INEI
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

Puno

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES

2014

PRESENTACIÓN

En cumplimiento de la política de promoción y difusión de investigaciones especializadas, el Instituto Nacional de Estadística e Informática pone a disposición de las autoridades de gobierno y entidades públicas, centros de investigación, universidades e interesados en general el documento ***Puno: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014,*** que forma parte de la serie de publicaciones que se inició con el Informe Principal a nivel país.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES, es una de las investigaciones estadísticas más importantes que ejecuta de manera continua este Instituto, los resultados permiten disponer de información sobre salud reproductiva y salud materna e infantil; prevalencia de uso de anticonceptivos, atención del embarazo y el parto; inmunizaciones; peso y talla de niñas y niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil; conocimiento y formas de prevenir el SIDA y violencia intrafamiliar.

Para tal efecto, la encuesta se ejecuta a una muestra de 29 mil 941 viviendas del país, entrevistando a 10 mil 16 niños, 24 mil 800 mujeres en edad fértil, es decir, aquellas cuyas edades están comprendidas entre los 15 a 49 años de edad y 27 mil 286 mujeres y hombres de 15 y más años de edad.

En el documento, se analiza las características de las mujeres en edad fértil; la situación de salud reproductiva, los niveles y preferencias de fecundidad; se enfatiza las condiciones de morbilidad de las niñas y niños menores de cinco años, asimismo, se evalúa los avances en materia de atención pre y post natal a las mujeres gestantes así como la atención durante el parto. También se destacan aspectos relacionados con la nutrición de niñas,

niños y mujeres. Lo temas que siguen abordan 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. Además, se incluye un disco compacto que contiene el anexo estadístico completo de la temática que aborda la encuesta y dos apéndices, relacionados con aspectos metodológicos de la muestra.

Finalmente, el Instituto Nacional de Estadística e Informática expresa su especial agradecimiento a las familias peruanas, por brindar la información y su importante colaboración durante el desarrollo de la encuesta; asimismo, a las instituciones involucradas, especialmente al Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) y a la Policía Nacional del Perú (PNP), por su apoyo permanente en la ejecución de la investigación. El trabajo desplegado por las entrevistadoras, supervisoras y personal de la encuesta, sin duda, ha sido fundamental para obtener los datos de calidad que forman parte de este documento.

Lima, julio 2015

Dr. Aníbal Sánchez Aguilar
Jefe
Instituto Nacional de Estadística e Informática

CONTENIDO

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES 5
   Educación de las mujeres en edad fértil 5
   Acceso a los medios de comunicación 6
   Trabajo en los últimos 12 meses 6
   Cobertura de seguro de salud 8
   Conocimiento y actitudes hacia la tuberculosis 9

2. FECUNDIDAD 11
   Evolución de la fecundidad 11
   Hijas y/o hijos nacidos vivos 12
   Edad al primer nacimiento 12
   Fecundidad de adolescentes 13

3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR 15
   Uso actual de métodos anticonceptivos 15
   Tasa de discontinuación durante los primeros doce meses 17
   Exposición a mensajes sobre planificación familiar en radio, televisión y medios escritos 19

4. OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD 20
   Estado conyugal actual 20
   Edad a la primera unión conyugal 21
   Edad a la primera relación sexual 22

5. PREFERENCIA DE FECUNDIDAD 24
   El deseo de tener más hijas y/o hijos…….. 24
   Evolución de preferencia de fecundidad 24
   La necesidad de servicios de planificación familiar 26
   Planificación de la fecundidad 27

6. SALUD MATERNA 29
   Atención prenatal……. 29
   Atención prenatal por fuente de atención 30
   Número de visitas de atención prenatal y meses de embarazo al primer control 31
   Atención del parto 32
   Parto en establecimiento de salud y parto institucional 33
   Asistencia durante el parto 34

7. SALUD INFANTIL 36
Bajo peso al nacer 36
Vacunación de niñas y niños 37
Vacunación en niñas y niños menores de 12 meses de edad 37
Vacunación en niñas y niños menores de 36 meses de edad 38
Infección Respiratoria Aguda (IRA) en niñas y niños menores de cinco años de edad 39
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niñas y niños menores de cinco años de edad 40

8. NUTRICIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES 42
Anemia en niñas, niños y mujeres 42
Niñas y niños de 6 a 59 meses de edad 43
Mujeres de 15 a 49 años de edad 43
Nutrición de niñas y niños 44
Desnutrición de niñas y niños menores de cinco años 44
Nutrición de las mujeres 46
Peso y masa corporal de las mujeres en edad fértil 46

9. CONOCIMIENTO DE VIH E ITS 48
Conocimiento de formas específicas de evitar el VIH 48
Conocimiento de las mujeres de aspectos relacionados con el VIH 49
Conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 49
Mujeres en edad fértil que conocen ITS específicas 50
Uso del condón 51

10. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, NIÑAS Y NIÑOS 52
Violencia familiar 52
Violencia física y/o sexual en los últimos 12 meses 54
Violencia física 54
Violencia sexual 55
Violencia física ejercida por otra persona 55
Solicitud de ayuda en personas cercanas y en alguna institución 56
Principales formas que utilizan los padres biológicos para corregir a sus hijas e hijos de 1 a 5 años de edad 58

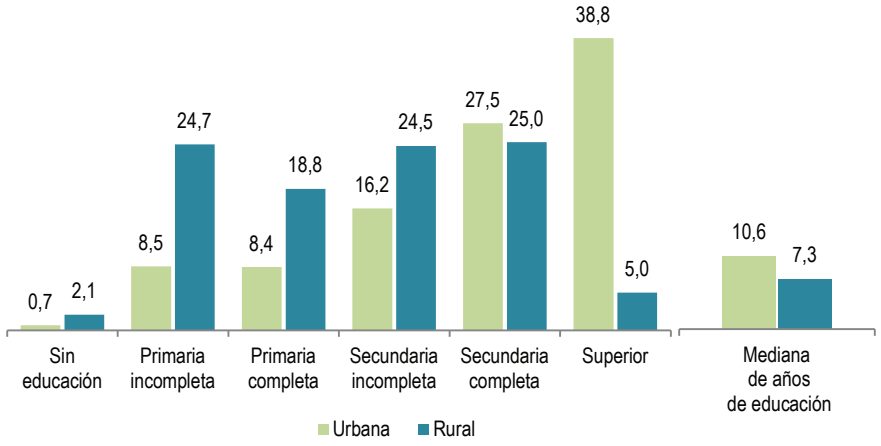
1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES

Educación de las mujeres en edad fértil

El nivel educativo de las mujeres influye de manera significativa en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus preferencias hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y sus actitudes y opiniones hacia la violencia intrafamiliar. Asimismo, está positivamente asociado con la situación socioeconómica e influyen en la demanda de los servicios de salud y planificación familiar.

En el área urbana del departamento de Puno, la mitad de las mujeres en edad fértil alcanzaron como máximo el quinto año de secundaria y en el área rural, el primer año de secundaria.

PUNO: NIVEL DE EDUCACIÓN Y MEDIANA DE AÑOS DE ESTUDIOS, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2014
(Distribución porcentual)

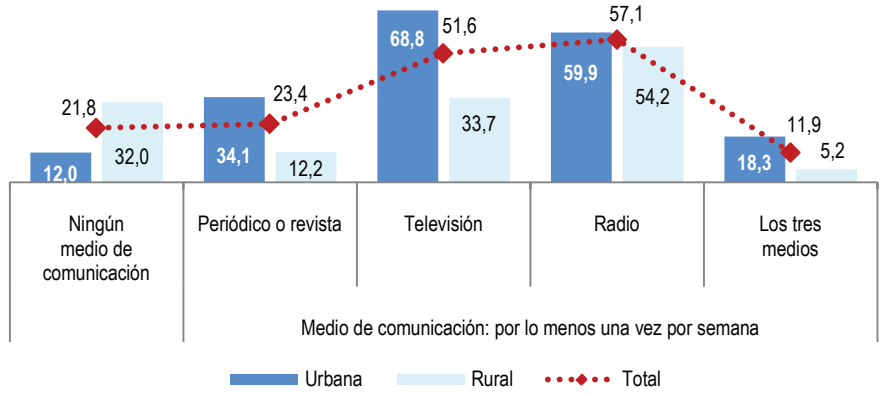


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Acceso a los medios de comunicación

El acceso a los medios de comunicación complementa los conocimientos recibidos en la educación formal, prolongando el proceso de aprendizaje, culturización e información, permitiendo la transmisión de información actualizada sobre aspectos de salud, saneamiento ambiental y otros aspectos importantes como planificación familiar. Las mujeres en edad fértil tienen acceso a algún medio de comunicación masiva al menos una vez por semana, destacando entre ellos la televisión y la radio.

