres
		Periódico o revista	Televisión	Radio	Los tres medios	
Grupo de edad						
15-19	9,3	25,6	60,5	72,1	14,0	43
20-24	8,6	28,6	68,6	65,7	20,0	35
25-29	9,7	25,8	67,7	61,3	12,9	31
30-34	18,4	18,4	60,5	57,9	10,5	38
35-39	17,9	14,3	57,1	64,3	10,7	28
40-44	15,4	19,2	53,8	69,2	11,5	26
45-49	17,4	17,4	47,8	73,9	8,7	23
Área de residencia						
Urbana	10,8	28,5	70,8	66,9	17,7	130
Rural	17,2	14,0	45,2	64,5	5,4	93
Nivel de educación						
Sin educación	50,0	0,0	16,7	33,3	0,0	6
Primaria	26,2	8,2	39,3	54,1	3,3	61
Secundaria	9,7	20,4	67,0	68,0	11,7	103
Superior	1,9	42,6	74,1	75,9	25,9	54
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	27,3	6,8	20,5	68,2	2,3	44
Segundo quintil	18,8	12,5	56,3	56,3	6,3	64
Quintil intermedio	8,6	24,3	77,1	64,3	15,7	70
Cuarto quintil	2,7	43,2	78,4	81,1	29,7	37
Quintil superior	0,0	50,0	75,0	75,0	25,0	8
Total 2012	13,5	22,0	60,1	65,9	13,0	223
Total 2009	18,8	13,1	59,4	67,7	8,5	241

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 62,4 por ciento de las mujeres entrevistadas realizó algún tipo de trabajo en los 12 meses anteriores a la encuesta: 52,5 por ciento con ocupación en la semana anterior al día de la entrevista y 9,9 por ciento ocupadas en algún momento anterior a la misma pero dentro del periodo de referencia. Dicha tasa de ocupación muestra un descenso de 6,2 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 39,3 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 (72,6 por ciento) entre las mujeres de 45 a 49 años de edad.

- Las mujeres en edad fértil que en mayor proporción participaron en la actividad económica fueron las mujeres divorciadas, separadas o viudas (91,4 por ciento), la mayoría de ellas (84,7 por ciento) con ocupación en la semana anterior al día de la entrevista y tan sólo 6,7 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 (57,7 por ciento), lo que representa un diferencial de 33,7 puntos porcentuales entre los dos grupos analizados.

- De manera similar, dicho porcentaje fue mayor entre las mujeres que tienen tres o cuatro hijos (67,1 por ciento) y las ubicadas en el quintil inferior de riqueza (71,1 por ciento). El menor nivel de participación se registró entre las mujeres sin hijos (55,6 por ciento), las ubicadas en el quintil superior de riqueza (59,1 por ciento); y las que tienen educación secundaria (55,1 por ciento).

CUADRO Nº 2.3

PASCO: 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	23,2	16,1	60,8	43
20-24	100,0	51,5	16,5	32,0	35
25-29	100,0	58,2	10,5	31,3	31
30-34	100,0	56,2	6,9	37,0	38
35-39	100,0	60,6	6,1	33,3	28
40-44	100,0	68,1	3,0	28,9	26
45-49	100,0	67,7	4,9	27,4	23
Estado conyugal					
Soltera	100,0	44,5	13,2	42,4	69
Casada o conviviente	100,0	53,6	8,6	37,8	142
Divorciada/ separada/viuda	100,0	84,7	6,7	8,6	13
Número de niños vivos					
0	100,0	40,0	15,6	44,5	64
1-2	100,0	56,7	8,0	35,3	85
3-4	100,0	59,0	8,1	32,9	51
5 y más	100,0	57,3	5,5	37,2	23
Área de residencia					
Urbana	100,0	49,2	10,1	40,6	130
Rural	100,0	57,1	9,6	33,3	93
Nivel de educación					
Sin educación	100,0	92,7	7,3	0,0	6
Primaria	100,0	55,3	6,7	38,0	61
Secundaria	100,0	43,4	11,7	44,9	103
Superior	100,0	62,4	10,5	27,1	54
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	100,0	62,9	8,2	28,9	44
Segundo quintil	100,0	52,1	9,9	38,0	64
Quintil intermedio	100,0	46,8	10,7	42,5	70
Cuarto quintil	100,0	52,7	10,3	37,0	37
Quintil superior	100,0	48,2	10,9	40,9	8
Total 2012	100,0	52,5	9,9	37,6	223
Total 2009	100,0	55,9	12,7	31,3	241

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.

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 61,2 por ciento de ellas se dedicaban a labores no agrícolas y el 38,8 por ciento se dedicaron a la agricultura.

- Las ocupaciones agrícolas en mayor proporción la desempeñaron las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (85,9 por ciento), aquellas sin educación (84,1 por ciento); las mujeres del área rural (66,7 por ciento) y entre aquellas que tienen 35 a 39 (48,3 por ciento).

- Las ocupaciones calificadas de ventas y servicios, en mayor porcentaje, la desempeñaron las mujeres ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (42,6 por ciento), las que tienen educación secundaria (36,2 por ciento); las mujeres con tres o cuatro hijo/hija (30,5 por ciento) y mujeres casada o conviviente (29,3 por ciento).

- Las ocupaciones de profesionales, técnicos y gerentes la desempeñan mayormente las mujeres con educación superior (48,0 por ciento), las ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (33,8 por ciento), las mujeres sin hijo/hija vivo (21,0 por ciento), las que tienen 25 a 29 años de edad (21,6 por ciento) y las mujeres solteras (19,2 por ciento).

CUADRO Nº 2.4
PASCO: TIPO DE OCUPACIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, QUE TRABAJAN, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Profesional/ técnico/gerente	Oficinista	Ventas y servicios	Manual calificado	Manual no calificado	Servicio doméstico	Agricultura	Sin Información	Número de mujeres
Grupo de edad										
15-19	100,0	0,0	1,4	26,5	0,0	8,3	14,8	46,7	2,3	17
20-24	100,0	16,4	11,3	22,0	1,1	2,2	10,6	34,3	2,1	24
25-29	100,0	21,6	3,5	28,3	1,5	3,4	8,3	31,6	1,8	22
30-34	100,0	19,0	4,9	29,5	4,8	0,5	6,4	34,3	0,5	24
35-39	100,0	10,4	7,6	22,0	0,0	3,6	8,0	48,3	0,0	19
40-44	100,0	13,3	1,7	31,3	4,9	2,4	3,6	42,1	0,7	18
45-49	100,0	20,6	0,0	31,5	1,4	2,4	5,6	38,6	0,0	16
Estado conyugal										
Soltera	100,0	19,2	11,8	22,6	0,7	5,9	9,1	28,8	1,9	40
Casada o conviviente	100,0	12,9	2,0	29,3	2,5	1,4	6,8	44,4	0,7	88
Divorciada/ separada/viuda	100,0	16,1	1,3	26,1	3,3	6,1	15,6	30,5	1,1	12
Número de niños vivos										
0	100,0	21,0	10,7	23,0	0,8	5,7	10,5	25,8	2,5	35
1-2	100,0	19,0	4,8	30,4	0,7	3,1	9,3	31,7	0,9	55
3-4	100,0	7,9	0,5	30,5	4,9	0,8	6,2	49,2	0,0	34
5 y más	100,0	1,5	0,0	16,9	3,4	1,6	3,1	72,6	0,9	15
Área de residencia										
Urbana	100,0	24,6	7,5	34,0	2,7	4,6	10,1	16,4	0,0	77
Rural	100,0	2,9	1,3	18,5	1,2	1,2	5,7	66,7	2,5	62
Nivel de educación										
Sin educación	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,1	3,9	84,1	0,0	6
Primaria	100,0	0,6	0,0	19,7	1,9	1,3	6,0	70,2	0,3	38
Secundaria	100,0	3,3	1,5	36,2	1,4	4,6	13,6	37,3	2,0	57
Superior	100,0	48,0	14,8	25,4	3,4	1,2	3,0	3,5	0,7	39
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	0,7	0,6	3,6	0,9	1,3	6,7	85,9	0,4	31
Segundo quintil	100,0	3,6	2,6	29,9	2,5	5,7	6,7	48,6	0,3	39
Quintil intermedio	100,0	22,5	6,4	33,4	2,4	3,6	11,9	17,0	2,9	40
Cuarto quintil	100,0	33,8	9,6	42,6	2,5	0,8	7,2	3,0	0,5	24
Quintil superior	100,0	(45,1)	(10,8)	(30,3)	(0,0)	(0,0)	(4,5)	(9,3)	(0,0)	5
Total 2012	100,0	14,9	4,7	27,1	2,0	3,1	8,2	38,8	1,1	139
Total 2009	100,0	9,9	2,0	32,6	4,4	1,5	12,2	37,4	0,0	166

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 como trabajadora dependiente, es decir empleada por otra por otra persona (37,1 por ciento). En menor proporción

empleada por un familiar (29,3 por ciento).

- La mayoría de mujeres (70,5 por ciento) percibe un ingreso en dinero por su participación laboral; en particular, las mujeres que desempeñan ocupaciones no agrícolas (93,6 por ciento).

- Las mujeres que no perciben ningún tipo de ingreso por su trabajo, en promedio fueron el 28,2 por ciento de las mujeres ocupadas. Esta condición es mayor en las ocupadas agrícolas con el 64,9 por ciento.

- La participación de las mujeres en edad fértil en la actividad económica, en su mayoría fue en forma continua, durante todo el año (50,7 por ciento), forma de participación que entre las mujeres con ocupaciones no agrícolas ascendió al 54,5 por ciento. Un 27,9 por ciento de ellas, lo realiza por temporadas y un 21,3 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 agrícolas (29,7 y 24,4 por ciento, respectivamente). En las actividades no agrícolas, los porcentajes descendió a 26,4 y 19,1 por ciento, respectivamente.

CUADRO Nº 2.5
PASCO: 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	33,6	25,8	38,5	*
Empleada por otra persona	37,1	13,7	51,8	*
Empleada por un familiar	29,3	60,5	9,7	*
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Forma de remuneración				
Dinero solamente	64,0	29,6	86,2	*
Dinero y especie	6,5	4,4	7,4	*
Especie solamente	1,2	1,2	1,3	*
No le pagan	28,2	64,9	5,1	*
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Continuidad de trabajo				
Todo el año	50,7	45,9	54,5	*
Por temporada	27,9	29,7	26,4	*
De vez en cuando	21,3	24,4	19,1	*
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	139	54	84	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.

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 el Departamento de Pasco el 55,8 por ciento de las mujeres actualmente unidas declaran que principalmente ellas deciden cómo se gasta el ingreso que perciben. Sólo un 4,0 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 35 a 39 años (70,2 por ciento); y las ubicadas en el segundo quintil de riqueza (57,8 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, las mujeres con educación primaria (7,7 por ciento), una edad entre 40 a 44 años de edad (7,4 por ciento), residentes del área rural (4,1 por ciento), en el cuarto quintil de riqueza (9,4 por ciento) y las que tienen de tres o cuatro hijos/hijas (4,6 por ciento).

CUADRO Nº 2.6

PASCO: 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 entre-vistada decide	Principalmente esposo o compañero	Ambos	
Grupo de edad					
15-29	100,0	51,2	1,5	47,3	13
30-34	100,0	58,3	6,7	35,1	9
35-39	100,0	70,2	0,0	29,8	7
40-44	100,0	59,5	7,4	33,0	9
45-49	100,0	45,5	4,7	49,8	9
Número de hijos vivos					
0	100,0	*	*	*	1
1-2	100,0	56,6	2,6	40,8	23
3-4	100,0	55,5	4,6	40,0	17
5 y más	100,0	(58,4)	(9,7)	(31,9)	5
Área de residencia					
Urbana	100,0	54,1	3,9	42,0	30
Rural	100,0	58,9	4,1	37,0	17
Nivel de educación					
Sin educación	100,0	*	*	*	1
Primaria	100,0	58,4	7,7	33,9	11
Secundaria	100,0	57,4	4,5	38,1	19
Superior	100,0	50,4	0,8	48,8	15
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	100,0	*	*	*	3
Segundo quintil	100,0	57,8	3,7	38,5	13
Quintil intermedio	100,0	54,7	1,1	44,2	18
Cuarto quintil	100,0	54,0	9,4	36,5	10
Quintil superior	100,0	*	*	*	2
Total	100,0	55,8	4,0	40,2	46

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

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" (83,3 por ciento) o "Compras para las necesidades diarias" (59,6 por ciento) y "El cuidado de su salud" (54,4 por ciento). La proporción fue menor cuando se trata de "Las grandes compras del hogar" (15,4 por ciento) o de las interacciones sociales fuera del hogar "Visitar a familiar, amigos y parientes" (13,1 por ciento). En estos casos la decisión la toman en conjunto con el esposo o compañero (60,6 y 74,1 por ciento, respectivamente).

CUADRO Nº 2.7

PASCO: 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	54,4	25,6	0,1	19,5	0,4	0,0
Las grandes compras del hogar	100,0	15,4	60,6	0,2	23,3	0,5	0,0
Compras para las necesidades diarias	100,0	59,6	29,5	1,1	9,4	0,3	0,0
Visitar a familiar, amigos y parientes	100,0	13,1	74,1	0,0	12,5	0,2	0,0
Qué se debe cocinar cada día	100,0	83,3	12,1	2,1	1,8	0,7	0,0

La información está basada en 141 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 60,3 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 76,0 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 20 a 24 años de edad (69,6 por ciento), las que trabajan por dinero (67,3 por ciento); y las que tienen uno o dos hijos/hijas (67,8 por ciento). Un menor porcentaje se encontró entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (51,7 por ciento); y las que tienen de cinco a más hijos/hijas (47,4 por ciento). Asimismo, entre las que trabajan no por dinero (39,2 por ciento) y las ubicadas en el quintil inferior de riqueza (34,6 por ciento).

CUADRO Nº 2.8
PASCO: 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	81,3	65,7	76,7	89,2	80,4	51,7	4,2	6
20-24	85,0	80,8	93,1	92,7	95,8	69,6	1,5	19
25-29	74,8	71,5	86,5	80,1	93,6	52,2	2,4	23
30-34	79,2	78,5	87,0	84,6	96,4	61,5	1,8	31
35-39	81,9	74,6	86,0	87,6	95,8	62,1	1,2	23
40-44	75,8	73,1	94,0	85,3	96,5	55,0	0,0	20
45-49	84,3	80,6	94,6	95,9	98,5	64,7	0,0	19
Número de niños vivos								
0	(80,9)	(89,4)	(84,7)	(91,2)	(89,4)	(66,7)	(0,0)	5
1-2	84,2	80,6	91,5	91,2	95,5	67,8	0,4	66
3-4	75,7	72,1	90,9	83,3	96,0	55,2	1,6	49
5 y más	76,8	67,7	78,7	83,3	94,8	47,4	3,9	21
Área de residencia								
Urbana	88,0	84,0	94,6	90,4	97,7	70,8	0,0	77
Rural	70,5	66,5	82,7	83,5	92,6	47,7	2,9	65
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	5
Primaria	68,0	62,3	81,6	80,5	95,8	43,0	2,2	50
Secundaria	85,9	81,4	94,0	89,7	96,0	65,2	0,4	58
Superior	94,6	96,1	97,3	96,3	96,4	85,9	0,0	29
Trabajo								
No trabaja	82,5	78,7	92,2	91,6	95,9	65,4	1,0	54
Trabaja por dinero	84,8	83,4	92,6	88,4	96,6	67,3	0,4	56
Trabaja no por dinero	67,3	58,5	78,0	78,0	92,5	39,2	3,4	32
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	61,3	54,3	75,4	78,5	90,1	34,6	4,8	29
Segundo quintil	75,3	74,4	89,9	83,9	98,4	54,0	0,0	43
Quintil intermedio	89,8	83,6	92,5	92,8	94,8	72,3	1,1	45
Cuarto quintil	91,9	90,1	98,8	93,2	98,1	80,3	0,0	21
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	*	4
Total	80,0	76,0	89,1	87,3	95,4	60,3	1,3	142

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 Pasco, 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 52,7 por ciento de las mujeres en edad fértil tenían algún seguro de salud. La mayor proporción de mujeres aseguradas se encuentran en el Seguro Integral de Salud (26,7 por ciento) y en EsSalud (25,9 por ciento). Al primero de ellos tuvo acceso el 41,1 por ciento de las mujeres en edad fértil residentes en el área rural y el 16,5 por ciento del área urbana. En cambio, en EsSalud fueron registradas el 35,5 por ciento de las mujeres en edad fértil residentes en el área urbana y sólo el 12,4 por ciento del área rural.

- Las mujeres en edad fértil con seguro de EsSalud, en mayor porcentaje fueron las que tienen educación superior (46,9 por ciento), las ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (58,2 por ciento); y entre las mujeres en edad fértil mayores de 30 años, en particular entre las de 35 a 39 años (37,4 por ciento). Las mujeres que tienen acceso al Seguro Integral de Salud se ubican mayormente entre las agrupadas en el quintil inferior de riqueza (47,4 por ciento) y aquellas sin educación (39,0 por ciento).

CUADRO Nº 2.9
PASCO: 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	15,8	0,5	34,1	0,0	0,0	49,6	43
20-24	10,2	0,0	35,8	0,0	0,0	54,0	35
25-29	26,8	0,0	25,3	0,0	0,0	47,9	31
30-34	32,7	0,0	22,9	0,6	0,0	44,4	38
35-39	37,4	0,0	17,8	0,0	1,0	44,8	28
40-44	33,9	0,0	21,1	0,0	0,0	45,0	26
45-49	33,5	0,0	24,4	0,0	0,8	42,1	23
Área de residencia							
Urbana	35,5	0,2	16,5	0,2	0,4	47,9	130
Rural	12,4	0,0	41,1	0,0	0,0	46,5	93
Nivel de educación							
Sin educación	0,0	0,0	39,0	0,0	0,0	61,0	6
Primaria	12,1	0,0	36,5	0,0	0,0	51,4	61
Secundaria	24,6	0,0	30,0	0,0	0,3	45,3	103
Superior	46,9	0,4	7,8	0,4	0,4	44,8	54
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	3,3	0,0	47,4	0,0	0,0	49,2	44
Segundo quintil	13,7	0,0	34,7	0,0	0,4	51,6	64
Quintil intermedio	30,7	0,0	21,0	0,0	0,0	48,3	70
Cuarto quintil	58,2	0,0	5,1	0,6	0,5	36,7	37
Quintil superior	54,6	2,8	0,0	0,0	0,0	42,6	8
Total	25,9	0,1	26,7	0,1	0,2	47,3	223

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 2012, 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 (92,7 por ciento) conoce o ha escuchado sobre la tuberculosis; de las cuales, el 78,3 por ciento sabía que la TBC se transmite a través del aire cuando la persona enferma tose y el 69,9 por ciento declaró que ésta es una enfermedad que se puede curar. El 49,4 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 (83,4 por ciento) y las que poseen educación superior (94,2 por ciento).

- Las que declararon que la tuberculosis tiene cura, en mayor proporción se encuentran en el área urbana (70,6 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 (49,5 por ciento). Similar porcentaje se encontró en el área rural (49,3 por ciento).

CUADRO Nº 2.10

PASCO: 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	91,5	43	73,9	65,3	43,0	39
20-24	92,1	35	76,7	65,8	46,5	32
25-29	93,8	31	77,9	68,1	46,6	29
30-34	94,8	38	79,9	69,2	57,8	36
35-39	96,5	28	81,5	74,4	50,9	27
40-44	90,1	26	82,3	77,4	49,1	23
45-49	89,3	23	78,0	74,7	54,3	20
Área de residencia						
Urbana	95,2	130	83,4	70,6	49,5	124
Rural	89,2	93	70,6	68,9	49,3	83
Nivel de educación						
Sin educación	69,8	6	*	*	*	4
Primaria	84,3	61	63,7	60,9	53,9	52
Secundaria	95,5	103	78,7	69,6	49,3	98
Superior	99,6	54	94,2	79,5	47,7	53
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	85,0	44	66,3	68,7	50,6	38
Segundo quintil	90,0	64	71,8	65,4	53,6	57
Quintil intermedio	96,7	70	82,1	71,2	46,8	68
Cuarto quintil	97,3	37	91,9	74,7	46,2	36
Quintil superior	100,0	8	86,8	75,4	51,1	8
Total	92,7	223	78,3	69,9	49,4	207

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.

FECUNDIDAD 3

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de la población. Ésta ha venido descendiendo lentamente en el departamento de Pasco, siendo todavía su nivel elevado al igual que en varios departamentos del país, en algunos de las cuales las condiciones de vida son aun deprimidas, a pesar de los esfuerzos que se realizan.

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 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 2011[1]. 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 el Departamento de Pasco, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 3,2 hijos por mujer para el período 2009-2012 según la encuesta 2012. La TGF estimada para el área urbana fue de 2,9 hijos y para el área rural 3,6 hijos.

- Se puede concluir que la fecundidad se ha incrementado en el periodo transcurrido entre la encuesta 2009 y la del 2012 pasando de 3,0 a 3,2 hijos por mujer para el total del departamento, también se aprecia un ascenso de 2,6 a 2,9 hijos en el área urbana y se mantuvo en 3,6 hijos por mujer 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 de 20 a 24 años de edad, y conjuntamente con los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años aportan el 64,9 por ciento de la fecundidad. Esta desciende rápidamente a partir de los 35 años de edad.

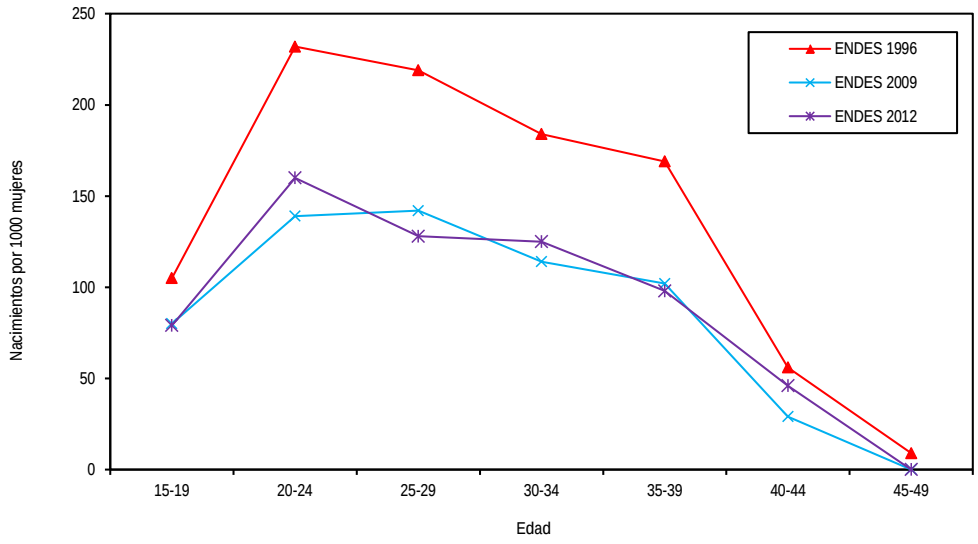
- También en el área urbana, la fecundidad por edad alcanza su mayor nivel en el grupo 20 a 24 años de edad, y en conjunto con los grupos 25 a 29 y 30 a 34 años, aportan el 66,2 por ciento de la fecundidad total del área.

CUADRO Nº 3.1
PASCO: 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	79	38	127
20-24	160	135	197
25-29	128	116	147
30-34	125	129	118
35-39	98	105	87
40-44	46	51	39
45-49	0	0	0
TGF 2012 1/	3,2	2,9	3,6
TGF 2009 1/	3,0	2,6	3,6
TFG 2/	109	99	124
TBN 3/	24,3	22,7	26,6

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 Nº 3.1
PASCO: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD, SEGÚN VARIAS ENCUESTAS, 1996, 2009 Y 2012



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

- Igualmente con respecto al área rural, la fecundidad por edad tiene su mayor nivel en el grupo 20 a 24 años de edad que conjuntamente con los grupos 25 a 29 y 30 a 34 años, aportan el 64,6 por ciento de la fecundidad del área.

- La Tasa de Fecundidad General (TFG) en el departamento fue de 109 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad, en el área urbana 99 y en el área rural 124 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva.

- La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) para el total del departamento fue 24,3 nacimientos por cada mil habitantes, en el área urbana 22,7 y en el área rural 26,6 nacimientos por cada mil habitantes.

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 el departamento 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 34,7 por ciento desde 4,9 hijos por mujer a 3,2 (1,7 hijos), este porcentaje fue aun mayor entre las mujeres de 35 a 39 años (42,0) y en las de 25 a 29 años (41,6 por ciento).

- En los últimos tres años, la fecundidad se incrementó ligeramente (6,7 por ciento), destacando el mayor ascenso en el grupo 40 a 44 años (58,6 por ciento).

CUADRO Nº 3.2
PASCO: EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 1996, 2009 Y 2012

Grupo de edad	ENDES 1996	ENDES 2009	ENDES 2012
15-19	105	80	79
20-24	232	139	160
25-29	219	142	128
30-34	184	114	125
35-39	169	102	98
40-44	56	29	46
45-49	9	0	0
Tasa global	4,9	3,0	3,2

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 el departamento pues se observan marcadas diferencias, según el área de residencia, nivel educativo y quintil de riqueza.

- De continuar los niveles actuales de reproducción, las mujeres con educación primaria tendrían al final de su vida reproductiva 1,7 veces el número de hijos que aquellas con educación superior (4,3 frente a 2,5); siendo la brecha entre ambos niveles de 1,8 hijos, la misma que se ha incrementado para los mismos niveles educativos en 0,3 hijos, respecto a la brecha observada en la encuesta 2009 que fue de 1,5 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 3,9 hijos; en contraste con las ubicadas en el quintil superior de riqueza que tan sólo tenían 1,9 hijos.

CUADRO Nº 3.3

PASCO: 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

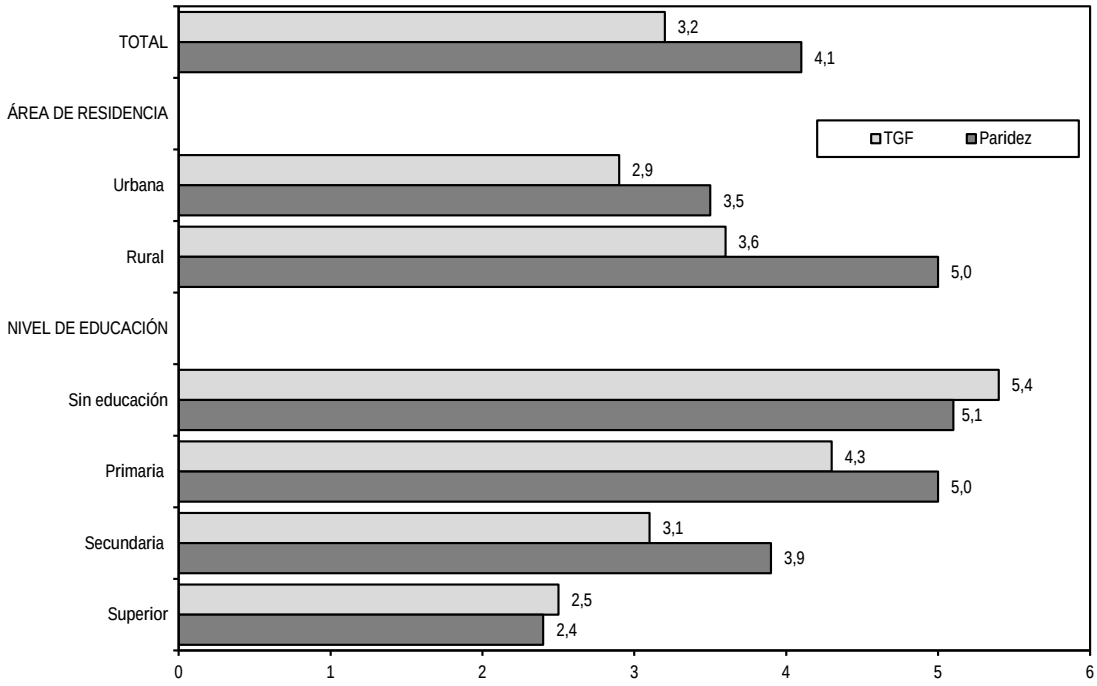
Característica seleccionada	Tasa global de fecundidad 1/	Promedio de nacidos vivos de mujeres 40-49	Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas de 15-49
Área de residencia			
Urbana	2,9	3,5	3,2
Rural	3,6	5,0	3,9
Nivel de educación			
Sin educación	5,4	5,1	7,8
Primaria	4,3	5,0	2,1
Secundaria	3,1	3,9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

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 Nº 3.2
PASCO: 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 casi todas las características seleccionadas.

- En el Cuadro N° 3.4 se observa que el nivel de fecundidad en el período de análisis 1996 al 2012 ha descendido más entre las mujeres del área rural (36,8 por ciento) y en las de educación primaria (33,8 por ciento).

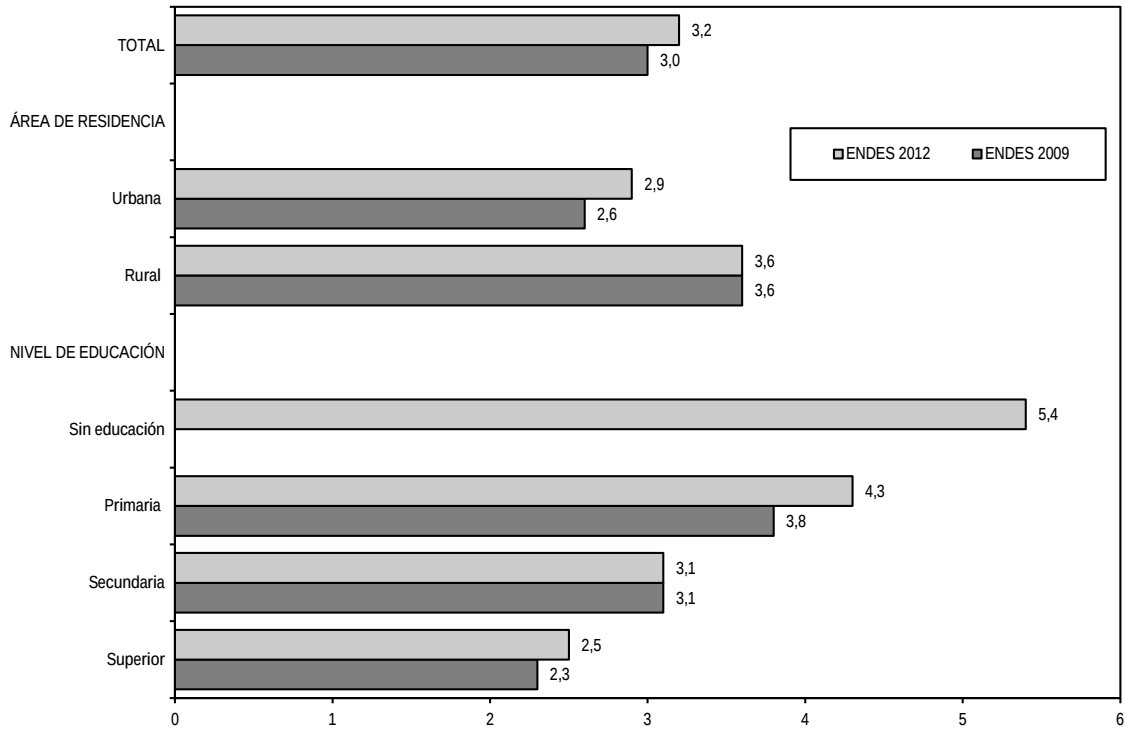
CUADRO Nº 3.4
PASCO: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR VARIAS ENCUESTAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1996, 2009 Y 2012

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

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 Nº 3.3
PASCO: 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 2012[2].

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, la fecundidad en Pasco en los últimos 15 años habría disminuido tan solo 0,1 hijos en promedio por mujer, al pasar de 3,2 a 3,1 hijos entre los quinquenios 10-14 a 0-4 años antes de la encuesta, resultando un descenso del orden de tan sólo 3,1 por ciento.

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.

CUADRO Nº 3.5

PASCO: 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 (Enero 2010)	5-9 (Enero 2005)	10-14 (Enero 2000)
15-19	95	106	109
20-24	163	167	179
25-29	123	155	155
30-34	114	154	118
35-39	98	77	[80]
40-44	29	[76]	na
45-49	[0]	na	na
TFG	3,1	3,7	3,2

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.

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 3,0 hijos nacidos vivos y un promedio de 2,8 hijos actualmente vivos, es decir sobrevivientes; mientras que respecto al total de mujeres el promedio de hijos nacidos vivos fue 2,0 hijos y el promedio de actualmente vivos fue 2,0 hijos.

- La proporción del total de mujeres de 45 a 49 años que no ha procreado hijos fue de 3,7 por ciento, en tanto en las actualmente casadas o unidas no hubieron nulíparas.

- El 50,3 por ciento del total de mujeres han tenido entre uno y tres hijos nacidos vivos, mientras que en las mujeres actualmente unidas fue el 64,5 por ciento. Así mismo, un 13,2 por ciento de todas las mujeres tenía entre 4 y 5 hijos frente a un 19,9 por ciento de las mujeres actualmente unidas, y un 8,7 por ciento de todas las mujeres tiene 6 ó más hijos frente a 12,6 por ciento de las mujeres actualmente unidas.

CUADRO Nº 3.6

PASCO: 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	84,3	14,5	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	43	0,2	0,2
20-24	100,0	37,4	35,1	22,7	4,3	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	35	1,0	0,9
25-29	100,0	17,8	30,5	28,0	16,1	5,3	1,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	31	1,7	1,6
30-34	100,0	6,6	15,3	37,1	21,3	12,7	2,8	3,5	0,7	0,0	0,0	0,0	38	2,4	2,3
35-39	100,0	7,3	11,0	16,4	21,9	16,4	11,8	10,6	3,5	1,0	0,0	0,0	28	3,3	3,1
40-44	100,0	6,9	5,0	15,9	18,7	20,4	10,6	9,4	6,4	3,0	3,7	0,0	26	3,9	3,5
45-49	100,0	3,7	3,1	15,7	19,6	20,9	3,4	10,2	14,4	3,3	3,2	2,4	23	4,4	3,9
Total	100,0	27,7	17,4	19,5	13,4	9,5	3,7	4,2	2,8	0,8	0,7	0,2	223	2,1	2,0
	MUJERES EN UNIÓN														
Edad															
15-19	100,0	25,0	66,0	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6	0,8	0,8
20-24	100,0	2,7	51,0	38,6	6,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19	1,5	1,5
25-29	100,0	2,8	27,7	36,5	22,4	7,4	2,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	23	2,2	2,1
30-34	100,0	1,0	11,2	39,7	24,6	15,1	3,3	4,2	0,9	0,0	0,0	0,0	31	2,7	2,6
35-39	100,0	4,6	3,8	16,3	25,8	18,8	13,2	12,0	4,3	1,2	0,0	0,0	23	3,7	3,4
40-44	100,0	1,1	1,1	12,6	22,4	22,3	13,3	10,9	8,1	3,8	4,6	0,0	20	4,4	4,0
45-49	100,0	0,0	1,3	15,7	21,8	24,1	4,1	9,3	17,3	1,1	3,8	1,5	19	4,5	4,0
Total	100,0	3,0	17,4	26,8	20,3	14,2	5,7	5,9	4,4	0,9	1,2	0,2	142	3,0	2,8

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 el departamento de Pasco, la edad mediana al nacimiento del primer hijo, de las mujeres de 25 a 49 años de edad, fue de 20,7 años.

- Las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 13,3 y 23,5 por ciento tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 37,6 y un 46,1 por ciento de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, más del 75,3 por ciento de las mujeres habían dado a luz su primera hija o hijo.

CUADRO Nº 3.7

PASCO: 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	84,3	43	na
20-24	4,8	22,8	41,3	na	na	37,4	35	na
25-29	0,0	21,3	45,8	63,6	75,8	17,8	31	20,5
30-34	1,1	22,4	46,1	64,4	78,9	6,6	38	20,4
35-39	2,0	20,2	43,1	59,3	76,3	7,3	28	21,0
40-44	2,7	13,3	37,6	58,5	75,9	6,9	26	21,0
45-49	2,4	23,5	45,0	58,4	75,4	3,7	23	20,6
20-49	2,1	20,8	43,3	a	a	14,4	181	a
25-49	1,5	20,3	43,8	61,3	76,7	8,8	145	20,7

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 21,8 años) que en la rural (19,4 años), para mujeres de 25 a 49 años de edad al momento de la encuesta.
- La edad mediana al primer nacimiento aumenta con el nivel educativo, de 18,5 años entre las mujeres sin educación a 20,0 años entre las que tienen secundaria.

CUADRO Nº 3.8

PASCO: MEDIANA DE EDAD AL PRIMER NACIMIENTO DE MUJERES DE 25-49 AÑOS, POR EDAD ACTUAL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

Característica seleccionada	Mujeres	Edad actual				
	25-49	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Área de residencia						
Urbana	21,8	22,4	21,2	21,8	21,8	23,5
Rural	19,4	19,2	19,1	19,6	20,0	19,4
Niel de educación						
Sin educación	18,5	16,1	21,5	18,1	18,9	19,1
Primaria	19,3	19,1	18,7	19,5	20,0	19,3
Secundaria	20,0	19,5	20,1	20,5	20,5	19,5
Superior	a	a	23,5	29,0	23,8	27,2
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	19,0	20,0	19,1	18,7	20,4	18,5
Segundo quintil	19,9	18,8	20,1	21,1	20,8	20,6
Quintil Intermedio	21,5	21,6	20,6	24,1	20,6	24,0
Cuarto quintil	22,9	a	22,0	22,6	23,2	20,2
Quintil superior	23,9	a	25,5	a	23,0	27,2
Total 2012	20,7	20,5	20,4	21,0	21,0	20,6
Total 2009	20,9	21,3	20,6	21,0	21,0	20,6

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; y en el Gráfico 3.4 se ilustran los diferenciales por residencia y educación.

Embarazo y maternidad de adolescentes (Cuadro 3.9 y Gráfico 3.4)

- Se aprecian cambios significativos 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 17,8 por ciento ya estuvo alguna vez embarazada, de éstas el 15,7 por ciento ya eran madres y el 2,0 por ciento estaban gestando por primera vez; estos resultados difieren notoriamente de los obtenidos en la encuesta 2009. Al igual que en la encuesta 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 2,0 por ciento entre las de 15 años hasta el 50,7 por ciento en las de 19 años.

- Respecto a las adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan diferencias entre las mujeres que viven en el área urbana (9,3 por ciento) con las que viven en el área rural (27,5 por ciento).

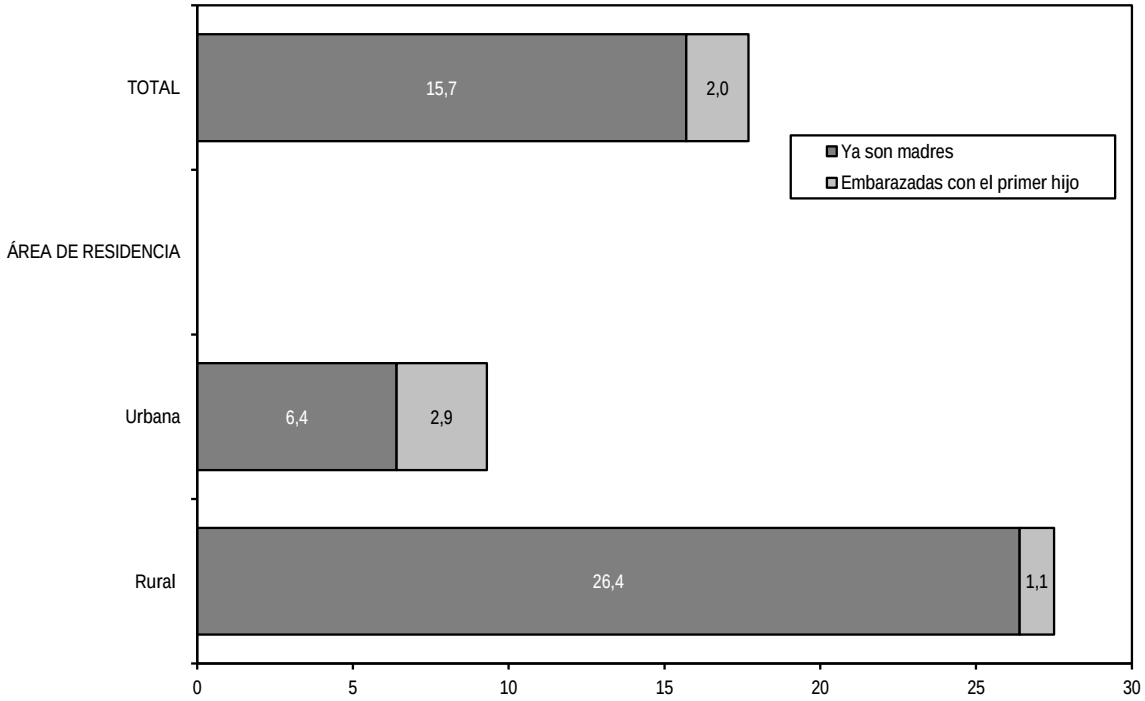
- Igualmente, como es de esperarse hay diferencias importantes entre las adolescentes del quintil inferior de riqueza (21,3 por ciento) y entre las del cuarto quintil de riqueza (7,0 por ciento).

CUADRO Nº 3.9
PASCO: 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 embara-zadas	Adolescentes alguna vez embarazadas		Número de mujeres
		Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	
Edad				
15	2,0	2,0	0,0	10
16	8,5	6,2	2,4	11
17	20,2	17,6	2,6	8
18	19,5	16,3	3,2	6
19	50,7	48,0	2,7	7
Área de residencia				
Urbana	9,3	6,4	2,9	23
Rural	27,5	26,4	1,1	20
Nivel de educación				
Primaria	50,7	50,7	0,0	6
Secundaria	12,3	10,8	1,5	34
Superior	*	*	*	3
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	21,3	21,3	0,0	10
Segundo quintil	23,3	23,3	0,0	13
Quintil Intermedio	17,5	13,6	3,9	12
Cuarto quintil	7,0	0,0	7,0	6
Quintil superior	*	*	*	2
Total 2012	17,8	15,7	2,0	43
Total 2009	12,7	10,1	2,5	49

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.

GRÁFICO Nº 3.4
PASCO: ADOLESCENTES QUE SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)



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

PLANIFICACIÓN FAMILIAR 4

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 (99,6 por ciento), conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos los más conocidos, por el 99,4 por ciento de ellas. Con respecto al año 2009 (99,6 por ciento) disminuyó en 0,2 punto porcentual.
- Entre los métodos modernos menos conocidos por las mujeres se encontraron, la amenorrea por lactancia (19,1 por ciento), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (28,2 por ciento), implantes (30,6 por ciento) y el condón femenino (34,2 por ciento).
- En las mujeres actualmente unidas los métodos modernos más conocidos fueron: la inyección (99,2 por ciento), el condón masculino (96,1 por ciento), la píldora (96,0 por ciento) y la esterilización femenina (91,8 por ciento). Entre los menos conocidos figuran la amenorrea por lactancia -MELA- (21,8 por ciento), el condón femenino (27,0 por ciento), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (29,5 por ciento) y los implantes (33,9 por ciento).
- En las mujeres no unidas con actividad sexual, los métodos modernos más conocidos fueron: la inyección y

el condón masculino (100,0 por ciento en ambos casos); y entre los menos conocidos se registraron la amenorrea por lactancia -MELA- (23,3 por ciento), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (29,6 por ciento) y los implantes (35,2 por ciento).

