



13. *Indicadores: Objetivos de Desarrollo del Milenio*

13. *Indicadores: Objetivos de Desarrollo del Milenio*



En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York en el año 2000, los 189 jefes de Estados y de Gobierno miembros de las Naciones Unidas reafirmaron su compromiso de reducir la pobreza a nivel mundial, así como sus causas y manifestaciones. Fue ésta una oportunidad histórica para enfrentar los desafíos del nuevo siglo y en este sentido, como consecuencia principal de la Cumbre se emitió la Declaración del Milenio en el que se plasman los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM.

El Estado peruano ha desarrollado esfuerzos para avanzar en cada una de las metas y ha reforzado sus compromisos, incorporando los ODM en todas las principales políticas y estrategias nacionales de desarrollo. Por ello, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar da cuenta de importantes progresos en varios indicadores, especialmente en lo referido al cumplimiento de las metas de reducción de la mortalidad infantil y en la niñez; así como, el descenso de la desnutrición que a menudo es “invisible” e imperceptible para las personas que la padecen y limita su potencial de desarrollo físico e intelectual a la vez que restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez.

Otro avance se presentó en el mejoramiento de la salud materna, a través de la disminución de la mortalidad materna y el aumento de los partos atendidos por el personal de salud capacitado, es decir, que las mujeres que dieron a luz recibieron servicios médico-obstétricos de calidad, y otros servicios de protección social que pudieran contribuir a un embarazo sano.

Por otro lado, la responsabilidad de alcanzar la meta del acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015 de los ODM, se evidencia a través de los indicadores: incidencia del embarazo adolescente, cobertura de atención prenatal, y en materia de planificación familiar, en la tasa de uso de anticonceptivos, así como en la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos.

Por último, para el seguimiento de la meta, del año 2015, se asumió combatir el VIH a través del uso de preservativo durante las relaciones sexuales y que la población de mujeres en edad reproductiva tenga conocimientos amplios y correctos sobre el VIH.

13.1 **NUTRICIÓN DE LAS NIÑAS Y NIÑOS**

La salud de la población infantil constituye un componente básico del desarrollo humano y de la sociedad. Conocer las consecuencias de la nutrición en niñas y niños es nuestro compromiso, con los ODM, para reducir a la mitad, entre los años 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen de hambre.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar brinda información sobre la desnutrición global por el indicador antropométrico: peso para la edad, y la desnutrición crónica por talla para la edad. En ambos casos, 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 informes anteriores de las encuestas.

Desnutrición global

De los menores de cinco años de edad, en la Encuesta 2014, el 4,4% padecía de desnutrición global (deficiencia del peso para la edad). Este indicador mostró una disminución, de 3,0 puntos porcentuales entre las encuestas de 1991-1992 y la de 1996; y de 1,6 puntos porcentuales al comparar los años 2009 y 2014. Este comportamiento indica que se alcanzó la meta, para el año 2015, de reducir a 5,4% la insuficiencia ponderal o desnutrición global.

Entre el año 2009 y 2014, la desnutrición global ha disminuido entre los menores de cinco años de edad con madres sin nivel de educación (5,0 puntos porcentuales), residentes en el área rural (2,5 puntos porcentuales) y en la Selva (2,5 puntos porcentuales). Al comparar por sexo, se observó mayor reducción en los niños (1,8 puntos porcentuales) que en las niñas (1,4 puntos porcentuales).

Las niñas y niños (4,4% en cada caso) tuvieron insuficiencia ponderal en el año 2014; comparando con la meta 2015, la desnutrición en los niños disminuyó en 1,4 puntos porcentuales y en las niñas 0,6 punto porcentual.

De acuerdo con el lugar de residencia, en el año 2014, los mayores porcentajes de niñas y niños con desnutrición global se encontraron en el área rural (8,5%) y en la Selva (8,3%); no obstante, se estima que para el año 2015 deben disminuir 0,4 y 0,1 puntos porcentuales en el área rural y la Selva respectivamente. Por otro lado, el menor porcentaje se ubicó en Lima Metropolitana (0,5%), habiendo superado la meta del año 2015 (1,4%).

Las madres sin educación (11,7%) y con educación primaria (8,5%) tuvieron un mayor porcentaje de niñas y niños con desnutrición global en relación con las de educación secundaria (3,6%) y superior (1,8%). Con respecto al año 2015, se estima alcanzar la meta de desnutrición global en niñas y niños de madres con educación primaria (7,3%) y secundaria (3,1%) .

CUADRO N° 13.1
PERÚ: PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA
PONDERAL O DESNUTRICIÓN GLOBAL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-92, 1996,
2000, 2009, 2014 Y 2015
(Peso para la edad)