PUNO: ACCESO DE LAS MUJERES A LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2014
(Porcentaje)



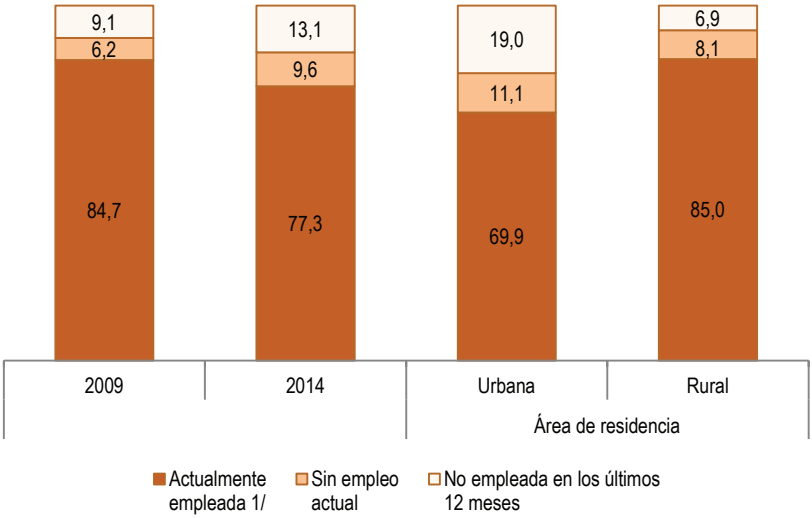
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Trabajo en los últimos 12 meses

Los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga que trabajar también fuera del hogar, situación que constituye una sobrecarga de actividades a las obligaciones que demanda la marcha del hogar, influye 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. Por otro lado, la medición del empleo de las mujeres ofrece dificultades porque algunas ocupaciones que realizan no son percibidas como trabajo y no las reportan, especialmente, cuando se trata de trabajos agrícolas en la parcela familiar, negocios familiares o en el sector informal.

Para evitar la subestimación del empleo, en la Encuesta se pregunta acerca del trabajo que las mujeres realizan fuera del hogar. El 86,9% de las mujeres entrevistadas en el departamento, realizó algún tipo de trabajo en los últimos 12 meses.

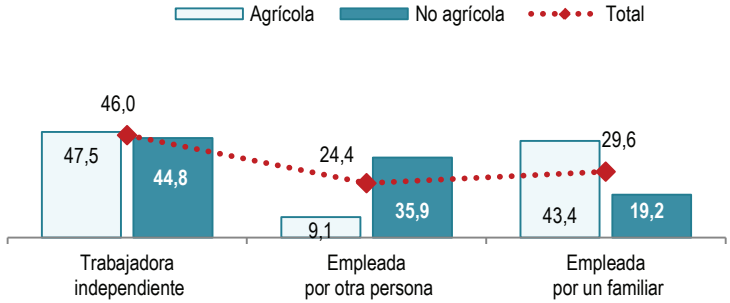
PUNO: TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2014
(Distribución porcentual)



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.

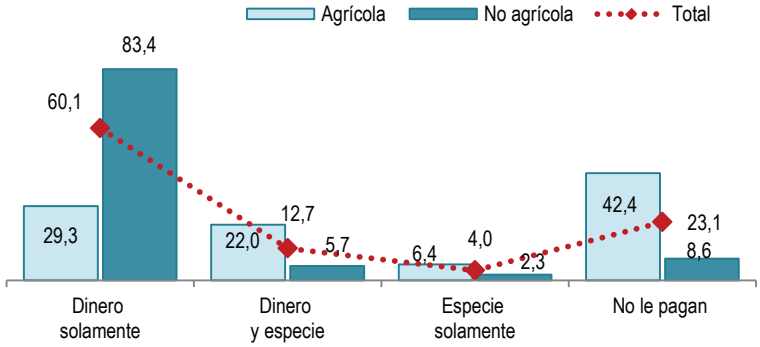
La forma de vinculación más importante entre las ocupaciones agrícolas fue como trabajador independiente. En cuanto a la forma de remuneración, las mujeres percibieron ingreso solo en dinero en mayor proporción en ocupaciones no agrícolas.