CUADRO Nº 4.1
PASCO: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR TODAS LAS MUJERES, LAS ACTUALMENTE CASADAS O UNIDAS Y NO UNIDAS SEXUALMENTE ACTIVAS, SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ESPECÌFICO, 2012
(Porcentaje)

Método anticonceptivo específico	Conocimiento de métodos en:		
	Todas las mujeres	Mujeres actualmente unidas	Mujeres no unidas sexualmente activas 1/
Cualquier método	99,6	99,8	100,0
Cualquier método moderno	99,4	99,5	100,0
Esterilización femenina	87,9	91,8	90,6
Esterilización masculina	64,4	67,9	72,7
Píldora	94,5	96,0	93,4
DIU	80,2	87,4	83,2
Inyección	97,4	99,2	100,0
Implantes	30,6	33,9	35,2
Condón masculino	96,3	96,1	100,0
Métodos vaginales (Espuma, jalea y óvulo)	28,2	29,5	29,6
Amenorrea por lactancia (MELA)	19,1	21,8	23,3
Anticoncepción de emergencia	62,4	57,2	77,9
Condón femenino	34,2	27,0	52,6
Cualquier método tradicional	86,1	88,0	91,0
Abstinencia periódica	81,1	82,5	91,0
Retiro	56,4	60,3	76,0
Método folclórico	6,9	9,1	4,9
Número promedio de métodos conocidos	8,4	8,6	9,3
Número de mujeres	223	142	8

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 Pasco, representándose un incremento de 5,3 puntos porcentuales (72,3 a 77,6 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 66,9 a 72,0 por ciento y de 36,5 a 43,2 por ciento entre las usuarias de métodos tradicionales en el referido período.

- Entre las casadas o unidas, se incrementó el uso alguna vez de métodos anticonceptivos (de 96,3 a 97,7 por ciento entre el período 2009 y 2012); las usuarias de métodos modernos se incrementan de 90,5 a 91,1 por ciento, y las mujeres que usan métodos tradicionales de 47,7 a 55,6 por ciento en el mismo período. La proporción de usuarias fue alta en todos los grupos de edad de las mujeres.

- La inyección (77,6 por ciento), la píldora (45,4 por ciento) y el condón masculino (41,9 por ciento) fueron los métodos modernos más usados alguna vez por las mujeres actualmente unidas.

- Entre los métodos tradicionales, abstinencia periódica tuvo el nivel más alto de uso pasado, por el 40,7 por ciento de las mujeres en unión y en segundo lugar de importancia, se encontró el retiro con 30,1 por ciento.

CUADRO Nº 4.2
PASCO: USO ALGUNA VEZ 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	Implantes	Condón masculino	Métodos vaginales	MELA	Anticoncepción de emergencia	Condón femenino	Total método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro	Métodos folclóricos	
			Femenina	Masculina														
	TODAS LAS MUJERES																	
15-19	29,3	26,8	0,0	0,0	8,7	0,0	14,5	0,0	16,9	0,0	0,0	2,6	0,0	11,3	8,1	5,7	0,0	43
20-24	75,5	71,7	0,0	0,0	24,5	0,9	53,6	0,0	39,6	0,9	0,4	10,8	0,0	36,3	24,2	24,2	2,8	35
25-29	91,0	87,3	0,8	0,0	41,5	1,7	71,2	0,0	50,5	0,7	3,6	10,8	0,6	51,4	34,9	32,3	4,3	31
30-34	95,3	88,7	3,7	0,0	50,4	7,6	72,3	0,0	48,6	3,6	4,5	6,6	0,0	56,6	43,4	31,3	1,4	38
35-39	92,4	88,4	8,3	0,0	41,1	11,8	74,6	0,0	35,6	3,6	4,6	3,3	0,0	53,3	40,7	27,6	3,8	28
40-44	93,3	86,6	11,9	0,0	29,8	10,5	68,2	1,8	30,2	1,5	3,5	3,3	0,0	56,8	43,1	22,5	7,4	26
45-49	87,8	72,3	11,2	0,0	33,9	13,5	49,1	0,0	31,1	4,5	4,6	2,6	0,9	52,6	42,2	25,5	3,8	23
Total	77,6	72,0	4,3	0,0	31,9	5,7	55,6	0,2	35,9	1,9	2,8	5,9	0,2	43,2	31,9	23,4	3,0	223
	MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS																	
15-19	96,8	88,0	0,0	0,0	46,8	0,0	70,8	0,0	36,0	0,0	0,0	13,9	0,0	45,4	26,7	26,6	0,0	6
20-24	99,0	96,4	0,0	0,0	40,3	1,7	84,0	0,0	47,1	0,0	0,7	8,4	0,0	44,5	27,3	28,6	5,2	19
25-29	98,8	95,1	1,1	0,0	51,0	2,4	85,0	0,0	52,1	0,0	5,0	7,9	0,9	56,3	36,4	36,2	6,0	23
30-34	100,0	93,3	4,5	0,0	56,8	8,2	82,6	0,0	50,6	3,7	4,8	6,0	0,0	60,1	46,3	34,5	1,7	31
35-39	95,0	91,0	10,1	0,0	46,1	13,7	79,9	0,0	36,5	4,4	5,6	3,3	0,0	55,9	44,1	27,8	3,8	23
40-44	100,0	94,3	13,9	0,0	34,5	13,2	77,6	1,2	31,4	0,9	3,4	3,1	0,0	58,6	43,8	24,7	8,4	20
45-49	92,6	74,9	13,4	0,0	35,6	15,4	53,5	0,0	30,1	5,5	4,9	3,2	0,0	58,1	46,7	26,8	4,6	19
Total	97,7	91,1	6,6	0,0	45,4	8,6	77,6	0,2	41,9	2,4	4,0	5,7	0,1	55,6	40,7	30,1	4,5	142

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 75,5 por ciento de las mujeres en unión conyugal usaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta, lo que representó un incremento de 2,2 puntos porcentuales al encontrado en la encuesta 2009. El 57,4 por ciento usaban método moderno y el 18,1 por ciento algún método tradicional.

- La prevalencia anticonceptiva por edad fue mayor entre las mujeres actualmente unidas de 15 a 19 años de edad (85,8 por ciento), luego progresivamente desciende y alcanzó un menor valor entre las mujeres de 45 a 49 años de edad (46,8 por ciento).

- En relación con el uso de métodos modernos específicos, la inyección continúa siendo el método más utilizado (31,9 por ciento), disminuyó en 4,0 puntos porcentuales con respecto al registrado en la encuesta 2009. Entre los métodos modernos que aumentaron el porcentaje de uso entre los años 2009 y 2012, se encontró principalmente el condón masculino al cambiar de 6,1 a 11,4 por ciento y la píldora de 4,5 a 6,5 por ciento.

- Existe relación entre la edad de las mujeres actualmente unidas y el método moderno de mayor uso. Así, entre las menores de 30 años, la inyección fue el método de mayor uso (44,0 por ciento, en promedio); y entre las mujeres mayores de 34 años la esterilización femenina (12,5 por ciento, en promedio). La píldora fue usada, en una mayor proporción, entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (27,6 por ciento) y el condón masculino fue usado, en una mayor proporción, entre las mujeres de 30 a 34 años de edad (17,0 por ciento).

- De todos los métodos tradicionales, la abstinencia periódica fue uno de los más empleados (11,7 por ciento). Es importante su uso en mujeres de 40 a 44 años de edad (16,8 por ciento).

CUADRO Nº 4.3
PASCO: USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012
(Porcentaje)

Grupo de edad	Cualquier método	Métodos modernos								Métodos tradicionales				No usa	Número de mujeres
		Total métodos modernos	Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condón masculino	MELA	Anticoncepción de emergencia	Total método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro	Métodos folclóricos		
	TODAS LAS MUJERES														
15-19	19,6	16,7	0,0	4,5	0,0	8,0	4,1	0,0	0,0	2,9	1,2	1,7	0,0	80,4	43
20-24	52,3	44,5	0,0	5,6	0,9	29,4	7,6	0,0	0,9	7,8	2,3	4,8	0,8	47,7	35
25-29	63,0	50,1	0,8	5,3	0,0	34,2	8,9	0,8	0,0	12,9	6,2	5,8	0,9	37,0	31
30-34	73,2	53,9	3,7	5,0	1,3	28,9	14,9	0,0	0,0	19,3	13,5	5,3	0,5	26,8	38
35-39	67,4	48,7	8,3	5,9	0,7	23,3	10,4	0,0	0,0	18,7	12,3	6,4	0,0	32,6	28
40-44	63,3	45,7	11,9	1,5	0,0	22,0	10,4	0,0	0,0	17,6	15,2	1,7	0,8	36,7	26
45-49	40,9	26,9	11,2	0,9	2,4	6,5	6,0	0,0	0,0	14,0	12,8	0,0	1,1	59,1	23
Total 2012	53,1	40,4	4,3	4,3	0,7	22,0	8,9	0,1	0,1	12,7	8,3	3,8	0,5	46,9	223
Total 2009	49,1	38,5	5,9	3,0	1,4	23,6	4,6	0,1	nd	10,6	6,6	3,0	1,0	50,9	241
	MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS														
15-19	85,8	73,6	0,0	27,6	0,0	40,8	5,2	0,0	0,0	12,2	0,0	12,2	0,0	14,2	6
20-24	76,9	65,5	0,0	9,6	1,7	46,1	8,1	0,0	0,0	11,5	1,1	9,0	1,5	23,1	19
25-29	81,4	64,3	1,1	7,4	0,0	45,2	9,5	1,2	0,0	17,1	7,7	8,1	1,2	18,6	23
30-34	84,1	62,6	4,5	6,0	0,7	34,4	17,0	0,0	0,0	21,5	16,0	4,8	0,6	15,9	31
35-39	78,6	58,0	10,1	7,1	0,9	28,2	11,7	0,0	0,0	20,6	13,6	7,0	0,0	21,4	23
40-44	74,1	54,1	13,9	1,8	0,0	25,4	13,0	0,0	0,0	20,0	16,8	2,2	1,0	25,9	20
45-49	46,8	30,0	13,4	1,1	2,1	6,2	7,2	0,0	0,0	16,8	15,4	0,0	1,4	53,2	19
Total 2012	75,5	57,4	6,6	6,5	0,8	31,9	11,4	0,2	0,0	18,1	11,7	5,6	0,9	24,5	142
Total 2009	73,3	57,3	8,6	4,5	2,0	35,9	6,1	0,2	nd	16,0	9,9	4,5	1,6	26,7	148

Nota: Si ha usado más de un método, solo se considera el más efectivo.
DIU= Dispositivo intrauterino; MELA= Método amenorrea por lactancia.
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 con educación secundaria (80,3 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (79,4 por ciento) y entre las que tienen una a dos hijas y/o hijos actualmente vivos (79,2 por ciento). Por el contrario, las mujeres actualmente unidas con menor nivel de uso de métodos anticonceptivos fueron quienes tienen cinco y más hijas o hijos (66,8 por ciento), con educación primaria (70,9 por ciento) y ubicadas en el quintil inferior (72,0 por ciento).

- De todos los métodos, ya sean modernos o tradicionales, la inyección fue el más utilizado (31,9 por ciento). Es importante el uso entre las mujeres que pertenecen al quintil inferior (41,3 por ciento), con educación primaria (36,4 por ciento) y con una a dos hijas/hijos (34,7 por ciento).

- Según área de residencia, existe una diferencia de 0,3 punto porcentual en el nivel de uso de algún método anticonceptivo: 75,6 por ciento en el área rural y 75,3 por ciento en el área urbana. Asimismo, la proporción de usuarias de un método tradicional fue mayor en el área rural que en el área urbana (19,1 frente a 17,2 por ciento); en tanto, la proporción de usuarias de un método moderno fue mayor en el área urbana en comparación con el área rural (58,2 frente a 56,5 por ciento).

- Comparando con los datos recogidos en las encuestas de los años 2009 y 2012, la proporción de usuarias del área urbana se incrementó en 4,6 puntos porcentuales al variar de 70,7 a 75,3 por ciento; pero, en el área rural disminuyó en 1,0 punto porcentual, al variar de 76,6 a 75,6 por ciento. En relación con el método tradicional, disminuyó en el área urbana (2,0 puntos porcentuales); mientras que, aumentó en el área rural (7,2 puntos porcentuales).

- En el área urbana, la inyección (27,7 por ciento) y el condón masculino (16,9 por ciento) fueron los métodos modernos de mayor uso. En el área rural, también destacó la inyección (36,8 por ciento) y la píldora (8,0 por ciento).

CUADRO Nº 4.4
PASCO: USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Cualquier método	Métodos modernos							Métodos tradicionales				No usa	Número de mujeres
		Total métodos modernos	Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condón masculino	MELA	Total método tradicional	Abstinencia periódica	Retiro	Métodos folclóricos		
Número de hijas e hijos vivos														
Ninguno	(69,0)	(47,8)	(0,0)	(14,1)	(0,0)	(21,8)	(11,9)	(0,0)	(21,2)	(16,9)	(4,3)	(0,0)	(31,0)	5
1 a 2	79,2	60,7	2,4	9,5	1,1	34,7	12,5	0,4	18,5	10,1	7,6	0,8	20,8	66
3 a 4	74,8	57,5	10,3	3,0	0,8	30,8	12,6	0,0	17,3	12,9	3,5	0,9	25,2	49
5 y más	66,8	49,1	12,7	3,8	0,0	27,7	4,9	0,0	17,7	12,4	4,4	0,9	33,2	21
Área de residencia														
Urbana	75,3	58,2	6,4	5,3	1,5	27,7	16,9	0,3	17,2	11,9	4,5	0,7	24,7	77
Rural	75,6	56,5	6,9	8,0	0,0	36,8	4,7	0,0	19,1	11,3	6,8	1,0	24,4	65
Nivel de educación														
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
Primaria	70,9	53,0	7,7	5,4	0,5	36,4	3,0	0,0	17,8	11,5	6,0	0,4	29,1	50
Secundaria	80,3	62,2	6,7	9,1	0,9	32,2	13,4	0,0	18,1	11,8	4,8	1,4	19,7	58
Superior	76,3	57,7	4,7	3,5	1,4	23,6	23,6	0,9	18,7	11,8	6,2	0,7	23,7	29
Quintil de riqueza														
Quintil inferior	72,0	53,3	6,6	3,5	0,0	41,3	2,0	0,0	18,7	7,6	9,4	1,6	28,0	29
Segundo quintil	77,6	58,9	5,6	7,8	0,5	38,2	6,7	0,0	18,7	12,5	5,8	0,5	22,4	43
Quintil intermedio	73,3	59,0	5,0	8,6	1,2	28,9	15,3	0,0	14,2	9,6	4,0	0,6	26,7	45
Cuarto quintil	79,4	53,7	10,1	3,9	1,9	15,8	20,7	1,3	25,7	20,4	4,0	1,2	20,6	21
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Total 2012	75,5	57,4	6,6	6,5	0,8	31,9	11,4	0,2	18,1	11,7	5,6	0,9	24,5	142
Total 2009	73,3	57,3	8,6	4,5	2,0	35,9	6,1	0,2	16,0	9,9	4,5	1,6	26,7	148

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.
DIU= Dispositivo intrauterino; MELA= Método amenorrea por lactancia.
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 Pasco existe una alta motivación por limitar el tamaño familiar y espaciar la ocurrencia de los nacimientos. El 31,7 por ciento de las mujeres alguna vez unidas inició el uso de métodos anticonceptivos antes de tener hijas o hijos; en tanto, un 39,2 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 96,0 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años de edad y el 94,3 por ciento de las de 15 a 19 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 40,4 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 24,1 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 Pasco.

- 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 55,0 a 70,9 por ciento respectivamente.

CUADRO Nº 4.5
PASCO: 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	5,7	65,3	29,0	0,0	0,0	0,0	7
20-24	100,0	1,0	50,6	45,4	2,0	1,1	0,0	20
25-29	100,0	1,2	36,5	50,1	11,1	0,0	1,1	24
30-34	100,0	0,0	31,8	50,9	11,9	2,2	3,2	33
35-39	100,0	4,6	30,4	28,5	16,2	11,5	8,7	25
40-44	100,0	0,0	12,9	36,8	26,0	9,9	14,4	23
45-49	100,0	8,8	18,7	21,7	14,8	11,7	24,1	21
Total 2012	100,0	2,6	31,7	39,2	13,1	5,6	7,8	154
Total 2009	100,0	4,5	16,6	38,4	17,6	8,5	14,3	166

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 52,1 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 47,9 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 25,5 por ciento identificó correctamente el periodo de mayor riesgo de embarazo y el 74,5 por ciento no especificó el tiempo o no conoce cuál es el momento de mayor riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada.

CUADRO Nº 4.6
PASCO: 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	3,4	0,0	3,7
Durante la menstruación	2,0	0,0	2,1
Inmediatamente después de terminada la menstruación	14,6	6,8	15,3
En la mitad del ciclo menstrual	25,5	52,1	23,1
En cualquier momento	8,2	1,4	8,8
Otra respuesta	26,3	35,7	25,5
No sabe	20,1	4,0	21,6
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	223	19	205

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 Pasco fue el sector público a través del Ministerio de Salud y EsSalud con el 84,6 por ciento de las usuarias actuales que respondieron haber utilizado estas fuentes de suministro de métodos modernos.

- El sector privado atendió el 15,1 por ciento de la demanda de métodos modernos, focalizándose en la oferta del condón masculino donde alcanzó a cubrir el 48,0 por ciento, suministrados básicamente por las farmacias/boticas.

CUADRO Nº 4.7
PASCO: FUENTE DE SUMINISTRO DE MÉTODOS MODERNOS DE LAS USUARIAS ACTUALES, POR TIPO DE MÉTODO MODERNO, 2012
(Distribución porcentual)

Fuente de suministro	Total	Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condón masculino
Sector público	84,6	97,9	87,1	*	95,5	50,7
Hospital MINSA	13,7	59,4	19,4	*	6,8	5,5
Centro de salud MINSA	8,5	2,7	4,7	*	10,2	9,4
Puesto de salud MINSA	48,4	0,0	54,7	*	70,8	17,3
Promotor de salud MINSA	0,3	0,0	0,0	*	0,0	1,3
Hospital EsSalud	8,3	33,8	2,4	*	2,6	10,0
Centro/posta EsSalud	5,4	2,1	5,9	*	5,1	7,1
Sector médico privado	15,1	2,1	12,9	*	4,5	48,0
Clínica particular	0,9	2,1	0,0	*	0,5	0,0
Farmacia/botica	14,2	n.a.	12,9	*	4,0	48,0
Otra fuente privada	0,3	n.a.	0,0	*	0,0	1,4
Familiares y amigos	0,3	n.a.	0,0	*	0,0	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	90	10	10	2	49	20

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 100,0 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.

- Por otro lado, el 83,4 por ciento de las usuarias manifestó haber sido informada sobre los efectos secundarios del método usado, porcentaje que fue mayor entre las usuarias de esterilización femenina (85,3 por ciento) y usuarias de la inyección (84,7 por ciento).

- El mayor porcentaje de usuarias informadas sobre los efectos del método usado se presentó en las mujeres con educación superior (92,7 por ciento), entre las mujeres del cuarto quintil de riqueza (89,5 por ciento) y residentes en el área rural (86,4 por ciento).

CUADRO Nº 4.8
PASCO: 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.	79,5	78,9	85,6
DIU	n.a.	55,1	100,0	100,0
Inyección	n.a.	84,7	84,0	86,8
Esterilización femenina	100,0	85,3	82,4	93,5
Área de residencia				
Urbana	100,0	80,0	88,0	89,7
Rural	100,0	86,4	79,5	85,0
Nivel de educación				
Sin educación	100,0	74,7	61,4	62,3
Primaria	100,0	81,5	81,0	81,1
Secundaria	100,0	82,2	83,5	91,2
Superior	100,0	92,7	90,5	93,4
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	100,0	76,2	78,5	78,6
Segundo quintil	100,0	82,9	78,8	83,9
Quintil intermedio	100,0	88,7	88,6	96,3
Cuarto quintil	100,0	89,5	95,9	91,5
Quintil superior	100,0	66,2	56,4	100,0
Total 2012	100,0	83,4	83,3	87,2
Número de mujeres	10	56	47	56

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 5

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 63,3 por ciento de las mujeres entrevistadas vivía en unión conyugal: 25,2 por ciento estuvo casada y 38,1 por ciento en situación de convivencia. Respecto al año 2009, hay un cambio importante en la composición de las uniones, observándose un aumento de 3,2 puntos porcentuales en convivientes (34,9 por ciento en el 2009) y una disminución de 1,2 punto porcentual en casadas (26,4 por ciento en el 2009).

- El porcentaje de mujeres en unión aumenta con la edad, de 14,0 por ciento entre los 15 a 19 años, a 83,3 por ciento entre los 45 a 49 años. En los primeros años, la convivencia fue más frecuente que el matrimonio formal, y recién a partir de los 40 años el porcentaje de casadas fue mayor que el de convivientes.

- Entre las mujeres entrevistadas, el 31,0 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 83,2 por ciento se encontraba en soltería, y entre los 20 a 24 años el 43,1 por ciento continuaba en ese estado. A partir de los 30 años, la mayor parte de mujeres ya tenía una experiencia de vida conyugal, únicamente el 10,6 por ciento de las mujeres de 35 a 39 años y 5,8 por ciento de las de 45 a 49 años, permanecía soltera.

- Un 5,1 por ciento de las mujeres en edad fértil ha disuelto su unión conyugal por divorcio o separación. Las disoluciones se presentaron desde temprana edad: entre los 15 a 19 años un 2,8 por ciento ya estaba divorciada o separada, y entre los 40 a 44 y 45 a 49 años, fueron el 8,4 y 6,7 por ciento, respectivamente.

CUADRO Nº 5.1

PASCO: ESTADO CONYUGAL ACTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012

(Distribución porcentual)

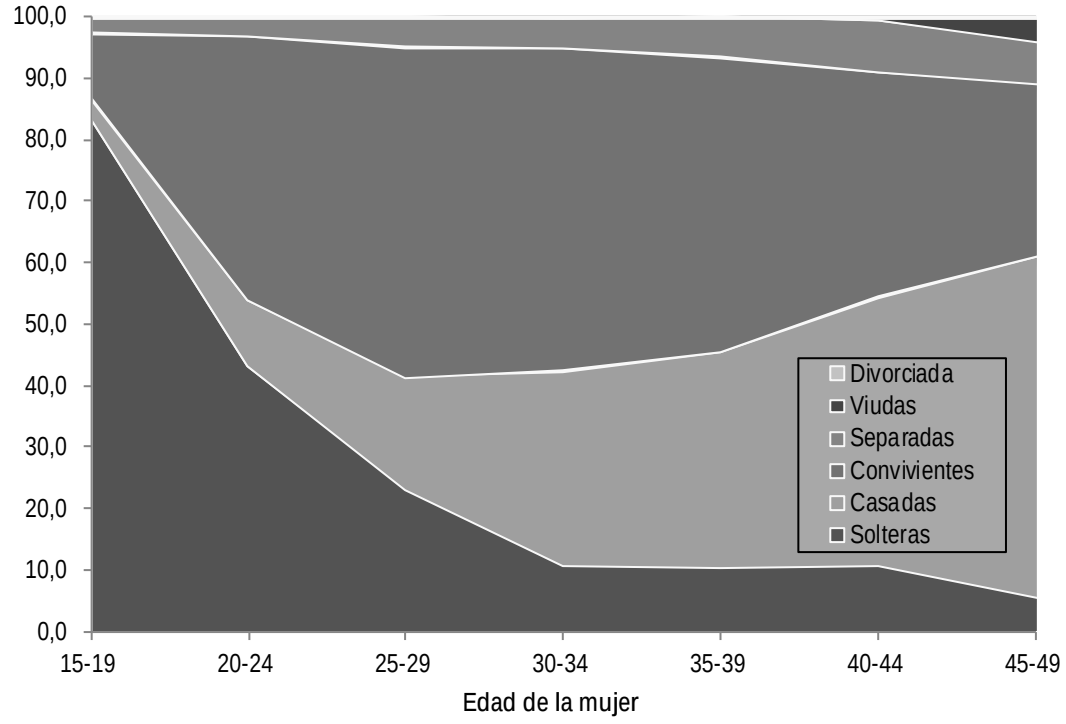
Grupo de edad	Total	Estado conyugal actual						Número de mujeres
		Soltera	Casada	Convi-viente	Viuda	Divor-ciada	Separada	
15-19	100,0	83,2	3,4	10,6	0,0	0,0	2,8	43
20-24	100,0	43,1	10,8	42,7	0,0	0,0	3,4	35
25-29	100,0	23,2	18,3	53,4	0,0	0,0	5,0	31
30-34	100,0	10,8	31,6	52,3	0,4	0,0	4,8	38
35-39	100,0	10,6	34,8	47,9	0,0	0,0	6,7	28
40-44	100,0	10,9	43,5	36,4	0,8	0,0	8,4	26
45-49	100,0	5,8	55,3	28,0	4,3	0,0	6,7	23
Total 2012	100,0	31,0	25,2	38,1	0,6	0,0	5,1	223
Total 2009	100,0	31,1	26,4	34,9	1,5	0,2	5,8	241

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

GRÁFICO Nº 5.1

PASCO: ESTADO CONYUGAL ACTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012

(Porcentaje)



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

Evolución del porcentaje de mujeres solteras (Cuadro 5.2)

- Entre las encuestas del 2009 al 2012, se observa un incremento de 2,4 puntos porcentuales en el porcentaje de mujeres solteras de 20 a 49 años de edad, al ascender en dicho periodo de 16,2 a 18,6 por ciento. Este incremento es explicado por el aporte de los grupos de edad entre los 20 y 24 años y el grupo 40 a 44 años que incrementaron sus porcentajes.

CUADRO Nº 5.2

PASCO: EVOLUCIÓN DE MUJERES SOLTERAS, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2009 Y 2012

(Porcentaje)

Grupo de edad	2009	2012
20-24	32,6	43,1
25-29	23,1	23,2
30-34	11,0	10,8
35-39	10,9	10,6
40-44	5,0	10,9
45-49	10,4	5,8
20-49	16,2	18,6
Mujeres	192	181

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 34,7 por ciento de mujeres eran solteras, condición que en el área rural fue 25,7 por ciento. De otro lado, en las mujeres unidas se observa que hay más convivientes que casadas, así en el área urbana el 26,9 por ciento eran casadas frente al 32,1 por ciento de convivientes y, en el área rural el 22,8 por ciento eran casadas y 46,6 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 (40,3 por ciento) en comparación con las mujeres sin educación (3,3 por ciento). Asimismo, las mujeres unidas sin educación y con educación primaria tuvieron los más altos porcentajes de convivientes (51,7 y 48,8 por ciento, respectivamente), mientras que los menores porcentajes de convivencia se observaron en las de educación superior (27,4 por ciento). Entre las mujeres separadas se observa diferencia de acuerdo a su nivel de educación, siendo más alto en las mujeres sin educación (20,3 por ciento).

- Con respecto a los quintiles de riqueza, en el quintil inferior se encontró que el 48,3 por ciento de mujeres eran convivientes frente al 17,6 por ciento de casadas; en tanto que, en el quintil superior de riqueza, el 9,0 por ciento eran convivientes y el 39,0 por ciento eran casadas.

CUADRO Nº 5.3
PASCO: ESTADO CONYUGAL ACTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Estado conyugal actual						Número de mujeres
		Soltera	Casada	Convi-viente	Viuda	Divor-ciada	Separada	
Área de residencia								
Urbana	100,0	34,7	26,9	32,1	0,8	0,0	5,4	130
Rural	100,0	25,7	22,8	46,6	0,3	0,0	4,6	93
Nivel de educación								
Sin educación	100,0	3,3	24,7	51,7	0,0	0,0	20,3	6
Primaria	100,0	13,5	32,9	48,8	0,4	0,0	4,4	61
Secundaria	100,0	38,1	20,0	36,6	0,5	0,0	4,8	103
Superior	100,0	40,3	26,6	27,4	1,0	0,0	4,8	54
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	100,0	29,2	17,6	48,3	0,0	0,0	4,9	44
Segundo quintil	100,0	26,5	23,3	43,9	0,5	0,0	5,9	64
Quintil intermedio	100,0	29,0	24,2	39,7	1,2	0,0	5,9	70
Cuarto quintil	100,0	40,4	36,4	19,7	0,5	0,0	2,9	37
Quintil superior	100,0	49,3	39,0	9,0	0,0	0,0	2,7	8
Total 2012	100,0	31,0	25,2	38,1	0,6	0,0	5,1	223
Total 2009	100,0	31,1	26,4	34,9	1,5	0,2	5,8	241

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 8,9 por ciento de las mujeres solteras tenía un compañero ocasional (6,7 por ciento) o regular (2,2 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 15,7 por ciento entre las de 20 a 29 años y 10,7 por ciento entre las de 30 a 39 años de edad tenían un compañero regular o un compañero ocasional.

- Esta condición está asociada al nivel de educación y de ingresos, alcanzó el 17,7 por ciento entre las mujeres con educación superior, y 13,7 por ciento de aquellas que se encontraban en el cuarto quintil de riqueza, en comparación con el 7,3 por ciento en las mujeres con educación primaria y 6,8 por ciento de las del quintil inferior de riqueza.

- Entre las mujeres que han estado alguna vez unidas, el 3,4 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 50,0 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 (8,2 por ciento) o las que del cuarto quintil de riqueza (6,9 por ciento).

CUADRO Nº 5.4
PASCO: 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	0,0	6,1	90,7	0,6	1,3	1,3	37
20-29	100,0	4,7	11,0	73,4	2,7	1,9	6,4	25
30-39	100,0	6,0	4,7	53,9	1,6	3,5	30,3	11
40-49	100,0	0,0	0,0	45,8	4,2	0,0	50,0	9
Área de residencia								
Urbana	100,0	3,2	6,3	75,3	2,3	2,1	10,8	53
Rural	100,0	0,5	7,5	76,0	0,8	0,8	14,5	29
Nivel de educación								
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	1
Primaria	100,0	0,0	7,3	66,3	1,9	2,2	22,3	11
Secundaria	100,0	0,6	4,2	82,9	1,3	1,6	9,3	45
Superior	100,0	6,3	11,4	69,9	2,6	1,6	8,2	25
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	100,0	0,0	6,8	79,0	2,8	0,0	11,4	15
Segundo quintil	100,0	0,0	5,5	75,2	0,0	3,4	16,0	21
Quintil intermedio	100,0	2,7	8,9	68,7	3,2	1,9	14,6	25
Cuarto quintil	100,0	7,0	6,7	78,5	0,0	0,9	6,9	16
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	*	*	4
Total 2012	100,0	2,2	6,7	75,5	1,8	1,6	12,1	82
Total 2009	100,0	1,5	5,0	74,0	2,5	1,3	15,7	93

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 20,9 años, siendo similar a la registrada en el año 2009 (20,6 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 (46,3 por ciento) en las de 20-24 años de edad; entre las que se unieron antes de los 22 años este porcentaje fue mayor (60,4 por ciento) para la cohorte de 25 a 29 años y 58,8 por ciento para la cohorte de 35-39 años; y, en las que se unieron por primera vez antes de los 25 años, en la cohorte de 25-29 años el 72,2 por ciento se encontraba en unión.

CUADRO Nº 5.5
PASCO: 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	4,9	na	na	na	na	83,2	43	a
20-24	5,5	31,8	46,3	na	na	43,1	35	a
25-29	0,6	26,9	46,0	60,4	72,2	23,2	31	20,5
30-34	2,4	20,1	41,1	55,4	73,2	10,8	38	21,2
35-39	5,8	28,2	44,3	58,8	70,8	10,6	28	21,0
40-44	3,4	16,8	36,8	57,0	73,7	10,9	26	21,1
45-49	6,3	27,7	44,3	57,0	68,8	5,8	23	20,7
20-49	3,8	25,3	43,2	na	na	18,6	181	a
Total 2012 (25-49)	3,4	23,8	42,5	57,7	71,9	12,7	145	20,9
Total 2009 (25-49)	4,4	26,0	45,1	59,1	73,5	12,2	155	20,6

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 30 a 34 años, la edad mediana de unión fue 6,3 años mayor entre las mujeres con educación superior (25,7 años) respecto a las mujeres con educación primaria (19,4 años), igualmente, fue 6,4 años mayor entre las mujeres del quintil superior de riqueza (25,8 años) comparada con el quintil inferior de riqueza (19,4 años).

- La edad mediana a la primera unión fue mayor entre las mujeres del área urbana de 25 a 49 años (22,2 años) que entre las mujeres del área rural (19,4 años).

CUADRO Nº 5.6

PASCO: 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	22,2	a	22,4	22,3	21,5	22,0	23,4
Rural	19,2	19,4	17,8	19,1	19,4	19,8	19,8	19,5
Nivel de educación								
Sin educación	19,5	19,6	14,0	15,9	24,8	17,5	19,4	20,4
Primaria	19,1	19,3	16,0	19,1	19,4	18,8	19,8	19,0
Secundaria	19,7	20,0	18,7	19,3	20,3	20,0	21,1	19,6
Superior	a	a	a	a	25,7	29,5	23,7	26,6
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	19,1	19,4	17,4	19,7	19,4	18,4	19,5	19,4
Segundo quintil	19,7	20,2	18,6	18,3	20,5	20,6	20,5	20,7
Quintil intermedio	a	21,6	a	20,9	20,6	24,9	22,5	21,7
Cuarto quintil	a	22,8	a	a	22,8	20,8	21,6	23,4
Quintil superior	a	a	a	a	25,8	21,5	22,5	26,2
Total 2012	a	20,9	a	20,5	21,2	21,0	21,1	20,7
Total 2009	a	20,6	a	21,6	19,8	21,0	20,5	20,5

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 a 49 fue 18,4 años, 2,5 años antes que la edad mediana a la primera unión (20,9 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 35 a 39 años muestra un inicio más temprano de las relaciones sexuales (50,3 por ciento) antes de los 18 años comparada con las otras cohortes, en la cohorte 30 a 34 años es 84,4 por ciento antes de los 22 años de edad. Al llegar a los 25 años, más del 83,0 por ciento de las mujeres ya habían tenido su primera relación sexual.
- El 3,3 por ciento de las mujeres de 25 a 49 años de edad manifestaron que nunca ha tenido relaciones sexuales, porcentaje que aumento respecto al año 2009 (2,5 por ciento).

CUADRO Nº 5.7

PASCO: 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	8,4	na	na	na	na	69,3	43	a
20-24	10,9	47,8	66,2	na	na	20,9	35	18,2
25-29	7,9	47,1	69,2	80,1	89,3	4,7	31	18,2
30-34	7,8	46,0	72,8	84,4	91,2	3,0	38	18,3
35-39	10,7	50,3	72,2	81,8	88,1	0,7	28	17,9
40-44	5,5	36,5	63,5	75,7	83,1	5,1	26	19,1
45-49	9,6	43,7	66,4	79,8	88,5	3,0	23	18,5
15-24	9,5	na	na	na	na	47,4	78	a
20-49	8,8	45,6	68,7	na	na	6,7	181	18,3
Total 2012 (25-49)	8,3	45,1	69,3	80,7	88,3	3,3	145	18,4
Total 2009 (25-49)	12,3	50,9	75,0	86,5	93,0	2,5	155	17,9

na = No aplicable ya 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 (17,3 años) que en el área urbana (19,2 años).

- El inicio de las relaciones sexuales está asociado con el nivel de educación y de ingresos. Ocurrió 4,3 años antes en las mujeres sin educación (17,2 años) comparada con las de educación superior (21,5 años) y 4,5 años antes en las mujeres del quintil inferior de riqueza (16,8 años) en relación con las del quintil superior de riqueza (21,3 años).

CUADRO Nº 5.8

PASCO: 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	19,2	19,4	19,3	19,1	18,4	19,7	19,4
Rural	17,1	17,3	16,4	17,0	16,8	17,6	17,8	18,0
Nivel de educación								
Sin educación	17,0	17,2	13,5	15,1	19,5	17,0	16,9	18,1
Primaria	17,1	17,3	15,4	16,8	16,7	17,3	17,9	17,6
Secundaria	17,7	17,9	16,9	17,6	18,0	17,6	19,0	17,7
Superior	a	21,5	a	21,7	20,8	21,5	21,9	22,1
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	16,7	16,8	16,1	16,8	16,4	16,7	18,7	16,8
Segundo quintil	17,8	17,9	17,3	17,0	17,8	18,2	18,7	18,6
Quintil intermedio	18,8	18,8	18,8	19,0	18,7	18,6	19,1	18,6
Cuarto quintil	19,7	19,4	a	20,6	19,6	18,6	19,3	19,1
Quintil superior	a	21,3	a	24,5	19,7	21,5	22,0	22,2
Total 2012	18,3	18,4	18,2	18,2	18,3	17,9	19,1	18,5
Total 2009	17,9	17,9	17,8	18,1	17,9	18,2	17,5	17,7

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 81,3 por ciento de las mujeres en edad fértil han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, conformado por un 58,7 por ciento en las cuatro semanas que precedieron al día de la entrevista, un 11,9 por ciento en el último año (sin tomar en cuenta las últimas cuatro semanas), y 10,7 por ciento hace un año o más. Comparados estos datos con los del año 2009 (79,3 por ciento), se observa que el porcentaje de mujeres que ha tenido relaciones sexuales aumentó en 2,0 puntos porcentuales.
- La actividad sexual reciente fue más frecuente entre las mujeres de 20 y más años de edad (más del 57,0 por ciento). Está asociada al estado conyugal, alcanzando el 86,8 por ciento entre las mujeres casadas o convivientes, el 13,6 por ciento entre las divorciadas, separadas o viudas y 9,5 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 10-14 y 15-19 años de matrimonio con (92,8 por ciento).

- La mayoría de las mujeres que usaron métodos anticonceptivos temporales fueron sexualmente activas en porcentajes que fluctúan entre 78,9 y 94,8 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 (68,3 por ciento), en cambio, fue menor en las de educación secundaria (53,8 por ciento.

- Por otro lado, se encontró que la frecuencia de la actividad sexual de las mujeres del segundo quintil de riqueza (60,9 por ciento) fue mayor en 12,8 puntos porcentuales respecto de las del quintil superior de riqueza (48,1 por ciento).

CUADRO Nº 5.9

PASCO: 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	17,8	8,5	4,4	69,3	43
20-24	100,0	57,2	11,4	10,6	20,9	35
25-29	100,0	64,7	19,0	11,6	4,7	31
30-34	100,0	81,4	6,3	9,3	3,0	38
35-39	100,0	75,2	12,9	11,2	0,7	28
40-44	100,0	62,5	18,2	14,2	5,1	26
45-49	100,0	67,3	10,3	19,4	3,0	23
Estado conyugal						
Soltera	100,0	9,5	12,4	17,8	60,3	69
Casada o conviviente	100,0	86,8	11,1	2,1	0,0	142
Divorciada/ separada/ viuda	100,0	13,6	18,5	67,9	0,0	13
Duración matrimonial 2/						
0-4 años	100,0	86,6	13,4	0,0	0,0	23
5-9 años	100,0	87,9	10,8	1,4	0,0	31
10-14 años	100,0	92,8	7,2	0,0	0,0	29
15-19 años	100,0	92,8	5,0	2,3	0,0	23
20-24 años	100,0	79,9	17,3	2,7	0,0	18
25 y más años	100,0	73,8	16,9	9,3	0,0	17
Método anticonceptivo actual						
Ningún método	100,0	23,3	15,9	21,1	39,8	105
Píldora	100,0	94,8	5,2	0,0	0,0	10
DIU	100,0	*	*	*	*	2
Esterilización	100,0	78,9	16,4	4,7	0,0	10
Abstinencia periódica	100,0	92,3	7,7	0,0	0,0	19
Otra	100,0	90,4	8,2	1,5	0,0	79
Nivel de educación						
Sin educación	100,0	61,6	7,6	30,7	0,0	6
Primaria	100,0	68,3	15,5	11,7	4,5	61
Secundaria	100,0	53,8	9,4	7,2	29,6	103
Superior	100,0	56,8	13,0	14,2	15,9	54
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	100,0	60,0	12,6	11,6	15,9	44
Segundo quintil	100,0	60,9	10,6	11,9	16,5	64
Quintil intermedio	100,0	60,4	10,9	11,2	17,6	70
Cuarto quintil	100,0	52,6	14,3	8,0	25,1	37
Quintil superior	100,0	48,1	16,1	5,5	30,3	8
Total 2012	100,0	58,7	11,9	10,7	18,7	223
Total 2009	100,0	52,6	15,5	11,2	20,8	241

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

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

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.

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 (63,4 por ciento) siendo menor entre las del área urbana (55,3 por ciento).

CUADRO Nº 5.10
PASCO: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE DE LAS MUJERES, POR MOMENTO DE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2012
(Distribución porcentual)

Área de residencia	Total	Momento de la última relación			Nunca ha tenido relaciones	Número de mujeres
		Últimas cuatro semanas	Último año 1/	Hace un año o más		
Urbana	100,0	55,3	11,8	11,6	21,2	130
Rural	100,0	63,4	12,0	9,5	15,1	93
Total 2012	100,0	58,7	11,9	10,7	18,7	223
Total 2009	100,0	52,6	15,5	11,2	20,8	241

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 6

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 Pasco.

- 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 Pasco 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 66,7 por ciento de las mujeres en unión no desean tener más hijas e hijos: 60,1 por ciento expresó su deseo de no querer más hijas e hijos en el futuro y 6,6 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 5,9 puntos porcentuales.

- En la Encuesta 2012, el deseo de no tener más hijas o hijos aumenta rápidamente con la paridez, desde el 16,3 por ciento entre las mujeres con una hija o hijo vivo hasta 95,7 por ciento entre las que tienen seis y más hijas e hijos sobrevivientes.

- En promedio, el 8,8 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 5,5 y 1,9 por ciento entre las mujeres que tienen cinco y, seis y más hijas e hijos, respectivamente.

- El 22,2 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 (65,4 por ciento). Disminuyó a 2,2 por ciento entre las que tienen cuatro hijas e hijos. (Véase Cuadro 6.2).

CUADRO Nº 6.1

PASCO: EVOLUCIÓN DE PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD EN MUJERES UNIDAS, 1996-2012

(Distribución porcentual)

Preferencia de más hijas e hijos	1996	2000	2010	2011	2012
No quiere más	65,6	53,3	51,1	55,8	60,1
Esterilizada 1/	7,0	12,1	10,0	6,2	6,6
Desea más	23,3	28,7	36,2	33,5	31,3
Indecisa	1,7	1,9	0,0	0,7	0,5
Infértil	2,4	4,0	2,7	3,8	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1/ Incluye esterilización femenina y masculina.

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

CUADRO Nº 6.2

PASCO: 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	60,1	*	16,3	59,1	72,9	84,8	65,8	89,2
Esterilizada 2/	6,6	*	0,0	3,7	10,2	9,8	19,1	6,5
Desea más, indecisa o infecunda								
Desea tener otro pronto 3/	8,8	*	16,1	7,7	6,9	0,0	5,5	1,9
Desea tener otro pero más tarde 4/	22,2	*	65,4	27,5	9,4	2,2	2,7	0,0
Desea tener más, no sabe cuando	0,3	*	1,2	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0
Indecisa	0,5	*	1,0	0,4	0,0	0,0	0,0	2,5
Infértil	1,4	*	0,0	1,6	0,7	3,3	5,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	142	4	22	42	31	20	10	11

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 27,0 por ciento entre las mujeres de 15 a 19 años hasta un 66,1 por ciento entre aquellas de 30 a 34 años, llegando al 91,3 por ciento en las mujeres de 40 a 44 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 35 a 39 años de edad (15,6 por ciento); y fue menor entre aquellas de 20 a 24 años de edad (3,4 por ciento).

- Si bien un 7,8 por ciento de mujeres de 15 a 19 años expresaron el deseo de tener una hija o hijo pronto, el 65,2 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 Nº 6.3
PASCO: 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	60,1	27,0	43,5	47,7	61,6	68,6	77,4	70,4
Esterilizada 1/	6,6	0,0	0,0	1,1	4,5	10,1	13,9	13,4
Desea más, indecisa o infecunda								
Desea tener otro pronto 2/	8,8	7,8	3,4	8,0	9,6	15,6	6,9	7,9
Desea tener otro pero más tarde 3/	22,2	65,2	51,0	40,0	24,4	4,5	0,8	0,0
Desea tener más, no sabe cuando	0,3	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	1,0	0,0
Indecisa	0,5	0,0	1,1	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Infértil	1,4	0,0	1,0	0,0	0,0	1,2	0,0	8,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	142	6	19	23	31	23	20	19

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 tanto entre aquellas que tienen una y cinco y más hijas e hijos vivos. Este mismo comportamiento se mostró en las mujeres de 20 a 39 años de edad. En cambio, dado que mantienen patrones de alta fecundidad, registró incremento el porcentaje de mujeres con dos, tres y cuatro hijas e hijos vivos; y entre las mujeres de 40 a 44 y de 45 a 49 años de edad.