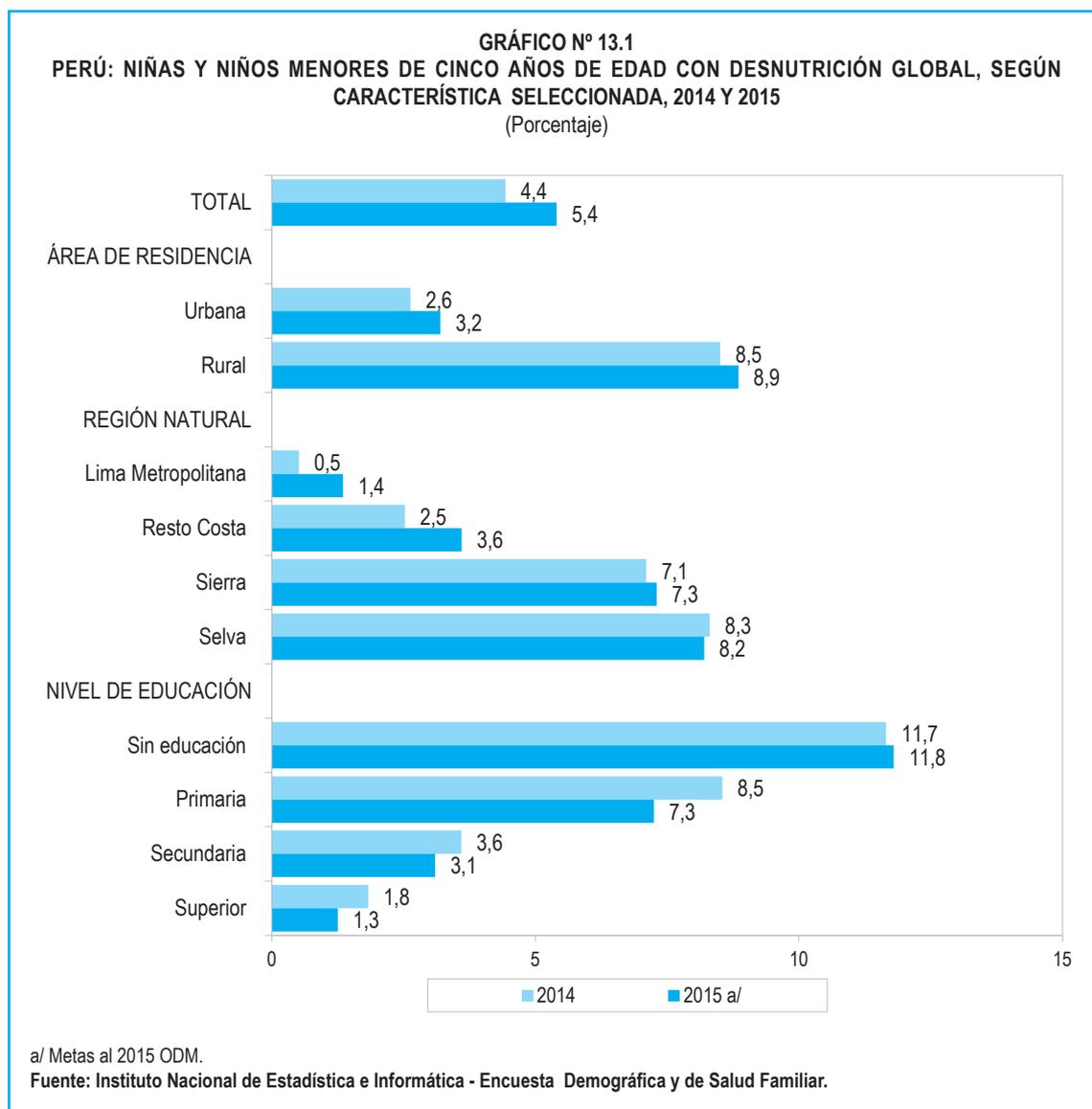
Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2014	Metas al 2015
Sexo						
Hombre		8,1	6,9	6,2	4,4	5,8
Mujer	11,6 9,9	7,4	7,2	5,8	4,4	5,0
Área de residencia						
Urbana	6,4	3,9	3,2	3,1	2,6	3,2
Rural	17,7	13,7	11,8	11,0	8,5	8,9
Región natural						
Lima Metropolitana 1/	2,7	1,0	0,7	0,9	0,5	1,4
Resto Costa	7,2	3,7	3,7	3,0	2,5	3,6
Sierra	14,6	11,5	10,5	8,6	7,1	7,3
Selva	16,4	15,4	12,1	10,8	8,3	8,2
Nivel de educación 2/						
Sin educación	23,6	16,8	16,5	16,7	11,7	11,8
Primaria	14,5	11,4	10,9	10,2	8,5	7,3
Secundaria	6,2	3,8	3,3	3,5	3,6	3,1
Superior	2,5	1,8	1,6	1,4	1,8	1,3
Total	10,8	7,8	7,1	6,0	4,4	5,4

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 por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) de la media de la población de referencia. El cuadro se basa en niñas y niños con fechas completas de nacimiento y mediciones de peso.

1/ Comprende provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

2/ 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.



Desnutrición crónica

En el año 2014, el 10,7% de las niñas y niños menores de cinco años de edad padecía de desnutrición crónica, esto es, presentaron retardo en el crecimiento de la talla para la edad. En el transcurso de 23 años de análisis, el porcentaje de menores con déficit alimenticio se redujo en 25,8 puntos porcentuales, entre los años 1991-92 y 2014, como consecuencia de las intervenciones entre sectores y niveles de gobierno; y de la aplicación del Programa Articulado Nutricional (PAN).

El porcentaje de los menores de cinco años de edad, con nutrición insuficiente disminuyó en los niños al pasar de 37,1% en 1991-92 a 10,9% en 2014; y en las niñas de 35,8% a 10,5%, en los periodos de referencia.

Con respecto al periodo 1991-92 y 2014 descendió en la Sierra (33,8 puntos porcentuales) y en el área rural (31,5 puntos porcentuales). Desde 1996 hasta el año 2014, el porcentaje en niñas y niños con desnutrición crónica se redujo en la Sierra y área rural (20,0 y 18,5 puntos porcentuales, respectivamente). Estas cifras representan un avance en la reducción de la tasa de desnutrición crónica superando los ODM.

En el caso de los menores de cinco años de edad con madres sin educación, se observó que ha disminuido de 65,0% en el periodo 1991-92 a 35,4% en el año 2014; estimándose bajar a un 32,5% en el año 2015. Cabe destacar, que a pesar de seguir disminuyendo el porcentaje de niñas y niños con desnutrición crónica de madres sin educación representa el mayor reto para alcanzar la meta.

CUADRO N° 13.2
PERÚ: PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN
CRÓNICA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-92, 1996, 2000, 2009, 2014 Y 2015
(Talla para la edad)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2014	Metas al 2015
Sexo						
Hombre	37,1	26,4	25,2	18,2	10,9	18,6
Mujer	35,8	25,1	25,6	18,4	10,5	17,9
Área de residencia						
Urbana	25,9	16,2	13,4	9,9	5,8	13,0
Rural	53,4	40,4	40,2	32,8	21,9	26,7
Región natural						
Lima Metropolitana 1/	11,2	10,1	7,3	4,8	2,6	5,6
Resto Costa	29,3	17,0	16,4	8,3	6,2	14,7
Sierra	51,6	37,8	38,6	30,1	17,8	25,8
Selva	41,4	33,0	30,2	22,2	16,8	20,7
Nivel de educación 2/						
Sin educación	65,0	50,1	51,6	49,3	35,4	32,5
Primaria	48,5	36,0	37,4	30,2	22,8	24,3
Secundaria	25,5	16,1	15,0	11,4	7,6	12,8
Superior	9,0	5,3	6,9	5,3	3,2	4,5
Total	36,5	25,8	25,4	18,3	10,7	18,3

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 por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) de la media de la población de referencia. El cuadro se basa en niñas y niños con fechas completas de nacimiento y mediciones de talla.

1/ Comprende provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

2/ 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.

13.2 MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Los estudios realizados, sobre la mortalidad infantil y de las niñas y niños menores de cinco años de edad evidencian que aún se concentran en los segmentos más pobres, residentes en el área rural, los cuales presentan la mayor carga de enfermedad y el menor acceso a los servicios. En este sentido, se prioriza cumplir con el Objetivo de Desarrollo Milenio para el año 2015, es decir, reducir en dos terceras partes, la mortalidad de las niñas y niños menores de cinco años de edad.

Mortalidad en niñas y niños menores de un año de edad

Según la Encuesta 2014, se observa que durante los cinco años anteriores a la encuesta la mortalidad infantil en promedio fue 17 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos; en el año 2009 fue 20 defunciones, observándose una reducción de 15,0% en el periodo analizado.

La tasa de mortalidad infantil en el área rural fue 24 y en la urbana 13 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos. A pesar de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad durante el primer año de vida, aún se mantienen las brechas al interior del país, es decir, que las defunciones en el área rural fueron 0,8 veces más que en el área urbana.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta 2014, la tasa de mortalidad en niñas y niños menores de un año de edad superó la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, estimada para el año 2015 (17 frente a 18 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos).

Entre los años 2009 y 2014, la tasa de mortalidad infantil en el área urbana (24 defunciones), descendió en 23,5%; cifra menor a la meta de 26 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos para el año 2015. Por el contrario, en el área rural esta disminución fue de 11,1%; no obstante, esta tasa fue similar comparada con la meta del ODM de 13 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos.

CUADRO N° 13.3
PERÚ: TASA DE MORTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009, 2013-2014 Y 2015.
 (Para los cinco años anteriores a la encuesta)

Área de residencia	ENDES 1991-1992 (agosto 1989)	ENDES 1996 (mayo 1994)	ENDES 2000 (abril 1998)	ENDES 2009 (febrero 2007)	ENDES 2014 (enero 2012)	Metas al 2015
Urbana	40	30	24	17	13	13
Rural	78	62	45	27	24	26
Total	55	43	33	20	17	18

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

Mortalidad en niñas y niños menores de cinco años de edad

La mortalidad en menores de cinco años de edad, durante los cinco años anteriores a la encuesta de 2014, en promedio fue 20 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos (2,9 veces menos que en el periodo 1991-92).

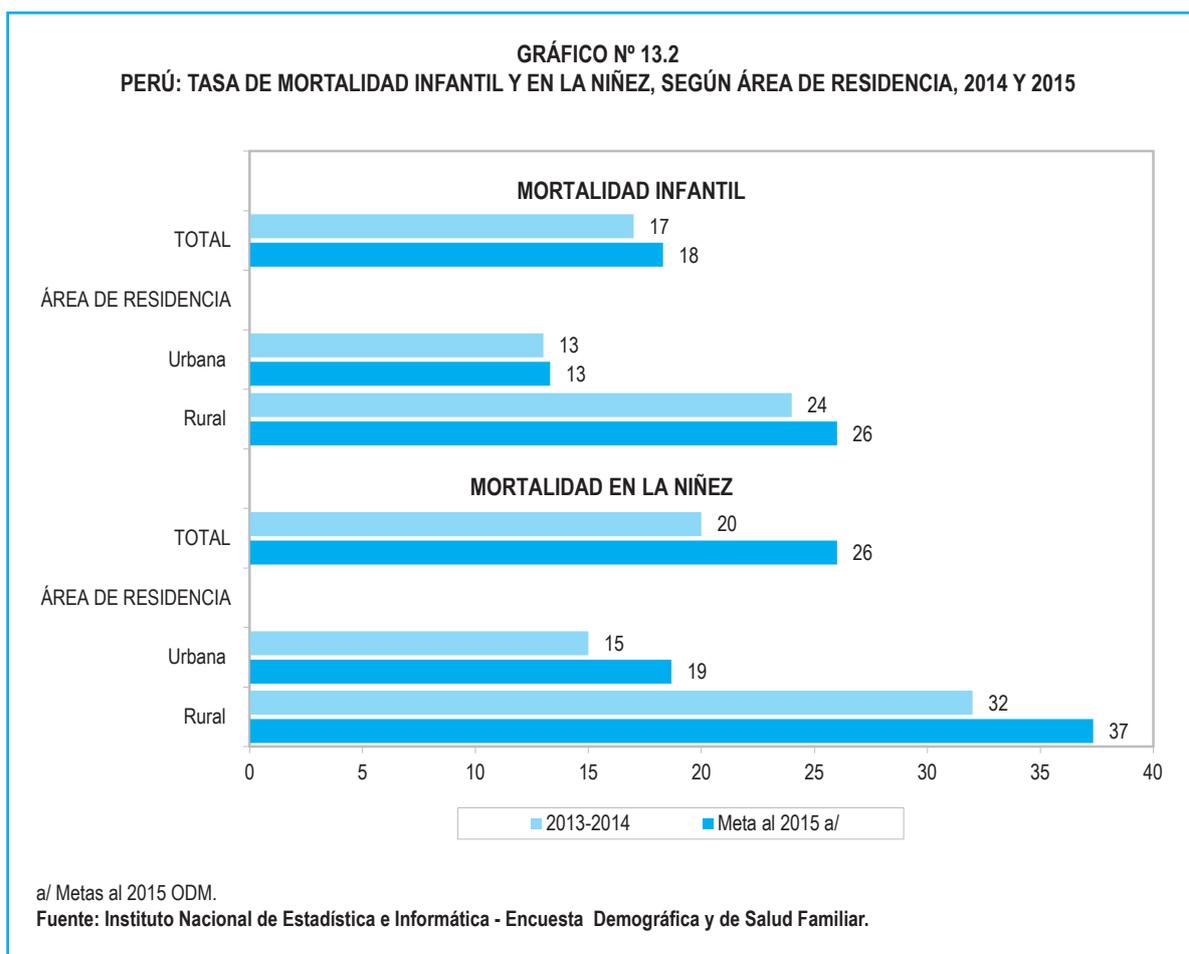
En relación con los resultados del 2014, la tasa de mortalidad en la niñez superó la meta ODM para el año 2015 (20 frente a 26 defunciones por cada 1000 nacidos vivos).