- la disminución que se observa desde el año 1996 hasta el año 2012 fue mayor entre las mujeres con una hija o hijo y que ahora no desea tener más hijas e hijos. La diferencia alcanzó 10,3 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 20 a 24 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 Nº 6.4

PASCO: 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	72,6	na	26,6	61,1	75,8	89,6	93,3	97,3
2000	65,4	0,0	14,4	57,4	75,3	88,9	89,7	89,4
2010	61,1	(0,0)	13,5	60,6	85,3	81,3	89,9	(96,5)
2011	62,1	*	19,7	61,5	79,9	85,9	91,4	92,7
2012	66,7	*	16,3	62,8	83,1	94,6	84,9	95,7

Año	Total mujeres 15-49	Grupo de edad						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1996	72,6	na	61,7	57,8	75,0	88,0	86,8	77,4
2000	65,4	16,7	34,7	58,4	72,4	82,5	87,5	72,2
2010	61,1	25,9	39,0	33,8	60,5	74,6	88,5	84,1
2011	62,1	29,4	39,5	53,1	56,7	69,9	79,8	80,4
2012	66,7	27,0	43,5	48,8	66,1	78,7	91,3	83,8

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 similar en el área rural (66,8 por ciento) que en el área urbana (66,7 por ciento). En cambio, el porcentaje de mujeres esterilizadas del área rural fue superior en 0,5 punto porcentual respecto de las mujeres residentes en el área urbana (6,9 y 6,4 por ciento, respectivamente).

- De otro lado, el porcentaje de mujeres que desean tener otra hija o hijo pronto (antes de dos años) fue mayor en el área urbana que en el área rural (10,1 frente a 7,2 por ciento) mostrando una diferencia de 2,9 puntos porcentuales.

CUADRO Nº 6.5
PASCO: 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	60,1	60,3	59,9
Esterilizada 1/	6,6	6,4	6,9
Desea más, indecisa o infecunda			
Desea tener otro pronto 2/	8,8	10,1	7,2
Desea tener otro pero más tarde 3/	22,2	21,5	23,1
Desea tener más, no sabe cuando	0,3	0,0	0,7
Indecisa	0,5	0,2	0,8
Infértil	1,4	1,5	1,4
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	142	77	65

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 Pasco. 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 Pasco.

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

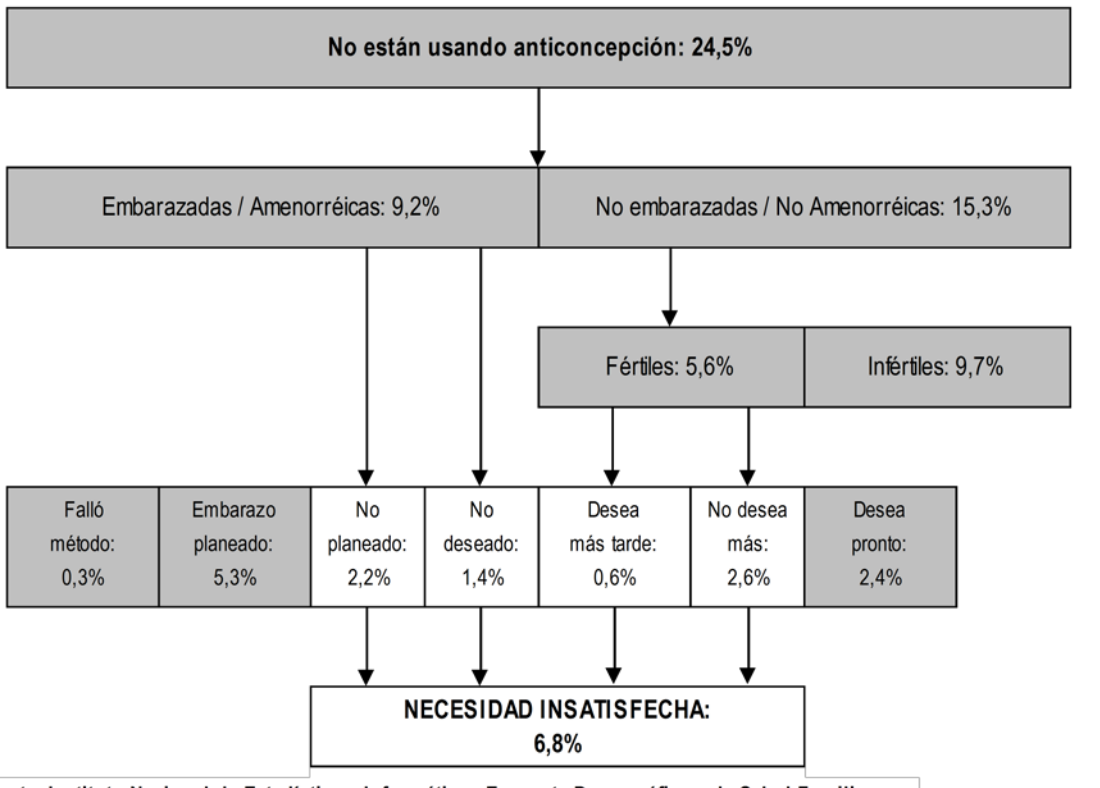
Los niveles de necesidad insatisfecha revelan solo en parte el potencial de la demanda de planificación familiar en el departamento de Pasco. La información de la Encuesta 2012 permite estimar la demanda total de tales servicios, tanto para espaciar como para limitar. La demanda total incluye tres componentes:

- 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.

GRÁFICO Nº 6.1

PASCO: COMPONENTES DE LA NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, 2012



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

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

- El 6,8 por ciento de las mujeres en unión del departamento de Pasco manifestó necesidad insatisfecha de planificación familiar (comparado con 8,7 por ciento en el año 2009), gran parte de ellas con la intención de limitar el tamaño de su familia (4,0 por ciento).

- El porcentaje que se observa en el grupo de edad, 15 a 19 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. Es importante esta observación en la medida que se está hablando de adolescentes.

- La necesidad insatisfecha de planificación familiar fue mayor entre las mujeres unidas con educación primaria en comparación con aquellas con educación superior (5,7 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 quintil inferior (7,9 por ciento). En cambio, el menor nivel se encontró en el cuarto quintil con un valor de 4,8 por ciento.

- Según área de residencia, la necesidad insatisfecha de planificación familiar fue mayor en el área urbana (7,3 por ciento) que en el área 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 82,6 por ciento: 54,4 por ciento para limitar el tamaño de la familia y 28,2 por ciento para espaciar los nacimientos. La demanda total fue menor 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 (51,7 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 con educación secundaria (89,1 por ciento) y ubicadas en el segundo quintil de riqueza (85,9 por ciento). Por otro lado, el menor nivel se encontró entre las mujeres con educación primaria (76,6 por ciento) y del quintil intermedio (79,6 por ciento).

- Del total de mujeres unidas con demanda de planificación familiar (82,6 por ciento), el 91,7 por ciento de ellas tuvo satisfecha dicha necesidad por el hecho de estar usando métodos. El porcentaje de demanda satisfecha fue mayor respecto al año 2009. Este nivel fue mayor entre las mujeres de 35 a 39 años de edad (96,4 por ciento) y con educación superior (94,7 por ciento). En cambio, las mujeres de 40 a 44 y de 20 a 24 años de edad (87,7 y 88,3 por ciento, respectivamente) tuvieron los porcentajes más bajos de demanda total satisfecha.

CUADRO Nº 6.6

PASCO: 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	6,9	6,9	0,0	85,8	65,7	20,1	92,7	72,7	20,1	92,5	6
20-24	10,4	6,6	3,8	76,9	44,1	32,9	88,5	51,9	36,7	88,3	19
25-29	8,7	4,9	3,7	81,4	41,9	39,5	90,1	46,8	43,3	90,4	23
30-34	5,1	3,9	1,2	84,1	27,7	56,4	89,2	31,6	57,6	94,3	31
35-39	3,0	0,0	3,0	78,6	12,6	66,0	82,6	12,6	69,9	96,4	23
40-44	10,4	0,0	10,4	74,1	7,6	66,5	84,5	7,6	76,9	87,7	20
45-49	4,8	0,0	4,8	46,8	4,0	42,9	51,7	4,0	47,7	90,6	19
Área de residencia											
Urbana	7,3	2,4	4,9	75,3	23,6	51,7	82,9	26,1	56,8	91,2	77
Rural	6,3	3,3	3,0	75,6	27,1	48,5	82,2	30,7	51,5	92,4	65
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
Primaria	5,7	1,4	4,3	70,9	14,5	56,4	76,6	15,9	60,7	92,6	50
Secundaria	8,0	4,5	3,5	80,3	34,5	45,8	89,1	39,4	49,7	91,0	58
Superior	4,3	1,4	2,9	76,3	29,1	47,3	80,6	30,4	50,2	94,7	29
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	7,9	4,2	3,7	72,0	18,0	54,0	80,7	23,0	57,7	90,2	29
Segundo quintil	7,8	4,0	3,8	77,6	27,4	50,2	85,9	31,4	54,5	90,9	43
Quintil intermedio	6,3	2,3	3,9	73,3	28,9	44,4	79,6	31,2	48,3	92,1	45
Cuarto quintil	4,8	0,0	4,8	79,4	24,2	55,2	84,2	24,2	60,0	94,3	21
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Total 2012	6,8	2,8	4,0	75,5	25,2	50,3	82,6	28,2	54,4	91,7	142
Total 2009	8,7	3,7	5,0	73,3	28,0	45,3	84,8	33,9	50,9	89,7	148

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 *sí fue deseado, pero más tarde* y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que sí 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).

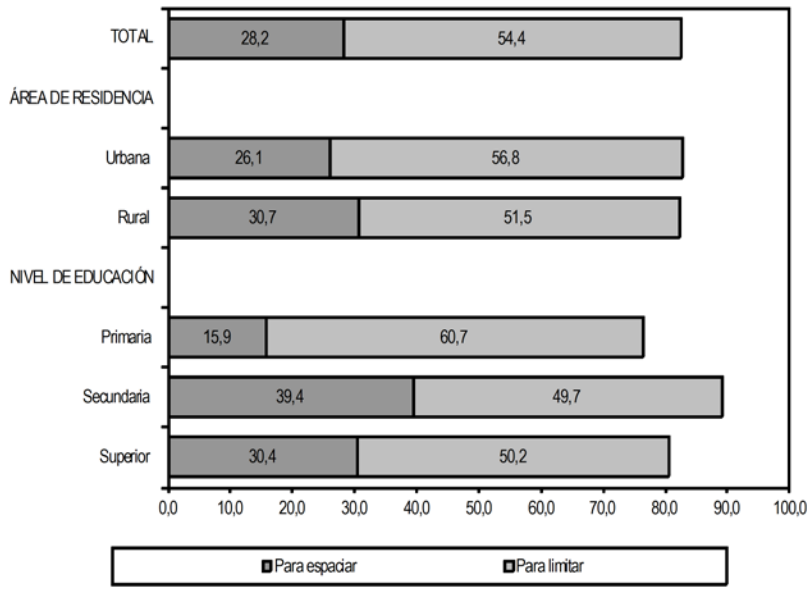
La necesidad satisfecha para limitar se refiere a aquellas mujeres que están usando porque desean limitar los nacimientos (respondieron que no desean más hijas e hijos).

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

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

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

GRÁFICO Nº 6.2
PASCO: DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)



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 2,4. Entre los años 2000 y 2012, el porcentaje de mujeres cuyo número ideal de hijas e hijos fue menos de tres; ha aumentado de 67,3 a 67,8 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 2,1 entre las mujeres sin hijas e hijos hasta 3,3 entre las que tienen seis y más hijas e hijos.

- El 54,2 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 (2,6 hijas e hijos) fue casi similar al de todas las mujeres entrevistadas (2,4 hijas e hijos).

CUADRO Nº 6.7

PASCO: MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN NÚMERO IDEAL DE HIJAS E HIJOS, 2000 - 2012

(Distribución porcentual)

Número ideal de hijas e hijos	2000	2010	2011	2012
Ninguno	1,6	1,3	3,1	1,8
1	10,2	12,9	13,0	11,8
2	55,5	55,4	54,8	54,2
3	13,5	14,7	13,6	15,3
4	14,7	11,1	10,8	12,9
5 y más	3,7	4,4	4,7	3,5
No especificado	0,7	0,1	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Promedio ideal	2,4	2,4	2,3	2,4

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

CUADRO Nº 6.8

PASCO: 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	1,8	3,0	0,6	1,8	2,5	1,3	0,0	0,0
1	11,8	11,9	22,5	10,5	11,6	1,1	8,7	5,6
2	54,2	65,1	62,0	54,3	39,1	48,3	47,1	32,3
3	15,3	12,5	10,1	19,3	22,2	7,0	23,0	18,1
4	12,9	6,0	4,7	10,9	20,3	33,2	9,9	29,0
5	1,2	0,8	0,0	1,2	2,3	1,0	6,5	0,0
6 y más	2,3	0,0	0,0	1,9	2,0	6,9	4,7	12,8
Respuestas no numéricas	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	2,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	223	63	36	49	32	21	11	13
Promedio ideal de hijas e hijos 2/								
Promedio para todas las mujeres	2,4	2,1	2,0	2,4	2,6	3,0	2,7	3,3
Número total de mujeres	222	62	36	49	32	20	11	13
Promedio para actualmente unidas	2,6	*	2,1	2,4	2,6	3,0	2,8	3,3
Número de mujeres unidas	141	4	22	42	31	20	10	11

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 2,1 hijas e hijos en las mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años, en ambos casos, a 3,2 hijas e hijos entre las que tienen 45 a 49 años.

- Los mayores promedios ideales de hijas e hijos se presentaron entre las entrevistadas con educación primaria (2,7 hijas e hijos) y entre las ubicadas en el quintil inferior de riqueza o residentes en el área rural (2,5 hijas e hijos, en ambos casos).

- Por el contrario, los menores promedios del ideal de hijas e hijos se encontró entre las entrevistadas del quintil superior (2,1 hijas e hijos).

- El número promedio ideal de hijas e hijos entre mujeres de 45 a 49 años de edad del quintil superior de riqueza fue 2,6 hijas e hijos; a diferencia de las mujeres del quintil inferior entre las cuales el ideal fue 3,8 hijas e hijos.

CUADRO Nº 6.9

PASCO: 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	2,3	2,1	2,1	2,1	2,4	2,5	2,3	3,2
Rural	2,5	2,1	2,2	2,3	2,5	2,9	2,8	3,3
Nivel de educación								
Sin educación	(2,9)	(0,0)	(2,0)	(2,0)	(1,7)	(3,5)	(3,0)	3,2
Primaria	2,7	1,9	2,1	2,4	2,5	2,9	2,6	3,6
Secundaria	2,3	2,1	2,0	2,1	2,5	2,7	2,3	2,9
Superior	2,3	2,0	2,2	2,3	2,2	2,1	2,4	2,8
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	2,5	2,0	2,3	2,3	2,5	3,2	2,5	3,8
Segundo quintil	2,4	2,1	1,9	2,3	2,3	2,6	2,8	3,5
Quintil intermedio	2,3	2,1	2,2	2,1	2,5	2,4	2,2	3,1
Cuarto quintil	2,4	2,2	2,2	2,2	2,5	2,5	2,6	2,9
Quintil superior	2,1	2,2	2,0	1,8	1,6	2,0	2,7	2,6
Total 2012	2,4	2,1	2,1	2,2	2,4	2,7	2,5	3,2
Total 2009	2,4	2,0	2,2	2,4	2,2	2,6	2,7	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.

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 tienen la última palabra en una o dos decisiones del hogar (11,1 por ciento) que en las que toman el mayor número de decisiones (7,2 por ciento).

- El porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar para limitar el tamaño de su familia fue 4,1 por ciento entre aquellas que manifestaron tres o cuatro razones para negarse a tener relaciones sexuales con su esposo.

CUADRO Nº 6.10

PASCO: 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	*	2	*	*	*	2
1-2	2,9	10	11,1	7,0	4,1	10
3-4	2,5	42	4,8	1,7	3,2	42
5	2,6	88	7,2	2,7	4,5	88
Número de razones para negarse a tener relaciones con el esposo						
0	*	1	*	*	*	1
1-2	*	3	*	*	*	3
3-4	2,6	137	6,8	2,7	4,1	137
Número de razones que justifi-can que esposa sea golpeada 1/						
0	2,6	136	7,1	2,9	4,1	137
1-2	*	4	*	*	*	4
3-4	*	0	*	*	*	0
5	*	1	*	*	*	1
Total	2,6	141	6,8	2,8	4,0	142

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 19,9 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 48,2 por ciento cuando el nacimiento es de cuarto y más orden, al igual que en las madres de 35 a 39 años de edad (37,6 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 43,9 por ciento.

CUADRO Nº 6.11
PASCO: 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	54,3	40,3	5,4	33
2	100,0	66,6	21,2	12,2	30
3	100,0	62,2	18,1	19,7	20
4 y más	100,0	41,0	10,8	48,2	25
Grupo de edad de la madre					
<20	100,0	43,7	44,8	11,5	18
20-24	100,0	57,5	31,5	11,0	28
25-29	100,0	62,8	19,3	17,9	25
30-34	100,0	63,3	13,2	23,5	20
35-39	100,0	50,4	12,0	37,6	14
40-44	100,0	*	*	*	4
Total 2012	100,0	56,1	24,0	19,9	109
Total 2009	100,0	45,9	33,1	21,0	119

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

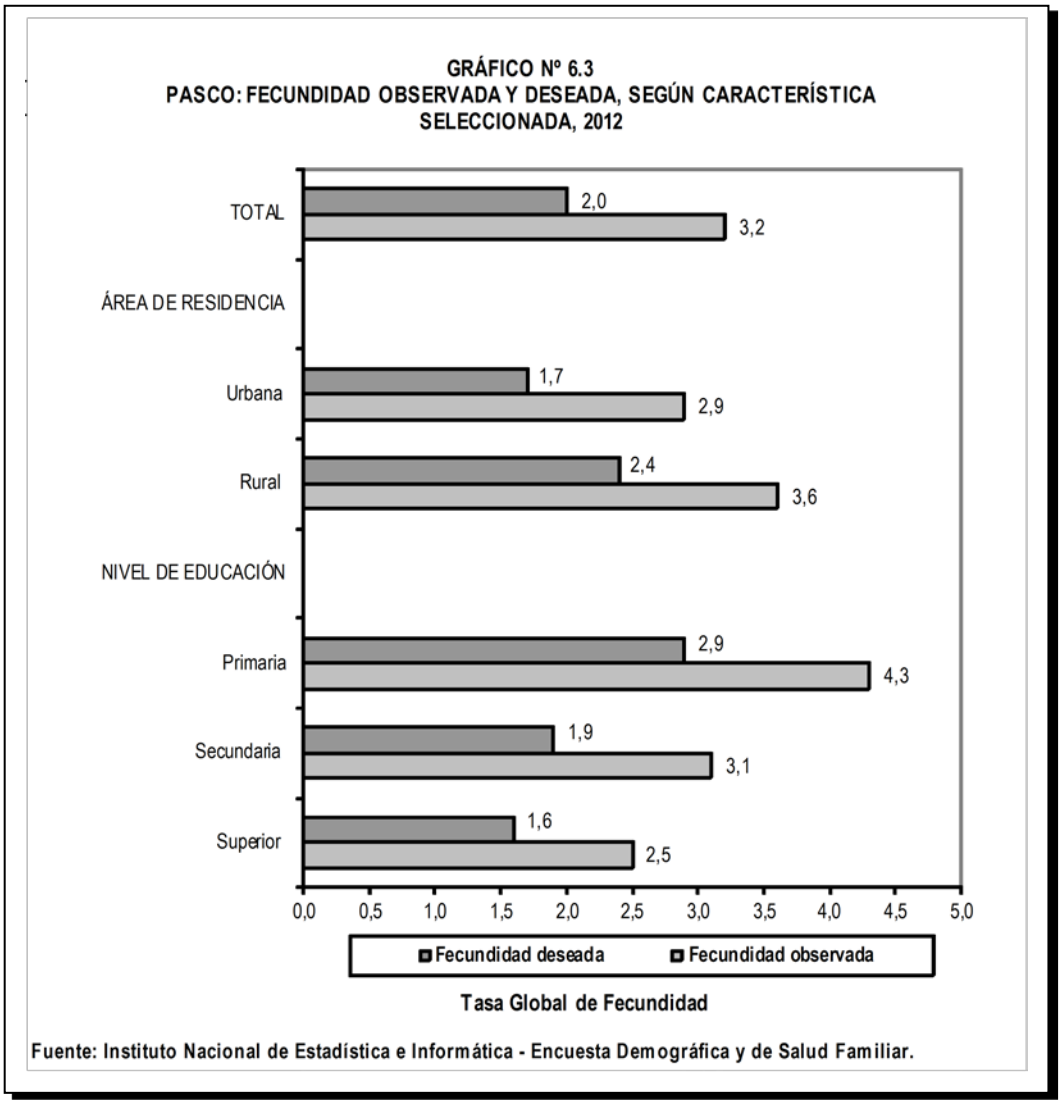
Con el fin de medir el impacto de los nacimientos no planeados sobre el nivel de la fecundidad, se obtiene una Tasa Global de Fecundidad considerando solamente los nacimientos deseados. Un nacimiento se considera deseado si el número de hijos sobrevivientes en el momento del embarazo es menor que el 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 y en el Gráfico 6.3.

Tasa de fecundidad deseada (Cuadro 6.12)

- La Tasa Global de Fecundidad en el departamento de Pasco hubiera sido de 2,0 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 3,2 hijas e hijos en promedio por mujer, un hijo más que los deseados, es decir, un 60,0 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 primaria y entre las ubicadas en el quintil intermedio (1,4 hijas e hijos, en ambos casos).

- Un menor nivel de reducción entre la tasa global deseada con la observada, se aprecia entre las mujeres del cuarto quintil (0,7 hija o hijo) y en aquellas con educación superior (0,9 hija e hijo).



CUADRO Nº 6.12

PASCO: 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	1,7	2,9
Rural	2,4	3,6
Nivel de educación		
Sin educación	*	*
Primaria	2,9	4,3
Secundaria	1,9	3,1
Superior	1,6	2,5
Quintil de riqueza		
Quintil inferior	2,6	3,9
Segundo quintil	2,3	3,6
Quintil intermedio	1,6	3,0
Cuarto quintil	1,6	2,3
Quintil superior	*	*
Total 2012	2,0	3,2
Total 2009	1,8	3,0

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 7

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 morir[1]:

- Mortalidad neonatal: probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN);
- Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida ($_1q_0$);
- 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 del departamento de Pasco a enero del 2006 fue de 24,1 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos. La mortalidad en la niñez fue de 30,6 defunciones de menores de cinco años por mil nacidos vivos.

- Por sexo la tasa de mortalidad infantil fue mas alta en los niños (33,8 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos) que en las niñas (14,1 por mil nacidos vivos). En la mortalidad en la niñez ocurre lo mismo 39,1 por mil para los varones y 21,9 por mil para las mujeres.

- La tasa de mortalidad infantil en el área urbana fue 30,1 y la rural 17,2 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. La mortalidad en la niñez también fue mayor en el área urbana 35,3 que en el área rural 25,1 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 secundaria tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (30,0 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios superiores (19,1 por mil). Tendencia similar se puede notar en la mortalidad en la niñez, donde las niñas y niños de madres con educación secundaria tenían una tasa de mortalidad en la niñez de 34,5 defunciones por mil nacidos vivos y de madres con educación superior solo 23,0 por mil.

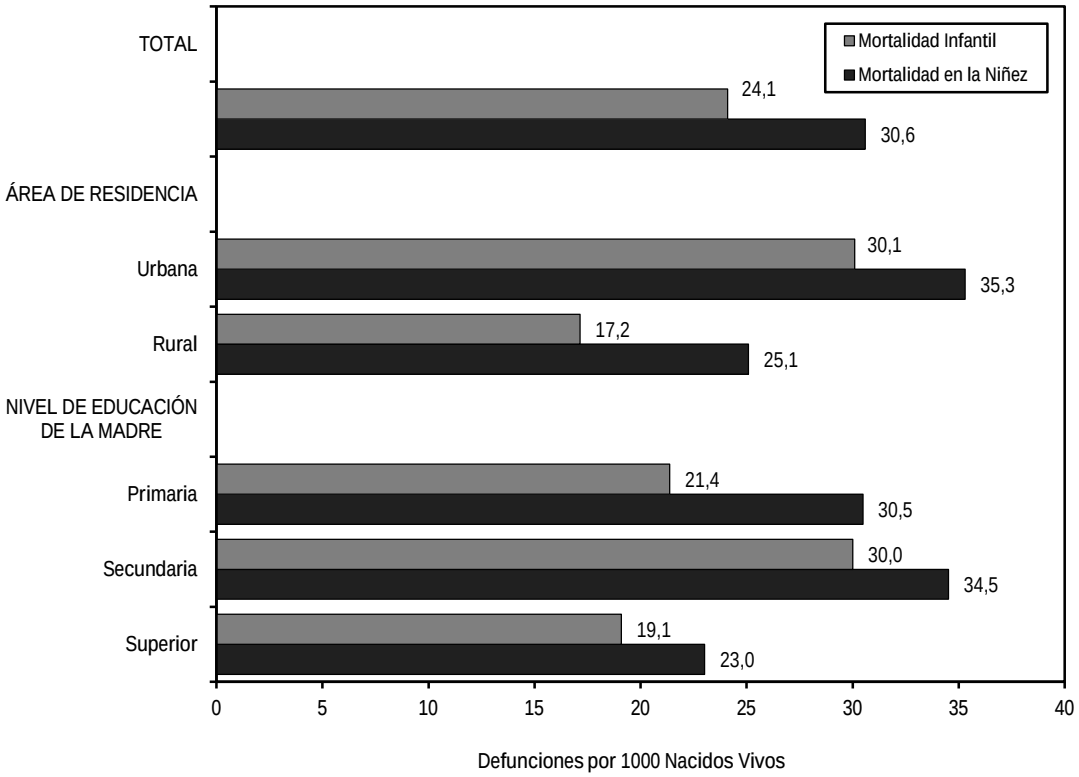
CUADRO Nº 7.1
PASCO: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2010-2011
(Para los diez años anteriores a la encuesta, fecha central enero 2006)

Característica seleccionada	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal 1/ (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Post-infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
Sexo del niño					
Hombre	24,5	9,2	33,8	5,5	39,1
Mujer	7,8	6,3	14,1	7,9	21,9
Área de residencia					
Urbana	20,2	9,9	30,1	5,4	35,3
Rural	11,8	5,4	17,2	8,1	25,1
Nivel de educación de la madre					
Primaria	12,6	8,7	21,4	9,3	30,5
Secundaria	18,6	11,4	30,0	4,7	34,5
Superior	19,1	0,0	19,1	4,0	23,0
Total	16,3	7,8	24,1	6,6	30,6

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 Nº 7.1
PASCO: 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 39,6 por ciento de los nacimientos se encuentran en alguna categoría de riesgo evitable; mientras que el 34,7 por ciento en ninguna categoría de riesgo.

- Cuatro categorías concentran el 31,2 por ciento del total de nacimientos que ocurrieron en riesgo reproductivo evitable o elevado evitable: aquella combinación de mujer mayor a 34 años con orden de nacimiento mayor a tres (10,1 por ciento), orden de nacimiento mayor a tres (9,8 por ciento), nacimientos de madre menor de 18 años (6,1 por ciento) e intervalo de nacimiento menor a 24 meses (5,2 por ciento).

- El 63,4 por ciento de las mujeres actualmente unidas están en posibilidad de concebir hijos o hijas con riesgo reproductivo evitable o elevado evitable. Un 13,2 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 29,5 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 haber tenido más de tres hijas y/o hijos.

CUADRO Nº 7.2

PASCO: NACIMIENTOS EN ÚLTIMOS CINCO AÑOS Y MUJERES EN UNIÓN, SEGÚN CATEGORÍA DE RIESGO DE MORTALIDAD, 2010-2011

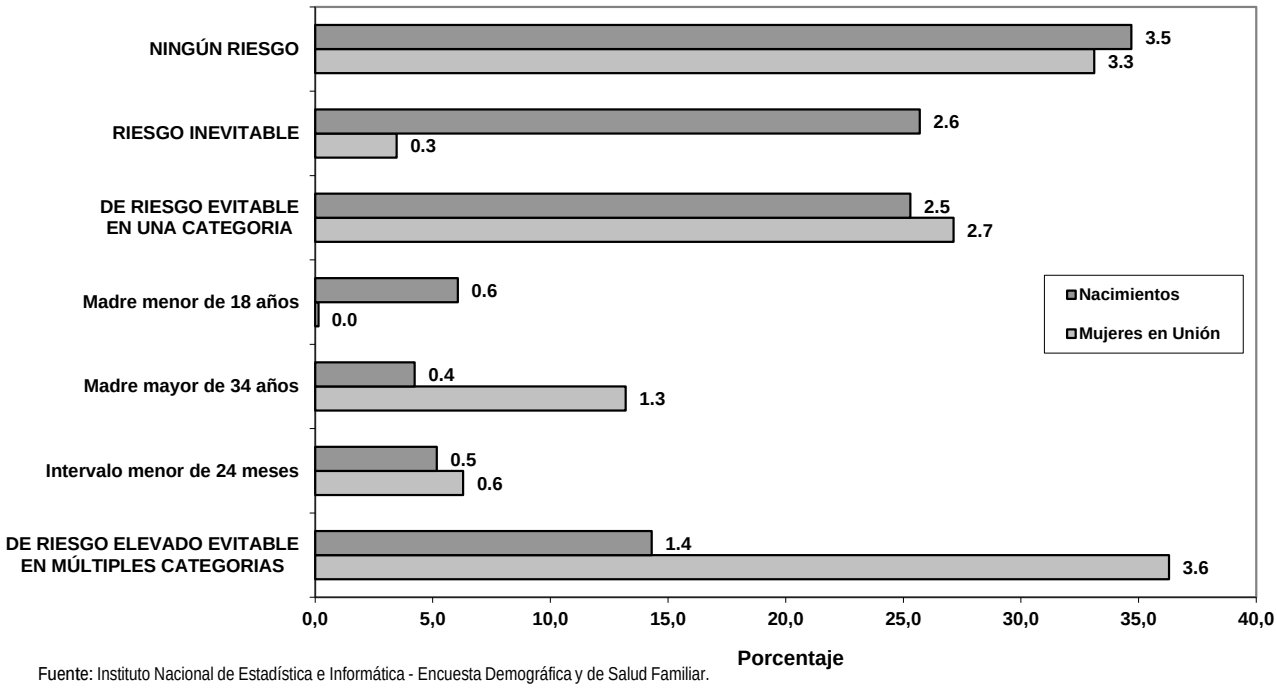
(Distribución porcentual)

Categoría de riesgo 1/	Nacimientos	Mujeres actualmente unidas
En ninguna categoría de riesgo	34,7	33,1 a/
Categoría de riesgo inevitable		
Nacimientos de orden uno entre las edades 18 a 34	25,7	3,5
En una categoría de riesgo evitable	25,3	27,1
Madre menor de 18 años	6,1	0,1
Madre mayor de 34 años	4,2	13,2
Intervalo de nacimiento menor a 24 meses	5,2	6,3
Orden de nacimiento mayor de tres	9,8	7,5
En múltiples categorías de riesgo elevado evitable	14,3	36,3
Edad menor a 18 años e intervalo de nacimiento menor a 24 meses 2/	0,7	0,5
Edad mayor a 34 años e intervalo menor a 24 meses	0,0	0,6
Edad mayor a 34 años y orden de nacimiento mayor a tres	10,1	29,5
Edad mayor a 34 años, intervalo menor a 24 meses y orden de nacimiento mayor a tres	0,8	2,4
Intervalo menor a 24 meses y orden de nacimiento mayor a tres	2,6	3,4
En alguna categoría de riesgo evitable	39,6	63,4
Total	100,0	100,0
Número de nacimientos y mujeres	86	122

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
PASCO: 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.

SALUD MATERNA 8

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 Pasco 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 alguna situación de cuidado (ejemplo: presión alta, anemia, entre otros) que pueda 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 los temas de 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 brindados 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 98,2 por ciento de mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud, lo que constituyó un aumento sobre el 89,4 por ciento encontrado durante la Encuesta 2009. Desagregando este indicador, se observa que entre los años 2009 y 2012, la atención por obstetriz, subió, de 44,1 a 63,1 por ciento. La atención prenatal por médico presenta una tendencia a disminuir, de 20,5 por ciento a 18,7 por ciento entre las dos encuestas mencionadas. Hay excepciones como aumentos en las mujeres con el sexto o posterior nacimiento que pasó de 13,8 a 18,3 por ciento, ubicadas en el segundo quintil, de 13,6 a 17,2 por ciento; y en las mujeres de 35 a 49 años de edad, de 22,3 a 25,6 por ciento, entre los años 2009 y 2012.

- 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 (4,1 frente a 25,6 por ciento). El 66,1 por ciento de las adolescentes menores de 20 años de edad se controlaron con una obstetriz, continuando el incremento visto desde el año 2009 (42,1 por ciento).

- Según el orden de nacimiento, una mayor proporción de mujeres con el sexto o posterior nacimiento (18,3 por ciento) fueron atendidas por médico, comparado con el primer nacimiento (15,6 por ciento). Asimismo, se advierte incrementos en la proporción de mujeres atendidas por obstetriz en cada orden de nacimiento, como el caso del aumento de 46,2 a 64,9 por ciento para el primer nacimiento (entre las dos encuestas mencionadas).

- Por área de residencia, más mujeres fueron atendidas por obstetriz en el área urbana que por médico (70,2 frente a 25,5 por ciento). En el área rural, la obstetriz (55,1 por ciento) y la enfermera (25,9 por ciento) fueron las profesionales que atendieron un mayor porcentaje de mujeres en comparación a las atendidas por personal médico (11,0 por ciento).

- En cuanto al nivel de educación de las mujeres entrevistadas, el 37,9 por ciento de aquellas con educación superior se controlaron con un médico, cifra menor a la registrada en el año 2009 (42,4 por ciento). Con relación a la capacidad adquisitiva, la diferencia entre el cuarto quintil y el quintil inferior de riqueza va de 45,0 a 7,3 por ciento, en la Encuesta 2012. En el caso de la atención por obstetriz, la diferencia entre ambos quintiles fue de 55,0 frente a 47,8 por ciento.

- Con respecto a la falta de atención prenatal, solo el 1,8 por ciento de mujeres respondieron que "No recibió atención". No obstante, el 3,7 por ciento de mujeres ubicadas en el quintil inferior y 2,9 por ciento de aquellas con su primer nacimiento, muestran los porcentajes más altos de mujeres sin atención prenatal.

CUADRO Nº 8.1
PASCO: 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 pro-veedor de salud calificado 1/	Número de mujeres
		Médico	Obstetriz	Enfermera	Técnico en enfermería/ Promotor de salud			
Edad de la madre al nacimiento								
Menos de 20 años	100,0	4,1	66,1	21,9	6,0	2,0	92,0	13
20-34	100,0	20,3	63,9	10,4	3,6	1,8	94,6	55
35-49	100,0	25,6	57,5	14,2	0,8	1,9	97,3	15
Orden de nacimiento								
Primer nacimiento	100,0	15,6	64,9	12,2	4,3	2,9	92,7	25
2-3	100,0	21,7	64,5	10,1	2,3	1,4	96,4	38
4-5	100,0	15,7	62,2	14,6	5,4	2,2	92,5	13
6 y más	100,0	18,3	51,8	26,1	3,7	0,0	96,3	8
Área de residencia								
Urbana	100,0	25,5	70,2	1,4	1,3	1,6	97,1	44
Rural	100,0	11,0	55,1	25,9	6,0	2,1	92,0	39
Nivel de educación								
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	100,0	11,5	50,9	31,6	4,9	1,0	94,1	25
Secundaria	100,0	15,6	74,4	4,5	3,4	2,1	94,5	38
Superior	100,0	37,9	58,8	0,0	0,7	2,6	96,7	18
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	100,0	7,3	47,8	31,8	9,4	3,7	86,9	22
Segundo quintil	100,0	17,2	65,1	12,8	3,0	1,9	95,1	25
Quintil intermedio	100,0	19,1	77,0	2,6	0,5	0,9	98,6	26
Cuarto quintil	100,0	45,0	55,0	0,0	0,0	0,0	100,0	10
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	*	*	1
Total 2012	100,0	18,7	63,1	12,9	3,5	1,8	94,7	83
Total 2009 a/	100,0	20,5	44,1	24,8	0,0 b/	4,5	89,5	90

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 otro (6,1 por ciento).
b/ Solo incluyó sanitario y promotor de salud. En el año 2012 no se encontraron casos de sanitario.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Número de visitas de atención prenatal (Cuadro 8.2)

- El 94,9 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 mayor a lo encontrado en el año 2009 (89,0 por ciento). La cobertura de visitas en el área urbana alcanzó el 95,8 por ciento y en el área rural el 93,9 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 72,4 por ciento de las mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir cuatro meses de embarazo. Los porcentajes difieren si se trata de mujeres que residían en el área urbana (75,3 por ciento) o rural (69,1 por ciento).

- Existe una diferencia de casi medio mes entre las medianas de meses de embarazo a la primera visita entre el área urbana y rural (2,7 y 3,1 meses, respectivamente).

CUADRO Nº 8.2
PASCO: 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	1,8	1,6	2,1
1	0,8	1,1	0,5
2-3	2,1	1,5	2,8
4 y más	94,9	95,8	93,9
No sabe/ sin información	0,3	0,0	0,7
Total	100,0	100,0	100,0
Meses de embarazo a la primera visita de control prenatal			
Ningún control	1,8	1,6	2,1
Menos de 4	72,4	75,3	69,1
4-5	16,2	16,5	15,9
6-7	8,4	5,6	11,5
8 y más	0,9	1,0	0,7
No sabe/ sin información	0,3	0,0	0,7
Total	100,0	100,0	100,0
Número de mujeres	83	44	39
Mediana de meses de embarazo a la primera visita para atención prenatal	2,9	2,7	3,1
Número de mujeres con atención prenatal	82	44	38

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 (99,4 por ciento), y la presión arterial (99,8 por ciento) los que fueron realizados a casi todas las mujeres que recibieron la atención; y la altura uterina (100,0 por ciento). Estos porcentajes en el año 2009 representaron el 99,4 por ciento para el control de peso y la altura uterina, en ambos casos; y 99,0 por ciento para la presión arterial.

- La explicación de las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo fue realizada al 94,6 por ciento de las mujeres, mayor en 10,4 puntos porcentuales a lo registrado en el año 2009 (84,2 por ciento). Las mujeres ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (100,0 por ciento), con el primer nacimiento (98,9 por ciento) y aquellas con educación secundaria (98,5 por ciento), muestran los más altos porcentajes.

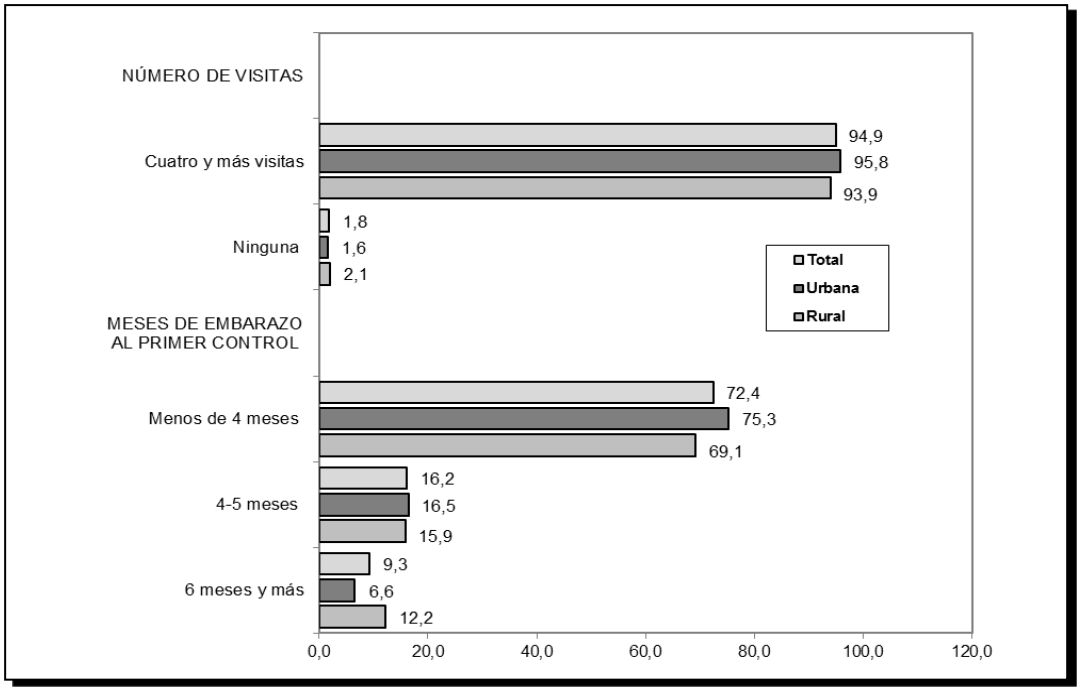
- La toma de muestras de orina durante la atención prenatal permite descartar alguna infección o enfermedad diabética o hipertensiva del embarazo. De otro lado, una muestra de sangre ayuda a evaluar si la embarazada presenta anemia, lo que puede ser riesgoso para el parto o postparto. Según resultados de la Encuesta 2012, estos dos análisis se realizaron al 89,0 por ciento (orina) y 93,5 por ciento (sangre) de mujeres, porcentajes que difieren respecto al año 2009 (90,7 y 90,6 por ciento, respectivamente). Cabe destacar que en el departamento de Pasco 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 69,1 por ciento de mujeres con el sexto o posterior nacimiento. Asimismo, entre mujeres ubicadas en el quintil inferior, el porcentaje alcanzó el 75,3 por ciento.

CUADRO Nº 8.3
PASCO: 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	80,9	0,0	13	98,0	97,8	100,0	83,3	89,3	100,0	13
20-34	87,5	2,0	55	95,1	100,0	99,6	90,3	95,0	100,0	54
35-49	81,2	3,4	15	89,8	98,3	100,0	88,9	92,0	100,0	15
Orden de nacimiento										
Primer nacimiento	87,0	0,8	25	98,9	98,8	100,0	92,2	96,3	100,0	24
2-3	88,4	0,8	38	94,7	99,3	99,5	89,9	93,6	100,0	37
4-5	75,7	2,8	13	91,7	100,0	100,0	92,4	91,6	100,0	13
6 y más	80,8	10,1	8	85,8	100,0	100,0	69,1	87,9	100,0	8
Área de residencia										
Urbana	85,0	1,0	44	95,4	100,0	100,0	94,4	96,1	100,0	44
Rural	85,7	3,0	39	93,7	98,6	99,5	82,9	90,7	100,0	38
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	3	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	86,2	3,5	25	90,9	97,9	99,2	83,5	92,9	100,0	25
Secundaria	83,6	0,8	38	98,5	100,0	100,0	91,2	94,1	100,0	37
Superior	93,8	1,1	18	95,0	100,0	100,0	100,0	97,3	100,0	18
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	82,8	3,9	22	90,5	97,5	100,0	75,3	89,7	100,0	21
Segundo quintil	78,5	1,7	25	94,7	100,0	99,2	88,6	92,4	100,0	24
Quintil intermedio	91,7	0,9	26	95,6	100,0	100,0	96,7	95,0	100,0	26
Cuarto quintil	90,2	1,3	10	100,0	100,0	100,0	97,8	100,0	100,0	10
Quintil superior	*	*	1	*	*	*	*	*	*	1
Total 2012	85,3	2,0	83	94,6	99,4	99,8	89,0	93,5	100,0	82
Total 2009	67,7	4,6	90	84,2	99,4	99,0	90,7	90,6	99,4	86

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
PASCO: 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 Pasco 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 aquellas cuyo último nacimiento estuvo protegido contra el tétano, basados en el algoritmo descrito.

Vacunación contra el tétano neonatal (Cuadro 8.4)

- En el año 2012, se encontró que el 62,2 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 (47,1 por ciento). El porcentaje de mujeres cuyo nacimiento más reciente fue protegido contra el tétano alcanzó el 85,9 por ciento.

- Los diferenciales según características seleccionadas de la mujer fueron muy notorios por orden de nacimiento y quintil de riqueza. Así, el 47,4 por ciento de mujeres con el sexto o posterior nacimiento recibieron dos o más inyecciones en comparación con el 62,0 por ciento de aquellas con su primer nacimiento. El 58,7 por ciento de mujeres ubicadas en el quintil inferior y el 65,0 por ciento de mujeres del cuarto quintil de riqueza fueron inmunizadas. Relativamente un menor nivel de protección contra el tétano se registró entre las mujeres ubicadas en el segundo quintil de riqueza (75,8 por ciento).