Según área de residencia, se observa que en el área rural, la mortalidad en la niñez ha disminuido de manera sostenida desde la Encuesta 1991-92 de 112 defunciones hasta 32 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, en la encuesta realizada en el año 2014. En el área urbana pasó de 56 a 15 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, entre los años mencionados. En relación con los ODM, en el área urbana como en la rural se ha superado la meta para el año 2015 (15 y 32 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, en cada caso).

CUADRO N° 13.4
PERÚ: TASA DE MORTALIDAD DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009, 2013-2014 Y 2015
 (Para los cinco años anteriores a la encuesta)

Área de residencia	ENDES 1991-1992 (agosto 1989)	ENDES 1996 (mayo 1994)	ENDES 2000 (abril 1998)	ENDES 2009 (febrero 2007)	ENDES 2014 (enero 2012)	Metas al 2015
Urbana	56	40	32	21	15	19
Rural	112	86	64	35	32	37
Total	78	59	47	26	20	26

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



13.3 MORTALIDAD MATERNA Y ATENCIÓN DEL PARTO

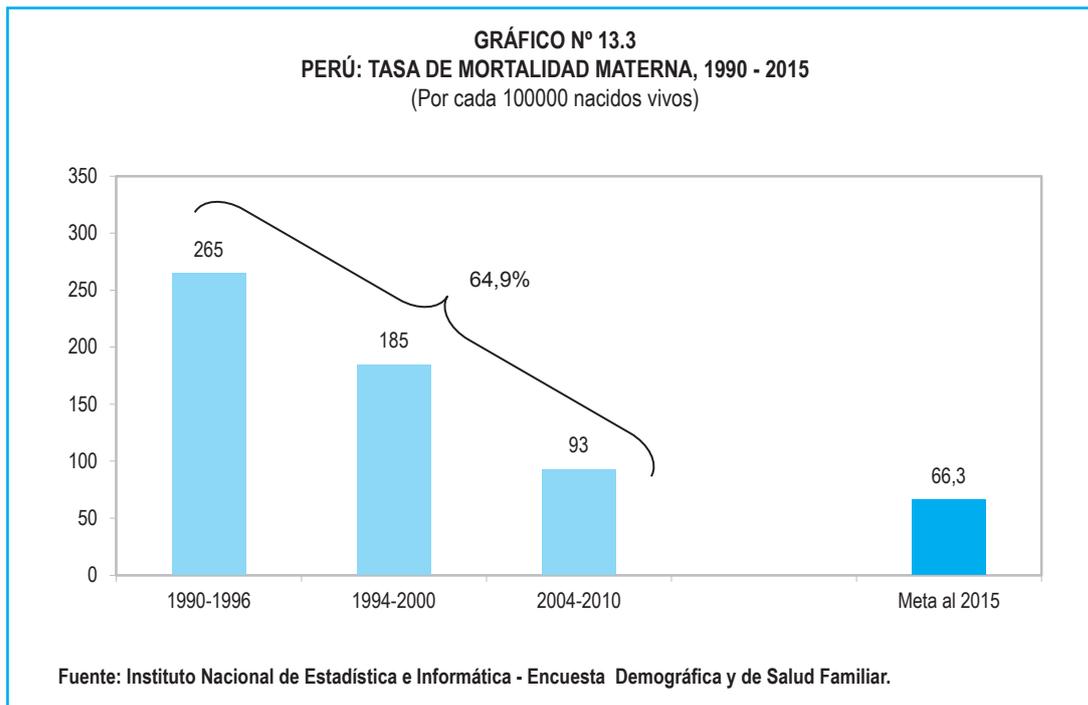
Mejorar la salud materna es fundamental para tratar algunas causas subyacentes de la mortalidad materna; la cual a nivel mundial constituye un problema de salud pública, pues representa un importante indicador de desarrollo humano para los países.

En esta perspectiva, el reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes es uno de los principales Objetivos de Desarrollo del Milenio, debido a la incidencia de muertes maternas ocasionadas por complicaciones del embarazo, parto o postparto. Por esta razón, se monitorea el avance de los resultados, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, obtenidos como consecuencia de políticas y estrategias nacionales de desarrollo.

Mortalidad materna

La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en un 64,9%, entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos).

Asimismo, se estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7% entre los años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente, estos resultados muestran un descenso continuo a favor de la salud materna.



Partos con asistencia de personal de salud calificado

A pesar de las mejoras significativas de la salud materna durante los últimos años, todavía se encuentran grandes desigualdades por lugar de residencia y nivel de educación, sobre todo entre las mujeres que viven en la región de la Selva y en el área rural. La atención calificada en el parto hace la diferencia entre la vida y la muerte. Es por ello, que las políticas de calidad de los servicios de salud materna son importantes para la garantía de la salud y la vida de las mujeres gestantes.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 señaló que el 90,0% de partos fueron asistidos por personal de salud calificado, es decir, por un médico, obstetra o enfermera; cobertura que se mantuvo sobre el 52,5% desde el periodo 1991-92.

A través de las encuestas anteriores se observa que, a nivel nacional, se lograron avances importantes en la asistencia del parto, esto es, el porcentaje de mujeres que recibió atención de personal calificado se incrementó en 7,5 puntos porcentuales, entre los años 2009 y 2014. Entre 1996 y 2009 aumentó en 26,1 puntos porcentuales; y en el periodo 1991-92 y 1996 en 2,9 puntos porcentuales. Esta tendencia refleja un mayor acceso de la atención en el parto por un profesional de la salud; así como un acercamiento a la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, relativo a la mortalidad materna.