CUADRO Nº 8.4
PASCO: 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	60,0	88,6	13
20-34	64,0	85,4	55
35-49	57,0	85,6	15
Orden de nacimiento			
Primer nacimiento	62,0	89,1	25
2-3	67,2	86,2	38
4-5	56,5	81,0	13
6 y más	47,4	82,7	8
Área de residencia			
Urbana	61,4	83,4	44
Rural	63,0	88,8	39
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	3
Primaria	60,5	85,2	25
Secundaria	64,1	85,2	38
Superior	63,2	87,4	18
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	58,7	90,7	22
Segundo quintil	59,3	75,8	25
Quintil intermedio	67,4	92,2	26
Cuarto quintil	65,0	85,6	10
Quintil superior	*	*	1
Total 2012	62,2	85,9	83
Total 2009	47,1	82,4	90

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

El lugar y tipo de atención del parto son importantes para asegurar la salud de la madre y niña o niño por nacer, asimismo, para determinar el acceso de la población a un servicio de 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. Las variables de análisis son: 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 87,8 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 se incrementó en 9,9 puntos porcentuales respecto a lo observado en el año 2009 (77,9 por ciento). La ocurrencia del parto en casa bajó de 21,3 por ciento en el año 2009 hasta 12,0 por ciento en el año 2012.

- Los grandes contrastes existentes años atrás con los partos ocurridos en un establecimiento de salud han disminuido en el departamento de Pasco. En el año 2009, existía una diferencia muy marcada entre madres pertenecientes al cuarto quintil en comparación con aquellas del quintil inferior de riqueza (97,5 frente a 41,4 por ciento) la que ha disminuido (100,0 frente a 70,2 por ciento) en el año 2012. En este mismo sentido, el porcentaje de parto seguro de las mujeres con educación primaria comparado con las de educación superior (65,6 frente a 96,9 por ciento) en el año 2009, ha mejorado a 78,0 y 100,0 por ciento, respectivamente, en el año 2012. De igual manera, se han acortado las coberturas entre las mujeres residentes en el área rural y urbana (de 66,3 frente a 88,0 por ciento en el año 2009 a 77,4 frente a 96,9 por ciento en el año 2012). Asimismo, entre mujeres con el sexto o posterior nacimiento en relación con aquellas con el primer nacimiento (59,3 frente a 85,4 por ciento) en el año 2009 a 71,1 frente a 92,6 por ciento en el año 2012.

- 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 con el primer nacimiento (6,2 por ciento) y en las adolescentes menores de 20 años de edad (6,0 por ciento).

- Los establecimientos de salud públicos fueron más utilizados por mujeres con educación superior (96,0 por ciento) y entre las ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (95,3 por ciento).

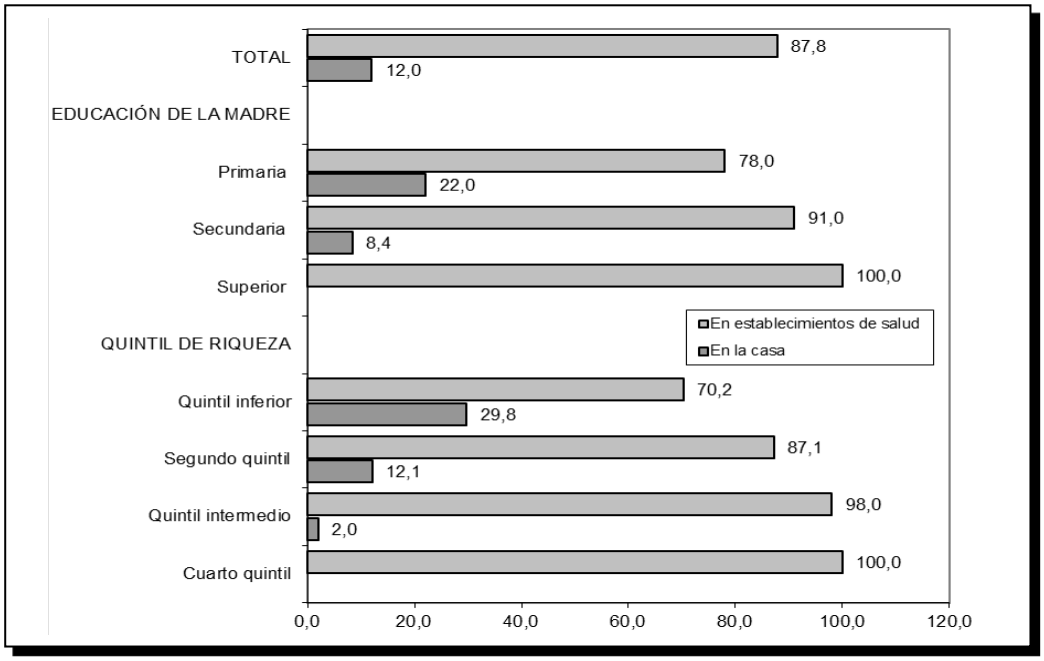
- El porcentaje de parto domiciliario fue menor en 9,3 puntos porcentuales con respecto al año 2009 (21,3 por ciento). No obstante, aún se advierte valores mayores al promedio departamental (12,0 por ciento) entre las mujeres del quintil inferior (29,8 por ciento), con el sexto o posterior nacimiento (28,9 por ciento) y entre las que residen en el área rural (22,1 por ciento).

CUADRO Nº 8.5
PASCO: 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	78,6	6,0	15,3	0,0	84,7	13
20-34	100,0	87,1	2,8	9,8	0,4	89,9	55
35-49	100,0	80,8	1,8	17,4	0,0	82,6	15
Orden de nacimiento							
Primer nacimiento	100,0	86,4	6,2	7,4	0,0	92,6	25
2-3	100,0	88,2	2,0	9,3	0,5	90,2	38
4-5	100,0	81,3	0,0	18,7	0,0	81,3	13
6 y más	100,0	67,6	3,5	28,9	0,0	71,1	8
Área de residencia							
Urbana	100,0	93,6	3,3	3,1	0,0	96,9	44
Rural	100,0	74,6	2,9	22,1	0,5	77,4	39
Nivel de educación							
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	3
Primaria	100,0	74,7	3,3	22,0	0,0	78,0	25
Secundaria	100,0	88,3	2,8	8,4	0,5	91,0	38
Superior	100,0	96,0	4,0	0,0	0,0	100,0	18
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	100,0	66,4	3,8	29,8	0,0	70,2	22
Segundo quintil	100,0	86,2	0,9	12,1	0,8	87,1	25
Quintil intermedio	100,0	93,9	4,1	2,0	0,0	98,0	26
Cuarto quintil	100,0	95,3	4,7	0,0	0,0	100,0	10
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	*	1
Total 2012	100,0	84,7	3,1	12,0	0,2	87,8	83
Total 2009	100,0	77,2	0,6	21,3	0,8	77,9	90

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 Nº 8.2
PASCO: 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, conjuntamente con el lugar del parto, es importante para asegurar la salud de la madre y el niño o niña por nacer, asimismo, se utiliza para monitorear el progreso en la Salud Materna en el marco de 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 43,4 a 53,4 por ciento). Asimismo, se registró un incremento en la atención de parto por obstetriz (de 28,3 a 29,5 por ciento). Por otro lado, la atención por comadrona/partera, disminuyó de 5,5 por ciento en el año 2009 a 3,8 por ciento en el año 2012.

- Según características de la mujer son marcadas las diferencias en el tipo de profesional que atiende al parto. Así, el porcentaje de atención por médico fue mayor entre las mujeres del cuarto quintil en comparación con las del quintil inferior de riqueza (83,8 frente a 30,3 por ciento). De igual manera, entre las mujeres con educación superior comparada con las de educación primaria (74,2 frente a 43,6 por ciento) y, entre las residentes en el área urbana y rural (61,9 frente a 43,4 por ciento).

- De otro lado, el porcentaje de partos atendidos por obstetriz fue mayor entre las mujeres con su primer nacimiento (39,2 por ciento), entre las adolescentes menores de 20 años de edad (37,7 por ciento) y entre mujeres con educación secundaria (36,3 por ciento).

- La asistencia del parto por "Comadrona/Partera" se realizó en mayor proporción cuando se trata de partos no institucionales (24,8 por ciento) o entre mujeres con el sexto o posterior nacimiento (14,4 por ciento). Finalmente, en lo que parece ser un aspecto de connotación netamente cultural en el departamento de Pasco, todavía existen casos de partos que fueron atendidos por familiares/otros, como a mujeres ubicadas en el quintil inferior (20,7 por ciento) o residentes en el área rural (13,9 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 Pasco. Así, se incrementó de 10,4 a 17,6 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 36,7 por ciento entre las mujeres del cuarto quintil y 28,8 por ciento en mujeres con educación superior. De otro lado, se mantiene en niveles bajos entre aquellas con el sexto o posterior nacimiento (5,4 por ciento).

CUADRO Nº 8.6
PASCO: 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	Total	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
		Médico	Obstetriz	Enfermera	Técnico en enfermería/ Promotor de salud	Comadrona / Partera	Familiar/ Otro	Nadie			
Edad de la madre al nacimiento											
Menos de 20 años	100,0	41,3	37,7	7,0	0,0	1,5	11,2	1,3	86,0	13,2	17
20-34	100,0	56,0	29,6	3,8	1,0	3,4	6,2	0,0	89,4	18,1	67
35-49	100,0	55,6	21,1	6,5	1,1	7,6	6,2	1,9	83,2	19,8	17
Orden de nacimiento											
Primer nacimiento	100,0	51,7	39,2	2,4	0,0	0,0	6,0	0,7	93,3	21,7	32
2-3	100,0	56,6	27,2	5,2	1,1	3,1	6,2	0,7	89,0	18,0	46
4-5	100,0	55,7	18,1	7,4	2,4	7,7	8,7	0,0	81,2	14,5	15
6 y más	100,0	39,5	26,1	7,5	0,0	14,4	12,6	0,0	73,1	5,4	9
Lugar del parto											
Establecimiento de salud	100,0	62,8	33,6	3,4	0,2	0,0	0,0	0,0	99,8	20,7	86
Otro lugar	100,0	1,3	6,9	12,7	4,5	24,8	46,4	3,4	20,9	0,0	15
Área de residencia											
Urbana	100,0	61,9	31,9	0,8	0,7	2,8	1,3	0,6	94,7	19,4	55
Rural	100,0	43,4	26,7	9,5	1,1	4,9	13,9	0,5	79,6	15,4	46
Nivel de educación											
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	100,0	43,6	24,7	12,2	1,3	7,1	11,1	0,0	80,6	11,3	32
Secundaria	100,0	53,4	36,3	1,6	0,7	3,1	4,5	0,5	91,2	18,0	44
Superior	100,0	74,2	23,6	0,0	0,0	0,7	0,0	1,5	97,8	28,8	21
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	100,0	30,3	30,9	10,6	2,2	5,3	20,7	0,0	71,8	10,4	27
Segundo quintil	100,0	47,4	35,5	5,9	0,9	5,1	4,5	0,7	88,7	15,8	30
Quintil intermedio	100,0	66,6	28,0	0,9	0,0	2,7	0,9	1,0	95,4	16,9	31
Cuarto quintil	100,0	83,8	16,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	36,7	12
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Total 2012	100,0	53,4	29,5	4,8	0,9	3,8	7,1	0,5	87,8	17,6	101
Total 2000	100,0	43,4	28,3	9,0	0,0 a/	5,5	13,2	0,5	80,8	10,4	109

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.
a/ Solo incluyó sanitario y promotor de salud. En el año 2012 no se encontraron casos de sanitario.
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. Estos episodios de peligro pueden ser 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. La referencia es respecto a 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 74,5 por ciento de las mujeres tuvo un primer control postnatal dentro de las primeras cuatro horas después del parto, lo que constituye una situación ventajosa. Si se añade la proporción de mujeres que tuvo control entre las 4 y 23 horas postparto, resulta que el 91,5 por ciento de mujeres tuvieron su control postnatal antes de los dos días después del parto.

- Los porcentajes difieren según características de las mujeres. Así, el 64,4 por ciento de mujeres del quintil inferior de riqueza tuvieron un control antes de las cuatro horas postparto. Asimismo, las mujeres con el cuarto o quinto nacimiento (64,9 por ciento).

CUADRO Nº 8.7
PASCO: 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	75,7	13,3	2,1	4,9	3,9	13
20-34	100,0	75,1	18,6	1,8	1,5	3,0	55
35-49	100,0	70,8	14,7	5,9	8,6	0,0	15
Orden de nacimiento							
Primer nacimiento	100,0	78,6	14,5	2,2	2,6	2,1	25
2-3	100,0	76,7	17,4	1,6	1,4	2,8	38
4-5	100,0	64,9	22,5	4,6	5,6	2,4	13
6 y más	100,0	66,0	14,1	5,7	10,8	3,4	8
Área de residencia							
Urbana	100,0	77,4	20,2	1,5	0,4	0,5	44
Rural	100,0	71,2	13,5	3,9	6,5	4,9	39
Nivel de educación							
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	3
Primaria	100,0	70,4	16,7	5,8	3,3	3,8	25
Secundaria	100,0	76,7	16,1	0,8	3,2	3,2	38
Superior	100,0	78,5	20,8	0,7	0,0	0,0	18
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	100,0	64,4	13,2	4,8	10,7	6,9	22
Segundo quintil	100,0	76,5	16,9	2,8	1,6	2,1	25
Quintil intermedio	100,0	77,5	20,3	1,7	0,0	0,5	26
Cuarto quintil	100,0	81,5	18,5	0,0	0,0	0,0	10
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	*	1
Total	100,0	74,5	17,0	2,6	3,3	2,6	83

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 43,0 por ciento de ellos fueron atendidos por obstetriz, seguido por médico (34,3 por ciento) y luego por enfermera (16,2 por ciento); en conjunto, representaron un total de 93,5 por ciento de mujeres atendidas por un personal de salud calificado.

- Se aprecian nuevamente los conocidos diferenciales para este servicio. Así, solo un 26,0 por ciento de mujeres con el sexto o posterior nacimiento recibieron atención postnatal por obstetriz, comparado con el 43,5 por ciento de mujeres con el primer nacimiento. Asimismo, el 39,4 por ciento de mujeres de 35 a 49 años de edad accedieron a la obstetriz para su primer control postnatal en comparación con el 49,6 por ciento de las adolescentes menores de 20 años de edad.

CUADRO Nº 8.8
PASCO: 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	Obstetriz	Enfermera	Otro trabajador de salud	Comadrona / Partera		
Edad de la madre al nacimiento								
Menos de 20 años	100,0	23,6	49,6	13,3	7,7	2,0	3,9	13
20-34	100,0	37,9	42,4	13,9	2,8	0,0	3,0	55
35-49	100,0	30,1	39,4	27,4	3,1	0,0	0,0	15
Orden de nacimiento								
Primer nacimiento	100,0	35,1	43,5	14,8	4,6	0,0	2,1	25
2-3	100,0	35,4	47,4	12,3	1,5	0,7	2,8	38
4-5	100,0	35,7	39,4	14,3	8,2	0,0	2,4	13
6 y más	100,0	24,0	26,0	43,0	3,6	0,0	3,4	8
Área de residencia								
Urbana	100,0	41,5	42,8	11,9	3,2	0,0	0,5	44
Rural	100,0	26,2	43,1	21,1	4,1	0,7	4,9	39
Nivel de educación								
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	100,0	30,2	39,2	21,8	4,0	1,0	3,8	25
Secundaria	100,0	34,3	44,4	14,7	3,4	0,0	3,2	38
Superior	100,0	43,4	46,7	8,4	1,5	0,0	0,0	18
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	100,0	16,6	42,0	24,0	9,3	1,2	6,9	22
Segundo quintil	100,0	33,8	46,0	16,8	1,3	0,0	2,1	25
Quintil intermedio	100,0	43,3	45,2	10,5	0,5	0,0	0,5	26
Cuarto quintil	100,0	50,4	33,1	11,1	5,4	0,0	0,0	10
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	*	*	1
Total	100,0	34,3	43,0	16,2	3,6	0,3	2,6	83

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 97,5 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 menor respecto al año 2009 (99,3 por ciento).

- Según motivos específicos, el 93,3 por ciento de mujeres respondió la "falta de medicinas" y el 91,8 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 63,8 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 ubicadas en el quintil superior (41,5 por ciento) o con educación superior (46,0 por ciento).

- Otro problema manifestado fue "conseguir dinero para el tratamiento", que fue expresado por el 54,9 por ciento de mujeres (menor en 20,7 puntos porcentuales al encontrado en el año 2009). Esta razón, la esgrimen solo un 6,8 por ciento de mujeres del quintil superior de riqueza o con educación superior (29,9 por ciento), en comparación con 73,8 por ciento de mujeres ubicadas en el quintil inferior y 79,3 por ciento de aquellas sin educación.

- La razón "distancia al establecimiento" como problema de acceso a los servicios de salud fue menor en 3,2 puntos porcentuales al encontrado en la Encuesta 2009 (51,4 frente a 54,6 por ciento). Esta razón, describe contrastes entre madres del quintil inferior comparadas con las del quintil superior de riqueza (65,7 frente a 20,8 por ciento), entre mujeres sin educación en relación con las de educación superior (73,4 frente a 39,4 por ciento) y, entre las madres que tienen cinco y más hijas e hijos y las que no los tienen (72,7 frente a 42,8 por ciento). Hay también diferencias por área de residencia (64,6 por ciento en el área rural frente a 42,0 por ciento en la urbana).

- 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 entre mujeres ubicadas en el quintil inferior y quintil superior de riqueza (66,9 frente 16,4 por ciento), según nivel de educación (68,3 por ciento para sin educación y 29,4 por ciento para superior) y por área de residencia (64,9 frente a 35,6 por ciento, rural/urbana). Mientras que, la razón "no quiere ir sola" representó el 40,1 por ciento.

- La dificultad de "conseguir permiso para ir a tratamiento de salud" fue expresado por un 15,2 por ciento de entrevistadas y sin diferencias notables por características.

CUADRO Nº 8.9
PASCO: 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	16,6	53,3	44,8	46,3	55,3	65,8	92,0	90,4	98,0	43
20-34	14,8	50,0	48,8	43,8	36,0	60,1	92,4	93,5	97,0	104
35-49	14,9	62,6	58,8	54,1	37,3	67,7	90,9	94,6	98,0	77
Número de hijas e hijos vivos										
0	17,2	44,7	42,8	39,0	49,5	67,3	90,4	92,2	97,8	64
1-2	15,8	53,6	47,3	43,1	33,6	56,4	91,0	92,1	96,6	85
3-4	11,4	57,4	59,5	57,0	38,0	64,8	92,6	94,9	97,7	51
5 y más	15,9	82,4	72,7	68,7	42,8	78,7	96,9	97,1	100,0	23
Estado conyugal										
Nunca casada/unida	16,9	48,6	44,7	42,3	47,6	67,4	91,4	93,0	97,9	69
Casada/ unida	14,6	57,0	54,3	50,7	37,1	61,4	92,2	93,4	97,6	142
Divorciada/ separada/viuda	12,2	66,7	55,8	45,3	33,2	71,2	89,5	92,6	94,7	13
Condición de empleo últimos 12 meses										
No empleada	13,1	47,9	52,4	48,6	43,8	61,7	93,0	93,0	98,0	84
Empleada por dinero	17,1	51,2	48,0	40,7	34,7	62,3	89,4	91,7	96,4	98
Empleada no por dinero	14,9	78,2	57,8	63,0	45,6	71,6	95,1	97,5	99,3	41
Área de residencia										
Urbana	13,9	43,9	42,0	35,6	33,9	59,2	89,3	91,8	96,7	130
Rural	17,1	70,4	64,6	64,9	48,8	70,2	95,3	95,4	98,8	93
Nivel de educación										
Sin educación	25,0	79,3	73,4	68,3	56,4	68,2	92,7	92,7	96,1	6
Primaria	18,1	76,0	62,0	63,1	48,0	72,8	95,3	97,5	98,8	61
Secundaria	11,1	54,0	50,2	47,0	42,4	67,4	94,7	93,6	98,4	103
Superior	18,6	29,9	39,4	29,4	24,9	46,0	82,1	87,8	94,6	54
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	19,2	73,8	65,7	66,9	51,6	70,1	95,0	95,7	98,4	44
Segundo quintil	13,9	71,7	57,1	57,1	46,6	73,1	95,0	95,6	98,6	64
Quintil intermedio	15,3	48,0	47,5	42,6	34,8	59,8	94,2	94,6	98,1	70
Cuarto quintil	13,0	27,5	39,0	25,8	30,5	52,8	80,6	86,5	95,2	37
Quintil superior	12,5	6,8	20,8	16,4	17,6	41,5	80,6	81,8	90,9	8
Total 2012	15,2	54,9	51,4	47,8	40,1	63,8	91,8	93,3	97,5	223
Total 2009	23,8	75,6	54,6	56,7	60,6	75,9	96,5	97,1	99,3	241

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

SALUD INFANTIL 9

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 / 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 7,7 por ciento pesó menos de 2,5 Kg. Este porcentaje fue menor al 10,2 por ciento encontrado en el año 2009. Este problema se encontró en un 8,9 por ciento de niñas y niños que residen en el área urbana, en el 12,0 por ciento de las hijas e hijos de madres con educación superior y 11,9 por ciento en aquellas y aquellos cuyo orden al nacimiento fue cuarto o quinto. Asimismo, un 9,9 por ciento pertenecían al quintil intermedio de riqueza. De igual manera, el porcentaje de recién nacidas o nacidos que no fueron pesados disminuye, de 5,4 por ciento en el año 2009 a 2,9 por ciento en el año 2012. Un aspecto positivo que se mantiene es el porcentaje de recién nacidas o nacidos que fueron pesados al nacer presentando porcentajes mayores al 90,0 por ciento. Por característica seleccionada, el menor porcentaje de este comportamiento se encontró entre las hijas e hijos de madres pertenecientes al quintil inferior de riqueza (86,9 por ciento), residentes del área rural (91,9 por ciento), y entre aquellas y aquellos con orden al nacimiento sexto y más (87,0 por ciento).

- 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 1,9 y 19,5 por ciento, respectivamente. Un 3,4 por ciento entre las madres pertenecientes al quintil intermedio de riqueza, con educación primaria (3,0 por ciento), y entre las madres menores de 20 años de edad, son los porcentajes más altos de quienes manifestaron que sus hijas/hijos nacieron muy pequeñas/pequeños.

CUADRO Nº 9.1

PASCO: 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	3,0	8,6	83,1	5,3	91,7	100,0	3,2	17,5	79,3	17
20-34	100,0	2,3	7,1	89,8	0,8	96,8	99,7	1,7	18,1	79,9	67
35-49	100,0	5,2	9,1	84,1	1,6	93,2	100,0	1,4	26,7	71,9	17
Orden de nacimiento											
Primer nacimiento	100,0	1,6	6,5	88,8	3,1	95,3	99,4	2,4	18,6	78,4	32
2-3	100,0	2,2	7,5	89,3	1,0	96,8	100,0	1,5	19,5	78,9	46
4-5	100,0	3,8	11,9	84,4	0,0	96,2	100,0	1,4	20,7	77,9	15
6 y más	100,0	9,9	5,7	81,3	3,1	87,0	100,0	2,6	20,2	77,2	9
Área de residencia											
Urbana	100,0	0,6	8,9	89,5	1,1	98,4	100,0	1,8	21,7	76,5	55
Rural	100,0	5,7	6,2	85,6	2,4	91,9	99,6	2,0	16,9	80,8	46
Nivel de educación											
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	100,0	2,7	3,7	92,0	1,5	95,8	100,0	3,0	16,5	80,5	32
Secundaria	100,0	2,4	8,4	87,8	1,3	96,2	100,0	2,2	18,1	79,8	44
Superior	100,0	0,0	12,0	88,0	0,0	100,0	100,0	0,0	27,6	72,4	21
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	100,0	8,9	5,8	81,0	4,3	86,9	99,3	0,8	19,5	79,0	27
Segundo quintil	100,0	2,0	7,6	89,2	1,2	96,8	100,0	2,1	17,8	80,1	30
Quintil intermedio	100,0	0,0	9,9	89,3	0,7	99,3	100,0	3,4	19,1	77,5	31
Cuarto quintil	100,0	0,0	6,6	93,4	0,0	100,0	100,0	0,0	21,6	78,4	12
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Total 2012	100,0	2,9	7,7	87,7	1,7	95,4	99,8	1,9	19,5	78,5	101
Total 2009	100,0	5,4	10,2	82,4	2,1	92,6	99,8	0,7	22,2	76,9	109

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/ 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 añade 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 y Gráfico 9.1)

- El porcentaje de niñas y niños con vacunación completa (71,9 por ciento) fue superior en 35,8 puntos porcentuales a lo encontrado en la Encuesta 2009 (36,1 por ciento). En relación con las vacunas específicas, la cobertura de DPT 3 (80,8 por ciento) fue más baja que las otras vacunas, no obstante, el porcentaje fue mayor al registrado en la Encuesta 2009 (70,7 por ciento). La vacuna Polio 3 también muestra un porcentaje bajo (78,1 por ciento). Una mayor cobertura muestra la vacuna anti-sarampionosa (90,4 por ciento), registrándose 12,0 puntos porcentuales con respecto a la Encuesta de 2009 (78,4 por ciento).

CUADRO Nº 9.2

PASCO: 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, 2012

(Porcentaje)

Año de Encuesta	BCG	DPT			Polio			Anti-saram-pionosa	Todas las va-cunas 1/	Nin-guna	Número de niñas y niños
		1	2	3	1	2	3				
Total 2012	94,5	97,7	87,7	80,8	95,8	92,6	78,1	90,4	71,9	0,0	18
Total 2009	90,7	92,9	85,5	70,7	86,4	71,7	55,7	78,4	36,1	2,3	19
Vacunados antes de los 18 meses	94,5	97,7	87,7	80,8	95,8	92,6	78,1	88,8	70,4	nd	18

Nota: La cobertura total estimada es la suma de la cobertura proveniente del carné y la información de la madre.

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

nd=No disponible.

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

Vacunaciones por característica seleccionada (Cuadro 9.3)

- Se encontraron diferenciales importantes entre las niñas y niños de 18 a 29 meses de edad que recibieron la vacuna BCG, así la cobertura fue mayor entre las hijas e hijos de madres urbanas (100,0 por ciento), en comparación con aquellas y aquellos de madres rurales (89,4 por ciento). En el caso de la vacuna DPT 3, se observa contrastes según el nivel educativo, así entre las niñas y niños de madres con educación primaria o menos y entre aquellas y aquellos de madres con educación secundaria y más el porcentaje de vacunación fue de 71,2 y 83,1 por ciento, respectivamente.

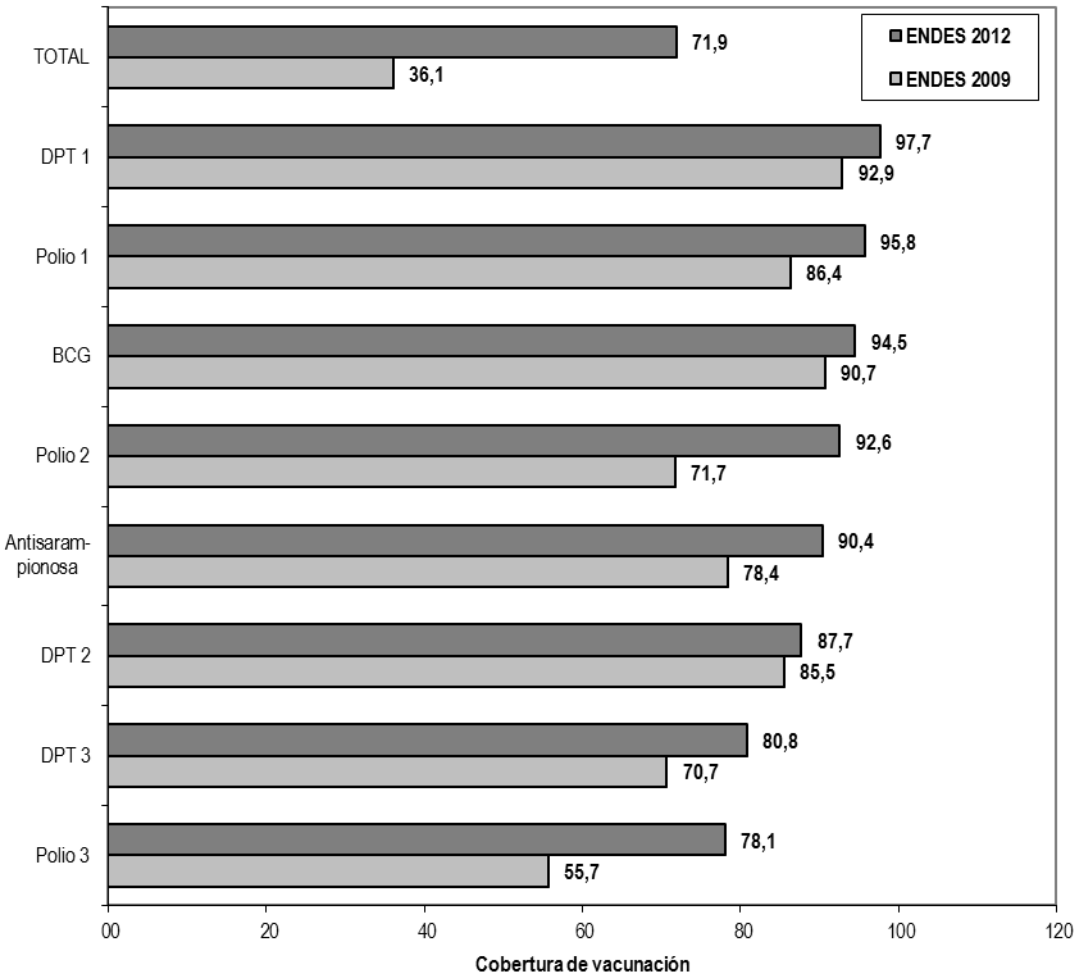
- En el caso de la Polio 3, los más altos porcentajes de vacunación se presentaron en niñas y niños de madres con educación secundaria o superior (86,1 por ciento).

- En el caso de la vacuna anti-sarampionosa, como última vacuna esencial, no se encontraron diferencias significativas a la cobertura promedio de 90,4 por ciento.

- Respecto al indicador resumen "Todas las vacunas" el menor porcentaje (63,9 por ciento) se encontró en el caso de niñas y niños de madres residentes en el área rural.

- El porcentaje de niñas y niños cuyas madres presentaron tarjeta de vacunación en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, representó el 80,3 por ciento, mayor en 16,0 puntos porcentuales a lo encontrado en la Encuesta 2009 (64,4 por ciento).

GRÁFICO Nº 9.1
PASCO: COBERTURA DE VACUNACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 18 A 29 MESES DE EDAD, POR ENCUESTA, SEGÚN TIPO DE VACUNA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)



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

CUADRO Nº 9.3

PASCO: NIÑAS Y NIÑOS DE 18-29 MESES DE EDAD CON TARJETA DE SALUD VISTA POR LA ENTREVISTADORA O EL INFORME DE LA MADRE POR TIPO DE VACUNA RECIBIDA EN CUALQUIER MOMENTO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Porcentaje)

Característica seleccionada	Porcentaje de niñas y niños que han recibido:								Todas las va-cunas 1/	Nin-guna	Porcentaje con tarjeta	Número de niñas
	BCG	DPT			Polio			Anti-saram-pionosa				
		1	2	3	1	2	3					
Sexo												
Hombre	94,2	100,0	94,2	85,2	100,0	100,0	88,1	94,3	79,5	0,0	85,2	8
Mujer	94,8	95,9	82,6	77,3	92,5	86,7	70,1	87,3	65,9	0,0	76,5	10
Área de residencia												
Urbana	100,0	95,3	89,0	82,9	97,6	94,0	82,7	88,2	80,4	0,0	86,4	9
Rural	89,4	100,0	86,5	78,8	94,1	91,2	73,7	92,5	63,9	0,0	74,6	9
Nivel de educación												
Sin educación y Primaria	87,9	100,0	78,0	71,2	95,7	86,1	64,2	83,3	57,2	0,0	74,3	7
Secundaria y Superior	96,5	94,3	91,0	83,1	97,1	97,1	86,1	93,3	76,5	0,0	79,2	11
Total 2012	94,5	97,7	87,7	80,8	95,8	92,6	78,1	90,4	71,9	0,0	80,3	18
Total 2009	90,7	92,9	85,5	70,7	86,4	71,7	55,7	78,4	36,1	2,3	64,4	19

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

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 9.4)

- 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 diferencias entre las niñas y niños "mayores" (48-59 meses de edad) y las y los "menores" (18-23 meses de edad) que recibieron BCG (81,0 frente a 100,0 por ciento). En el caso de Polio 3 la diferencia fue 60,0 frente a 76,3 por ciento. La diferencia es mayor en el caso de la DPT 3 (58,0 frente a 79,8 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 79,4 por ciento entre las madres de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad, a 60,1 por ciento de madres con hijas e hijos con edades entre 48 a 59 meses de edad.

CUADRO Nº 9.4
PASCO: 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-saram-pionosa	Todas las vacunas 1/	Ninguna	Porcentaje con carné de vacu-nación	Número de niñas y niños
		1	2	3	1	2	3					
18-23	100,0	97,5	88,8	79,8	94,1	94,1	76,3	86,2	73,7	0,0	79,4	8,0
24-35	90,0	98,0	91,6	82,0	98,7	95,7	79,3	93,2	66,4	0,0	82,7	19,0
36-47	90,2	87,7	80,2	63,7	94,9	89,8	74,3	77,8	51,8	2,7	70,5	19,0
48-59	81,0	87,2	76,5	58,0	91,9	87,2	60,0	66,8	38,4	8,1	60,1	20,0
Total	88,6	91,8	83,5	69,5	95,3	91,6	72,0	81,0	55,0	2,9	72,1	66,0

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 9.5 y 9.6).

Prevalencia y tratamiento de síntomas de IRA (Cuadro 9.5)

- El porcentaje de niñas y niños con IRA en las dos semanas antes de la Encuesta fue 19,3 por ciento, menor al encontrado en igual periodo según la Encuesta 2009 (30,4 por ciento). No se encontraron diferencias significativas según sexo, no obstante, los niños muestran 0,2 punto porcentual más que las niñas. Sin embargo, se registró diferencias según la edad de niñas y niños de 6-11 meses en comparación con las y los menores de 6 meses de edad (24,8 frente a 8,0 por ciento).

- Se encontró diferencias entre las niñas y los niños de madres con educación primaria en comparación con las de educación superior (22,1 frente a 19,2 por ciento). Con respecto a los quintiles de riqueza, se observó una diferencia de 15,6 puntos porcentuales entre las niñas y niños del quintil inferior comparado con las y los del quintil superior de riqueza (29,7 frente a 17,2 por ciento). Se encontró diferencias relevantes entre las niñas y niños de madres urbanas y rurales (13,0 frente a 26,7 por ciento). De otro lado, los resultados de la Encuesta 2012 muestran una tendencia clara de relación entre el combustible usado para cocinar y el nivel de IRA, pues hay niveles mayores de IRA en los hogares que usan leña, paja o residuos agrícolas (23,9 por ciento) y aquellas que utilizan electricidad o gas (16,1 por ciento).

- El 62,4 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 58,2 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 Nº 9.5
PASCO: 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	8,0	8	*	*	1
6-11	24,8	13	*	*	3
12-23	19,8	21	*	*	4
24-35	24,8	19	(59,8)	(59,1)	5
36-47	18,1	19	*	*	3
48-59	15,3	20	*	*	3
Sexo					
Hombre	19,4	47	63,7	48,5	9
Mujer	19,2	53	61,3	67,0	10
Combustible para cocinar					
Electricidad y gas	16,1	51	73,6	60,0	8
Carbón mineral	*	2	*	*	1
Leña/ paja/ residuos agric. 3/	23,9	44	51,8	54,8	11
Área de residencia					
Urbana	13,0	54	73,0	59,8	7
Rural	26,7	46	56,3	57,3	12
Nivel de educación					
Sin educación	*	4	*	*	1
Primaria	22,1	32	64,7	64,4	7
Secundaria	17,4	44	64,0	62,3	8
Superior	19,2	21	*	*	4
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	29,7	26	46,1	55,0	8
Segundo quintil	16,2	30	(76,7)	(54,1)	5
Quintil intermedio	14,1	31	*	*	4
Cuarto quintil	17,2	12	*	*	2
Quintil superior	*	1	*	*	0
Total 2012	19,3	100	62,4	58,2	19
Total 2009	30,4	106	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 (tos 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 9.6)

- 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 28,1 por ciento en el año 2012, menor en 9,6 puntos porcentuales a la observada en el año 2009 (37,7 por ciento). El porcentaje de madres que buscó tratamiento para sus niñas / niños con un proveedor o establecimiento de salud fue 66,6 por ciento en la Encuesta 2012. Se encontraron pocas diferencias en la prevalencia de fiebre según característica seleccionada, siendo menor entre las niñas y niños de madres pertenecientes al segundo quintil de riqueza (22,5 por ciento), menos de 6 meses de edad (14,1 por ciento) y en niñas (27,5 por ciento). Los mayores niveles fueron para las niñas y niños de 6 a 11 meses de edad (35,5 por ciento). De acuerdo al lugar de residencia, se encontró un menor porcentaje en el área urbana (23,2 por ciento), en comparación con lo reportado en el área rural (33,9 por ciento). De otro lado, se registraron diferencias en la búsqueda de tratamiento, en especial según nivel de riqueza de la madre, siendo mayor entre las pertenecientes al segundo quintil (74,0 por ciento) frente a las ubicadas en el quintil inferior (56,7 por ciento).

- El uso de antibióticos para la fiebre (57,9 por ciento) significó una diferencia de 8,7 puntos porcentuales por debajo del acceso a un proveedor de salud (66,6 por ciento), margen que podría corresponder a madres que recurren a la automedicación.

CUADRO Nº 9.6

PASCO: 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	14,1	8	*	*	1
6-11	35,5	13	(73,6)	(50,5)	5
12-23	32,8	21	75,7	64,0	7
24-35	33,3	19	61,7	57,4	6
36-47	27,4	19	(65,4)	(51,8)	5
48-59	19,0	20	*	*	4
Sexo					
Hombre	28,6	47	70,7	61,6	14
Mujer	27,5	53	62,7	54,5	14
Área de residencia					
Urbana	23,2	54	74,9	57,6	13
Rural	33,9	46	59,8	58,1	15
Nivel de educación					
Sin educación	*	4	*	*	1
Primaria	22,6	32	75,4	65,2	7
Secundaria	33,1	44	59,1	57,1	15
Superior	24,5	21	(67,2)	(55,2)	5
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	37,4	26	56,7	47,1	10
Segundo quintil	22,5	30	74,0	57,4	7
Quintil intermedio	24,7	31	63,1	67,3	8
Cuarto quintil	30,6	12	*	*	4
Quintil superior	*	1	*	*	0
Total 2012	28,1	100	66,6	57,9	28
Total 2009	37,7	106	67,6	44,7	40

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.

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 9.7)

- La prevalencia de diarrea entre niñas y niños menores de cinco años de edad alcanzó el 17,7 por ciento, porcentaje menor al encontrado en la Encuesta 2009 (20,6 por ciento). No se encontraron diferencias significativas en niñas / niños según sexo. Se encontraron algunas diferencias según la edad. Entre las niñas y los niños de 6 a 11 meses de edad (17,4 por ciento) y entre las niñas y niños de 48 a 59 meses de edad (6,3 por ciento), porcentaje considerablemente menor porque las niñas y niños de 4 a 5 años de edad tendrían mayor inmunidad y un comportamiento de menor exposición a los agentes infecciosos (ej., mano-boca).

- Se observó variación según el nivel de educación de las madres, habiéndose encontrado un 22,4 por ciento en niñas y niños de madres con educación primaria en comparación con el 14,7 por ciento de madres con educación secundaria. De otro lado, se encontró mayor incidencia de diarreas en el 25,4 por ciento entre las niñas y niños del cuarto quintil de riqueza en comparación con el 12,6 por ciento de aquellas y aquellos pertenecientes al quintil intermedio. Asimismo, se observó una mayor prevalencia en niñas y niños que residen en viviendas con servicio sanitario no mejorado o compartido (19,5 por ciento), en comparación con aquellas y aquellos que viven en viviendas con servicio sanitario mejorado o no compartido (13,8 por ciento). Según fuente de agua para beber un mayor porcentaje se encuentra en niñas y niños que residen en viviendas cuya fuente de agua para beber se calificó como no mejorada (21,5 por ciento) en comparación con aquellas y aquellos residentes en viviendas con fuente de agua mejorada (17,1 por ciento).

- De acuerdo al área de residencia, el mayor porcentaje se observó en el área rural (22,0 por ciento) frente a lo observado en el área urbana (14,1 por ciento).

- Respecto al consumo de agua, el porcentaje de diarrea en niñas y niños fue menor cuando fue agua tratada-hervida proveniente de la red pública (16,6 por ciento). En el otro extremo, fue más alto entre aquellas y aquellos que consumieron agua sin tratamiento (25,7 por ciento).

- La diarrea con sangre ocurrió en el 1,9 por ciento de las niñas y los niños, presentando un valor similar según diversas características de la madre.

CUADRO Nº 9.7

PASCO: 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	13,0	0,0	8
6-11	17,4	1,5	13
12-23	25,3	2,6	21
24-35	25,4	4,8	19
36-47	15,5	0,0	19
48-59	6,3	1,1	20
Sexo			
Hombre	20,4	2,4	47
Mujer	15,3	1,4	53
Área de residencia			
Urbana	14,1	1,7	54
Rural	22,0	2,1	46
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	4
Primaria	22,4	3,1	32
Secundaria	14,7	1,6	44
Superior	18,2	1,0	21
Fuente de agua para beber			
Mejorada 1/	17,1	1,9	87
No mejorada	21,5	1,9	13
Tratamiento del agua			
Con Cloro residual 2/	*	*	2
La Hierven	16,6	1,9	64
Red Pública	19,6	1,6	26
Sin tratamiento	25,7	3,2	7
Servicio sanitario			
Mejorado, no compartido 3/	13,8	0,9	31
No mejorado o compartido	19,5	2,3	69
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	25,0	0,7	26
Segundo quintil	14,2	3,3	30
Quintil intermedio	12,6	0,9	31
Cuarto quintil	25,4	3,7	12
Quintil superior	*	*	1
Total 2012	17,7	1,9	100
Total 2009	20,6	4,5	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/ Incluye red pública, pozo en la casa, manantial y agua de lluvia.

2/ Cloro residual libre >= 0,5 mg/lt de agua según Decreto Supremo Nº 031-2010-SA.

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

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

Tratamiento de la diarrea (Cuadro 9.8)

- Un 40,5 por ciento de niñas y niños con diarrea fue llevado a un proveedor de salud, lo que representó una disminución de 15,9 puntos porcentuales con respecto a la Encuesta 2009 (56,4 por ciento). Se encontró diferencias según sexo, un mayor porcentaje en niñas (41,7 por ciento) en comparación con el porcentaje de niños (39,4 por ciento).

- El uso de paquetes de Sales de Rehidratación Oral (SRO) fue usado por el 33,6 por ciento de niñas y niños con episodios de diarrea (porcentaje que es mayor respecto a lo registrado en la Encuesta 2009, que fue 21,6 por ciento). Se encontraron diferencias apreciables en el uso de paquetes de SRO entre los niños (36,6 por ciento) y las niñas (30,0 por ciento).

- A pesar del incremento en el uso de SRO, la Solución Casera (SC) se siguió usando en el 17,5 por ciento de casos, cifra mayor respecto a lo observado en la Encuesta 2009 (7,6 por ciento).

- El 70,7 por ciento de niñas y niños con diarrea recibieron un mayor volumen de líquidos. Este porcentaje fue mayor al encontrado en la Encuesta 2009 (35,8 por ciento).