Después de 23 años, en el área rural, el porcentaje de partos atendidos por profesional de salud calificado se incrementó en 54,4 puntos porcentuales al pasar de 18,7% a 73,1%, y en el área urbana en 22,7 puntos porcentuales (de 74,4% a 97,1%). En los últimos 14 años, este aumento fue 44,4 puntos porcentuales en el área rural y 12,1 puntos porcentuales en el área urbana (2000 y 2014).

Las encuestas realizadas en los años 1991-92, 1996, 2009 y 2014, mostraron una tendencia de incremento progresivo de partos atendidos por personal capacitado, en cada una de las regiones naturales. En el periodo 1991-92 y 1996 aumentó en el Resto Costa (6,2 puntos porcentuales) y en la Sierra (3,6 puntos porcentuales). Entre los años 1996 y 2009, las regiones más beneficiadas con la atención recibida durante el parto fueron la Sierra (34,2% a 72,8%) y Selva (36,6% a 64,3%). En tanto, entre los años 2009 al 2014, destaca la Sierra y la Selva con 11,4 y 8,7 puntos porcentuales en cada caso.

Según los resultados de la encuesta, se observa que se lograron avances en cada uno de los niveles de educación de las mujeres que dieron a luz y que fueron atendidas por profesional de la salud; siendo el mayor incremento en las mujeres con educación primaria (10,1 puntos porcentuales en el mismo periodo).

Sin embargo, a pesar del aumento de partos atendidos por profesionales de la salud, las mujeres sin educación, residentes de la Selva y del área rural presentaron los menores porcentajes.

CUADRO N° 13.5
PERÚ: PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL DE LA SALUD CALIFICADO 1/, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009 Y 2014
(Porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000 a/	ENDES 2009	ENDES 2014
Área de residencia					
Urbana	74,4	80,6	85,0	94,4	97,1
Rural	18,7	21,5	28,7	61,0	73,1
Región natural					
Lima Metropolitana 2/	94,3	93,2	94,3	98,6	99,0
Resto Costa	66,6	72,8	77,0	94,5	96,0
Sierra	30,6	34,2	38,3	72,8	85,7
Selva	36,7	36,6	41,6	64,3	73,6
Nivel de educación					
Sin educación	15,7	17,0	17,5	54,8	63,9
Primaria	29,8	33,6	34,0	63,3	73,4
Secundaria	74,3	78,9	80,5	90,7	94,3
Superior	94,7	93,7	96,4	98,2	99,0
Total	52,5	56,4	59,3	82,5	90,0

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, solo se considera la más capacitada (médico, obstetrix o enfermera).

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

2/ Comprende provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao

a/ Incluye sanitario y promotor.

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

13.4 PREVALENCIA DE USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS

Para lograr, en el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva se medirá los avances en el Objetivo de Desarrollo del Milenio, a través de la tasa de uso de anticonceptivo -debido a que en las mujeres unidas en edad fértil aún preexisten embarazos no deseados-, cobertura de atención prenatal, y satisfacción de la demanda de métodos anticonceptivos. Los diversos servicios de salud en nuestro país reconocen la falta de conocimiento preciso sobre las necesidades y uso real de las técnicas de planificación familiar, a la vez que las mujeres, por su parte, tienen un conocimiento diferencial de las características y efectos de los distintos métodos, y de la fisiología y anatomía de su propio cuerpo.

Uso actual de anticonceptivos en las mujeres actualmente unidas

El uso actual de anticonceptivos entre las mujeres actualmente unidas en edad fértil presenta una tendencia ascendente en los últimos 23 años de análisis. Entre los años 1991-92 (59,0%) y 1996 (64,2%) se incrementó en 5,2 puntos porcentuales; entre los años 1996 (64,2%) y 2009 (73,2%) en 9,0 puntos porcentuales y en el periodo 2009 al 2014 en 1,4 puntos porcentuales. Esta tendencia estaría contribuyendo con los ODM, lo que significa lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva.

En los últimos 23 años, en el área rural se incrementó el uso de métodos anticonceptivos, en 33,7 puntos porcentuales. En el área urbana, este aumento fue 8,5 puntos porcentuales.

Según región natural, el mayor incremento en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres actualmente unidas en edad fértil se presentó en la Sierra (24,6 puntos porcentuales) al pasar de 49,5% a 74,1% entre las Encuestas 1991-92 y 2014. Le sigue la Selva (23,1 puntos porcentuales) al pasar de 48,3% a 71,4%, entre las dos encuestas mencionadas.

Con respecto al nivel de educación, se observa que si bien el uso de anticonceptivos se incrementó en casi todos los niveles educativos en los 23 años de análisis, esta fue mayor en las mujeres sin educación (25,5 puntos porcentuales). Así, entre los años 1996 y 2009, el aumento fue 22,2 puntos porcentuales; mientras que, entre los años 2009 y 2014, la diferencia no fue significativa.

Por otro lado, entre las mujeres en edad fértil con educación superior, el porcentaje de uso de anticonceptivos se mantuvo relativamente estable en los años analizados.

CUADRO N° 13.6
PERÚ: USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS POR MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS EN EDAD FÉRTIL,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009 y 2014
(Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2014
Área de residencia					
Urbana	66,1	70,2	73,0	74,6	74,6
Rural	41,1	51,2	61,5	70,0	74,8
Región natural					
Lima Metropolitana 1/	72,7	71,6	73,4	76,6	75,4
Resto Costa	62,1	69,7	72,1	74,8	76,2
Sierra	49,5	56,7	63,9	70,6	74,1
Selva	48,3	58,1	66,9	70,5	71,4
Nivel de educación					
Sin educación	34,9	38,3	50,2	60,5	60,4
Primaria	51,3	59,0	63,5	71,5	73,7
Secundaria	65,6	70,2	74,6	74,4	77,0
Superior	73,2	75,4	75,5	75,4	73,2
Total	59,0	64,2	68,9	73,2	74,6

Nota: Si ha usado más de un método, solo se considera el más efectivo.

1/ Comprende provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

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

Embarazo y maternidad de adolescentes

A nivel nacional, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, mostraron que el porcentaje de madres adolescentes o embarazadas por primera vez, al momento de la encuesta, aumentó en 3,2 puntos porcentuales, entre el periodo 1991-92 y 2014. Esta situación refleja una preocupación por alcanzar los ODM: acceso universal a la salud reproductiva, y además muestra la vulnerabilidad de la población femenina adolescente.

Según área de residencia, el porcentaje de adolescentes que tenían al menos una hija/hijo o estaban embarazadas por primera vez y que vivían en el área urbana, mostró una tendencia creciente de 8,0% en los años 1991-92 a 12,2% en el año 2014. En el área rural dicho porcentaje disminuyó en 2,7 puntos porcentuales al pasar de 24,7% a 22,0% en el periodo de referencia.

Los resultados de la encuesta indican que el porcentaje de mujeres residentes en la Selva ha disminuido en 2,0 puntos porcentuales, entre los años 1991-92 y 2014. En cambio, en Lima Metropolitana, se ha incrementado gradualmente esta cifra hasta alcanzar 11,6% en el año 2014 (7,2 puntos porcentuales más con respecto a 1991-92).

Durante los últimos 23 años de análisis, se observa que la fecundidad adolescente se incrementó en mujeres con educación primaria y secundaria (6,5 puntos porcentuales en cada caso), seguido por las de educación superior (3,7 puntos porcentuales); tendencia que no favorece el avance de la meta del ODM relativo a los derechos reproductivos.

CUADRO N° 13.7
PERÚ: MADRES ADOLESCENTES O EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD, SEGÚN
CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009 Y 2014
(Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2014
Área de residencia					
Urbana	8,0	9,3	9,2	10,6	12,2
Rural	24,7	25,5	21,7	22,2	22,0
Región natural					
Lima Metropolitana 1/	4,4	7,5	8,1	8,1	11,6
Resto Costa	10,8	11,6	9,3	11,2	14,6
Sierra	14,2	14,5	15,5	15,2	13,5
Selva	26,7	31,1	25,7	27,2	24,7
Nivel de educación					
Sin educación	38,6	55,5	36,9	47,9	*
Primaria	27,6	30,6	26,4	32,5	34,1
Secundaria	7,7	9,3	9,6	11,8	14,2
Superior	2,7	2,6	4,1	6,4	6,4
Total	11,4	13,4	13,0	13,7	14,6

Nota: Las tasas o porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar no se muestran (*) y las tasas o porcentajes basados en 25-49 casos se presentan entre paréntesis ().

1/ Comprende provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

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

Cobertura de control prenatal

Entre los años 1991-92 y 2014, el control por parte del personal de salud calificado durante el embarazo ha tenido un incremento significativo de 33,0 puntos porcentuales, al pasar de 63,9% a 96,9%, respectivamente. Este avance permitiría lograr cumplir la meta del ODM en relación con la salud reproductiva.

Según área de residencia, las mujeres en edad fértil que han tenido hijas y/o hijos, en los cinco años antes de la encuesta y que tuvieron acceso a algún control prenatal, presentaron una tendencia ascendente. En el área rural creció en 53,5% y en el área urbana en 18,6%, en el periodo 1991-92 y 2014.

En el año 2014, la atención prenatal superó el 97,0% de cobertura, en la mayoría de regiones naturales: Resto Costa (99,1%), Lima Metropolitana (98,9%) y Sierra (97,0%); con excepción de la Selva que obtuvo el 89,2%, a pesar de haber presentado importantes avances en los últimos años.

De acuerdo con la atención prenatal, en las madres sin educación, se han registrado avances significativos, al pasar de 31,8% en 1991-92 a 92,0% en el 2014, es decir, se incrementó en 60,2 puntos porcentuales. Los porcentajes de mujeres embarazadas con educación primaria aumentaron en 44,3 puntos porcentuales, en el periodo analizado.

En los últimos 23 años, las brechas entre los niveles de atención prenatal han disminuido, entre las madres con educación superior y sin educación: de 64,9 puntos porcentuales en el año 1991-92 a 7,8 puntos porcentuales en el año 2014.

CUADRO N° 13.8
PERÚ: COBERTURA DE CONTROL PRENATAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON HIJAS O HIJOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009 Y 2014
 (Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000 a/	ENDES 2009	ENDES 2014
Área de residencia					
Urbana	80,3	81,4	92,3	97,9	98,9
Rural	38,4	46,8	72,0	87,1	91,9
Región natural					
Lima Metropolitana 1/	94,5	87,7	96,4	99,3	98,9
Resto Costa	76,1	78,5	88,8	97,5	99,1
Sierra	48,0	56,5	78,3	93,4	97,0
Selva	49,2	48,9	70,7	83,2	89,2
Nivel de educación					
Sin educación	31,8	38,5	57,9	88,9	92,0
Primaria	47,1	52,4	74,3	87,8	91,4
Secundaria	80,9	81,5	91,4	96,5	97,9
Superior	96,7	95,0	98,5	99,1	99,8
Total	63,9	67,3	83,8	94,3	96,9

Nota: Las mujeres recibieron atención prenatal de proveedor de salud calificado: médico, obtetrix o enfermera y, si se mencionó más de una fuente de atención prenatal, solo es considerada la más calificada.

1/ Comprende provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

a/ Incluye sanitario y promotor.

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

Necesidad insatisfecha de planificación familiar

A nivel nacional, se puede observar que el porcentaje de mujeres en edad fértil con necesidad insatisfecha de planificación familiar ha mostrado una tendencia descendente en los años analizados, siendo menor en 7,6 puntos porcentuales en el año 2014 (8,6%), con respecto a la encuesta 1991-92 (16,2%). Estas cifras permitirían conocer el avance por alcanzar el ODM.

Con respecto al área de residencia, en el área rural, la proporción de las mujeres con necesidad para espaciar y limitar el nacimiento de sus hijas y/o hijos ha descendido en 16,6 puntos porcentuales, entre los años 1991-92 y 2014, y en 3,9 puntos porcentuales en el área urbana, en el mismo lapso de tiempo. Asimismo, la brecha entre ambos se ha ido reduciendo en el transcurso de los últimos 23 años.