- Con respecto a "otros tratamientos" (no aconsejados excepto antibióticos para diarreas sanguinolentas), se encontró todavía difundida la práctica de remedios caseros, los que se dieron en un 43,1 por ciento de casos. Tales prácticas pueden reflejar costumbres culturales arraigadas. El uso de antibióticos se dieron en el 12,6 por ciento de casos de diarrea, lo que sería excesivo considerando que solo debería darse aproximadamente en uno de cada cincuenta casos. El siguiente medicamento de uso común fue el jarabe para la diarrea (17,0 por ciento). Todos los tratamientos mencionados fueron usados más en niños que en niñas.

- El porcentaje de madres que admiten no haber brindado tratamiento en sus hijas / hijos con diarrea, ha disminuido en 11,7 puntos porcentuales con respecto a la Encuesta 2009 (de 17,5 a 5,8 por ciento).

CUADRO Nº 9.8

PASCO: TRATAMIENTO DE LA DIARREA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Porcentaje)

Característica seleccionada	Porcentaje llevados a un proveedor de salud 1/	Terapia de Rehidratación Oral (TRO) 2/					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		
Sexo											
Hombre	39,4	36,6	22,9	54,2	77,5	94,2	14,5	19,2	46,0	2,9	10
Mujer	41,7	30,0	11,0	38,2	62,5	67,3	10,4	14,4	39,6	9,4	8
Área de residencia											
Urbana	42,2	42,1	15,6	53,1	83,5	93,9	10,9	21,3	42,7	0,0	8
Rural	39,1	27,1	18,9	42,2	60,9	72,9	14,0	13,7	43,4	10,3	10
Nivel de educación											
Sin educación y Primaria	47,9	27,7	23,9	49,1	63,3	75,9	19,9	9,6	44,3	7,1	8
Secundaria y Superior	33,8	37,7	13,4	44,5	71,4	85,5	3,6	22,5	40,4	3,9	10
Total 2012	40,5	33,6	17,5	46,9	70,7	82,0	12,6	17,0	43,1	5,8	18
Total 2009	56,4	21,6	7,6	27,3	35,8	44,5	21,1	33,1	51,2	17,5	22

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.

2/ Incluye: solución preparada con sales de rehidratación oral solución casera (SC) o un incremento en la cantidad de líquido.

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

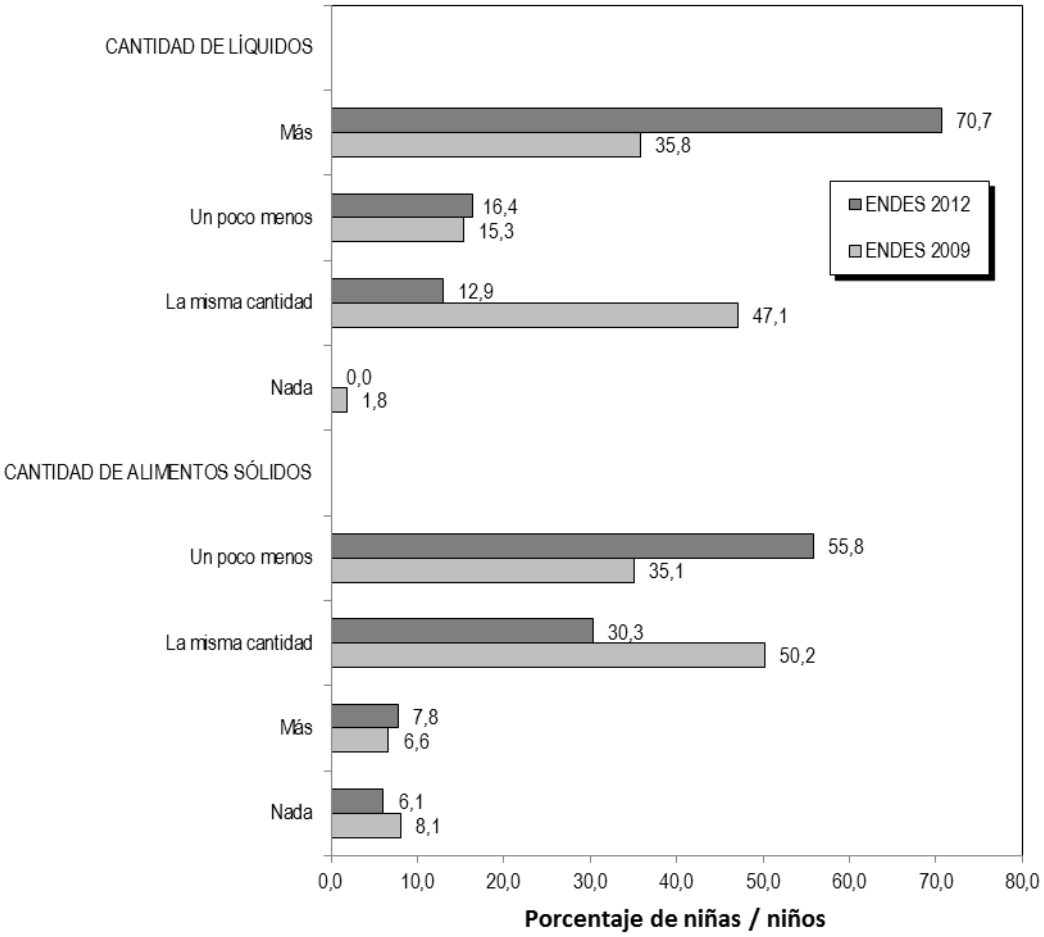
Cabe destacar que UNICEF recomienda que la niña o el niño con enfermedad diarreica aguda reciba una mayor cantidad de líquidos y sólidos durante el episodio diarreico – lo que en ocasiones va opuesto a creencias culturales de algunas madres. En este contexto, se efectúan indagaciones respecto a estos temas en esta Encuesta (Cuadro 9.9). Asimismo, se preguntó a las madres sobre la forma en 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 9.11).

Prácticas alimenticias y de administración de líquidos durante la diarrea (Cuadro 9.9 y Gráfico 9.2)

- En la Encuesta 2012, se encontró que a una mayor proporción de niñas / niños con EDA se les administró líquidos. En efecto, en un 70,7 por ciento de casos se les brindó más líquido, comparado con 35,8 por ciento de casos registrados en la Encuesta 2009. La proporción fue mayor en los niños (77,5 por ciento), en comparación con las niñas (62,5 por ciento).

- El suministro de alimentos sólidos fue notoriamente menor, sin embargo, la proporción fue mayor al encontrado en la Encuesta 2009 (le dan "más": 7,8 frente a 6,6 por ciento). La categoría menos cantidad (que considera "un poco menos" y "mucho menos") fue 55,8 por ciento en el año 2012 y 35,1 por ciento en el año 2009. Según sexo, entre los niños el porcentaje fue 53,8 por ciento comparado con las niñas con 58,2 por ciento. Este panorama muestra 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
PASCO: 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 Nº 9.9

PASCO: 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 2/	Le dieron TRO o más líquidos y alimentación continua 3/	Número de niñas y niños con diarrea
	Total	Más	La misma canti-dad	Un poco menos 1/	Nada	Total	Más	La misma canti-dad	Un poco menos	Mucho menos	Nada			
Sexo														
Hombre	100,0	77,5	11,5	11,1	0,0	100,0	6,9	32,6	40,5	13,3	6,6	67,1	80,1	10
Mujer	100,0	62,5	14,6	22,9	0,0	100,0	8,9	27,5	49,9	8,3	5,4	51,9	56,7	8
Área de residencia														
Urbana	100,0	83,5	6,1	10,4	0,0	100,0	2,8	36,1	43,9	14,9	2,3	68,6	76,7	8
Rural	100,0	60,9	18,0	21,0	0,0	100,0	11,6	25,9	45,5	8,1	8,9	53,8	64,0	10
Nivel de educación														
Sin educación y Primaria	100,0	63,3	14,0	22,7	0,0	100,0	13,9	22,6	52,9	8,0	2,6	59,2	69,2	8
Secundaria y Superior	100,0	71,4	8,4	20,2	0,0	100,0	0,0	25,3	53,9	14,2	6,6	57,2	68,5	10
Total 2012	100,0	70,7	12,9	16,4	0,0	100,0	7,8	30,3	44,8	11,0	6,1	60,2	69,4	18
Total 2009	100,0	35,8	47,1	15,3	1,8	100,0	6,6	50,2	31,4	3,7	8,1	29,0	36,3	22

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

2/ 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.

3/ Equivalente al indicador 35 de UNICEF/MICS.

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

Conocimiento sobre las sales de rehidratación oral (Cuadro 9.10)

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 9.10 describe tal conocimiento de acuerdo a características seleccionadas.

- En general, el conocimiento de las sales de rehidratación oral entre las madres fue bajo, con 61,2 por ciento de madres que respondieron conocer las SRO. Asimismo, con respecto a la Encuesta 2009 (73,8 por ciento), dicho porcentaje es menor. Destacan los diferenciales según características de las mujeres, tales como su educación y capacidad económica. Así, 43,3 por ciento de mujeres con educación primaria y 46,9 por ciento de mujeres en el quintil inferior de riqueza conocían las SRO. El 82,9 y 89,8 por ciento entre mujeres con educación superior y en el cuarto quintil de riqueza, respectivamente, respondieron conocer las SRO.

- Este conocimiento fue menor entre las madres de 15 a 19 años de edad (42,9 por ciento) comparado con las madres de

CUADRO Nº 9.10

PASCO: 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	42,9	6
20-24	49,2	20
25-34	66,0	38
35-49	70,7	19
Área de residencia		
Urbana	68,8	44
Rural	52,5	39
Nivel de educación		
Sin educación	*	3
Primaria	43,3	25
Secundaria	64,1	38
Superior	82,9	18
Quintil de riqueza		
Quintil inferior	46,9	22
Segundo quintil	58,4	25
Quintil intermedio	63,5	26
Cuarto quintil	89,8	10
Quintil superior	*	1
Total 2012	61,2	83
Total 2009	73,8	90

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.

35 a 49 años de edad (70,7 por ciento). Según área de residencia, se observó un mayor porcentaje en el área urbana (68,8 por ciento) en comparación del área rural (52,5 por ciento).

Formas de eliminación de las deposiciones de niñas y niños (Cuadro 9.11)

- Los porcentajes de eliminación de las deposiciones registraron variación con respecto a la Encuesta 2012. El uso del inodoro/letrina subió hasta 28,2 por ciento, comparado con el 18,8 por ciento reportado en la Encuesta 2009. El botarlas en el inodoro/letrina ha disminuido, siendo 10,5 por ciento en la Encuesta 2012, comparado con 17,4 por ciento en la Encuesta 2009.

- 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 no hacer nada/dejarlas en el suelo disminuye de 14,1 en el año 2009 a 3,1 por ciento en el año 2012. Un comportamiento contrario ocurrió con "tirarla en la basura", que se incrementó en 12,5 puntos porcentuales con respecto al año 2009 (al subir de 23,9 a 36,4 por ciento). La práctica de "tirarlas en el patio/campo" pasó de 5,5 a 10,7 por ciento, durante el mismo periodo.

CUADRO Nº 9.11

PASCO: 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	Total	Deposiciones controladas		Deposiciones no controladas				Otras res-puestas	Porcentaje de niñas y niños cuyas heces fecales son desechadas de manera segura	Número de madres
		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	0,0	6,8	3,6	13,0	69,5	0,0	7,2	6,8	8
6-11	100,0	0,0	9,6	5,7	16,2	61,0	0,0	7,5	9,6	13
12-23	100,0	2,8	12,9	12,7	4,7	59,6	1,4	6,0	15,7	20
24-35	100,0	36,8	17,1	12,4	6,5	23,1	1,3	2,7	54,0	17
36-47	100,0	66,1	4,9	15,7	0,0	1,7	8,5	3,1	71,0	13
48-59	100,0	68,1	6,6	9,2	0,0	4,0	8,4	3,7	74,7	12
Servicio sanitario										
Mejorado, no compartido 1/	100,0	34,2	12,8	0,0	5,2	46,2	1,5	0,0	47,0	26
No mejorado o compartido	100,0	25,5	9,5	15,4	6,7	31,9	3,8	7,1	35,0	57
Área de residencia										
Urbana	100,0	23,8	8,2	5,7	3,7	56,9	0,0	1,6	32,0	44
Rural	100,0	33,1	13,2	16,3	9,1	13,2	6,7	8,6	46,3	39
Nivel de educación										
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	100,0	27,0	12,6	16,9	7,7	24,8	2,9	8,1	39,6	25
Secundaria	100,0	31,5	7,8	10,6	5,5	38,1	2,3	4,2	39,3	37
Superior	100,0	21,9	11,9	2,3	5,6	54,5	2,5	1,3	33,8	18
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	30,8	15,7	19,7	6,9	7,9	11,1	8,0	46,6	22
Segundo quintil	100,0	25,8	7,5	16,8	9,2	34,4	0,8	5,6	33,3	25
Quintil intermedio	100,0	30,5	9,1	1,7	4,6	51,5	0,0	2,6	39,6	26
Cuarto quintil	100,0	24,4	11,4	0,0	2,1	59,5	0,0	2,6	35,8	10
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Total 2012	100,0	28,2	10,5	10,7	6,2	36,4	3,1	4,9	38,7	83
Total 2009	100,0	18,8	17,4	5,5	8,0	23,9	14,1	12,3	36,2	87

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.

LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y MADRES 10

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

El inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando se hace sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a las niñas y niños en contacto con sustancias contaminadas 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.

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

Asimismo, la alimentación inadecuada y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes más importantes que los factores genéticos en el crecimiento de 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 2005. 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 cinco años anteriores a la Encuesta 2012, que recibieron lactancia materna, que empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido y el porcentaje que empezó 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 Pasco 98,9 por ciento de las niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la Encuesta 2012 han lactado alguna vez. Según características el porcentaje fue casi similar, por sexo (99,2 en hombres y 98,7 en mujeres). Se encontró mayor frecuencia entre las hijas e hijos de madres con educación secundaria (99,0 por ciento), pertenecientes al quintil inferior (100,0 por ciento). Por área de residencia el 99,1 por ciento de las niñas y niños del área urbana y el 98,6 por ciento del área rural lactaron 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 92,9 por ciento dentro del primer día. En relación a los valores observados en el año 2009, disminuyó en 6,0 puntos porcentuales en el primer caso y en el segundo, referido al primer día que empezó a lactar, se incrementó en 6,6 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 cuyo parto fue atendido en casa (73,6 por ciento), ubicadas en el

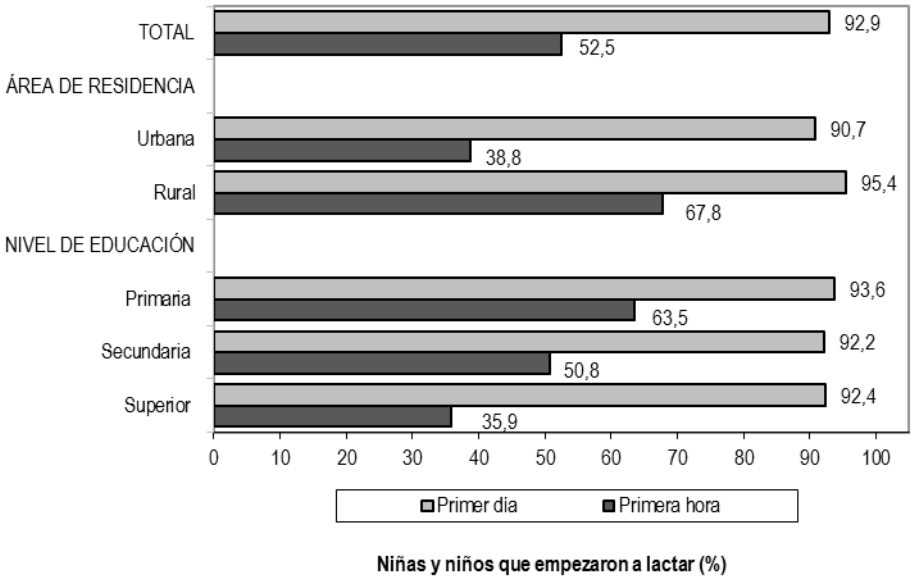
[1] HODGSON, María Isabel. Evaluación del Estado Nutricional. Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

quintil inferior de riqueza (69,6 por ciento) y de las que tuvieron educación primaria (63,5 por ciento).

- Los menores porcentajes de lactancia dentro de la primera hora de nacido, se encontraron entre niñas y niños ubicados en el cuarto quintil de riqueza (26,1 por ciento).

- Por otro lado, el 26,5 por ciento de niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la Encuesta 2012 recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar, porcentaje que ha disminuido en 4,4 puntos porcentuales al observar el valor del año 2009 que fue 22,1 por ciento. Estos casos se presentaron con mayor frecuencia entre niñas y niños de madres ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (40,4 por ciento) y de madres con educación superior (43,8 por ciento). Según área de residencia, el mayor porcentaje se presentó en la urbana (31,9 por ciento).

GRÁFICO Nº 10.1
PASCO : DIFERENCIAS EN LA INICIACIÓN DE LA LACTANCIA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)



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

CUADRO Nº 10.1

PASCO: 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	99,2	47	50,7	90,6	31,9	38
Mujer	98,7	53	54,0	94,9	21,9	44
Atención del parto						
Profesional de la salud 3/	98,8	90	50,2	92,5	27,8	75
Partera tradicional/ comadrona	*	4	*	*	*	3
Otro tipo de atención	100,0	7	*	*	*	5
Nadie	*	1	*	*	*	0
Lugar del parto						
Institución de salud	98,7	86	49,7	92,5	26,8	72
En la casa	100,0	15	73,6	97,3	22,8	10
Otro sitio	*	0	*	*	*	0
Área de residencia						
Urbana	99,1	55	38,8	90,7	31,9	44
Rural	98,6	46	67,8	95,4	20,4	39
Nivel de educación						
Sin educación	*	4	*	*	*	3
Primaria	98,6	32	63,5	93,6	18,8	25
Secundaria	99,0	44	50,8	92,2	24,6	37
Superior	98,8	21	35,9	92,4	43,8	18
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	100,0	27	69,6	94,6	16,4	22
Segundo quintil	98,5	30	58,6	93,0	25,1	25
Quintil intermedio	98,6	31	42,6	90,6	30,0	25
Cuarto quintil	98,1	12	26,1	97,0	40,4	10
Quintil superior	*	1	*	*	*	1
Total 2012	98,9	101	52,5	92,9	26,5	83
Total 2009	98,0	109	58,5	86,3	22,1	88

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 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 LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN SUPLEMENTARIA SEGÚN EDAD DE NIÑAS Y NIÑOS

El desarrollo temprano de la niña o niño con tamaño pequeño está estrechamente vinculado con la nutrición y la salud infantil, por ello, es importante contar con información tanto de la prevalencia de la lactancia materna, así como del inicio de la alimentación complementaria, de esta manera, se puede conocer el inicio del riesgo a contraer ciertas enfermedades por ingerir agua que generalmente no es de buena calidad u otras sustancias, sin tomar las precauciones adecuadas. Organizaciones Internacionales y Nacionales recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo durante los primeros seis meses de edad y proveer alimentos complementarios

seguros y apropiados desde los seis meses, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más.

El Cuadro 10.2 presenta la distribución porcentual de niñas y niños menores de tres años de edad que viven con la madre por situación de lactancia: si están lactando o no; y si están lactando, si lo hacen exclusivamente o si reciben solo agua o complementación alimenticia. También se detalla, la prevalencia de la alimentación con biberón por edad de las niñas o niños.

Tipo de lactancia por edad de la niña o niño (Cuadro 10.2 y Gráfico 10.2)

- La situación de lactancia se refiere a un período de "24 horas" antes de la entrevista, en este caso, el 97,7 por ciento de las niñas y niños de seis a nueve meses de edad recibieron lactancia materna.

- Respecto a la lactancia exclusiva, el 14,0 por ciento de niñas y niños de seis a nueve meses de edad tuvieron lactancia exclusiva.

- Del total de niñas y niños de seis a nueve meses de edad (97,7 por ciento) que fueron amamantados el día o noche anterior a la entrevista, el 75,6 por ciento recibieron además complementos.

- El porcentaje de niñas y niños que no estuvieron lactando en las 24 horas anteriores al día de la entrevista, aumentó en relación a la edad; así, el 2,6 por ciento tenía menos de seis meses de edad, 4,3 por ciento entre 6 a 11 meses de edad, 9,4 por ciento de 12 a 17 meses de edad, entre 18 a 23 meses de edad 33,6 por ciento y entre 24 a 35 meses de edad, este porcentaje aumentó a 62,6 por ciento.

- El uso del biberón en niñas y niños menores de 6 meses de edad representó el 12,0 por ciento, el 36,1 por ciento entre 6 a 11 meses de edad, 41,4 por ciento entre 12 y 17 meses de edad, 38,2 por ciento entre 18 y 23 meses de edad y 26,5 por ciento de 24 a 35 meses de edad.

CUADRO Nº 10.2

PASCO: SITUACIÓN DE LA LACTANCIA DE LA ÚLTIMA NIÑA O NIÑO MENOR DE TRES AÑOS DE EDAD QUE VIVE CON LA MADRE Y MENORES DE TRES AÑOS QUE ESTÁN USANDO BIBERÓN, SEGÚN EDAD EN MESES, 2012

(Distribución porcentual)

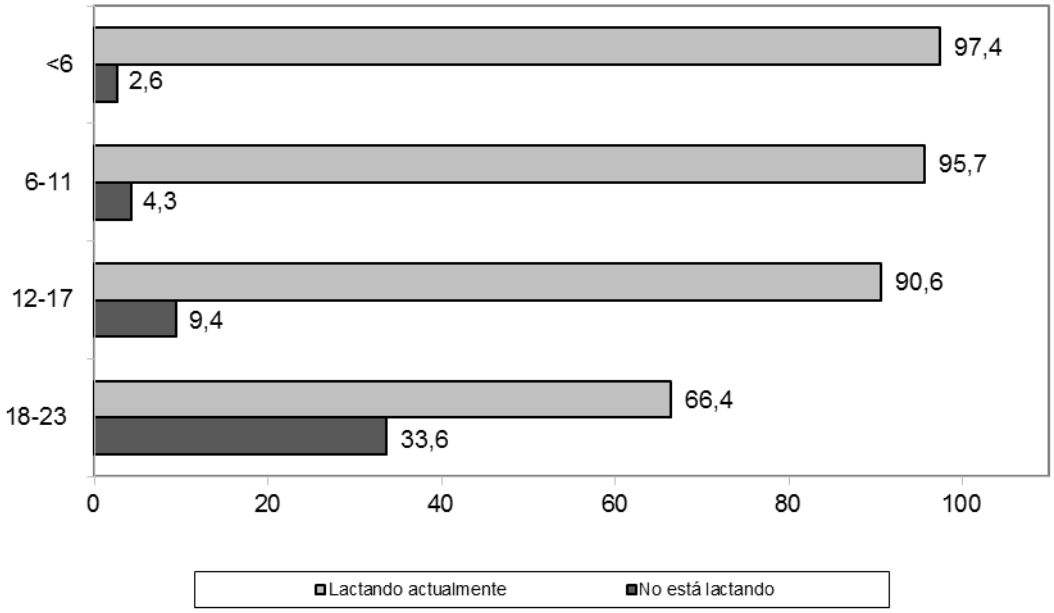
Edad en meses	Última hija e hijo menor de tres años de edad que vive con la madre								Menores de tres años de edad	
				Lactan y reciben:						
	Total	No está lactando	Lacta exclusivamente 1/	Solo agua	Líquidos (agua/ jugos)	Leche no materna	Complementos	Número de niñas y niños	Porcentaje alimentado con biberón	Número de menores de tres años
Edad 0-9 meses										
<6	100,0	2,6	84,3	0,0	0,0	6,8	6,3	8	12,0	8
6-9	100,0	2,3	14,0	2,8	0,0	5,4	75,6	10	33,1	10
Edad 0-36 meses										
<6	100,0	2,6	84,3	0,0	0,0	6,8	6,3	8	12,0	8
6-11	100,0	4,3	11,0	2,2	0,0	4,2	78,3	13	36,1	13
12-17	100,0	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0	90,6	12	41,4	13
18-23	100,0	33,6	0,0	0,0	0,0	0,0	66,4	8	38,2	8
24-35	100,0	62,6	0,0	0,0	0,0	0,0	37,4	17	26,5	20

Nota: La situación de lactancia se refiere a un período de "24 horas" antes de la entrevista (el día o la noche anterior). Los menores clasificados como 'lactan y reciben solo agua' no reciben otros alimentos. Las categorías no lactan, lactancia exclusiva, lactancia y agua solamente, líquidos (agua/jugos), otra leche, y suplementos (sólidos o semisólidos) están jerarquizados y son mutuamente excluyentes y su porcentaje suma 100 por ciento. Aquellas niñas y niños que recibieron leche materna y otros líquidos pero no reciben alimentos complementarios fueron clasificados en la categoría de "líquidos", aunque hayan consumido agua también. Los menores que consumieron alimentos complementarios fueron clasificados en esta categoría solamente si también están siendo lactados.

1/ Incluye todos los menores de tres años de edad.

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

GRÁFICO Nº 10.2
PASCO: SITUACIÓN DE LA LACTANCIA PARA MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012
(Porcentaje)



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

10.3 DURACIÓN DE LA LACTANCIA

El Cuadro 10.3 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).

Duración mediana de la lactancia (Cuadro 10.3)

- En Pasco el tiempo promedio de duración de la lactancia en niñas y niños menores de tres años de edad fue 25,0 meses. En el año 2009 fue 23,3 meses.

- La duración mediana de la lactancia exclusiva fue 4,5 meses. Entre niñas y niños el porcentaje es similar (4,4 frente a 4,6 por ciento, respectivamente). Por nivel de educación, fue mayor entre las hijas e hijos de madres con educación superior (6,6 meses) en comparación con aquellas y aquellos de madres con educación secundaria (4,3 meses).

CUADRO Nº 10.3

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

(Porcentaje)

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	22,0	4,6	4,6	28
Mujer	23,8	4,4	4,8	34
Área de residencia				
Urbana	24,8	5,0	5,0	33
Rural	20,4	4,2	4,4	29
Nivel de educación				
Sin educación	*	*	*	1
Primaria	23,9	4,2	4,5	20
Secundaria	21,7	4,3	4,3	27
Superior	25,2	6,6	6,6	13
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	23,4	5,4	6,1	15
Segundo quintil	20,2	4,5	4,5	20
Quintil intermedio	(24,8)	(3,7)	(3,7)	19
Cuarto quintil	23,7	6,4	6,4	7
Quintil superior	*	*	*	1
Total 2012	22,8	4,5	4,7	62
Total 2009	22,9	4,4	4,9	62
Promedio para todos los niños	24,9	5,8	5,9	n.a.
P/I para todos los niños	25,0	4,7	4,8	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.

P/I para todos los niños

10.4 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 1996[2]. La prueba de anemia, en una muestra de sangre capilar, se realizó para las niñas y niños nacidos después de enero de 2004 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 congregado

[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 una deficiencia de hierro. Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia.

La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia. De este modo, puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de hierro en las madres, niñas y niños, y se 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 hace con los siguientes puntos de corte para las mujeres, niñas y niños menores de cinco años de edad.

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

El nivel requerido de hemoglobina en la sangre depende de la presión parcial de oxígeno en la atmósfera. Como el Perú es un país 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 alturas. 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
Ajuste = -0,032*(alt) + 0,022*(alt*alt)
Donde (alt) es: [(altura en metros)/1 000]*3,3

Resultados

Los resultados de Pasco se presentan en el Cuadro 10.4 para niñas y niños; y de las mujeres se muestran en el Cuadro 10.5

Anemia en niñas y niños (Cuadro 10.4)

- El 43,4 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad padeció de anemia en Pasco, proporción menor a la observada en el año 2009 (53,0 por ciento). Por tipo, el 25,4 por ciento tuvo anemia leve, el 17,8 por ciento tuvo anemia moderada y el 0,3 por ciento anemia severa. En relación a la Encuesta 2009, se observa una disminución en la anemia moderada de 7,0 por ciento al pasar de 24,8 por ciento en el año 2009 a 17,8 por ciento, en la Encuesta 2012, de la misma forma la anemia leve disminuyó en 1,2 por ciento.

- La anemia afectó al 64,9 por ciento de niñas y niños de 6 a 11 meses de edad, al 78,6 por ciento de 12 a 17 meses de edad y al 57,8 por ciento de 18 a 23 meses de edad, siendo menor en niñas y niños de 24 a 59 meses de edad: 24 a 35 meses (34,6 por ciento), 36 a 47 meses (30,7 por ciento) y de 48 a 59 meses de edad, el porcentaje baja a 26,5 por ciento.

- Según características, el porcentaje de anemia fue mayor en niñas y niños con un intervalo de nacimiento, de 24 a 47 meses y primer nacimiento (46,3 y 44,2 por ciento, respectivamente), que ocupan el quintil inferior de riqueza (47,3 por ciento), seguido de madres con educación primaria (44,8 por ciento) y los que ocupan el sexto a más lugar en orden de nacimiento (46,0 por ciento).

- Según área de residencia, la anemia fue más frecuente entre niñas y niños residentes del área rural (46,2 por ciento), que en la urbana (41,0 por ciento).

CUADRO Nº 10.4

PASCO: 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	Anemia severa	
Edad en meses					
6-11	64,9	21,7	41,1	2,1	12
12-17	78,6	34,4	44,2	0,0	13
18-23	57,8	33,2	24,7	0,0	9
24-35	34,6	21,3	13,2	0,0	20
36-47	30,7	26,1	4,5	0,0	20
48-59	26,5	22,3	4,2	0,0	22
Sexo					
Hombre	42,7	22,0	20,1	0,5	46
Mujer	44,1	28,6	15,6	0,0	50
Orden de nacimiento 1/					
1	44,2	29,0	15,2	0,0	29
2-3	41,5	21,7	19,1	0,6	42
4-5	45,0	22,0	23,0	0,0	14
6+	46,0	33,5	12,6	0,0	8
Intervalo de nacimiento en meses					
Primer nacimiento 2/	44,2	29,0	15,2	0,0	29
<24	(32,1)	(3,0)	(29,1)	(0,0)	6
24-47	46,3	31,3	14,9	0,0	28
48+	41,5	19,4	21,3	0,8	30
Tratamiento del agua					
Con Cloro residual 3/	*	*	*	*	2
La hierven					
Red pública	43,0	22,3	20,7	0,0	61
Otra fuente	48,2	33,6	13,7	0,9	27
Sin tratamiento	37,7	29,2	8,5	0,0	7
Área de residencia					
Urbana	41,0	20,2	20,9	0,0	52
Rural	46,2	31,4	14,2	0,5	45
Nivel de educación 4/					
Sin educación	*	*	*	*	4
Primaria	44,8	31,0	13,8	0,0	29
Secundaria	44,6	23,1	20,9	0,6	42
Superior	37,3	18,4	18,9	0,0	18
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	47,3	35,6	10,7	0,9	26
Segundo quintil	44,5	22,0	22,5	0,0	28
Quintil intermedio	44,0	23,3	20,7	0,0	30
Cuarto quintil	27,4	18,2	9,1	0,0	11
Quintil superior	*	*	*	*	1
Total 2012	43,4	25,4	17,8	0,3	96
Total 2009	53,0	26,6	24,8	1,6	69

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.Morbility 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 >= 0,5 mg/lt de agua según Decreto Supremo Nº 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 10.5)

- En Pasco el 16,3 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad padeció de algún tipo de anemia, proporción menor en 10,4 puntos porcentuales al valor reportado en la Encuesta 2009 (26,7 por ciento). Según la Encuesta 2012, el 13,7 por ciento de mujeres en edad fértil tuvo anemia leve, el 2,5 por ciento presentó anemia moderada y la anemia severa afectó al 0,1 por ciento de las mujeres en edad fértil.

- Las mujeres entre 15 a 19 años de edad presentaron menor incidencia de anemia (15,6 por ciento) que las mujeres de 20 a 29 años de edad (19,0 por ciento). La anemia afectó en mayor proporción a las mujeres embarazadas (28,1 por ciento), las que tuvieron dos y tres hijas o hijos (17,3 por ciento), en condición de lactancia (16,7 por ciento), ubicadas en el quintil superior de riqueza (22,4 por ciento) y con educación secundaria (18,6 por ciento).

- Según área de residencia, el porcentaje fue ligeramente mayor en el área urbana (16,4 por ciento), que en el área rural (16,2 por ciento).

CUADRO Nº 10.5

PASCO: 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	15,6	14,6	1,0	0,0	42
20-29	19,0	15,6	3,4	0,0	66
30-39	15,3	13,2	2,1	0,0	64
40-49	14,5	10,8	3,1	0,5	47
Número de nacidos vivos					
0	16,7	14,3	2,0	0,4	61
1	16,8	14,1	2,7	0,0	38
2-3	17,3	14,8	2,5	0,0	73
4-5	15,5	12,1	3,4	0,0	29
6 y más	11,6	9,0	2,6	0,0	19
Condición de embarazo y lactancia					
Embarazada	28,1	19,7	8,4	0,0	8
Lactando	16,7	14,9	1,8	0,0	45
Ninguna de las anteriores	15,7	13,1	2,4	0,1	168
Tratamiento del agua					
Con Cloro residual 1/	*	*	*	*	5
La hierven					
Red pública	16,3	14,0	2,2	0,2	159
Otra fuente	16,8	12,7	4,1	0,0	43
Consumen agua embotellada	*	*	*	*	2
Sin tratamiento	17,6	14,8	2,7	0,0	12
Área de residencia					
Urbana	16,4	13,7	2,4	0,2	129
Rural	16,2	13,6	2,7	0,0	92
Nivel de educación					
Sin educación	(8,6)	(8,6)	(0,0)	(0,0)	5
Primaria	12,6	10,7	1,9	0,0	60
Secundaria	18,6	15,5	3,1	0,0	102
Superior	17,0	14,1	2,4	0,5	53
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	16,6	14,5	2,1	0,0	44
Segundo quintil	15,0	11,9	3,2	0,0	62
Quintil intermedio	16,3	14,4	1,6	0,4	70
Cuarto quintil	16,9	12,6	4,3	0,0	37
Quintil superior	22,4	22,4	0,0	0,0	8
Total 2012	16,3	13,7	2,5	0,1	221
Total 2009	26,7	21,6	4,3	0,8	189

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. Morbility 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 >= 0,5 mg/lt de agua según Decreto Supremo Nº 031-2010-SA.

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

10.5 NUTRICIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS

El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar[3]. 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 económico[5]. 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, la cual fue recogida 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 Encuesta Continuas 2007-2008, 2009 y 2010, 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 salud[6].

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 internacionales[7].

En el Cuadro 10.6 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 10.7 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 10.3 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: Lenght / height for age, weight for age, weight for lenght, weight for height and body mass index for age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

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

Todos los comentarios que se hacen en esta sección corresponden a los resultados obtenidos a partir del patrón de referencia de la OMS (Cuadro 10.6).

Desnutrición crónica (Cuadro 10.6 y Gráfico 10.3)

La desnutrición crónica, es un indicador del desarrollo del departamento y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física intelectual emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo[8].

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 Pasco, la desnutrición crónica afectó al 26,0 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2009 (38,4 por ciento).

- En el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad el porcentaje de niños con baja estatura para su edad, fue 27,5 por ciento y en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue 30,5 por ciento, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 9 a 11 meses de edad (36,5 por ciento).

- En niñas y niños de 24 a 35 meses de edad, la proporción de desnutrición crónica fue 29,0 por ciento, y disminuyó en el grupo de 36 a 47 meses de edad (21,3 por ciento), aumentando en las niñas y niños de 48 a 59 meses de edad (22,2 por ciento).

- Por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 5,1 puntos porcentuales (28,6 por ciento en niños y 23,5 por ciento en niñas).

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 36,1 por ciento, 10,7 puntos porcentuales más que aquellos que tuvieron un tamaño promedio o más grande (25,4 por ciento).

- La desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor de 24 meses y de 24 a 47 meses (35,0 y 34,7 por ciento, respectivamente). Los nacimientos primogénitos y aquellos con intervalo de 48 a más meses presentaron menores porcentajes (23,0 y 22,1 por ciento, respectivamente).

Desnutrición crónica según características de la madre

- La desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años de edad cuyas madres tenían IMC[9] entre 18,5 y 24,9 (normal) ascendió a 27,8 por ciento, mientras que en aquellas con sobrepeso u obesidad (IMC mayor o igual a 25) fue 25,6 por ciento.

- La desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres con educación primaria (31,6 por ciento); en relación a aquellas con mayor nivel educativo: 20,2 por ciento con educación

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

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.

superior y 28,1 por ciento con educación secundaria.

Desnutrición crónica según tratamiento del agua

- Las niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento presentaron mayor porcentaje de desnutrición crónica (34,6 por ciento), seguido de quienes consumieron agua hervida procedente de otra fuente distinta a red pública, (30,7 por ciento) y los que consumieron agua hervida proveniente de red pública (24,1 por ciento).

Desnutrición crónica según quintiles de riqueza

- Por quintil de riqueza, las niñas y niños ubicados en el quintil inferior fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (32,3 por ciento). La menor proporción fue en el quintil intermedio de riqueza (18,0 por ciento).

Desnutrición crónica según área de residencia

- Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en igual proporción a niñas y niños de las áreas urbana y rural en (26,0 por ciento, en cada caso).

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 sobrevivir[10].

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

Desnutrición aguda según características

- En el departamento de Pasco, la desnutrición aguda afectó al 0,5 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad, porcentaje menor al valor observado en la Encuesta 2009 (0,6 por ciento).

- El más alto porcentaje de niñas y niños con desnutrición aguda se presentó en el grupo de nueve a once meses de edad (2,7 por ciento) y en las niñas y niños con intervalo de nacimiento menor a 24 meses (1,3 por ciento), hijas e hijos de madres con educación primaria (0,9 por ciento), ubicadas en el quintil inferior de riqueza (1,5 por ciento).

Desnutrición global

La desnutrición global es el estado en el cual las 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.

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

Desnutrición global según grupos de edad y sexo

- En el departamento de Pasco, la desnutrición global afectó al 5,5 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad, valor que ha disminuido en 0,1 puntos porcentuales en relación al año 2009 que fue 5,6 por ciento.

- La desnutrición global en niñas y niños menores de seis meses de edad fue 9,0 por ciento, mientras que entre los de seis a ocho meses de edad fue 13,3 por ciento. Entre los infantes de 18 a 47 meses, el porcentaje fue descendiendo con la edad; así de 18 a 23 meses de edad fue de 8,2 por ciento, de 24 a 35 meses de edad, 4,8 por ciento, y de 36 a 47 meses de edad, 3,9 por ciento; mientras que en el grupo de 48 a 59 meses aumentó a 5,0 por ciento.

- Por sexo, la desnutrición global fue mayor en niños (6,9 por ciento) que en niñas (4,1 por ciento).

Desnutrición global según tamaño al nacer e intervalo de nacimiento

- Entre niñas y niños que tuvieron un tamaño promedio o más grande al nacer, el porcentaje de desnutrición global fue 6,4 por ciento, porcentaje que se elevó en el grupo de niñas y niños con un tamaño pequeño al nacer (11,8 por ciento).

- La desnutrición global se presentó en mayor porcentaje entre los primeros nacimientos y aquellos con intervalo intergenésico de 24 a 47 meses (6,8 y 6,4 por ciento, respectivamente), mientras que entre los menores de 24 meses y con intervalo de 48 meses y más la desnutrición global se presentó en menor porcentaje (4,2 y 4,3 por ciento, respectivamente).

Desnutrición global según características de la madre

- En el grupo de madres con IMC de 18,5 a 24,9 (normal), la proporción de niñas y niños con desnutrición global fue 7,0 por ciento; mientras, que en el grupo de madres con IMC mayor o igual a 25 (sobrepeso u obesidad), la proporción de niñas y niños desnutridos fue 4,7 por ciento.

- Las madres con menor nivel de educación tuvieron una mayor proporción de niñas y niños con desnutrición global en relación a las de mayor educación. Así, el 5,6 por ciento de infantes de madres con educación superior tuvo desnutrición global, proporción que se elevó a 8,9 por ciento (3,3 puntos porcentuales más) cuando las madres cuentan con nivel de educación primaria.

Desnutrición global según tratamiento del agua

- Las niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento y agua hervida procedente de otra fuente distinta a red pública presentaron mayor porcentaje de desnutrición global (8,9 por ciento, en cada caso).

Desnutrición global según quintiles de riqueza

- Las niñas y niños con mayor proporción de desnutrición global se ubicaron en el quintil inferior de riqueza (8,3 por ciento) en comparación con aquellas y aquellos pertenecientes al cuarto quintil (2,9 por ciento).

Desnutrición global según área de residencia

- Por área de residencia, la desnutrición global afectó al 5,9 por ciento de niñas y niños del área rural y al 5,1 por ciento del área urbana.

CUADRO Nº 10.6

PASCO: 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	5,4	27,5	0,0	1,6	7,2	9,0	13
6-8	6,0	30,5	0,0	0,0	1,5	13,3	12
9-11	8,8	36,5	2,7	2,7	0,0	2,7	11
12-17	5,9	21,2	0,0	0,0	1,3	3,3	22
18-23	9,3	33,6	0,0	1,0	2,7	8,2	18
24-35	6,4	29,0	0,0	0,7	0,4	4,8	41
36-47	5,4	21,3	0,0	0,0	0,0	3,9	38
48-59	4,6	22,2	0,0	0,0	0,0	5,0	42
Sexo							
Hombre	7,3	28,6	0,0	0,7	2,0	6,9	96
Mujer	4,9	23,5	0,3	0,3	0,2	4,1	101
Intervalo de nacimiento en meses							
Primer nacimiento	4,7	23,0	0,0	0,0	1,7	6,8	59
<24	5,4	35,0	0,0	1,3	1,3	4,2	14
24-47	9,1	34,7	0,6	1,2	1,0	6,4	48
48 y más	5,4	22,1	0,0	0,3	0,6	4,3	69
Tamaño al nacer							
Muy pequeño	*	*	*	*	*	*	2
Pequeño	10,5	36,1	1,5	2,8	2,5	11,8	20
Promedio o más grande	5,5	25,4	0,0	0,0	0,7	6,4	81
Situación nutricional de la madre 3/							
Desnutrida (IMC<18,5)	*	*	*	*	*	*	2
Normal (IMC 18,5-24,9)	6,9	27,8	0,4	0,9	1,8	7,0	82
Sobrepeso/ obesidad (IMC >= 25)	5,6	25,6	0,0	0,2	0,6	4,7	106
Sin información	4,9	13,2	0,0	0,0	0,0	2,4	7
Tratamiento del agua							
Con Cloro residual 4/	*	*	*	*	*	*	2
La hierven							
Red pública	4,1	24,1	0,0	0,2	0,5	4,1	138
Otra fuente	11,4	30,7	0,6	1,0	2,2	8,9	48
Consumen agua embotellada	*	*	*	*	*	*	0
Sin tratamiento	9,1	34,6	0,0	3,0	3,2	8,9	9
Área de residencia							
Urbana	4,7	26,0	0,0	0,2	0,7	5,1	108
Rural	7,7	26,0	0,3	0,8	1,5	5,9	90
Nivel de educación 5/							
Sin educación	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	7,2	31,6	0,9	0,9	1,6	8,9	33
Secundaria	6,6	28,1	0,0	0,6	0,0	6,6	46
Superior	2,3	20,2	0,0	0,0	2,4	5,6	21
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	11,0	32,3	0,6	1,5	2,3	8,3	50
Segundo quintil	6,0	28,3	0,0	0,0	0,8	6,0	56
Quintil intermedio	3,1	18,0	0,0	0,0	0,8	4,0	61
Cuarto quintil	4,5	29,4	0,0	0,8	0,0	2,9	28
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	3
Total 2012	6,1	26,0	0,2	0,5	1,1	5,5	198
Total 2009	10,9	38,4	0,2	0,6	1,2	5,6	103

Nota: -Las estimaciones se refieren a las 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 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.