En 1991-92, la necesidad insatisfecha de planificación familiar fue 22,3% en la región de la Sierra, cifra que disminuyó significativamente en 12,8 puntos porcentuales para el año 2014 (9,5%), y en la Selva en 10,7 puntos porcentuales. Este comportamiento también se observa entre las mujeres del Resto Costa y Lima Metropolitana, pero en menor proporción.

La necesidad de espaciar los nacimientos o limitar la familia ha disminuido, en forma sostenida, entre las mujeres sin educación, durante el periodo 1991-92 y 2014 al pasar de 30,1% a 17,0% (13,1 puntos porcentuales), y con educación primaria al pasar de 20,4% a 8,9% (11,5 puntos porcentuales) en el mismo periodo.

CUADRO N° 13.9
PERÚ: NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LAS MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009 Y 2014
(Porcentaje)

Característica seleccionada	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2014
Área de residencia					
Urbana	12,0	8,6	7,6	6,5	8,1
Rural	26,7	19,6	14,9	8,7	10,1
Región natural					
Lima Metropolitana 1/	8,0	7,8	7,2	5,6	7,8
Resto Costa	14,8	9,3	7,8	6,3	7,8
Sierra	22,3	16,5	13,4	8,6	9,5
Selva	20,9	15,1	12,6	8,3	10,2
Nivel de educación					
Sin educación	30,1	23,3	16,5	9,6	17,0
Primaria	20,4	15,1	13,5	9,1	8,9
Secundaria	13,1	9,8	8,5	7,3	9,1
Superior	7,5	5,2	4,7	4,3	6,7
Total	16,2	12,1	10,2	7,2	8,6

Nota: 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.

1/ Comprende provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

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

13.5 ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE VIH Y USO DEL CONDÓN COMO FORMA DE PREVENCIÓN

A lo largo de 31 años de identificado el VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se han realizado notables avances que han permitido conocer la magnitud del problema, es decir, mejorar el tratamiento antirretroviral, brindar atención adecuada, en cuidar a las personas viviendo con VIH/SIDA; y en prevenir la transmisión del virus, el cual es el primer paso para evitar la infección y, así promover la defensa de la salud materna a través del uso del condón. Sin embargo, todavía se presenta un elevado número de casos notificados. Por ello, otra meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es el de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

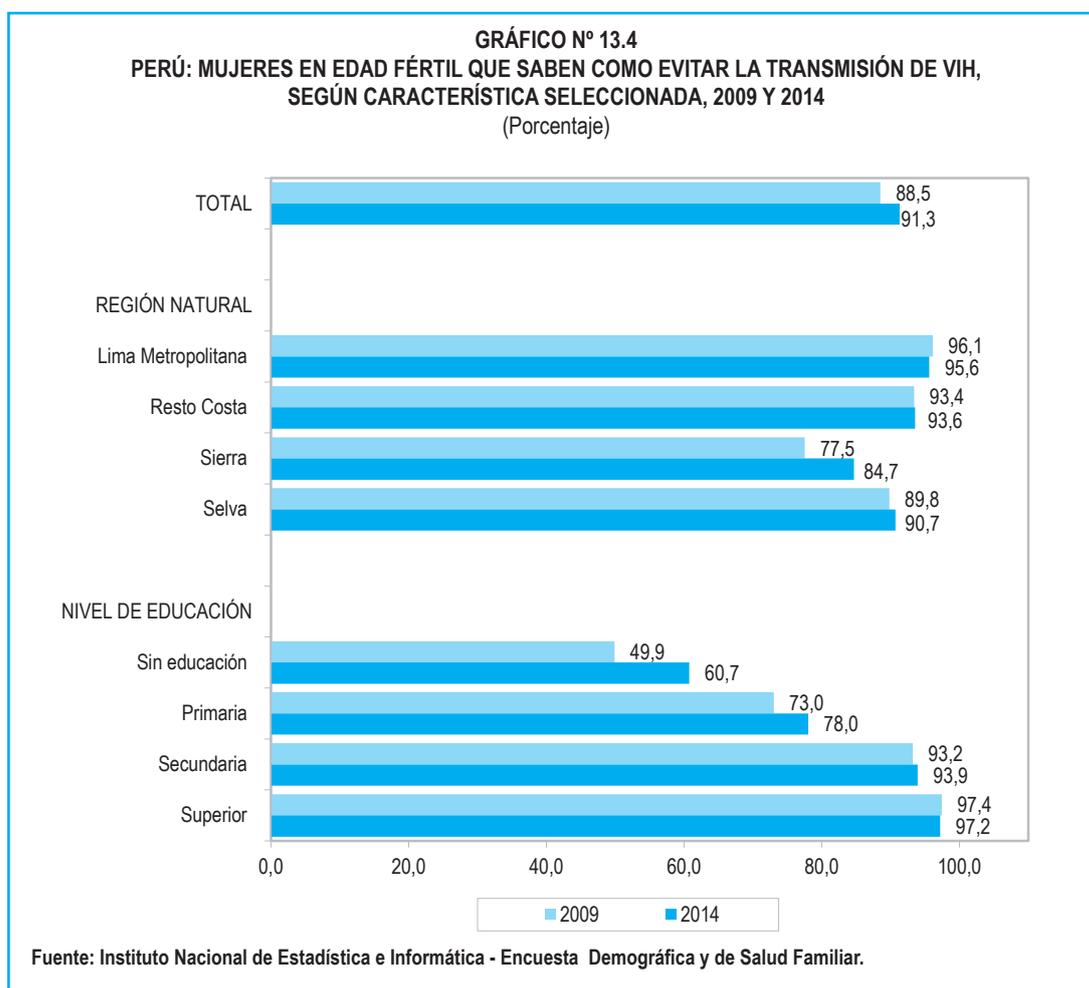
Conocimientos de formas programáticas de evitar el VIH

De acuerdo con los resultados de la encuesta, el porcentaje de las mujeres unidas en edad fértil que sabe como evitar la transmisión de VIH aumentó en 2,8 puntos porcentuales, en los últimos cinco años.

Como se observa, las mujeres que viven en la Sierra y la Selva presentaron los menores porcentajes de conocimientos de cómo evitar la transmisión del VIH; sin embargo, alcanzaron uno de los más altos incrementos (7,2 y 0,9 puntos porcentuales, respectivamente) entre los años 2009 y 2014.

En el periodo de análisis, el mayor acceso a la información sobre la forma de evitar la transmisión del VIH fue en las mujeres sin educación al pasar de 49,9% a 60,7% y con educación primaria de 73,0% a 78,0%. La menor proporción se presentó en las mujeres con educación superior (97,4% a 97,2% respectivamente).

Es preciso señalar que en todas las regiones del país se implementó al menos un centro de atención integral, donde se brinda tratamiento permanente y gratuito. El costo de medicamentos en el Perú es uno de los más bajos de Latinoamérica y el Caribe, debido al mecanismo de compra corporativa¹.



Uso del condón para prevenir el VIH

Una de las medidas más eficaces para la reducción de la transmisión del VIH en personas sexualmente activas es el uso del condón. Por ello, la importancia del condón como método de planificación familiar que a la vez puede evitar la transmisión del virus de la madre a la niña y/o niño.

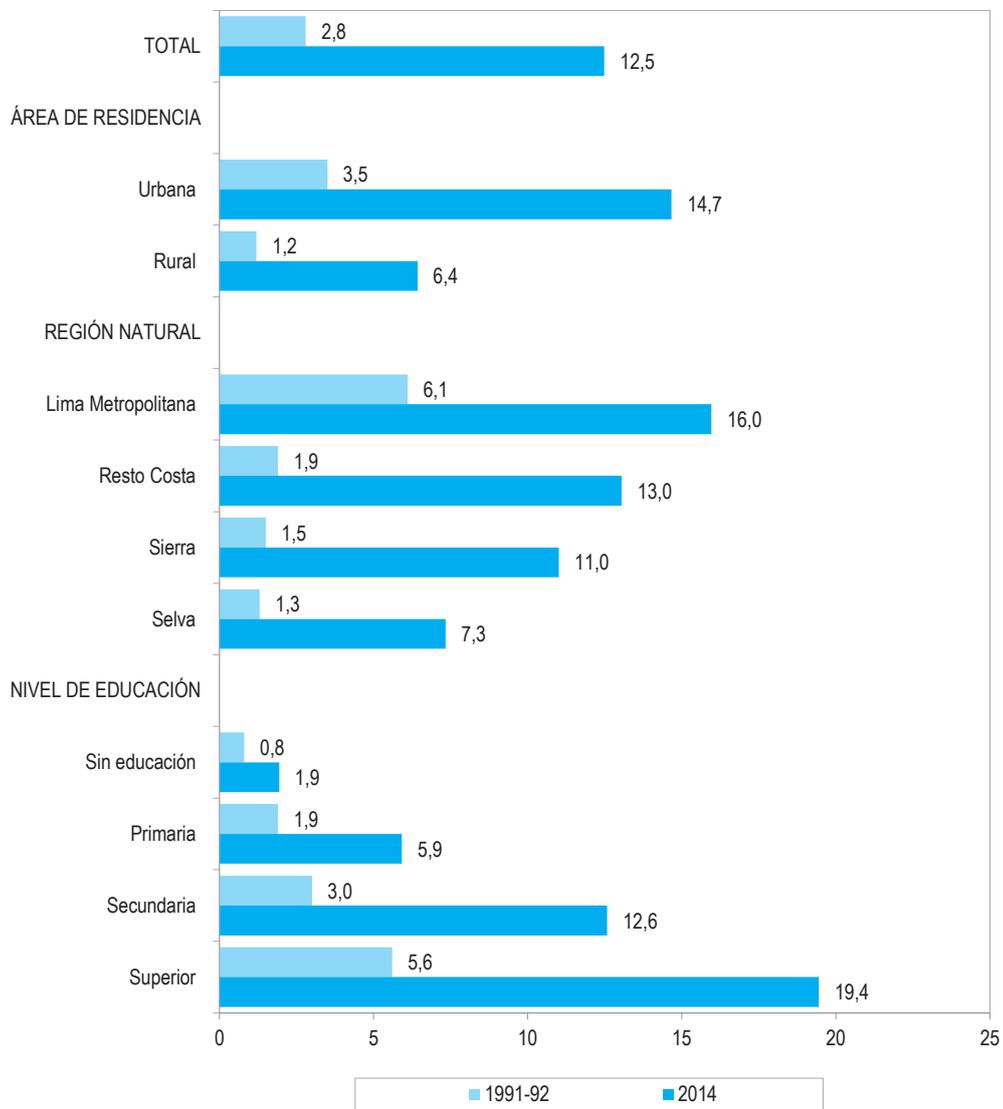
A nivel nacional, el uso del condón entre las mujeres unidas en edad fértil, creció al pasar de 2,8% en el periodo 1991-92 a 12,5% para el año 2014. Por área de residencia aumentó en 11,2 puntos porcentuales en el área urbana y 5,2 puntos porcentuales en el área rural, durante el mismo periodo.

Según región natural, se observa mayor incremento en el uso del condón en mujeres actualmente unidas, que vivían en el Resto Costa al pasar de 1,9% a 13,0% en el periodo 1991-92 y 2014, seguido por Lima Metropolitana de 6,1% a 16,0%; y la menor expansión fue en la Selva al pasar de 1,3% a 7,3%.

En el transcurso de 23 años, el uso actual del condón, mostró una tendencia ascendente, entre las mujeres actualmente unidas con educación secundaria, en 3,2 veces más con respecto de los años 1991-92; seguida por las mujeres con educación superior (2,5 veces más); en las mujeres con educación primaria esta relación fue 2,1 veces.

1/ Presidencia del Consejo de Ministros. Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - Perú 2008. Pág. 28.

GRÁFICO N° 13.5
PERÚ: USO ACTUAL DEL CONDÓN ENTRE LAS MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1991-92 Y 2014
 (Porcentaje)



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