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)

4/ Cloro residual libre >= 0,5 mg/lt de agua según Decreto Supremo Nº 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

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

CUADRO Nº 10.7

PASCO: INDICADORES DE DESNUTRICIÓN ENTRE MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA 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
	Severa 1/	Total 2/	Total 2/	Severa 1/	Total 2/	
Edad en meses						
Menor de 6 meses	1,8	7,7	0,0	0,0	1,8	12
6-8	3,9	22,8	0,0	0,0	7,8	12
9-11	6,1	27,6	2,7	0,0	8,9	11
12-17	3,7	21,2	0,0	2,7	10,8	22
18-23	9,3	29,3	2,5	2,7	15,0	18
24-35	3,2	19,3	0,7	0,4	7,8	41
36-47	4,1	14,6	0,0	0,0	5,4	38
48-59	4,1	18,3	0,0	0,0	7,9	42
Sexo						
Hombre	5,0	19,7	0,8	0,8	8,1	96
Mujer	3,7	18,8	0,3	0,5	8,0	101
Intervalo de nacimiento en meses						
Primer nacimiento	3,9	17,1	0,5	1,0	10,1	59
<24	5,4	29,8	1,3	1,3	6,9	14
24-47	6,8	24,5	1,2	1,0	9,0	48
48 y más	2,5	15,8	0,0	0,0	6,4	68
Tamaño al nacer						
Muy pequeño	*	*	*	*	*	2
Pequeño	3,9	30,3	2,9	1,5	10,7	20
Promedio o más grande	4,2	18,1	0,3	0,7	9,0	81
Situación nutricional de la madre 3/						
Desnutrida (IMC<18,5)	*	*	*	*	*	2
Normal (IMC 18,5-24,9)	4,8	20,9	0,9	1,5	9,5	82
Sobrepeso/ obesidad (IMC >= 25)	3,9	18,5	0,3	0,0	7,5	105
Sin información	4,9	13,2	0,0	0,0	2,4	7
Tratamiento del agua						
Con Cloro residual 4/	*	*	*	*	*	2
La hierven						
Red pública	2,7	17,9	0,2	0,0	6,1	137
Otra fuente	8,8	22,6	1,0	2,0	12,9	48
Consumen agua embotellada	*	*	*	*	*	0
Sin tratamiento	6,5	22,4	3,0	3,2	10,8	9
Área de residencia						
Urbana	2,7	19,1	0,3	0,0	7,5	107
Rural	6,1	19,4	0,8	1,4	8,7	90
Nivel de educación 5/						
Sin educación	*	*	*	*	*	4
Primaria	6,0	19,0	0,9	1,9	7,6	32
Secundaria	2,4	22,4	0,6	0,0	10,7	46
Superior	0,9	17,3	1,3	0,0	7,7	21
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	8,7	24,8	1,5	2,5	10,6	50
Segundo quintil	4,3	21,3	0,0	0,0	8,5	55
Quintil intermedio	1,1	13,2	0,4	0,0	5,7	60
Cuarto quintil	3,6	19,2	0,0	0,0	7,5	28
Quintil superior	*	*	*	*	*	3
Total 2012	4,3	19,2	0,5	0,6	8,0	197
Total 2009	7,3	28,5	0,6	1,4	8,3	103

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.

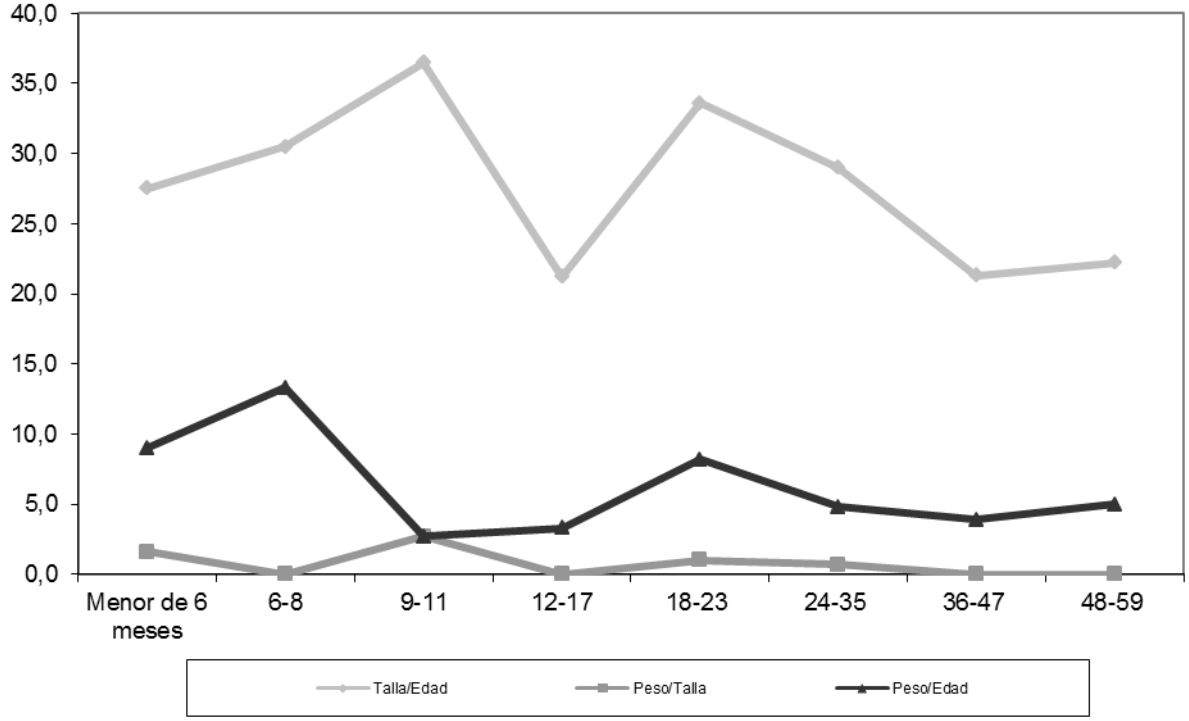
3/ Excluye niñas y niños de madres que no fueron pesadas ni medidas. El estado de nutrición de la madre en términos de IMC (Índice de Masa Corporal)

4/ Cloro residual libre >= 0,5 mg/lt de agua según Decreto Supremo Nº 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

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

GRÁFICO Nº 10.3
PASCO: INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2012



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

10.6 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. Esto es importante porque el peso bajo del neonato está asociado a la mortalidad infantil[11] .

La salud y calidad de vida están fuertemente vinculadas al estado nutricional de las personas. En el caso de las mujeres, un adecuado estado nutricional tiene efecto directo sobre su propio bienestar y el de sus hijas e hijos, tanto al momento de nacer como en la vida adulta de ellas y ellos. Así, el estado nutricional deficiente de las mujeres antes y durante el embarazo, verificado a través de una estatura o peso inadecuado, es uno de los principales determinantes del bajo peso al nacer y de la muerte perinatal e infantil; asimismo, está asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la probabilidad de muerte materna[12]. De esta forma, el estado nutricional de las mujeres resulta un factor crucial en la reducción de importantes problemas sanitarios del país como son la mortalidad materna, infantil y perinatal.

Por otro lado, el exceso de peso corporal que se traducen en sobrepeso y obesidad, tiene efectos negativos en la salud y calidad de vida, tanto mujeres como hombres, ya que incrementa el riesgo de padecer diversas enfermedades crónicas y de morir como consecuencia de éstas[13].

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 la delgadez, el sobrepeso y la obesidad.

[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.

Estatura de las mujeres en edad fértil

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

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

Estatura promedio de las mujeres en edad fértil (Cuadros 10.8 y 10.9)

- El promedio de estatura en las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) fue 150,7 centímetros, medida que refleja una tendencia en aumento al observarse la Encuesta 2009 cuyo promedio de estatura fue 150,1 centímetros.

- El 13,8 por ciento de las mujeres entrevistadas tuvo una estatura por debajo de 145,0 centímetros. El 50,0 por ciento de las mujeres mide entre 150,0 y 159,9 centímetros y el 5,1 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 151,3 centímetros, mientras que en el grupo de 40 a 49 años de edad fue 149,7 centímetros. Precisamente, en este último grupo de edad se concentró el mayor porcentaje de mujeres con estatura inferior a 145,0 centímetros (18,4 por ciento).

CUADRO Nº 10.8
PASCO: 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	0,5
135,0-139,9	2,4
140,0-144,9	10,9
145,0-149,9	31,1
150,0-154,9	32,2
155,0-159,9	17,8
160,0-164,9	4,6
165,0-169,9	0,4
170,0-174,9	0,1
Promedio	150,7
Desviación estándar	5,6
Número de mujeres	223

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 de educación superior tuvieron una talla promedio de 151,4 centímetros, estatura más alta en 3,5 centímetros que las mujeres sin nivel (147,9 centímetros); en este último grupo, el 18,6 por ciento mide menos de 145,0 centímetros.

- Las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza presentaron en promedio una talla de 154,4 centímetros, 5,0 centímetros más altas que las ubicadas en el quintil inferior (149,4 centímetros) donde el 20,3 por ciento tuvo una estatura menor a 145,0 centímetros.

Estatura según área de residencia

- Las mujeres residentes del área urbana tuvieron en promedio una estatura de 150,9 centímetros, 0,5 centímetros más altas que las del área rural (150,4 centímetros). En el área rural existe un mayor porcentaje de mujeres por debajo de 145,0 centímetros (17,2 por ciento).

CUADRO Nº 10.9

PASCO: 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	151,3	10,7	43
20-29	151,4	10,4	67
30-39	150,5	15,6	66
40-49	149,7	18,4	48
Área de residencia			
Urbana	150,9	11,2	130
Rural	150,4	17,2	93
Nivel de educación			
Sin educación	147,9	18,6	6
Primaria	149,2	23,6	61
Secundaria	151,5	9,7	102
Superior	151,4	9,7	53
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	149,4	20,3	44
Segundo quintil	150,8	14,3	63
Quintil intermedio	150,9	11,0	70
Cuarto quintil	151,1	11,3	37
Quintil superior	154,4	8,1	8
Total 2012	150,7	13,7	223
Total 2009	150,1	15,6	223

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.

Adicionalmente, para las mujeres en edad fértil, un peso adecuado antes de la gestación es un factor importante para que el embarazo culmine de manera adecuada. Las mujeres que inician la gestación con un peso adecuado tienen menor riesgo de parto prematuro. Asimismo, el peso corporal de la mujer previo a la gestación está asociado al peso al nacer y a la mortalidad infantil.
Por otro lado, el exceso de peso corporal, expresado como sobrepeso u obesidad, está asociado a un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer. Consecuentemente, el sobrepeso u obesidad están asociados a un mayor riesgo de mortalidad en la vida adulta.

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

El Cuadro 10.10 presenta la distribución porcentual de las mujeres según medidas resumen para el peso y el índice de masa corporal. El Cuadro 10.11 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 10.10)

- El Cuadro 10.10 muestra que, el peso promedio de las mujeres fue 58,1 kilos. El 66,9 por ciento de las mujeres entrevistadas pesaron entre 50,0 a 69,9 kilos; mientras, que el 21,4 por ciento por debajo de 50,0 kilos y un 11,7 por ciento pesó 70 o más kilos.

- Utilizando la fórmula de Quetelet, el Índice de Masa Corporal-IMC promedio en las mujeres fue 25,8.

CUADRO Nº 10.10

PASCO: 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	58,1
Desviación estándar	10,1
35,0-39,9	1,4
40,0-49,9	20,0
50,0-59,9	39,0
60,0-69,9	27,9
>= 70,0	11,7
Número de mujeres	213
IMC de la entrevistada en Kg/m^2	
Promedio en Kg/m^2	25,8
Desviación estándar	5,3
16,0-16,9 (Delgadez moderada)	0,6
17,0-18,4 (Delgadez leve)	1,6
18,5-20,4 (Normal)	6,5
20,5-22,9 (Normal)	20,6
23,0-24,9 (Normal)	18,4
25,0-26,9 (Sobrepeso)	18,9
27,0-28,9 (Sobrepeso)	13,1
29,0-29,9 (Sobrepeso)	6,1
>= 30,0 (Obesa)	14,3
Número de mujeres	213

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

Delgadez según grupos de edad (Cuadro 10.11)

- En Pasco, el porcentaje de delgadez en las mujeres fue 2,1 por ciento, observando el año 2009 (1,5 por ciento) subió 0,6 puntos porcentuales.

- El mayor porcentaje de mujeres con delgadez (4,2 por ciento) fue en el grupo de 15 a 19 años de edad, en comparación con las mujeres de 40 a 49 años de edad (0,5 por ciento).

Delgadez según nivel de educación y quintiles de riqueza

- Según nivel de educación, las mujeres con educación secundaria presentaron el mayor porcentaje de delgadez (2,8 por ciento), en comparación con las mujeres con educación primaria (0,8 por ciento).

- Por quintil de riqueza, el mayor porcentaje de mujeres con delgadez se ubicó en el quintil superior (5,8 por ciento).

Delgadez según área de residencia

- En el área rural, el porcentaje de mujeres con delgadez fue 2,4 por ciento y en el área urbana 1,9 por ciento.

Sobrepeso y obesidad según grupos de edad

- Por grupos de edad, los mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad se presentaron en las mujeres de 40 a 49 años de edad (44,1 y 26,5 por ciento, respectivamente); mientras, que en el grupo de 15 a 19 años de edad se encontró el menor porcentaje de sobrepeso (13,1 por ciento) y obesidad (3,3 por ciento).

Sobrepeso y obesidad según nivel de educación y quintiles de riqueza

- El grupo de mujeres con educación primaria presentó el mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad (42,3 y 20,3 por ciento, respectivamente).

- Por quintiles de riqueza, el mayor porcentaje de mujeres con sobrepeso y obesidad se concentró en el segundo quintil y quintil superior (41,8 y 22,3 por ciento, en cada caso); contrariamente, las mujeres ubicadas en el quintil superior presentaron los menores porcentajes de sobrepeso (22,8 por ciento). En el caso de obesidad se presentó entre mujeres ubicadas en el quintil inferior (8,5 por ciento).

Sobrepeso y obesidad según área de residencia

- El sobrepeso y la obesidad en las mujeres en edad fértil representaron el 38,1 y 14,3 por ciento, respectivamente, porcentajes superiores al año 2009, cuyos valores fueron 34,5 y 14,0 por ciento, respectivamente. Así, el 52,4 por ciento de las mujeres en edad fértil tendrían un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas debido a que padecieron de algún grado de sobrepeso u obesidad.

- El porcentaje de sobrepeso y obesidad entre las mujeres del área urbana fue 40,1 y 14,8 por ciento, respectivamente. En el área rural fue 35,3 por ciento (sobrepeso) y 13,5 por ciento (obesidad).

CUADRO Nº 10.11

PASCO: 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	<17 Moderada y severamente delgada	>=25,0 Total sobre-peso / obesa	25,0 - 29,9 Sólo sobrepeso	>=30,0 Sólo obesa	
Edad									
15-19	22,7	79,5	4,2	2,3	1,8	16,4	13,1	3,3	42
20-29	24,8	51,0	3,8	3,1	0,7	45,2	36,6	8,6	62
30-39	27,2	30,2	0,4	0,4	0,0	69,5	51,6	17,9	63
40-49	27,8	28,9	0,5	0,5	0,0	70,6	44,1	26,5	48
Área de residencia									
Urbana	26,0	43,2	1,9	1,4	0,5	54,9	40,1	14,8	125
Rural	25,4	48,8	2,4	1,9	0,6	48,8	35,3	13,5	89
Nivel de educación									
Sin educación	(25,0)	(55,1)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(44,9)	(39,7)	(5,3)	5
Primaria	26,7	36,6	0,8	0,8	0,0	62,6	42,3	20,3	59
Secundaria	25,3	50,1	2,8	1,8	1,0	47,1	36,0	11,2	98
Superior	25,7	46,0	2,7	2,3	0,5	51,2	37,0	14,2	52
Quintil de riqueza									
Quintil inferior	24,6	53,9	3,6	1,9	1,7	42,5	33,9	8,5	42
Segundo quintil	26,2	42,9	1,1	0,7	0,4	56,0	41,8	14,3	61
Quintil intermedio	25,7	44,6	2,2	2,2	0,0	53,2	38,5	14,7	66
Cuarto quintil	26,6	41,0	1,2	0,6	0,6	57,8	39,3	18,4	36
Quintil superior	25,4	49,1	5,8	5,8	0,0	45,1	22,8	22,3	8
Total 2012	25,8	45,5	2,1	1,6	0,6	52,4	38,1	14,3	214
Total 2009	25,5	49,9	1,5	1,4	0,1	48,5	34,5	14,0	210

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 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.

CONOCIMIENTO DE VIH E ITS 11

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 Pasco se han reportado 58 casos de SIDA y 261 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 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; Gráficos 11.1 y 11.2)

- Del total de mujeres entrevistadas en Pasco, el 94,5 por ciento conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA lo que implica una mejora de 13,2 puntos porcentuales, en relación con el año 2009 donde el porcentaje era de 81,3 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 5,2 por ciento de mujeres entrevistadas manifestó que desconocía alguna forma de prevenir la infección del VIH (menor número de parejas sexuales o uso del condón). En el año 2009, este porcentaje fue 8,2 por ciento.

- 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 con educación

[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.

superior, y quintil superior de riqueza (para las que no se reportaron casos), así como en las mujeres con educación secundaria (2,0 por ciento) y ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (1,4 por ciento). En cambio, las mujeres entrevistadas que pertenecen al quintil inferior de riqueza (13,4 por ciento), y sin nivel de educación (44,3 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 (8,4 por ciento), en comparación con el área la urbana (3,4 por ciento).

- Sobre el conocimiento de las formas específicas de evitar el VIH, el 82,4 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 un incremento de 19,5 puntos porcentuales. Asimismo, el conocimiento sobre el uso del condón se incrementó al pasar de 63,0 por ciento, en el año 2009 a 77,6 por ciento en el 2012.

CUADRO Nº 11.1

PASCO: 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	6,0	4,8	25,1	64,1	72,4	80,9	43
20-24	100,0	2,0	5,7	20,4	71,9	78,5	85,7	35
25-29	100,0	1,5	3,7	13,7	81,1	87,9	88,1	31
30-39	100,0	4,0	7,3	15,3	73,4	78,5	83,6	66
40-49	100,0	12,3	3,4	18,8	65,4	73,8	75,8	48
15-24	100,0	4,2	5,2	23,0	67,6	75,1	83,1	78
Estado conyugal								
Soltera	100,0	6,3	4,3	20,7	68,7	74,7	83,5	69
Ha tenido RS	100,0	8,2	3,0	16,6	72,3	75,8	85,3	27
Nunca ha tenido RS	100,0	5,0	5,1	23,4	66,4	74,0	82,3	42
Casada o Conviviente	100,0	4,7	5,8	17,9	71,5	79,2	81,8	142
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	9,8	3,6	13,9	72,7	76,3	83,0	13
Área de residencia								
Urbana	100,0	3,4	4,7	19,1	72,7	78,8	85,7	130
Rural	100,0	8,4	5,9	17,7	68,0	76,0	77,7	93
Nivel de educación								
Sin educación	100,0	44,3	8,1	6,3	41,2	41,2	47,6	6
Primaria	100,0	12,4	8,1	21,4	58,2	68,2	69,5	61
Secundaria	100,0	2,0	4,3	20,4	73,3	80,5	86,4	103
Superior	100,0	0,0	3,4	13,1	83,5	87,0	93,1	54
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	100,0	13,4	7,7	16,0	62,9	69,7	72,1	44
Segundo quintil	100,0	7,3	6,4	22,6	63,7	73,0	77,0	64
Quintil intermedio	100,0	1,7	4,7	16,8	76,7	80,9	89,3	70
Cuarto quintil	100,0	1,4	2,3	16,4	79,9	88,2	87,9	37
Quintil superior	100,0	0,0	0,0	25,3	74,7	79,9	94,8	8
Total 2012	100,0	5,5	5,2	18,5	70,7	77,6	82,4	223
Total 2009	100,0	18,7	8,2	20,2	52,9	63,0	62,9	241

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.

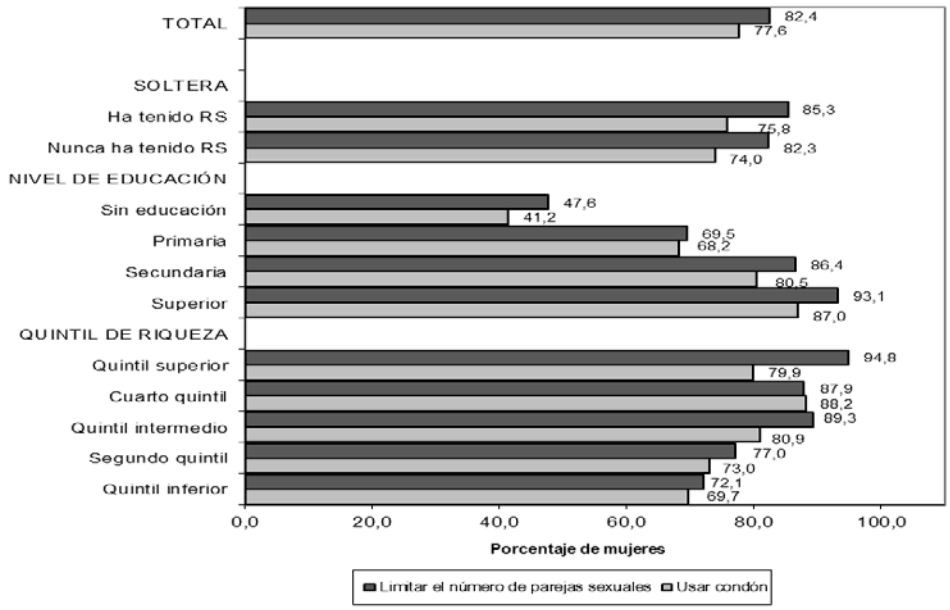
- Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Mujeres que no han oído hablar de VIH/SIDA o que no conocen las formas de importancia programática.

2/ Incluye ser mutuamente fiel.

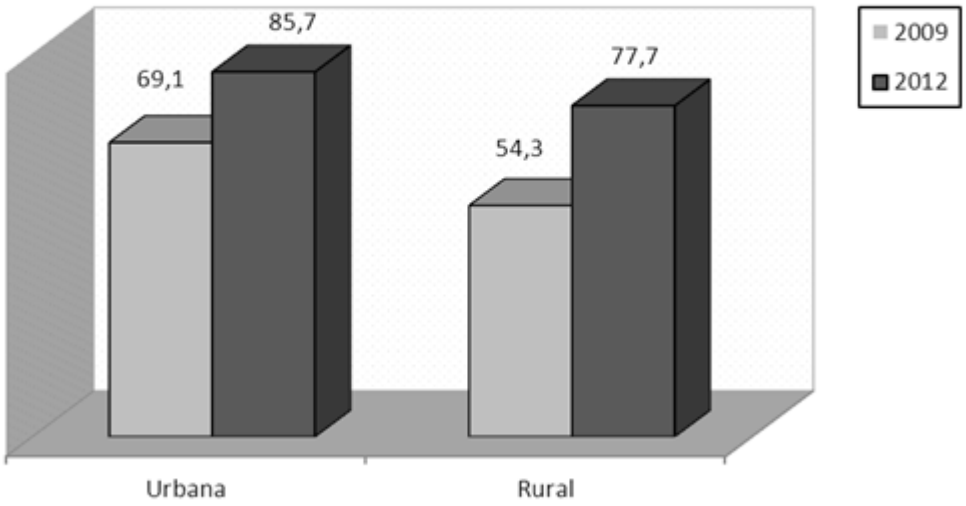
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

GRÁFICO Nº 11.1
PASCO: CONOCIMIENTO DE FORMAS ESPECÍFICAS DE EVITAR EL VIH, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)



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

GRÁFICO Nº 11.2
PASCO: 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 trasmitirse 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 69,4 por ciento de mujeres entrevistadas manifestó que una persona que parece saludable pueda tener el VIH, aumentando en 28,9 puntos porcentuales con respecto al año 2009 (40,5 por ciento). Se advierte que el porcentaje de mujeres que consideraron una posición contraria, respecto al tema señalado, ha disminuido 6,2 puntos porcentuales, lo que significaría un avance 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", ha mejorado al registrar un porcentaje menor en el año 2012 (10,5 por ciento) respecto al año 2009 (33,4 por ciento). En efecto en términos comparativos disminuyó en 22,9 puntos porcentuales.

- Las mujeres que respondieron en mayor porcentaje acerca de que una persona que parece saludable pueda tener el VIH, fueron las que pertenecen al quintil superior de riqueza (94,9 por ciento), las que alcanzaron educación superior (84,8 por ciento), y las mujeres entre 20 a 24 años de edad (75,5 por ciento). Por área de residencia, la proporción fue mayor en el caso de las residentes del área urbana (77,0 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 una importante disminución en el porcentaje de mujeres que refirieron que el virus no se puede transmitir en esta condición. El 16,2 por ciento de mujeres respondieron que no consideran esta posibilidad, significando una disminución de 19,0 puntos porcentuales respecto a la Encuesta 2009 que fue 35,2 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 69,6 por ciento mencionó que puede ocurrir durante el embarazo o parto y un 36,8 por ciento en el periodo de lactancia. El grupo de mujeres que respondió desconocer el mecanismo de transmisión, disminuyó de 18,7 por ciento en la Encuesta 2009 a 5,5 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 Nº 11.2

PASCO: 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 tene 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	67,4	24,6	7,9	18,2	66,9	37,6	6,0	43
20-24	75,5	16,2	8,3	13,9	69,8	43,3	2,0	35
25-29	73,2	20,8	6,0	11,4	76,4	38,6	1,5	31
30-39	72,0	18,9	9,1	13,9	76,7	32,5	4,0	66
40-49	60,8	19,8	19,5	22,6	57,9	36,0	12,3	48
15-24	71,1	20,8	8,1	16,3	68,2	40,2	4,2	78
Estado conyugal								
Soltera	68,1	23,1	8,8	15,9	69,3	38,6	6,3	69
Ha tenido RS	69,2	20,6	10,2	15,1	68,3	41,0	8,2	27
Nunca ha tenido RS	67,4	24,8	7,9	16,4	69,9	37,1	5,0	42
Casada o Conviviente	69,9	19,3	10,8	16,4	70,5	35,1	4,7	142
Divorciada/Separada/Viuda	70,8	11,7	17,4	16,7	61,4	45,3	9,8	13
Área de residencia								
Urbana	77,0	16,6	6,4	11,4	77,4	33,8	3,4	130
Rural	58,8	24,9	16,3	23,0	58,6	40,9	8,4	93
Nivel de educación								
Sin educación	29,4	18,5	52,1	60,2	21,1	31,1	44,3	6
Primaria	49,7	29,0	21,3	30,6	49,9	33,5	12,4	61
Secundaria	75,5	18,6	6,0	11,9	74,3	36,4	2,0	103
Superior	84,8	12,7	2,4	3,3	88,5	41,9	0,0	54
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	48,2	28,7	23,1	30,0	48,7	40,6	13,4	44
Segundo quintil	61,7	23,5	14,7	21,4	61,2	34,9	7,3	64
Quintil intermedio	80,0	16,0	4,0	9,3	79,7	35,6	1,7	70
Cuarto quintil	82,2	14,7	3,1	7,8	83,9	37,7	1,4	37
Quintil superior	94,9	5,1	0,0	0,0	96,5	36,8	0,0	8
Total 2011	69,4	20,0	10,5	16,2	69,6	36,8	5,5	223
Total 2009	40,5	26,2	33,4	35,2	50,2	31,9	18,7	241

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 habla 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 51,0 por ciento opinó que una maestra o maestro con VIH si puede seguir enseñando (incremento de 13,1 puntos porcentuales respecto a la Encuesta 2009), lo que significa un avance en este aspecto. No obstante el porcentaje de mujeres que piensan lo contrario, es decir, que los maestros infectados no deben enseñar, representan un 41,2 por ciento (0,4 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: 26,0 por ciento opinó que si puede ser despedida(o) (disminuyó en 3,5 puntos porcentuales), y el 66,3 por ciento manifestó lo contrario (se incrementó en 17,1 puntos porcentuales con respecto a la Encuesta 2009).

- 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 72,3 por ciento (58,6 por ciento en la Encuesta 2009), y no lo harían, un 19,6 por ciento (12,9 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 7,7 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; 7,7 por ciento no sabía si una persona VIH-positiva podría ser despedida de su trabajo; y un 8,0 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 ubicadas en el quintil inferior de riqueza (59,1 por ciento) y con educación primaria (59,7 por ciento), las residentes en el área rural (56,2 por ciento), y de 25 a 29 años de edad (42,4 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 (92,3 por ciento), pertenecientes al quintil superior de riqueza (83,5 por ciento), y entre las residentes en el área urbana (77,9 por ciento).

- Se observa que en nuestro país 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 Nº 11.3

PASCO: 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	65,1	11,1	11,3	12,5	100,0	42,7	187,0	44,4	55,6	62
20-24	54,4	10,5	16,7	18,4	100,0	35,3	155,0	53,0	47,0	55
25-29	51,8	9,8	11,1	27,2	100,0	31,4	138,0	48,7	51,3	56
30-39	55,8	9,1	10,7	24,4	100,0	65,8	281,0	46,4	53,6	61
40-49	64,0	10,4	9,1	16,5	100,0	48,2	205,0	42,2	57,8	63
15-24	60,3	10,9	13,7	15,2	100,0	78,0	342,0	48,8	51,2	58
Estado conyugal										
Soltera	58,0	9,9	13,8	18,3	100,0	69,2	307,0	42,9	57,1	60
Ha tenido RS	49,9	8,2	16,1	25,7	100,0	27,5	118,0	37,1	62,9	61
Nunca ha tenido RS	63,3	11,0	12,2	13,4	100,0	41,7	189,0	48,1	51,9	60
Casada o Conviviente	59,0	10,4	10,5	20,0	100,0	141,5	604,0	48,4	51,6	61
Divorciada/Separada/Viuda	56,5	7,4	9,2	26,9	100,0	12,7	55,0	50,1	49,9	36
Área de residencia										
Urbana	52,2	10,9	13,0	23,9	100,0	130,4	578,0	49,3	50,7	61
Rural	67,5	9,0	9,3	14,2	100,0	93,1	388,0	41,6	58,4	57
Nivel de educación										
Sin educación	92,1	3,4	0,0	4,5	100,0	5,9	25,0	57,3	42,7	100
Primaria	79,3	6,8	5,7	8,2	100,0	61,3	250,0	26,9	73,1	70
Secundaria	60,5	11,3	11,1	17,1	100,0	102,7	448,0	41,3	58,7	63
Superior	27,5	12,2	20,1	40,2	100,0	53,6	243,0	58,9	41,1	52
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	69,9	9,9	9,0	11,2	100,0	44,2	179,0	38,0	62,0	60
Segundo quintil	67,6	10,3	8,5	13,6	100,0	63,5	267,0	37,4	62,6	64
Quintil intermedio	58,0	8,8	11,1	22,1	100,0	70,2	311,0	49,2	50,8	57
Cuarto quintil	37,7	13,7	17,5	31,1	100,0	37,3	173,0	51,4	48,6	60
Quintil superior	27,6	4,0	23,4	45,0	100,0	8,1	36,0	69,2	30,8	55
Total 2012	58,6	10,1	11,5	19,9	100,0	223,4	966,0	46,8	53,2	60
Total 2009	37,9	41,6	20,5	29,5	49,2	21,2	58,6	12,9	28,4	241

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)

Síntomas y signos de las ITS (Cuadro 11.4)

- En cuanto a los síntomas y signos específicos que las mujeres entrevistadas con conocimiento de ITS manifestaron, destaca el enrojecimiento/picazón en genitales (34,9 por ciento), seguido de pérdida de peso (27,3 por ciento), úlceras/llagas genitales (22,0 por ciento) e inflamación o hinchazón en genitales (19,1 por ciento) y secreción por genitales (17,8 por ciento).

- En relación al enrojecimiento/picazón en genitales, el mayor porcentaje fue mencionado por mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza (62,1 por ciento), sin educación (37,6 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (42,6 por ciento).

- La pérdida de peso fue manifestada mayormente por aquellas con edades entre 25 y 29 años (32,4 por ciento), sin educación (28,6 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (32,6 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (37,1 por ciento), y entre las residentes en el área rural (29,2 por ciento).

- Las úlceras/llagas genitales fueron referidas en mayor porcentaje por mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales (25,6 por ciento), ubicadas en el quintil superior de riqueza (36,6 por ciento) y aquellas entre los 25 a 29 años de edad (29,5 por ciento). Según área de residencia, fue mayor en el área rural (30,2 por ciento).

- La inflamación o hinchazón en los genitales fue manifestada mayormente por aquellas con edades entre 25 a 29 años (26,3 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (23,0 por ciento), solteras que han tenido relaciones sexuales (20,0 por ciento) y aquellas sin educación (19,7 por ciento). Según área de residencia fue mayor en el área urbana (20,6 por ciento).

- La secreción por genitales fue manifestada mayormente por aquellas con edades entre 30 y 39 años (22,5 por ciento), mujeres con educación primaria (21,1 por ciento), las ubicadas en el segundo quintil de riqueza (20,9 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (21,5 por ciento) y las residentes en el área rural (21,8 por ciento).

- Un importante 15,4 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 3,9 por ciento para el año 2012, comparado con la Encuesta 2009 fue de 6,3 por ciento. Las verrugas genitales fueron identificadas como probable ITS por el 11,4 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 Nº 11.4

PASCO: 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 mal oliente	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 sintomas	
Edad															
15-19	2,9	10,5	7,8	11,4	20,6	20,1	13,6	8,8	1,3	33,0	0,0	0,0	1,4	12,8	15
20-24	10,2	18,3	16,6	13,6	34,5	13,5	21,8	7,6	1,0	22,1	0,0	0,0	7,1	15,6	16
25-29	2,2	16,8	20,0	9,9	41,7	26,3	29,5	14,5	0,0	32,4	3,0	3,5	1,9	15,4	15
30-39	5,2	22,5	17,7	15,4	40,0	19,9	22,9	12,3	1,7	26,9	0,0	1,5	2,2	12,8	29
40-49	10,6	16,6	20,0	16,8	33,1	15,7	21,7	12,9	1,4	23,5	2,8	1,3	7,5	21,8	17
15-24	6,7	14,5	12,4	12,6	27,8	16,7	17,8	8,2	1,1	27,4	0,0	0,0	4,4	14,2	31
Estado conyugal															
Soltera	7,4	13,3	10,0	11,5	28,3	19,3	21,0	10,5	1,2	33,1	0,0	0,9	4,0	15,5	29
Ha tenido RS	12,5	14,4	10,9	15,6	36,4	20,0	25,6	9,1	1,1	32,8	0,0	0,0	6,9	13,7	14
Nunca ha tenido RS	2,8	12,3	9,1	7,7	21,0	18,6	16,8	11,7	1,2	33,4	0,0	1,7	1,4	17,2	15
Casada o Conviviente	5,9	19,7	19,8	14,4	37,5	19,2	22,4	10,2	1,3	23,5	1,6	1,6	4,2	15,4	58
Divorciada/Separada/Viuda	3,6	21,5	20,0	19,5	42,6	17,0	24,0	28,5	0,0	37,1	0,0	0,0	0,0	14,4	6
Nivel de educación															
Sin educación	7,9	16,1	18,1	13,6	37,6	19,7	24,8	11,7	1,8	28,6	0,8	1,2	4,4	19,6	62
Primaria	2,8	21,1	13,9	14,2	29,4	17,8	16,3	10,7	0,0	24,5	1,5	1,4	2,8	6,8	30
Secundaria	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
Superior	4,1	17,9	10,6	9,2	32,1	16,3	19,8	9,1	0,0	20,4	0,0	0,0	7,3	11,3	13
Área de residencia															
Urbana	5,7	13,4	14,7	14,1	28,5	20,6	15,2	8,8	1,7	28,0	1,2	1,7	1,7	12,9	41
Rural	6,9	21,8	21,0	15,1	42,9	18,6	30,2	15,0	1,1	29,2	1,2	1,4	5,0	19,5	39
Quintil de riqueza															
Quintil inferior	4,5	17,1	8,6	17,7	31,7	14,9	11,3	1,7	0,0	15,6	0,0	0,0	3,3	4,7	13
Segundo quintil	3,4	20,9	10,8	9,7	28,7	17,1	17,6	11,8	0,0	29,1	1,2	0,0	1,5	10,3	21
Quintil intermedio	6,2	19,0	18,5	13,4	35,1	23,0	22,0	13,4	3,1	28,5	1,6	3,3	5,1	17,1	30
Cuarto quintil	11,3	13,5	20,3	12,3	35,1	17,9	28,5	14,0	0,8	32,6	0,0	1,0	3,5	24,1	23
Quintil superior	0,0	19,2	32,8	27,2	62,1	20,2	36,6	11,8	0,0	20,2	3,7	0,0	8,9	14,7	6
Total 2012	6,2	17,8	16,7	13,8	34,9	19,1	22,0	11,4	1,2	27,3	1,0	1,3	3,9	15,4	93
Total 2009	10,3	22,6	28,7	17,9	36,0	16,2	15,9	2,4	3,9	20,6	0,9	1,8	6,3	22,2	64

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 11.5 y 11.6. .

Prevalencia de ITS (Cuadro 11.5; Gráficos 11.3 y 11.4)

- La prevalencia de ITS entre 2009 y 2012 se mantuvo en 0,4 por ciento. Así, entre las mujeres entrevistadas que respondieron haber mantenido relaciones sexuales, un 0,4 por ciento informó haber tenido una ITS y/o síntomas asociados en los 12 meses anteriores a la entrevista.

- Según características de las mujeres que respondieron haber padecido una ITS, el mayor porcentaje se registró entre mujeres de 20 a 24 años de edad (1,8 por ciento), y entre aquellas con educación superior (1,7 por ciento).

- El 15,4 por ciento de mujeres declaró tener una ITS o flujo vaginal o úlceras/ llagas genitales, porcentaje menor en 6,4 puntos porcentuales, respecto al año 2009 (21,8 por ciento). El mayor porcentaje fue declarado por mujeres entre 20 a 24 años de edad (19,1 por ciento, respectivamente), con educación superior (21,8 por ciento) y ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (18,4 por ciento).

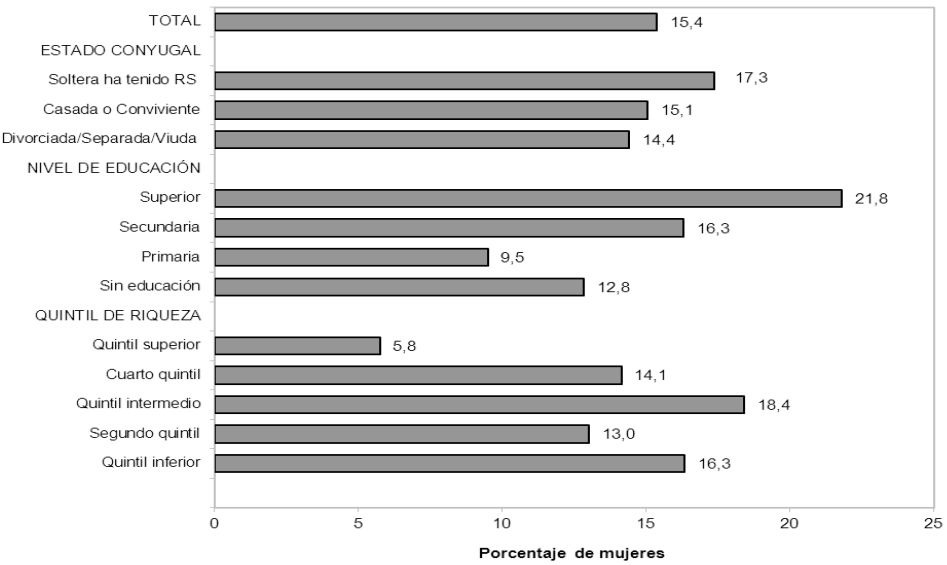
CUADRO Nº 11.5
PASCO: MUJERES POR PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SÍNTOMAS DE ITS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

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	Ulceras / Llagas genitales		
Edad					
15-19	0,0	7,4	0,0	7,4	13
20-24	1,8	17,3	2,3	19,1	28
25-29	0,0	13,3	1,8	15,1	30
30-39	0,4	15,3	1,4	16,4	64
40-49	0,0	14,1	0,4	14,1	46
15-24	1,2	14,1	1,6	15,4	41
Estado conyugal					
Soltera ha tenido RS	0,7	15,7	1,0	17,3	27
Casada o Conviviente	0,4	14,2	1,3	15,1	142
Divorciada/Separada/Viuda	0,0	14,4	1,6	14,4	13
Área de residencia					
Urbana	0,5	15,4	0,9	16,4	103
Rural	0,3	13,1	1,6	14,0	79
Nivel de educación					
Sin educación	0,0	12,8	0,0	12,8	6
Primaria	0,0	8,3	1,9	9,5	59
Secundaria	0,0	16,3	1,2	16,3	72
Superior	1,7	19,5	0,6	21,8	45
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	0,0	15,2	3,1	16,3	37
Segundo quintil	0,6	11,9	1,2	13,0	53
Quintil intermedio	0,4	18,0	0,3	18,4	58
Cuarto quintil	0,7	12,5	1,0	14,1	28
Quintil superior	0,0	5,8	0,0	5,8	6
Total 2012	0,4	14,4	1,2	15,4	182
Total 2009	0,4	20,1	2,9	21,8	191

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.

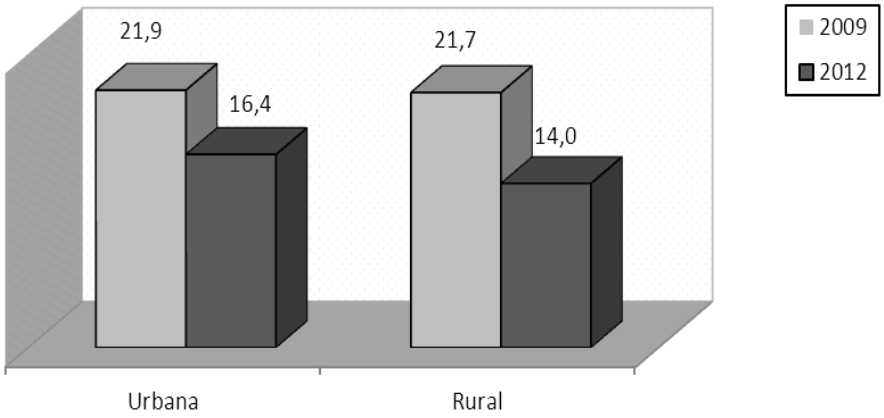
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

GRÁFICO 11.3
PASCO: 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 Nº 11.4
PASCO: PORCENTAJE DE MUJERES CON UNA ITS O FLUJO VAGINAL O ÚLCERAS/LLAGAS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2012
(Porcentaje)Título del gráfico



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

Fuente de consejo o tratamiento de las ITS (Cuadro 11.6)

- Entre las mujeres que tuvieron una ITS en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, el 68,0 por ciento buscó consejo o tratamiento por un médico y un 85,9 por ciento recibió consejo o tratamiento de cualquier fuente. Un 6,8 por ciento no recibió consejo ni tratamiento y un 4,7 por ciento se autorecetó, es decir, utilizó medicamentos por su cuenta. Otras fuentes mencionadas fueron los curanderos (10,0 por ciento) y las farmacias/boticas (34,1 por ciento).

- Las mujeres de 15 a 24 años de edad fueron las que acudieron en menor porcentaje, a un médico (63,8 por ciento), asimismo, aquellas sin educación (67,1 por ciento), y las residentes rurales (69,8 por ciento).

- Al curandero acudieron, mujeres casadas o convivientes con educación primaria (10,0 por ciento, en cada caso), y las residentes rurales (8,0 por ciento).

A la farmacia/botica acudieron más las mujeres sin educación (36,8 por ciento), y con 30 a 39 años de edad (39,5 por ciento). Asimismo, las que viven en el área rural (36,1 ciento).

- Según las alternativas de la respuesta, la entrevistada podía mencionar 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 que busquen la calidad en la atención.

CUADRO Nº 11.6
PASCO: 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	*	*	*	*	*	*	*	1
20-24	(71,1)	(3,6)	(33,4)	(84,5)	(4,3)	(5,9)	(5,2)	5
25-29	(61,4)	(4,9)	(29,9)	(71,2)	(7,2)	(17,2)	(4,4)	5
30-39	67,3	14,7	39,5	91,0	1,8	0,0	7,2	11
40-49	77,7	8,6	30,9	91,0	0,0	3,1	5,9	7
15-24	63,8	7,2	31,3	82,5	3,6	5,0	8,9	6
Estado conyugal								
Soltera ha tenido RS	(73,4)	(9,5)	(35,9)	(94,1)	(0,0)	(0,0)	(5,9)	5
Casada o Conviviente	68,7	10,0	33,6	85,4	2,4	4,6	7,6	21
Divorciada/Separada/Viuda	*	*	*	*	*	*	*	2
Nivel de educación								
Sin educación	67,1	9,6	36,8	87,7	4,4	4,8	3,0	17
Primaria	69,4	10,6	30,0	83,0	0,0	4,4	12,6	11
Secundaria	*	*	*	*	*	*	*	1
Superior	(77,2)	(16,7)	(32,7)	(88,4)	(0,0)	(3,7)	(7,9)	6
Área de residencia								
Urbana	64,1	5,2	31,3	80,4	4,6	4,2	10,8	12
Rural	69,8	8,0	36,1	89,9	2,0	6,1	2,0	10
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	(67,9)	(12,5)	(16,2)	(72,4)	(0,0)	(8,0)	(19,6)	6
Segundo quintil	51,7	6,7	51,4	89,1	0,0	3,4	7,5	7
Quintil intermedio	76,0	9,1	34,1	92,4	5,1	2,5	0,0	11
Cuarto quintil	*	*	*	*	*	*	*	4
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	*	0
Total 2012	68,0	10,0	34,1	85,9	2,7	4,7	6,8	28
Total 2009	53,2	30,0	20,7	77,7	2,2	4,8	15,2	42

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 11.7)

- 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 77,6 por ciento refirió no haber tenido pareja sexual (82,0 por ciento en el año 2009), 21,8 por ciento respondió haber tenido una pareja (17,3 por ciento en el año 2009), y 0,6 por ciento tuvo dos o más parejas (0,7 por ciento en el año 2009).

- Según grupos de edad las mujeres entre 15 y 19 años de edad (85,7 por ciento) respondieron no haber tenido pareja sexual, y en aquellas de 40 a 49 años de edad (85,2 por ciento).

- El área urbana, el 78,5 por ciento de las entrevistadas respondió no haber tenido pareja sexual, en los últimos 12 meses. Esta característica también se encontró, en mayor proporción entre las mujeres con educación secundaria (85,7 por ciento), y entre las pertenecientes al quintil intermedio de riqueza (79,6 por ciento).

- 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 Nº 11.7

PASCO: 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	85,7	14,3	0,0	0,1	37
20-24	100,0	65,9	31,0	3,1	0,4	16
25-29	100,0	61,3	38,7	0,0	0,4	9
30-39	100,0	74,6	25,4	0,0	0,3	11
40-49	100,0	85,2	14,8	0,0	0,1	9
15-24	100,0	79,6	19,4	0,9	0,2	53
Estado conyugal						
Soltera	100,0	*	*	*	*	69
Soltera ha tenido RS	100,0	44,1	54,0	1,8	0,6	27
Soltera no ha tenido RS	100,0	100,0	n.a.	n.a.	n.a.	42
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	76,3	23,7	0,0	0,2	13
Área de residencia						
Urbana	100,0	78,5	20,5	0,9	0,2	53
Rural	100,0	75,8	24,2	0,0	0,2	29
Nivel de educación						
Sin educación	100,0	*	*	*	*	1
Primaria	100,0	68,4	31,6	0,0	0,3	11
Secundaria	100,0	85,7	14,3	0,0	0,1	45
Superior	100,0	65,9	32,1	2,0	0,4	25
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	100,0	78,6	21,4	0,0	0,2	15
Segundo quintil	100,0	79,1	20,9	0,0	0,2	21
Quintil intermedio	100,0	79,6	19,2	1,2	0,2	25
Cuarto quintil	100,0	72,4	26,4	1,2	0,3	16
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	4
Total 2012	100,0	77,6	21,8	0,6	0,2	82
Total 2009	100,0	82,0	17,3	0,7	0,2	93

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 11.8)

- 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 (97,9 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 (100,0 por ciento) excluyendo el esposo/compañero.

- Entre las mujeres que, incluyendo al esposo/compañero, respondieron haber tenido una sola pareja sexual, un mayor porcentaje tenía de 15 a 19 y 30 a 39 años de edad y con educación secundaria (100.0 por ciento, en cada caso). Según área de residencia, el porcentaje fue mayor entre las residentes rurales (98,0 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 Nº 11.8

PASCO: 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 esposo/compañero				Número de mujeres
	Total	0	1	2 y más	Promedio	Total	0	1	Promedio	
Edad										
15-19	100,0	0,0	100,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	6
20-24	100,0	1,5	98,5	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	19
25-29	100,0	0,7	99,3	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	23
30-39	100,0	0,0	100,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	55
40-49	100,0	6,6	93,4	0,0	0,9	100,0	100,0	0,0	0,0	39
15-24	100,0	1,1	98,9	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	25
Área de residencia										
Urbana	100,0	2,3	97,7	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	77
Rural	100,0	2,0	98,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	65
Nivel de educación										
Sin educación	100,0	*	*	*	*	100,0	*	*	*	5
Primaria	100,0	4,9	95,1	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	50
Secundaria	100,0	0,0	100,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	58
Superior	100,0	0,5	99,5	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	29
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	*	*	*	*	100,0	*	*	*	29
Segundo quintil	100,0	3,8	96,2	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	43
Quintil intermedio	100,0	1,0	99,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	45
Cuarto quintil	100,0	2,3	97,7	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	21
Quintil superior	100,0	0,0	100,0	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	4
Total 2012	100,0	2,1	97,9	0,0	1,0	100,0	100,0	0,0	0,0	142

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 11.9)

- Entre las mujeres que han oído hablar sobre el VIH/SIDA, el 97,9 por ciento conocía sobre el uso de condón, como una forma de prevenir enfermedades, pero solo el 11,3 por ciento utilizó el último mes. De las mujeres que lo usan como método anticonceptivo (1,1 por ciento) no los usó en su última relación sexual.

- El 94,6 por ciento de mujeres conocía que hay fuente médica pública y un 2,0 por ciento fuente médica privada. El 65,8 por ciento, sabía que dicho dispositivo se adquiere en las farmacias y un 1,3 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 mujeres con educación superior (19,7 por ciento), ubicadas en el quintil superior de riqueza (24,7 por ciento), solteras que han tenido relaciones sexuales, casadas o convivientes (11,8 por ciento en ambos casos).

- 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 entre aquellas ubicadas en el cuarto quintil (2,9 por ciento), de 20 a 24 años de edad, con educación superior (1,7 por ciento en ambos casos), residentes del área urbana (1,3 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 Nº 11.9

PASCO: 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	96,0	89,5	3,6	76,7	5,7	60,1	2,1	14,0	10,9	0,0	12
20-24	97,9	95,5	1,7	73,9	1,0	78,0	1,0	7,4	3,5	1,7	27
25-29	97,6	94,9	3,9	66,6	0,7	72,9	0,7	11,1	2,9	1,1	30
30-39	98,2	93,8	2,2	64,1	0,9	74,7	1,9	13,5	0,4	1,0	62
40-49	98,1	96,5	0,0	59,4	1,8	59,5	0,6	9,7	1,1	1,1	41
15-24	97,4	93,7	2,3	74,8	2,4	72,6	1,4	9,4	5,7	1,2	39
Estado conyugal											
Soltera ha tenido RS	99,2	91,1	5,2	82,7	2,9	72,4	0,0	11,8	9,7	1,7	25
Casada o Conviviente	97,5	95,1	1,4	61,9	1,3	70,0	1,6	11,8	0,6	1,0	135
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	95,9	1,9	74,7	0,0	69,2	0,0	4,4	4,2	0,0	11
Área de residencia											
Urbana	99,0	94,5	2,1	76,4	0,6	74,6	0,5	15,6	3,2	1,3	99
Rural	96,3	94,7	1,8	51,4	2,6	64,4	2,3	5,4	0,9	0,8	73
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	94,9	92,2	0,9	45,6	2,1	53,3	3,6	3,8	0,0	0,4	52
Secundaria	99,0	96,5	0,6	69,3	1,9	74,3	0,0	11,9	2,8	1,2	71
Superior	100,0	94,6	5,5	86,8	0,0	84,7	0,0	19,7	4,1	1,7	45
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	96,0	94,1	0,9	35,5	1,2	51,0	2,4	5,2	0,9	0,0	32
Segundo quintil	96,7	94,5	1,7	59,6	2,0	67,8	2,0	6,4	1,1	0,8	49
Quintil intermedio	98,8	95,5	1,5	77,8	1,5	75,4	0,8	13,2	2,9	1,1	57
Cuarto quintil	100,0	93,1	4,5	84,0	0,7	82,9	0,0	20,3	3,4	2,9	27
Quintil superior	100,0	95,6	3,1	85,2	0,0	89,1	0,0	24,7	7,4	0,0	6
Total 2012	97,9	94,6	2,0	65,8	1,4	70,3	1,3	11,3	2,2	1,1	172
Total 2009	96,7	87,5	0,6	50,9	0,5	58,0	3,5	5,6	2,5	0,8	150

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 11.10; Gráfico 11.5)

- 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 12,3 por ciento usó condón con su esposo o compañero, en el año 2009 fue 5,8 por ciento; el 32,6 por ciento los usó con un compañero con el cual no vive, un 14,7 por ciento usó condón con cualquier compañero, en el año 2009 fue 8,0 por ciento. Es decir, se registró un incremento en todos los casos, asimismo, se verificó que su uso es mayor entre las mujeres con parejas que no viven con ellas.

- El uso de condón con compañero con el cual no vive fue mayor en aquellas con educación secundaria (41,1 por ciento). De otro lado, entre las solteras que han tenido relaciones sexuales fue 38,2 por ciento, y entre aquellas de 15 a 24 años de edad, 38,0 ciento. Por área de residencia, el uso fue mayor en aquellas que viven en zonas urbanas (38,2 por ciento).

- El uso de condón con cualquier compañero, ocurrió en mayor porcentaje en mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales (35,7 por ciento), del cuarto quintil de riqueza (26,1 por ciento), con educación superior (28,6 por ciento), y entre aquellas de 15 a 19 años (26,2 por ciento). Por área de residencia, el uso fue mayor entre las residentes urbanas (21,2 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 Nº 11.10

PASCO: USO DEL CONDÓN POR TIPO DE COMPAÑERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Porcentaje)

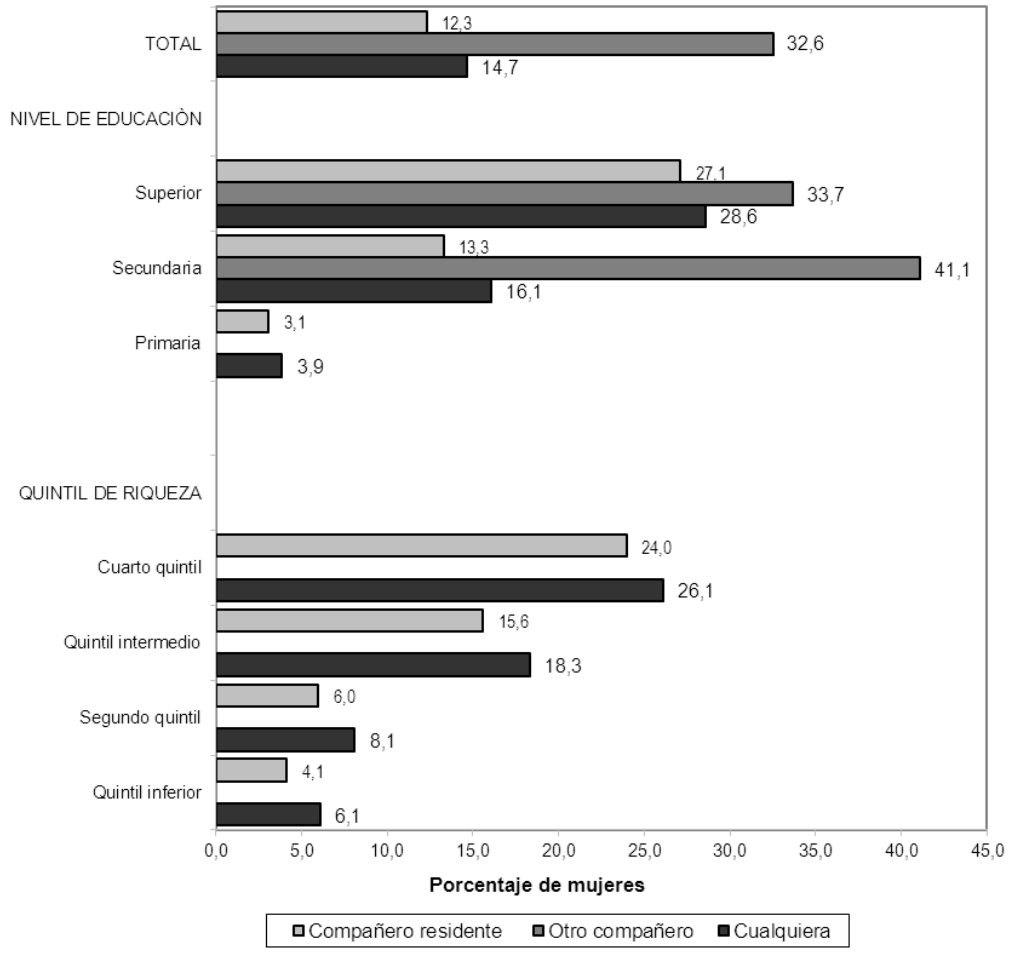
Característica seleccionada	Usó condón con esposo o compañero		Usó con compañero con quien no vive		Usó condón con cualquier compañero	
	Porcentaje	Número de mujeres	Porcentaje	Número de mujeres	Porcentaje	Número de mujeres
Edad						
15-19	5,0	6	(50,2)	5	26,2	11
20-24	8,3	19	(26,2)	5	12,3	24
25-29	12,9	23	*	3	15,7	26
30-39	14,5	55	*	3	15,0	58
40-49	12,0	37	*	1	11,5	38
15-24	7,5	25	38,0	11	16,7	35
Estado conyugal						
Soltera ha tenido RS	*	0	35,7	15	35,7	15
Casada o Conviviente	12,1	139	*	0	12,1	139
Divorciada/Separada/Viuda	*	1	*	3	*	4
Área de residencia						
Urbana	18,7	76	38,2	11	21,2	88
Rural	4,6	64	23,4	7	6,5	70
Nivel de educación						
Sin educación	*	4	*	0	*	4
Primaria	3,1	48	*	4	3,9	51
Secundaria	13,3	59	41,1	6	16,1	65
Superior	27,1	29	33,7	8	28,6	37
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	4,1	29	*	3	6,1	32
Segundo quintil	6,0	41	*	4	8,1	45
Quintil intermedio	15,6	45	(42,9)	5	18,3	50
Cuarto quintil	24,0	20	(35,8)	5	26,1	25
Quintil superior	*	4	*	1	(34,8)	5
Total 2012	12,3	140	32,6	18	14,7	158
Total 2009	5,8	147	n.d.	n.d.	8,0	164

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.d. = No disponible.

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

GRÁFICO Nº 11.5
PASCO: 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.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, NIÑAS Y NIÑOS 12

La violencia en el Perú, es un problema social de graves consecuencias para la salud, la economía y el desarrollo de los pueblos, se instala de manera silenciosa en numerosas familias y deja sus terribles secuelas[1].

Esta manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra, puede ser expresada algunas veces, a través de insultos, amenazas, coerciones, chantajes y/o agresiones físicas que afectan la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres y las niñas. Sin embargo, 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 así a formar parte de la interacción intrafamiliar. Se la instituye como práctica cotidiana, perpetuándose a través de generaciones en la crianza de las hijas e hijos; los que a su vez, la replican cuando son padres.

Como respuesta a estos hechos, 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.

De manera similar, en el país 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; 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, el cual 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 del departamento de Pasco. Asimismo, sobre la violencia reciente (durante los 12 meses anteriores a la entrevista) o alguna vez durante la relación con la pareja. Por otro lado, se indagó sobre aspectos de violencia intrafamiliar en las mujeres entrevistadas de 15 a 49 años de edad que no habían tenido unión alguna (nunca casada, nunca unida).

También se brinda información sobre las consecuencias o episodios de violencia, asistencia a un médico o un establecimiento de salud, si las mujeres víctimas de violencia acudieron a alguna institución para buscar ayuda, y para quienes no lo hicieron, la razón por la cual no buscaron ayuda.
Por otro lado, 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.

En consecuencia, el fenómeno de la violencia se presenta tanto a nivel de pareja como de familia. Las estadísticas de violencia contra la mujer y el maltrato a las niñas y niños dan cuenta de la importancia del tema y de la necesidad del mejoramiento de las políticas sociales de promoción y protección de la mujer y de la familia.

[1] VIVIANO LLAVE, Teresa. Violencia Familiar en las Personas Adultas Mayores en el Perú. Lima 2005.

12.1 VIOLENCIA VERBAL DEL ESPOSO CONTRA LA MUJER

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua 2012, indagó sobre la forma de violencia de tipo psicológico a la que estaba expuesta la mujer, se preguntó por situaciones por las que pasan algunas mujeres como: si 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/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/quitarle a los hijos o la ayuda económica.

El Cuadro 12.1 presenta el porcentaje de mujeres que contestaron afirmativamente a cada una de estas situaciones de control, humillaciones y amenazas por parte del esposo o compañero.

Situaciones de control (Cuadro 12.1)

- El 64,6 por ciento de las mujeres alguna vez unidas afirmaron que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas; con mayor frecuencia ocurrió en mujeres de 15 a 19 años y 25 a 29 años (76,6 y 72,2 por ciento, respectivamente), divorciadas, separadas o viudas (80,0 por ciento), con educación primaria (68,8 por ciento), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (66,8 por ciento), asimismo, se observa porcentajes altos en el quintil intermedio y en el quintil inferior de riqueza (64,7 y 64,0 por ciento, correspondientemente); y residentes en el área rural (66,3 por ciento).

- Entre las formas de control ejercidas por el esposo o compañero, las mujeres declararon en mayor porcentaje "la insistencia en saber a dónde va la mujer" (52,7 por ciento), en su mayoría tenían de 15 a 19 años de edad (69,4 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (69,2 por ciento), con educación primaria (54,2 por ciento), ubicadas en el segundo quintil y quintil intermedio de riqueza (53,8 por ciento, para ambos casos, respectivamente) y residentes en el área rural (53,1 por ciento).

- Otra forma de control declarada frecuentemente fue que su esposo o compañero "era celoso" (37,4 por ciento), generalmente fue manifestada por las mujeres de 15 a 19 años (52,6 por ciento) y de 25 a 29 años (47,3 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (64,0 por ciento), con educación secundaria (39,5 por ciento), observándose también un porcentaje significativo en las mujeres con educación superior (38,6 por ciento) y situadas en el segundo quintil de riqueza (41,3 por ciento). Según área de residencia, esta forma de control fue expresada significativamente por las mujeres residentes en el área urbana (39,6 por ciento).

- Existe otras formas de control declaradas en porcentajes significativos "impide que visite o la visiten sus amistades" (20,4 por ciento), "acusa de ser infiel" (14,8 por ciento) y "desconfía con el dinero" (14,1 por ciento).

Situaciones humillantes (Cuadro 12.1)

- El 18,2 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declararon que habían experimentado situaciones de violencia verbal a través de expresiones humillantes delante de los demás. Esta situación ocurrió en mayor porcentaje en las mujeres de 40 a 44 años de edad (27,4 por ciento), en menor porcentaje se presentó en mujeres de 20 a 24 años de edad (9,3 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (34,0 por ciento), con educación superior (20,8 por ciento), situadas en el cuarto quintil de riqueza (24,3 por ciento) y residentes en el área urbana (18,6 por ciento).

Amenazas del esposo o compañero (Cuadro 12.1)

- El 17,3 por ciento de las mujeres alguna vez unidas reportaron que su esposo o compañero "amenazó con irse de la casa o quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica", fue declarada frecuentemente por las mujeres de 40 a 44 años de edad (22,2 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (49,0 por ciento), presentándose en 3,2 veces a lo observado en casadas o convivientes (15,1 por ciento), con educación secundaria (18,0 por ciento), situadas en el quintil intermedio de riqueza (20,8 por ciento) y residentes en el ámbito urbano (18,9 por ciento).

- El 7,8 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que su esposo o compañero "amenazó con hacerle daño a ella o a alguien cercano", en mayor porcentaje ocurrió en mujeres de 35 a 39 años de edad (12,7 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (16,0 por ciento), con una ocurrencia de 2,2 veces al porcentaje observado en casadas o convivientes (7,3 por ciento), con educación primaria (11,1 por ciento), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (10,0 por ciento) y residentes en el área rural y urbana (8,8 y 7,0 por ciento, respectivamente).

CUADRO 12.1

PASCO: SITUACIONES DE CONTROL Y VIOLENCIA VERBAL POR PARTE DEL ESPOSO O COMPAÑERO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

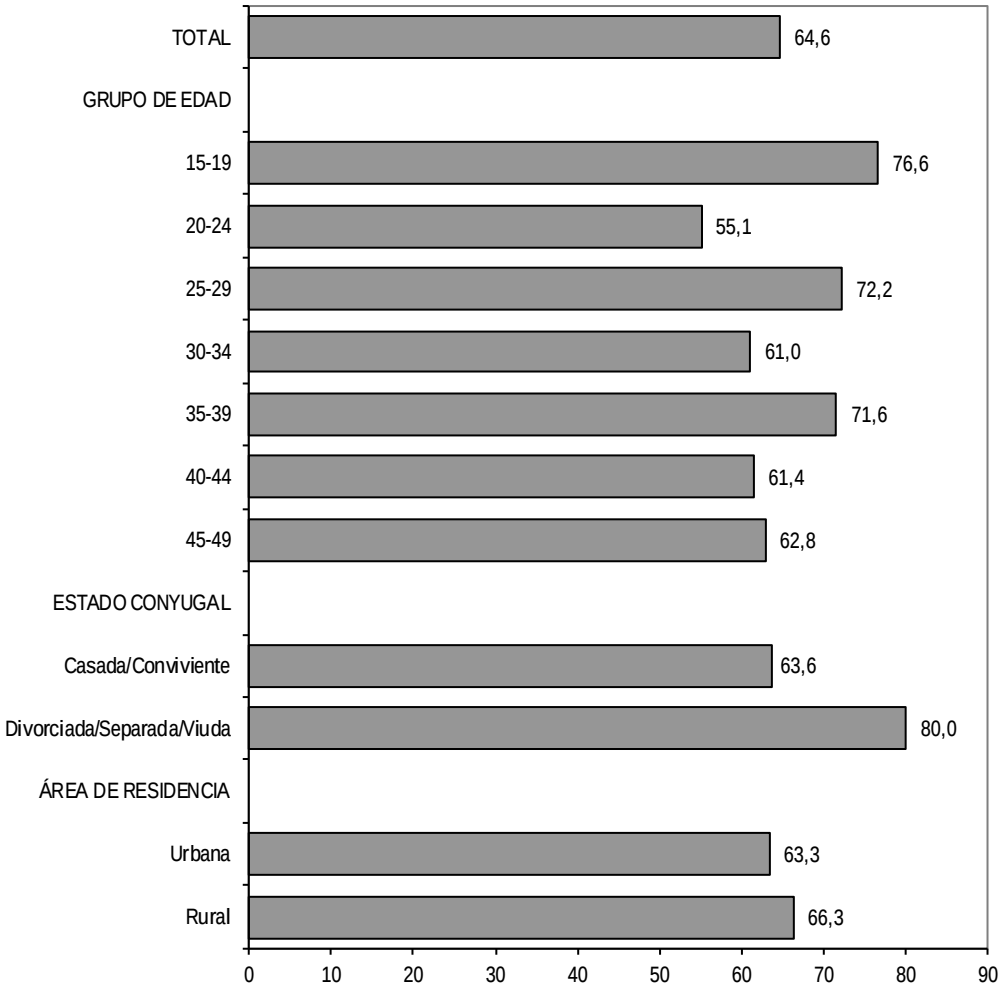
(Porcentaje)

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	Descon-fía 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	52,6	19,8	34,3	69,4	27,4	76,6	15,5	7,8	15,5	6
20-24	29,2	9,1	19,8	45,0	7,1	55,1	9,3	4,4	14,7	19
25-29	47,3	16,5	22,1	55,0	17,4	72,2	17,8	8,2	20,1	22
30-34	36,4	11,8	15,5	52,3	13,8	61,0	17,5	7,1	13,5	32
35-39	36,0	21,7	18,5	58,9	19,9	71,6	16,7	12,7	18,8	21
40-44	31,0	12,0	20,4	50,0	10,0	61,4	27,4	5,6	22,2	18
45-49	38,1	17,3	25,9	48,4	10,8	62,8	23,1	9,0	17,4	17
Estado conyugal										
Casada/Conviviente	35,5	13,4	19,0	51,6	13,1	63,6	17,1	7,3	15,1	125
Divorciada/Separada/Viuda	64,0	34,2	41,7	69,2	29,3	80,0	34,0	16,0	49,0	9
Área de residencia										
Urbana	39,6	15,4	18,8	52,4	11,5	63,3	18,6	7,0	18,9	74
Rural	34,6	14,0	22,4	53,1	17,4	66,3	17,6	8,8	15,4	60
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	32,2	18,4	23,3	54,2	15,6	68,8	17,0	11,1	15,8	46
Secundaria	39,5	11,7	17,4	52,6	14,7	63,4	18,0	5,8	18,0	56
Superior	38,6	12,4	19,0	51,7	6,5	60,4	20,8	5,4	16,0	28
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	26,3	14,3	21,1	49,4	17,4	64,0	13,3	8,8	18,5	28
Segundo quintil	41,3	16,4	21,5	53,8	14,5	66,8	16,5	10,0	13,1	41
Quintil Intermedio	38,9	13,3	20,7	53,8	13,8	64,7	21,4	6,8	20,8	43
Cuarto quintil	40,6	16,5	18,5	50,7	11,4	60,8	24,3	5,3	19,4	19
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Total 2012	37,4	14,8	20,4	52,7	14,1	64,6	18,2	7,8	17,3	134

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 12.1
PASCO: 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

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua 2012, indagó en forma directa a las mujeres alguna vez casada o conviviente acerca de si su última pareja (esposo o compañero) había ejercido violencia física y sexual contra ellas. Este tipo de violencia se relaciona con agresiones físicas como haber sido empujada, sacudida, golpeada o agredida con el puño o con algún objeto duro, si había tratado de estrangularla o quemarla, si había sido pateada o arrastrada, amenazada o atacada con arma o si había sido obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad; y si estas situaciones se presentaron durante los doce meses anteriores a la entrevista o alguna vez durante la relación con la pareja. Adicionalmente, se preguntó por los precursores de la violencia (consumo de alcohol o drogas), y por los resultados de dichos episodios en términos de lesiones como moretones, heridas, huesos o dientes rotos y quemaduras y si fue necesario ir a un médico o centro de salud.

Por otro lado, se presenta información de la violencia física que sufrieron las mujeres solteras, la agresión física que ejercen las mujeres contra su esposo o compañero cuando él no la estaba golpeando o agrediendo físicamente y el momento de inicio de la violencia.

Violencia física y sexual por parte del esposo o compañero (Cuadro 12.2)

- El 33,3 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron haber sufrido violencia física y 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 que ella no aprobaba; mayor incidencia ocurrió en mujeres de 40 a 44 años de edad (37,2 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (52,2 por ciento), con educación primaria y secundaria (33,2 por ciento, en promedio), situadas en el quintil intermedio y cuarto quintil de riqueza (37,9 y 35,3 por ciento, respectivamente) y residentes en el área urbana (34,4 por ciento).

- Una de las formas de violencia física ejercida con frecuencia por el esposo o compañero contra la mujer fue "la empujó, sacudió o le tiró algo" (25,2 por ciento), mayor porcentaje ocurrió en las mujeres de 40 a 44 años de edad (28,7 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (49,3 por ciento), siendo 2,1 veces al porcentaje de casadas o convivientes (23,6 por ciento), con educación superior (26,5 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (28,8 por ciento); y residentes en el área urbana (25,8 por ciento).

- El 21,5 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declaró que su esposo o compañero "la abofeteó o retorció el brazo"; en mayor porcentaje fueron de 40 a 44 años de edad (26,9 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (41,0 por ciento), siendo 2,0 veces al porcentaje presentado en casadas o convivientes (20,1 por ciento), con educación secundaria (22,9 por ciento), situadas en el quintil intermedio y cuarto quintil de riqueza (25,5 y 25,3 por ciento, respectivamente) y en el área urbana (21,6 por ciento).

- Otra forma de violencia física declarada por las mujeres alguna vez unidas que su esposo o compañero "la golpeó con el puño o con algo que pudo dañarla" (17,5 ciento); mayor ocurrencia fue en las mujeres de 40 a 44 años de edad (28,2 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (36,8 por ciento), con educación primaria y secundaria (21,7 y 15,4 por ciento, respectivamente), situadas en el cuarto quintil y quintil inferior de riqueza (21,5 y 19,7 por ciento, correspondientemente). Según área de residencia, esta situación se presentó en forma significativa tanto en las mujeres del área rural y urbana (17,8 y 17,3 por ciento, respectivamente).

- 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, como que el esposo o compañero la "atacó, agredió con un cuchillo, pistola u otra arma" (0,7 por ciento), amenazó con un cuchillo, pistola u otra arma" (1,0 por ciento) y "trató de estrangularla o quemarla" (1,9 por ciento) ".

- El 4,7 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que su esposo o compañero las obligaron a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, en su mayoría eran de 35 a 39 y de 45 a 49 años (7,4 y 6,2 por ciento respectivamente), divorciadas, separadas o viudas (7,4 por ciento), en porcentaje menor fueron las casadas o convivientes (4,5 por ciento), con educación primaria (5,1 por ciento) y situadas en el segundo quintil y cuarto quintil de riqueza (5,4 por ciento, en promedio) y residentes en el área rural (5,0 por ciento).

- El 2,1 por ciento de las mujeres alguna vez unidas reportaron que su esposo o compañero las obligaron a realizar actos sexuales que no aprobaban, siendo mayor en aquellas mujeres de 45 a 49 años de edad (4,6 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (7,4 por ciento), con una ocurrencia de 4,4 veces a lo observado en casadas o convivientes (1,7 por ciento), con educación superior y primaria (2,4 y 2,3 por ciento, respectivamente), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (3,0 por ciento); mientras que en el quintil inferior este porcentaje fue menor (1,7 por ciento) y residentes en el ámbito rural y urbano (2,7 y 1,6 por ciento, correspondientemente).

CUADRO Nº 12.2

PASCO: VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL EJERCIDA POR EL ESPOSO O COMPAÑERO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

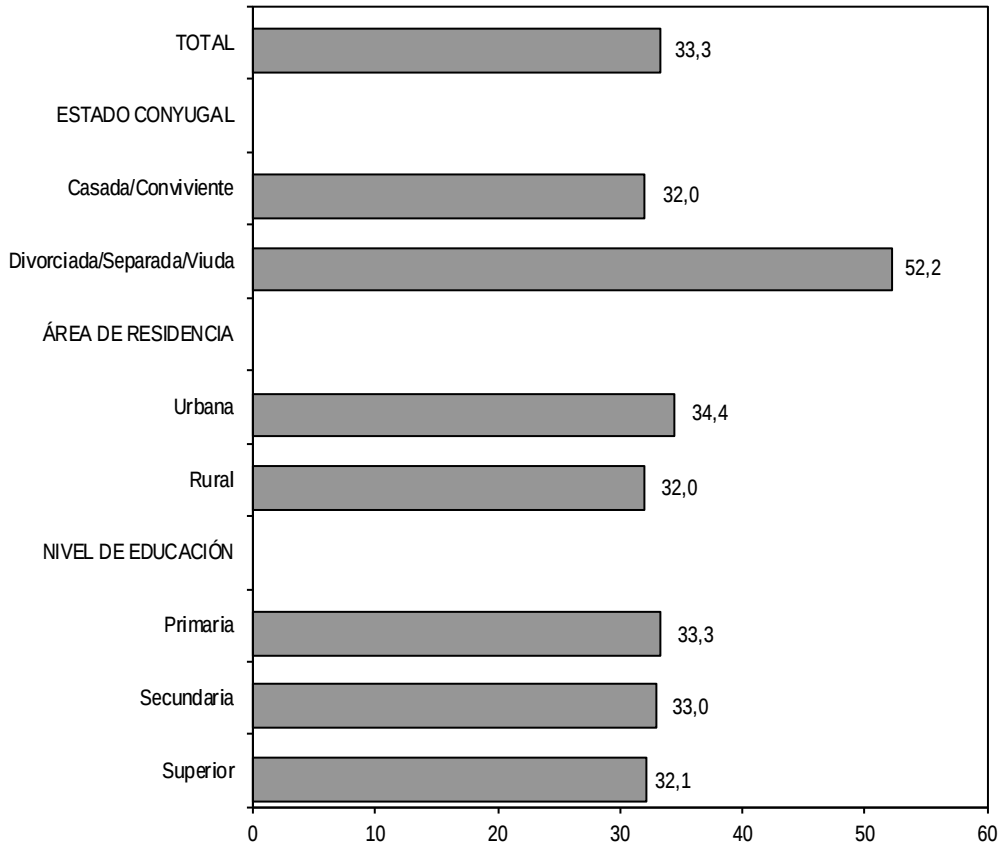
(Porcentaje)

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	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	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	11,6	7,8	7,8	7,8	3,9	3,9	0,0	0,0	0,0	3,8	3,8	0,0	6
20-24	30,5	30,5	25,3	19,5	5,5	9,1	0,0	0,0	0,0	5,6	5,6	1,5	19
25-29	36,0	35,1	28,0	22,1	18,9	15,1	0,0	1,0	1,0	4,2	4,2	0,9	22
30-34	35,5	35,5	26,8	23,3	18,2	10,4	1,8	0,6	1,2	2,0	2,0	1,3	32
35-39	31,5	29,4	24,1	21,8	20,8	11,4	5,3	1,2	0,9	8,1	7,4	2,9	21
40-44	37,2	37,2	28,7	26,9	28,2	20,1	1,5	1,5	2,8	4,8	4,8	3,3	18
45-49	34,5	34,5	22,2	17,9	17,5	11,4	3,8	0,0	0,0	6,2	6,2	4,6	17
Estado conyugal													
Casada/Conviviente	32,0	31,3	23,6	20,1	16,2	11,1	1,5	0,5	0,9	4,6	4,5	1,7	125
Divorciada/Separada/Viuda	52,2	52,2	49,3	41,0	36,8	29,2	7,4	3,0	2,1	7,4	7,4	7,4	9
Área de residencia													
Urbana	34,4	33,8	25,8	21,6	17,3	10,7	0,8	0,0	0,9	4,6	4,3	1,6	74
Rural	32,0	31,3	24,5	21,3	17,8	14,2	3,3	1,6	1,0	5,0	5,0	2,7	60
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	33,3	32,8	23,7	19,7	21,7	15,8	2,5	1,6	1,3	5,1	5,1	2,3	46
Secundaria	33,0	33,0	24,7	22,9	15,4	11,3	0,7	0,4	1,2	4,1	4,1	1,6	56
Superior	32,1	29,8	26,5	19,8	11,9	6,1	0,7	0,0	0,0	4,1	3,5	2,4	28
Quintil de riqueza													
Quintil inferior	28,2	28,2	24,3	20,1	19,7	19,3	4,0	0,8	2,1	3,3	3,3	1,7	28
Segundo quintil	32,3	31,8	23,2	17,5	16,1	10,8	2,6	1,7	1,7	5,4	5,4	3,0	41
Quintil Intermedio	37,9	36,4	28,8	25,5	16,3	9,7	0,5	0,0	0,0	5,8	5,4	2,6	43
Cuarto quintil	35,3	35,3	24,3	25,3	21,5	12,8	1,0	0,0	0,0	4,0	4,0	0,0	19
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Total 2012	33,3	32,7	25,2	21,5	17,5	12,3	1,9	0,7	1,0	4,8	4,7	2,1	134

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
PASCO: 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 9,6 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero en los últimos doce meses anteriores al día de la entrevista (violencia reciente); fue predominante en mujeres de 25 a 29 años de edad (15,2 por ciento), divorciadas, separadas y viudas (9,9 por ciento), con educación superior (12,0 por ciento), observándose que las mujeres con educación secundaria presentaron un porcentaje menor (7,8 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio y quintil inferior de riqueza (11,1 y 10,0 por ciento, respectivamente) y residentes en el área rural (10,1 por ciento).

- Las formas de violencia física declaradas en mayor porcentaje fueron "empujó, sacudió o tiró algo" (7,0 por ciento), "abofeteó o retorció el brazo" (4,8 por ciento) y "golpeó con el puño o algo que pudo dañarla" (4,3 por ciento); en menor porcentaje mencionaron "trató de estrangularla o quemarla", "amenazó con cuchillo, pistola u otra arma" y "atacó, agredió con un cuchillo, pistola u otra arma" (0,3 por ciento, para cada caso, correspondientemente).

- Con respecto a las formas de violencia sexual, el 1,8 por ciento de las mujeres declararon que fueron obligadas a tener relaciones sexuales por su esposo o compañero sin su consentimiento, ocurrió generalmente en mujeres de 45 a 49 y de 25 a 29 años de edad (3,5 y 3,3 por ciento, respectivamente), casadas o convivientes (2,0 por ciento), con educación superior (2,8 por ciento), situadas en el quintil intermedio de riqueza (3,2 por ciento) y residentes en el área rural (1,9 por ciento).

- El 0,9 por ciento de mujeres declaró que fueron obligadas a realizar actos sexuales que ella no aprobaba,

generalmente ocurrió en mujeres de 45 a 49 años y de 20 a 24 años (1,9 y 1,5 por ciento, respectivamente), casadas o convivientes (1,0 por ciento), con educación superior (1,8 por ciento), situadas en el quintil intermedio de riqueza (1,2 por ciento) y residentes en el área rural y urbana (1,1 y 0,7 por ciento, correspondientemente).

CUADRO Nº 12.3
PASCO: VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL EJERCIDA POR EL ESPOSO O COMPAÑERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Violencia física								Violencia sexual				
	Al menos una de ellas	Empujó sacudió o tiró algo	Abofeteó o retorció el brazo	Golpeó con el puño o algo que pudo dañarla	Pateó o arrastró	Trató de estran-gularla 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 ante-riores	Número de mujeres alguna vez unidas
Grupo de edad													
15-19	3,9	3,9	3,9	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	6
20-24	10,3	9,0	4,1	3,8	3,3	0,0	0,0	0,0	2,5	1,0	1,5	10,3	19
25-29	14,1	13,0	8,6	9,6	5,3	0,0	1,0	1,0	3,3	3,3	0,9	15,2	22
30-34	11,3	8,4	6,3	5,3	3,8	1,3	0,6	0,6	1,3	1,3	1,3	11,3	32
35-39	5,9	5,0	3,0	2,2	0,9	0,0	0,0	0,0	2,6	2,6	0,0	7,3	21
40-44	3,9	0,0	2,4	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	18
45-49	7,4	4,5	2,7	3,0	3,0	0,0	0,0	0,0	3,5	3,5	1,9	9,0	17
Estado conyugal													
Casada/Conviviente	9,0	6,9	4,6	4,4	2,5	0,3	0,3	0,3	2,2	2,0	1,0	9,6	125
Divorciada/Separada/Viuda	9,9	7,8	7,5	3,1	9,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,9	9
Área de residencia													
Urbana	8,5	7,4	4,5	3,7	2,7	0,3	0,0	0,0	1,8	1,8	0,7	9,2	74
Rural	9,7	6,4	5,1	5,0	3,3	0,3	0,7	0,7	2,3	1,9	1,1	10,1	60
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Primaria	8,6	4,6	3,5	5,2	3,6	0,0	0,5	0,5	2,4	1,7	0,6	9,7	46
Secundaria	7,8	6,4	4,7	3,5	2,3	0,4	0,4	0,4	1,2	1,2	0,7	7,8	56
Superior	11,0	11,0	6,5	3,3	2,5	0,7	0,0	0,0	2,8	2,8	1,8	12,0	28
Quintil de riqueza													
Quintil inferior	10,0	5,9	3,9	6,7	6,2	0,0	0,8	0,8	1,7	0,7	1,0	10,0	28
Segundo quintil	7,8	6,2	4,2	4,0	1,1	0,5	0,5	0,5	1,6	1,6	1,0	8,4	41
Quintil Intermedio	10,5	9,2	7,1	4,3	2,0	0,0	0,0	0,0	3,2	3,2	1,2	11,1	43
Cuarto quintil	6,9	4,8	2,9	2,0	4,8	1,0	0,0	0,0	1,4	1,4	0,0	8,3	19
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Total 2012	9,0	7,0	4,8	4,3	3,0	0,3	0,3	0,3	2,0	1,8	0,9	9,6	134

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 los episodios violentos (Cuadro 12.4)

- El 85,6 por ciento de las mujeres alguna vez unidas víctimas de violencia resultaron con moretones y dolores, el 14,3 por ciento reportó haber tenido heridas o lesiones, huesos o dientes rotos o quemaduras como consecuencia de la agresión física; el 13,5 por ciento declaró que fue necesario ir al médico o centro de salud.

- Respecto a moretones y dolores, la mayor declaración fue por mujeres de 40 a 44 años y de 30 a 34 años de edad (92,6 y 90,3 por ciento, respectivamente), divorciadas, separadas o viudas (84,7 por ciento), con educación secundaria (94,7 por ciento), del quintil intermedio de riqueza (92,2 por ciento) y residentes en el área rural (82,5 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 45 a 49 años de edad (20,8 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (12,2 por ciento), con educación secundaria (20,4 por ciento), del segundo quintil de riqueza (31,0 por ciento) y residentes en el ámbito rural (12,7 por ciento).

CUADRO Nº 12.4
PASCO: 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	*	*	*	1
20-24	(80,0)	(3,5)	(7,6)	6
25-29	85,0	18,9	18,9	8
30-34	90,3	12,4	13,9	11
35-39	79,1	14,1	14,6	7
40-44	92,6	17,1	10,2	7
45-49	84,4	20,8	15,0	6
Estado conyugal				
Casada/Conviviente	*	*	*	0
Divorciada/Separada/Viuda	84,7	12,2	14,1	40
Área de residencia				
Urbana	(93,6)	(32,9)	(8,5)	5
Rural	82,5	12,7	9,6	25
Nivel de educación				
Sin educación	89,7	16,4	18,6	19
Primaria	*	*	*	2
Secundaria	94,7	20,4	16,9	15
Superior	84,1	9,2	11,6	19
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	70,7	15,0	10,3	9
Segundo quintil	89,9	31,0	27,8	8
Quintil Intermedio	92,2	9,6	9,8	13
Cuarto quintil	81,9	11,0	7,2	16
Quintil superior	79,1	12,9	20,1	7
Total 2012	85,6	14,3	13,5	45
Total 2009	55,2	20,0	10,5	73

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)

- La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua 2012 recopiló información sobre la violencia física al esposo o compañero por parte de su cónyuge. El 6,1 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declaró que ejercieron violencia física contra su esposo o compañero, en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente. Este comportamiento fue reportado en mayor porcentaje por las mujeres de 20 a 24 años de edad (9,1 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (10,5 por ciento), con educación superior (9,6 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (9,7 por ciento) y del área urbana (8,3 por ciento).

- El 2,8 por ciento de las mujeres alguna vez unidas ejerció violencia física contra su esposo o compañero durante los últimos doce meses anteriores a la entrevista, mayor porcentaje fue en mujeres de 20 a 24 años (6,8 por ciento), casadas o convivientes (2,8 por ciento), con educación superior (3,8 por ciento), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (3,6 por ciento) y residentes en el área urbana (3,6 por ciento).

CUADRO Nº 12.5
PASCO: 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	0,0	0,0	6
20-24	6,8	9,1	19
25-29	5,4	8,1	22
30-34	1,8	8,1	32
35-39	1,1	4,9	21
40-44	2,7	2,7	18
45-49	0,0	3,3	17
Estado conyugal			
Casada/Conviviente	2,8	5,8	125
Divorciada/Separada/Viuda	2,7	10,5	9
Área de residencia			
Urbana	3,6	8,3	74
Rural	1,8	3,4	60
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	4
Primaria	2,0	4,7	46
Secundaria	3,1	5,8	56
Superior	3,8	9,6	28
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	0,7	1,5	28
Segundo quintil	3,6	5,5	41
Quintil Intermedio	3,3	8,4	43
Cuarto quintil	3,3	9,7	19
Quintil superior	*	*	3
Total 2012	2,8	6,1	134
Total 2009	4,9	12,3	140

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 5,2 por ciento de las mujeres alguna vez unidas declararon que su esposo o compañero consumía frecuentemente bebidas alcohólicas, siendo mayor esta declaración en mujeres de 40 a 44 años (11,7 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (23,4 por ciento), con una ocurrencia de 5,9 veces a lo presentado en casadas o convivientes (4,0 por ciento), con educación primaria (6,7 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (6,5 por ciento) y residentes en el área rural (5,3 por ciento).

- Respecto a la violencia ejercida por el esposo o compañero cuando se encontraba bajo los efectos del licor/drogas o ambas, el 57,6 por ciento manifestó que fueron agredidas alguna vez bajo estas circunstancias; esta situación ocurrió con mayor frecuencia en mujeres de 30 a 34 años de edad (48,3 por ciento), casadas o convivientes (55,3 por ciento), con educación primaria (61,9 por ciento), situadas en el quintil inferior de riqueza (65,2 por ciento) y residentes en el ámbito urbano (59,3 por ciento).

- En los últimos doce meses anteriores a la entrevista, el 17,0 de las mujeres alguna vez unidas declararon que su esposo o compañero ejerció violencia bajo los efectos del licor/drogas o ambas, en mayor porcentaje fueron mujeres de 30 a 34 años de edad (13,4 por ciento), casadas o convivientes (17,2 por ciento), con educación secundaria (20,1 por ciento), en menor porcentaje se presentó en mujeres con educación primaria (12,3 por ciento), ubicadas en el quintil inferior de riqueza (20,3 por ciento) y en el área urbana (17,4 por ciento).

CUADRO Nº 12.6

PASCO: 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

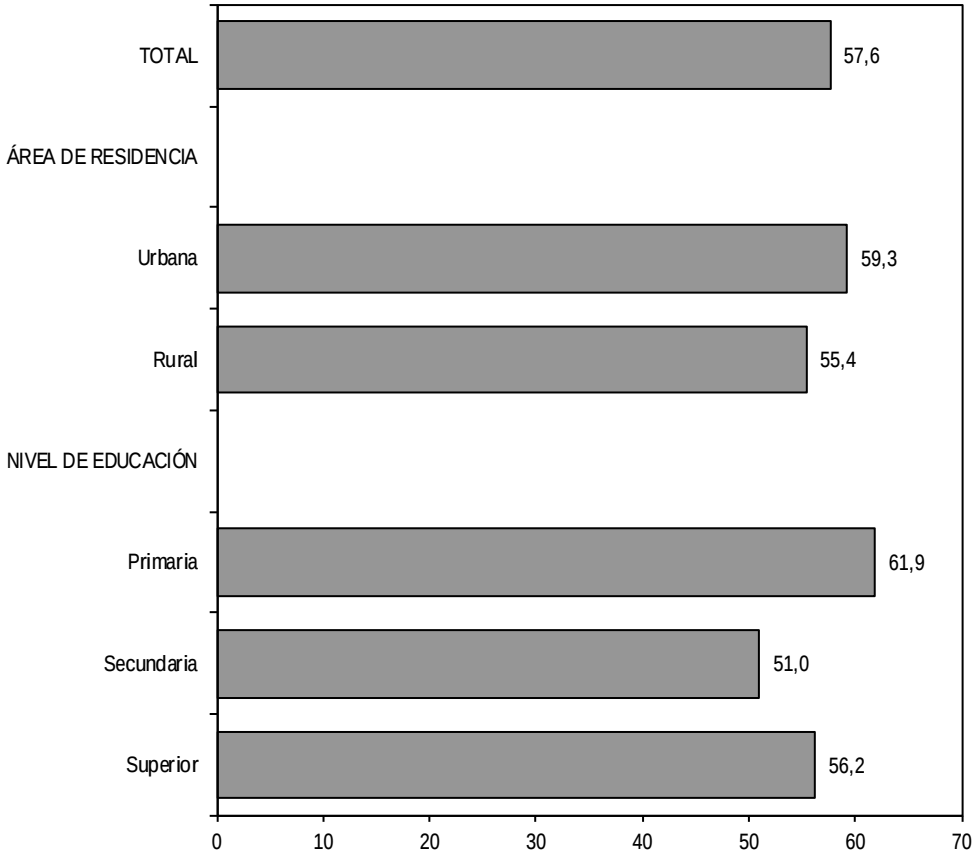
(Porcentaje)

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	6	*	*	1
20-24	4,2	19	*	*	4
25-29	1,1	22	(27,8)	(52,3)	5
30-34	3,0	32	13,4	48,3	9
35-39	5,5	21	(19,1)	(66,1)	5
40-44	11,7	18	(3,9)	(67,1)	6
45-49	10,9	17	(21,7)	(72,4)	5
Estado conyugal					
Casada/Conviviente	4,0	125	17,2	55,3	31
Divorciada/Separada/Viuda	23,4	9	*	*	4
Área de residencia					
Urbana	5,2	74	17,4	59,3	20
Rural	5,3	60	16,3	55,4	15
Nivel de educación					
Sin educación	0,0	4	*	*	1
Primaria	6,7	46	12,3	61,9	13
Secundaria	4,5	56	20,1	51,0	14
Superior	5,1	28	12,5	56,2	7
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	6,2	28	20,3	65,2	7
Segundo quintil	3,4	41	15,5	53,5	10
Quintil Intermedio	6,5	43	18,7	59,2	13
Cuarto quintil	5,9	19	(12,0)	(54,7)	5
Quintil superior	0,0	3	*	*	0
Total 2012	5,2	134	17,0	57,6	35

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 12.3
PASCO: VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER BAJO LOS EFECTOS DEL LICOR/DROGAS O AMBAS , ÁREA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, 2012
(Porcentaje)



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

Inicio de la violencia por el actual/último esposo o compañero (Cuadro 12.7)

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua 2012, preguntó a las mujeres alguna vez unidas que experimentaron violencia física o sexual, cuanto tiempo después de haberse casado o convivido con su actual/último esposo o compañero, empezó a suceder dichos actos de violencia.

- El 57,3 por ciento de las mujeres agredidas declararon que el inicio de la violencia física o sexual por parte de su actual esposo o compañero fue cuando había transcurrido de uno a dos años de unión o convivencia; el 16,7 por ciento cuando había pasado de tres a cinco años de unión o convivencia; el 15,6 por ciento manifestó que fue de algunos meses de unión o convivencia (menos de un año); el 7,3 por ciento declaró que tenían de 6 y más años y el 3,1 por ciento expresó que se inició la violencia antes de la unión.

- Entre las mujeres casadas o convivientes solo una vez, el 58,1 por ciento declaró que el inicio de la violencia fue cuando había transcurrido entre uno y dos años de unión o convivencia; el 17,0 por ciento de tres a cinco años; el 13,4 por ciento cuando sólo había pasado algunos meses, es decir, menos de un año y el 7,9 por ciento de seis y más años.

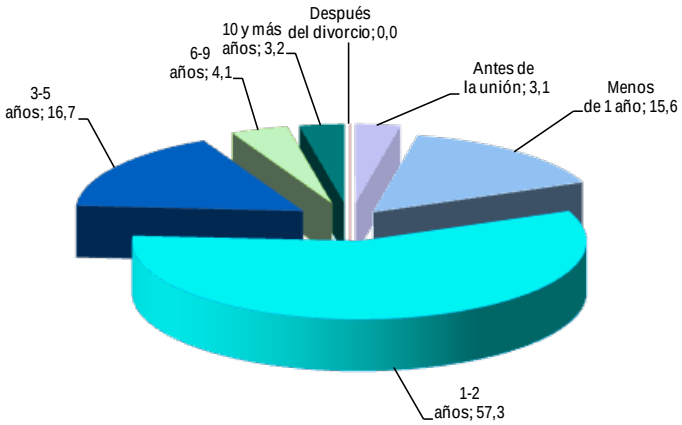
CUADRO Nº 12.7
PASCO: PERÍODO TRANSCURRIDO ENTRE LA UNIÓN O CONVIVENCIA Y EL INICIO DE LA VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL, SEGÚN TIEMPO DE CONVIVENCIA, 2012
(Distribución porcentual)

Tiempo de convivencia	Total	Tiempo transcurrido cuando se inició la violencia						Número de mujeres maltratadas
		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	3,6	13,4	58,1	17,0	4,2	3,7	39
Menos de 6 años	100,0	6,3	27,4	56,0	10,3	0,0	0,0	7
6-9 años	100,0	6,3	11,6	50,0	19,3	12,8	0,0	7
10 a mas años	100,0	2,1	9,9	61,0	18,2	3,0	5,7	25
Casada/Conviviente más de una vez	100,0	0,0	29,2	52,3	15,2	3,3	0,0	6
Total 2012	100,0	3,1	15,6	57,3	16,7	4,1	3,2	45

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 12.4
PASCO: 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 por parte del esposo o compañero o de alguien más, se les preguntó si pidieron ayuda cuando fueron maltratadas.

Mujeres que pidieron ayuda (Cuadro 12.8)

- El 50,6 por ciento de las mujeres que experimentaron violencia por parte del esposo o compañero acudieron a una persona cercana a ella, se incrementó 8,2 puntos porcentuales respecto al año 2009; en su mayoría fueron mujeres de 25 a 29 años de edad (58,2 por ciento), casadas o convivientes (49,9 por ciento), con educación primaria (53,5 por ciento) y con educación secundaria (49,8 por ciento), situadas en el segundo quintil de riqueza (59,2 por ciento) y residentes en el área rural (52,5 por ciento).
- El 23,6 por ciento de las mujeres buscaron ayuda en alguna institución, observándose un aumento de 4,7 puntos porcentuales respecto al año 2009 que fue 18,9 por ciento, de esta manera, los datos reflejarían

una mayor disposición de las mujeres víctimas de violencia en acudir a una institución. Esta situación se presentó en mayor porcentaje en mujeres de 45 a 49 años de edad (35,3 por ciento) y en menor porcentaje en aquellas de 30 a 34 años (19,3 por ciento), casadas o convivientes (26,6 por ciento), con educación primaria (29,2 por ciento) y con educación secundaria (22,2 por ciento), del quintil inferior de riqueza (28,8 por ciento) y residentes en el área rural (25,6 por ciento).

CUADRO Nº 12.8
PASCO: 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	*	*	4
20-24	46,1	22,0	10
25-29	58,2	30,5	11
30-34	49,1	19,3	15
35-39	41,5	19,9	9
40-44	55,0	26,7	8
45-49	57,5	35,3	7
Estado conyugal			
Soltera	46,0	10,2	6
Casada/Conviviente	49,9	26,6	52
Divorciada/Separada/Viuda	(64,4)	(8,7)	5
Área de residencia			
Urbana	49,2	22,1	36
Rural	52,5	25,6	27
Nivel de educación			
Sin educación	*	*	2
Primaria	53,5	29,2	19
Secundaria	49,8	22,2	27
Superior	47,8	19,4	14
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	48,9	28,8	12
Segundo quintil	59,2	22,5	18
Quintil Intermedio	45,5	22,6	22
Cuarto quintil	47,9	24,1	9
Quintil superior	*	*	1
Total 2012	50,6	23,6	63
Total 2009	42,4	18,9	87

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.

Razones para no buscar ayuda (Cuadro 12.9)

- El 28,0 por ciento de las mujeres manifestaron que no buscaron ayuda porque consideraron que "no era necesario", generalmente tenían entre 30 a 39 años de edad (30,6 por ciento, en promedio), casadas o convivientes (28,7 por ciento), con educación superior (47,1 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (40,1 por ciento) y del ámbito urbano (32,3 por ciento).

- El 17,7 por ciento de las mujeres víctimas de violencia manifestaron que no buscaron ayuda porque "no sabe donde ir/no conoce servicios"; en su mayoría fueron mujeres entre 30 a 39 años de edad (21,8 por ciento, en promedio), casadas o convivientes (21,1 por ciento), con primaria (31,0 por ciento), del quintil inferior de riqueza (32,5 por ciento) y residentes en el área rural (30,4 por ciento).

- El 16,2 por ciento de las mujeres víctimas de violencia mencionaron que no solicitaron ayuda por "vergüenza", generalmente fueron de 20 a 24 años (26,4 por ciento), casadas o convivientes (13,1 por ciento), con educación superior (27,2 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio (20,4 por ciento) y residían en el área urbana (17,8 por ciento).

CUADRO Nº 12.9
PASCO: 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 / separa-ción	Miedo a que le pegara de nuevo a ella o a sus hijos	Miedo de causarle un problema a la persona que le pegó	Vergüenza	Ella tenía la culpa	Otras razones	
Grupo de edad												
15-19	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
20-24	100,0	7,3	27,6	6,6	0,0	0,0	14,0	6,3	26,4	8,9	3,0	8
25-29	100,0	10,9	28,0	2,6	0,0	9,4	15,1	3,3	19,8	6,5	4,4	8
30-34	100,0	21,9	30,5	3,7	0,0	3,3	5,7	9,4	17,9	5,9	1,8	12
35-39	100,0	21,6	30,7	2,8	0,0	3,5	13,6	16,0	8,9	2,8	0,0	8
40-44	100,0	(24,7)	(20,6)	(3,7)	(3,6)	(7,4)	(28,6)	(0,0)	(11,4)	(0,0)	(0,0)	6
45-49	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Estado conyugal												
Soltera	100,0	(0,0)	(29,7)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(9,0)	(16,4)	(30,2)	(14,7)	(0,0)	6
Casada/Conviviente	100,0	21,1	28,7	3,5	0,5	5,3	13,4	8,0	13,1	4,3	2,0	38
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Área de residencia												
Urbana	100,0	8,5	32,3	1,6	0,7	4,9	14,1	10,2	17,8	7,1	2,8	28
Rural	100,0	30,4	22,1	5,6	0,0	4,4	14,5	5,6	14,0	3,5	0,0	20
Nivel de educación												
Sin educación	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Primaria	100,0	31,0	19,1	0,0	0,0	9,0	19,1	7,1	11,1	3,6	0,0	14
Secundaria	100,0	13,6	24,4	3,4	1,0	3,8	15,8	11,4	14,9	8,1	3,6	22
Superior	100,0	4,6	47,1	7,3	0,0	1,8	2,9	5,1	27,2	4,0	0,0	12
Quintil de riqueza												
Quintil inferior	100,0	32,5	17,5	0,0	0,0	5,8	19,0	5,7	11,7	7,8	0,0	9
Segundo quintil	100,0	20,8	22,4	3,5	1,4	3,3	13,0	13,2	15,4	3,0	3,8	15
Quintil Intermedio	100,0	11,6	31,7	4,8	0,0	5,4	10,4	5,1	20,4	9,2	1,3	17
Cuarto quintil	100,0	7,0	40,1	3,3	0,0	1,9	22,2	10,3	15,1	0,0	0,0	7
Quintil superior	100,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
Total 2012	100,0	17,7	28,0	3,2	0,4	4,7	14,3	8,3	16,2	5,6	1,6	48

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.

12.4 MALTRATO A HIJAS E HIJOS Y ENTREVISTADAS QUE SABÍAN QUE SU PADRE GOLPEABA A SU MADRE

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua 2012, preguntó a las mujeres entrevistadas con hijas e hijos en el hogar sobre las formas de castigo que su esposo o compañero o ella misma ejercen a sus hijas e hijos. Asimismo, si sus padres la castigaban a ella y en qué forma; y si sabían que su padre golpeaba a su madre. También se les preguntó si era necesario el castigo físico para educar a las hijas e hijos y con que frecuencia.

Formas específicas de castigo ejercidas por el padre biológico a sus hijas e hijos (Cuadro 12.10)

- La forma de castigo utilizada con mayor frecuencia por el padre biológico para regañar o corregir a sus hijas e hijos fue la "reprimenda verbal" (77,6 por ciento); seguido de "golpes o castigos físicos" (37,7 por ciento) y "prohibiéndoles algo que les gusta" (29,0 por ciento), entre otras formas.

- Respecto a la reprimenda verbal, todas las mujeres de las diferentes edades respondieron en porcentaje elevados; con educación secundaria (79,8 por ciento), asimismo, se observa porcentaje significativo en las mujeres con educación primaria y superior (76,8 y 72,5 por ciento, correspondientemente), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (79,5 por ciento) y residentes en el área rural (80,0 por ciento).

- Los golpes o castigos físicos como forma de castigo del padre biológico fue declarada por las mujeres de 25 a 29 años de edad (53,9 por ciento), con educación primaria (47,0 por ciento), situadas en el quintil inferior de riqueza (50,0 por ciento) y residentes en el área rural (46,3 por ciento).

- La prohibición de algo que les gusta como forma de castigo fue declarada en su mayoría por las mujeres de 30 a 34 años de edad (42,9 por ciento), en menor porcentaje se presentó en las mujeres de 20 a 24 años (14,0 por ciento), con educación superior (54,0 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (44,6 por ciento) y residentes en el área urbana (37,8 por ciento).

- Respecto a las palmadas, esta forma de castigo fue declarada en mayor porcentaje por las mujeres de 25 a 29 y de 40 a 44 años de edad (2,6 y 2,5 por ciento, respectivamente), con educación superior (4,1 por ciento), ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (1,8 por ciento). Según área de residencia, se presentó en el área urbana (1,5 por ciento).

- Las formas de castigo declaradas en menor porcentaje fueron "ignorándolas" y "quitándoles el apoyo económico" (0,3 por ciento, en ambos casos, correspondientemente), "dejándolos encerrados", "con más trabajo" y "echándoles agua" (0,7 por ciento, para cada uno, respectivamente).

CUADRO Nº 12.10
PASCO: FORMAS DE CASTIGO EJERCIDAS POR EL PADRE BIOLÓGICO A SUS HIJAS E HIJOS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Palmadas	Repri-menda verbal	Prohi-biéndo-les algo que le gusta	Con golpes o castigos físicos	Dejándolos ence-rrados	Igno-rándolos	Con más trabajo	Echán-doles agua	Quitán-doles el apoyo económico	Otras formas	Número de mujeres
Grupo de edad											
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
20-24	0,0	82,4	14,0	32,9	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	11
25-29	2,6	60,6	27,0	53,9	1,6	0,0	1,8	1,9	0,0	0,0	16
30-34	0,0	72,7	42,9	32,3	1,1	0,0	0,0	0,0	1,1	0,7	25
35-39	0,0	81,8	33,3	39,5	1,2	1,6	2,6	0,0	0,0	1,3	15
40-44	2,5	82,6	28,5	46,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13
45-49	0,0	89,0	19,7	26,2	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	13
Área de residencia											
Urbana	1,5	75,5	37,8	30,1	1,4	0,5	0,0	1,1	0,6	0,3	51
Rural	1,0	80,0	19,0	46,3	0,0	0,0	1,5	0,3	0,0	0,4	45
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Primaria	0,6	76,8	17,1	47,0	0,0	0,7	1,9	0,8	0,0	0,5	36
Secundaria	0,5	79,8	29,8	34,7	1,1	0,0	0,0	1,1	0,0	0,5	41
Superior	4,1	72,5	54,0	25,8	1,5	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	18
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	1,1	77,2	13,4	50,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	20
Segundo quintil	0,7	79,5	19,2	43,4	0,0	0,8	0,7	2,4	0,0	1,2	30
Quintil Intermedio	1,8	77,9	37,5	31,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30
Cuarto quintil	1,5	74,3	44,6	25,2	1,3	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	14
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Total 2012	1,2	77,6	29,0	37,7	0,7	0,3	0,7	0,7	0,3	0,4	97

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.

Formas específicas de castigo ejercidas por la madre biológica a sus hijas e hijos (Cuadro 12.11)

- Las formas o maneras de castigo utilizadas con mayor incidencia por la madre biológica para regañar o corregir a sus hijas e hijos fueron: "reprimenda verbal" (77,6 por ciento), "con golpes o castigos físicos" (44,9 por ciento), "prohibiéndoles algo que les gusta" (33,1 por ciento), "echándoles agua" (3,5 por ciento) y "palmadas" (2,8 por ciento), entre otras formas.

- La reprimenda verbal fue declarada con mayor frecuencia por las mujeres de 40 a 44 años de edad (87,1 por ciento), asimismo, por aquellas de 45 a 49 años (83,9 por ciento), casadas o convivientes (78,0 por ciento), con educación primaria (79,9 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (79,5 por ciento) y

residentes en el área rural (80,4 por ciento).

- Las madres que ejercieron los golpes o castigos físicos, en su mayoría tenían de 35 a 39 años (53,2 por ciento), solteras (54,8 por ciento), con educación primaria (48,2 por ciento); ubicadas en el quintil inferior de riqueza (54,5 por ciento) y residentes en el área rural (52,1 por ciento).

- La prohibición de algo que les gusta fue manifestada generalmente por las mujeres de 30 a 34 años de edad (40,8 por ciento), solteras (41,1 por ciento), con educación superior (54,3 por ciento), 3 veces al porcentaje observado en mujeres con educación primaria (18,0 por ciento), ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (50,0 por ciento) y residentes en el área urbana (42,3 por ciento).

- Echándoles agua como forma de castigo fue ejercida en mayor porcentaje por las madres de 20 a 29 años de edad (5,5 por ciento, en promedio), casadas o convivientes (3,9 por ciento), con educación secundaria (3,9 por ciento), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (5,9 por ciento) y del área urbana (4,4 por ciento).

- Las palmadas como forma de castigo fue ejercida en mayor porcentaje por las madres de 25 a 29 años (5,3 por ciento), casadas o convivientes (2,8 por ciento), con educación secundaria (3,9 por ciento), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (3,4 por ciento) y del área urbana (3,1 por ciento).

CUADRO Nº 12.11
PASCO: FORMAS DE CASTIGO EJERCIDAS POR LA MADRE BIOLÓGICA A SUS HIJAS E HIJOS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Palma-das	Repri-menda verbal	Prohi-biéndo-les algo que le gusta	Privándolos de la alimen-tación	Con golpes o castigos físicos	Dejándolos ence-rrados	Ignorándolos	Con más trabajo	Echándoles agua	Quitan doles la ropa	Quitándoles las perte-nencias	Quitándoles el apoyo econó-mico	Otras formas	Número de mujeres
Grupo de edad														
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
20-24	2,0	78,0	20,6	0,0	43,3	1,7	1,4	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	1,2	16
25-29	5,3	71,2	39,7	1,2	47,3	1,3	1,7	2,2	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21
30-34	2,3	73,1	40,8	0,8	51,7	0,8	0,5	0,8	3,2	0,0	0,0	0,0	0,6	32
35-39	0,0	74,4	35,5	2,8	53,2	2,2	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	1,3	0,0	20
40-44	2,2	87,1	29,0	0,0	47,9	0,0	0,0	0,0	1,8	1,0	1,5	0,0	0,0	17
45-49	0,0	83,9	29,2	0,0	22,4	0,0	2,5	1,7	5,3	0,0	0,0	1,4	0,0	15
Estado conyugal														
Soltera	2,0	75,8	41,1	0,0	54,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7
Casada/Conviviente	2,8	78,0	32,1	0,7	44,5	1,2	1,0	0,9	3,9	0,2	0,2	0,4	0,3	110
Divorciada/Separada/Viuda	2,7	73,5	40,3	3,2	42,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8
Área de residencia														
Urbana	3,1	75,4	42,3	1,2	39,2	1,5	1,2	0,6	4,4	0,2	0,4	0,4	0,3	70
Rural	2,4	80,4	21,4	0,4	52,1	0,4	0,4	1,0	2,3	0,0	0,0	0,4	0,4	55
Nivel de educación														
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Primaria	1,3	79,9	18,0	0,0	48,2	0,5	0,0	1,2	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	43
Secundaria	3,9	75,9	37,0	1,5	45,7	1,4	1,0	0,8	3,9	0,3	0,0	0,9	0,7	54
Superior	3,3	77,1	54,3	1,0	34,4	1,1	2,3	0,0	3,1	0,0	1,0	0,0	0,0	25
Quintil de riqueza														
Quintil inferior	1,9	78,3	21,4	0,0	54,5	0,9	0,0	1,2	1,9	0,0	0,0	0,0	1,5	25
Segundo quintil	3,4	77,3	19,3	0,6	51,9	0,7	1,1	1,7	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	40
Quintil Intermedio	3,1	78,1	43,1	0,0	40,7	1,3	0,4	0,0	2,9	0,0	0,7	0,7	0,0	39
Cuarto quintil	2,3	79,5	50,0	4,6	27,4	1,6	2,6	0,0	2,0	0,9	0,0	1,2	0,0	18
Quintil superior	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Total 2012	2,8	77,6	33,1	0,9	44,9	1,0	0,9	0,8	3,5	0,1	0,2	0,4	0,3	125

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.

Formas de castigo de los padres a la entrevistada (Cuadro 12.12)

- Entre las formas de castigo ejercidas por parte de los padres a la entrevistada, "los golpes y la reprimenda verbal" fueron declaradas con mayor frecuencia (64,2 y 47,7 por ciento, respectivamente).

- La declaración de que sus padres las castigan o castigaban dándoles golpes fue expresada con mayor incidencia por las mujeres de 35 a 39 años de edad (71,7 por ciento), casadas o convivientes y divorciadas, separadas o viudas (69,8 y 69,7 por ciento, respectivamente), pertenecientes al segundo quintil de riqueza (71,8 por ciento) y residentes en el área rural (70,1 por ciento). Según nivel educativo, esta situación de violencia física se presentó en porcentajes significativos en mujeres con educación primaria (74,9 por ciento), educación secundaria (64,7 por ciento) y educación superior (50,2 por ciento).

- La reprimenda verbal fue declarada generalmente por las mujeres de 15 a 19 años de edad (61,8 por ciento), solteras (59,9 por ciento), situadas en el segundo quintil de riqueza (52,2 por ciento) y residentes en el área urbana (44,7 por ciento). Según nivel educativo, se observa porcentajes superiores al 43,0 por ciento

en cada nivel, así las mujeres con educación primaria presentaron el mayor porcentaje (51,7 por ciento), seguido de educación secundaria (47,8 por ciento) y educación superior (43,5 por ciento).

CUADRO Nº 12.12
PASCO: FORMAS DE CASTIGO EJERCIDAS POR LOS PADRES A LA ENTREVISTADA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Palmadas	Reprimenda verbal	Prohibiéndole algo que le gusta	Privándola de la alimentación	Golpeándola	Quemándola	Dejándola encerrada	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	0,0	61,8	36,6	0,0	50,3	0,0	3,1	1,1	3,8	0,0	0,0	0,0	0,8	0,6	24
20-24	0,6	47,1	21,2	0,0	65,0	0,0	3,7	0,0	0,8	0,0	1,9	0,0	0,0	0,9	28
25-29	1,0	40,4	17,7	0,0	69,9	1,1	1,8	0,8	2,4	1,0	3,0	0,0	0,0	1,0	27
30-34	0,6	45,8	16,6	0,7	66,3	0,5	2,0	0,0	0,9	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	35
35-39	1,2	41,0	14,9	0,0	71,7	0,0	0,7	0,0	0,8	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	23
40-44	1,0	47,5	9,4	0,0	58,8	0,0	0,0	1,7	3,0	0,0	2,2	1,1	1,0	0,0	20
45-49	0,0	53,7	10,6	0,0	65,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18
Estado conyugal															
Soltera	0,0	59,9	32,7	0,0	45,4	0,0	2,5	0,0	3,0	0,0	0,6	0,0	0,5	0,9	40
Casada/Conviviente	0,9	44,9	14,7	0,2	69,8	0,4	1,5	0,6	1,5	0,2	1,9	0,2	0,2	0,2	127
Divorciada/Separada/Viuda	0,0	32,6	10,7	0,0	69,7	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9
Área de residencia															
Urbana	0,7	44,7	24,1	0,2	59,7	0,2	2,2	0,5	2,2	0,3	1,7	0,2	0,2	0,4	100
Rural	0,6	51,8	11,4	0,0	70,1	0,4	1,3	0,3	1,2	0,0	1,4	0,0	0,3	0,4	76
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	0,0	4
Primaria	0,4	51,7	3,6	0,0	74,9	0,9	0,9	0,5	1,6	0,5	1,4	0,0	0,4	0,5	51
Secundaria	0,6	47,8	22,0	0,0	64,7	0,0	0,9	0,0	2,6	0,0	1,0	0,3	0,3	0,3	79
Superior	1,2	43,5	32,3	0,6	50,2	0,0	4,6	1,3	0,4	0,0	2,9	0,0	0,0	0,3	42
Quintil de riqueza															
Quintil inferior	0,5	50,3	6,2	0,0	70,0	0,8	0,7	0,0	1,7	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	37
Segundo quintil	0,5	52,2	13,1	0,0	71,8	0,3	1,5	0,0	2,3	0,5	1,4	0,4	0,0	0,5	53
Quintil Intermedio	0,9	43,3	24,2	0,0	63,4	0,0	2,8	1,5	1,5	0,0	1,8	0,0	0,4	0,7	55
Cuarto quintil	0,8	43,0	28,5	0,9	50,2	0,0	1,4	0,0	1,5	0,0	1,6	0,0	0,8	0,0	27
Quintil superior	(0,0)	(55,5)	(53,7)	(0,0)	(26,3)	(0,0)	(4,3)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	5
Total 2012	0,6	47,7	18,6	0,1	64,2	0,3	1,8	0,5	1,8	0,1	1,5	0,1	0,2	0,4	176

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 las hijas e hijos (Cuadros 12.13)

- La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua 2012 indagó a las mujeres entrevistadas si creían necesario el castigo físico para educar a los hijos (as); el 21,6 por ciento respondió que algunas veces es necesario el castigo.

- Entre las mujeres que respondieron algunas veces, el 27,9 por ciento de ellas, tenían de 40 a 44 años de edad; casadas o convivientes (24,8 por ciento), con educación primaria (25,8 por ciento), ubicadas en el segundo quintil de riqueza (28,3 por ciento) y residentes en el ámbito rural (26,2 por ciento).

CUADRO Nº 12.13

PASCO: CREENCIA EN LA NECESIDAD DEL CASTIGO FÍSICO PARA EDUCAR A SUS HIJAS E HIJOS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Frecuen-temente	Algunas veces	No / nunca	Número de mujeres
Grupo de edad					
15-19	100,0	0,0	12,8	87,2	24
20-24	100,0	0,0	15,5	84,5	28
25-29	100,0	0,8	20,4	78,8	27
30-34	100,0	0,0	27,1	72,9	35
35-39	100,0	0,0	24,8	75,2	23
40-44	100,0	0,0	27,9	72,1	20
45-49	100,0	0,0	23,3	76,7	18
Estado conyugal					
Soltera	100,0	0,0	13,4	86,6	40
Casada/Conviviente	100,0	0,2	24,8	75,0	127
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	0,0	14,3	85,7	9
Área de residencia					
Urbana	100,0	0,2	18,2	81,6	100
Rural	100,0	0,0	26,2	73,8	76
Nivel de educación					
Sin educación	100,0	0,0	0,0	0,0	4
Primaria	100,0	0,0	25,8	74,2	51
Secundaria	100,0	0,0	21,2	78,8	79
Superior	100,0	0,5	17,3	82,1	42
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	100,0	0,0	21,4	78,6	37
Segundo quintil	100,0	0,0	28,3	71,7	53
Quintil Intermedio	100,0	0,4	20,1	79,5	55
Cuarto quintil	100,0	0,0	14,2	85,8	27
Quintil superior	100,0	(0,0)	(9,9)	(90,1)	5
Total 2012	100,0	0,1	21,6	78,2	176

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.

Entrevistadas que sabían que su padre golpeaba a su madre (Cuadro 12.14)

- La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua 2012 indagó a las entrevistadas si sabía que su papá le pegó alguna vez a su mamá, el 43,2 por ciento manifestó que "Sí", esta declaración fue mayor entre las mujeres de 25 a 29 años de edad (53,3 por ciento), casadas o convivientes (45,7 por ciento), con educación secundaria y primaria (43,5 por ciento, en promedio), del quintil intermedio de riqueza (48,3 por ciento) y residentes en el ámbito rural y urbano (46,1 y 40,9 por ciento).

- El 2,0 por ciento de las mujeres entrevistadas declararon que no sabían si su papá alguna vez le pegó a su mamá, generalmente fue mencionada por las mujeres de 40 a 44 años de edad (7,8 por ciento), casadas o convivientes (2,3 por ciento), con educación primaria (2,3 por ciento) y residentes en el área rural y urbana (2,1 y 1,8 por ciento, respectivamente). Según quintil de riqueza, se encuentran en el segundo quintil y quintil inferior de riqueza (2,4 y 2,3 por ciento, correspondientemente).

CUADRON Nº 12.14
PASCO: MUJERES QUE DECLARARON QUE SU PADRE GOLPEABA A SU MADRE, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	La gol-peaba	No la golpeaba	No sabe	Número de mujeres
Grupo de edad					
15-19	100,0	34,7	63,8	1,5	24
20-24	100,0	45,4	52,8	1,8	28
25-29	100,0	53,3	46,1	0,7	27
30-34	100,0	48,0	52,0	0,0	35
35-39	100,0	48,2	50,3	1,5	23
40-44	100,0	29,6	62,6	7,8	20
45-49	100,0	34,7	62,6	2,7	18
Estado conyugal					
Soltera	100,0	35,7	63,0	1,3	40
Casada/Conviviente	100,0	45,7	52,0	2,3	127
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	41,2	58,8	0,0	9
Área de residencia					
Urbana	100,0	40,9	57,2	1,8	100
Rural	100,0	46,1	51,8	2,1	76
Nivel de educación					
Sin educación	100,0	*	*	*	4
Primaria	100,0	43,1	54,6	2,3	51
Secundaria	100,0	43,9	54,0	2,1	79
Superior	100,0	42,1	57,1	0,8	42
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	100,0	46,2	51,4	2,3	37
Segundo quintil	100,0	40,1	57,6	2,4	53
Quintil Intermedio	100,0	48,3	49,7	2,0	55
Cuarto quintil	100,0	37,2	61,8	0,9	27
Quintil superior	100,0	(28,5)	(71,5)	(0,0)	5
Total 2012	100,0	43,2	54,9	2,0	176

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

DISEÑO Y COBERTURA DE LA MUESTRA

APÉNDICE A

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.

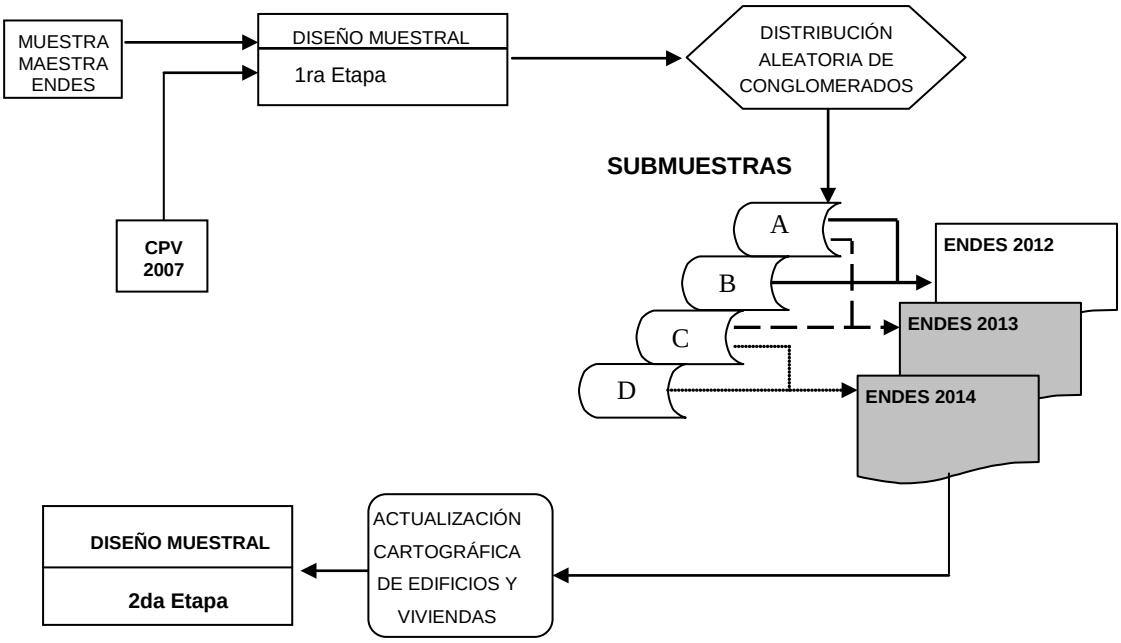
Muestra Panel de conglomerados

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):

Gráfico A.1 Marco Muestral y Selección de la Muestra Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 – 2014



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 serpentín.

- 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:

$$P_{1i} = \frac{a * M_i}{\sum M_i}$$

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) .

$$K = \frac{Total\ de\ Viviendas\ en\ el\ subestrato}{N^o\ de\ UPMs\ a\ elegirse\ en\ el\ subestrato} = \frac{\sum M_i}{a}$$

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:

$$P_{1i} = \frac{a * M_i}{\sum M_i}\left(\frac{n_i}{N_i}\right)$$

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 Mij.
- 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 Gij 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 gij grupos compactos del total Gij, 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	Incapa-citada	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

LOS ERRORES DE MUESTREO

APÉNDICE B

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 $(EEmas)$:

$$EDIS = EE \big/ EEmas$$

Un valor de $EDIS$ igual a 1,0 indicaría que el diseño utilizado es tan eficiente como uno simple al azar del mismo tamaño, mientras que un valor superior a 1,0 indicaría que el uso de conglomerados produjo una varianza superior a la que se habría obtenido con una muestra simple al azar del mismo tamaño.

En el Cuadro B.1 se listan las variables para las cuales se han calculado los errores de muestreo. Se indica allí, el tipo de estimador utilizado y la población de referencia. Los errores de muestreo para 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 □ (2 x 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:

$$var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum (r_i - r)^2$$

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-esima, 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 antitétanica	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	Valor estimado (V)	Error estandar (EE)	Número de casos: Sin ponderar (SP)	Número de casos: Ponde-rados (P)	Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza: Valor estimado -2EE	Intervalos de confianza: 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 antitétanica	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 deba	0,135	0,005	9 628	9 131	1,475	0,039	0,124	0,145
Peso para edad (Patrón NCHS) 2 DE por deba	0,053	0,003	9 628	9 131	1,238	0,055	0,047	0,058
Peso para talla (Patrón OMS) 2 DE por debajo	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 Pasco

Valor estimado, error estándar, efecto del diseño, error relativo e intervalo de confianza, según variables seleccionadas, Pasco 2012.

Variables Seleccionadas	Valor estimado (V)	Error estandar (EE)	Número de casos: Sin ponderar (SP)	Número de casos: Ponde-rados (P)	Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza: Valor estimado -2EE	Intervalos de confianza: Valor estimado + 2EE
Residencia urbana	0,583	0,027	966	223	0,814	0,046	0,530	0,637
Sin instrucción	0,026	0,008	966	223	0,768	0,312	0,010	0,043
Educación secundaria o más	0,699	0,028	966	223	0,905	0,040	0,643	0,755
Nunca en unión	0,310	0,017	966	223	0,560	0,056	0,275	0,344
Actualmente unida	0,634	0,019	966	223	0,587	0,030	0,595	0,672
Casada antes de 20 años	0,432	0,024	779	181	0,657	0,056	0,384	0,481
Primera relación antes de 18 años	0,456	0,024	779	181	0,634	0,052	0,409	0,503
Promedio de nacidos vivos 15-49	2,132	0,086	966	223	0,622	0,040	1,959	2,305
Promedio de nacidos vivos 40-49	4,093	0,180	205	48	0,544	0,044	3,731	4,456
Promedio de sobrevivientes 15-49	1,982	0,077	966	223	0,613	0,039	1,828	2,137
Conoce método anticonceptivo	0,998	0,002	604	142	0,520	0,002	0,994	1,002
Conoce método moderno	0,995	0,003	604	142	0,582	0,004	0,988	1,002
Alguna vez usó anticonceptivos	0,977	0,006	604	142	0,492	0,006	0,965	0,990
Actualmente usa anticonceptivo	0,755	0,017	604	142	0,458	0,022	0,721	0,788
Usa método moderno actualmente	0,574	0,023	604	142	0,559	0,041	0,527	0,621
Usa píldora actualmente	0,065	0,014	604	142	0,653	0,208	0,038	0,093
Usa DIU actualmente	0,008	0,003	604	142	0,462	0,431	0,001	0,015
Usa inyecciones actualmente	0,319	0,026	604	142	0,653	0,081	0,267	0,370
Usa métodos vaginales actualmente	0,000	0,000	604	142	n.a	n.a	0,000	0,000
Usa actualmente condón	0,114	0,015	604	142	0,549	0,129	0,084	0,143
Usa esterilización femenina	0,066	0,011	604	142	0,532	0,168	0,044	0,089
Usa esterilización masculina	0,000	0,000	604	142	n.a	n.a	0,000	0,000
Usa abstinencia periódica	0,117	0,016	604	142	0,576	0,134	0,085	0,148
Usa método de retiro	0,056	0,010	604	142	0,542	0,189	0,035	0,077
Sector público como fuente de método	0,843	0,019	386	90	0,500	0,023	0,804	0,882
No desea más hijos	0,667	0,023	604	142	0,572	0,034	0,622	0,713
Desea esperar 2 años o más	0,222	0,019	604	142	0,534	0,084	0,184	0,260
Tamaño ideal de familia	2,574	0,053	602	141	0,525	0,021	2,468	2,681
Vacuna antitétanica	0,622	0,041	361	83	0,776	0,067	0,538	0,705
Atención al parto por profesional de la salud	0,878	0,035	435	101	1,084	0,040	0,807	0,949
Atención prenatal por profesional de la salud	0,947	0,020	361	83	0,816	0,021	0,906	0,987
Niños con Diarrea en últimas 2 semanas	0,177	0,018	429	100	0,471	0,102	0,141	0,213
Tratamiento de la diarrea por proveedor de la salud	0,405	0,065	76	18	0,544	0,162	0,272	0,537
Tratamiento RO	0,820	0,053	76	18	0,568	0,065	0,711	0,928
Lacta inmediatamente	0,525	0,035	357	83	0,638	0,067	0,454	0,595
Alimentos adicionales a lactancia	0,265	0,028	357	83	0,575	0,106	0,209	0,321
Niños con tarjeta de vacunación	0,803	0,046	78	18	0,472	0,057	0,710	0,896
Niños que recibieron BCG	0,945	0,025	78	18	0,454	0,027	0,894	0,996
Niños que recibieron DPT (3 dosis)	0,808	0,041	78	18	0,420	0,050	0,726	0,890
Niños que recibieron POLIO (3 dosis)	0,781	0,042	78	18	0,413	0,054	0,696	0,865
Recibieron vacuna antisarampionosa	0,904	0,035	78	18	0,488	0,039	0,833	0,975
Recibieron Todas las vacunas	0,719	0,040	78	18	0,361	0,055	0,638	0,799
Peso para talla (Patrón NCHS) 2 DE por debajo a/	0,005	0,003	822	197	0,489	0,482	0,000	0,010
Talla para edad (Patrón NCHS) 2 DE por debajo a/	0,192	0,020	822	197	0,724	0,106	0,152	0,233
Peso para edad (Patrón NCHS) 2 DE por debajo a/	0,080	0,013	822	197	0,648	0,157	0,055	0,105
Peso para talla (Patrón OMS) 2 DE por debajo a/	0,005	0,002	827	198	0,478	0,487	0,000	0,010
Talla para edad (Patrón OMS) 2 DE por debajo a/	0,260	0,024	827	198	0,778	0,094	0,212	0,308
Peso para la edad (Patrón OMS) 2 DE por debajo a/	0,055	0,011	827	198	0,696	0,206	0,032	0,077
Anemia en niños	0,434	0,024	395	96	0,468	0,055	0,387	0,482

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 estandar (EE)	Número de casos		Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponde-rados (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 estandar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponde-rados (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 estandar (EE)	Número de casos Sin ponderar (SP)	Número de casos Ponde-rados (P)	Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza Valor estimado -2EE	Intervalos de confianza 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 estandar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponde-rados (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 estandar (EE)	Número de casos		Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza	
			Sin ponderar (SP)	Ponde-rados (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 estandar (EE)	Número de casos: Sin ponderar (SP)	Número de casos: Ponde-rados (P)	Efecto del diseño (EDIS)	Error relativo (EE/V)	Intervalos de confianza: Valor estimado -2EE	Intervalos de confianza: 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