PUNO: TRABAJO POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TIPO DE EMPLEO, 2014
(Distribución porcentual)



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

PUNO: FORMA DE REMUNERACIÓN POR TIPO DE ACTIVIDAD, 2014
(Distribución porcentual)



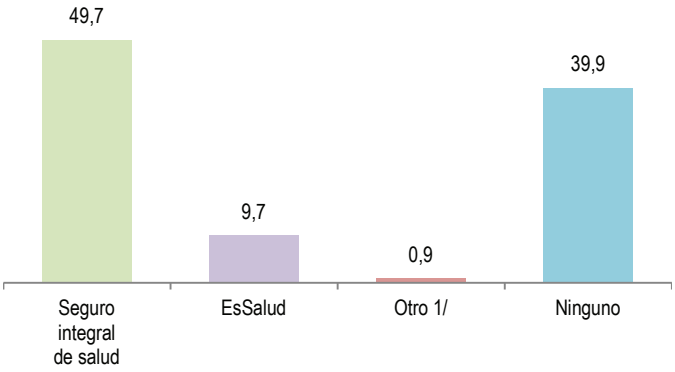
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Cobertura de seguro de salud

El acceso a los servicios de salud constituye una condición inherente al derecho de las personas y, particularmente, de las mujeres. En esta perspectiva, la igualdad en el disfrute del derecho a la salud, les asegura que el resto de sus derechos humanos relacionados con su integridad no se vulneren y de esta manera aseguren un nivel de vida saludable tanto en la salud física como mental.

El 60,1% de las mujeres en edad fértil están protegidas por algún seguro de salud, siendo el de mayor acceso el Seguro Integral de Salud (SIS).

PUNO: SEGURO DE SALUD, POR TIPO, 2014
(Porcentaje)



1/ Comprende seguro de Fuerzas armadas o policiales, entidad prestadora de salud u otro.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

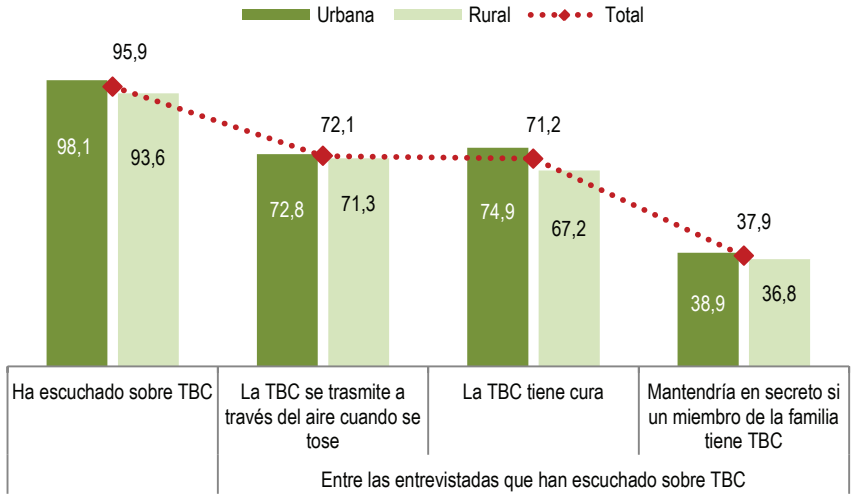
Conocimiento y actitudes hacia la tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad social, considerada como una prioridad sanitaria nacional, multisectorial e institucional. Esta enfermedad afecta a la persona en su integridad y sus repercusiones van más allá del componente orgánico. Es considerada 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 de quienes la padecen, de la población y el personal de salud.

El conocimiento de la tuberculosis es elevado en las mujeres en edad fértil 95,9%; sin embargo, resulta ser mayor en el área urbana que rural, esta diferencia, también se presenta en la forma de transmisión de la enfermedad, así como en que la TBC tiene cura.

PUNO: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA LA TUBERCULOSIS, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2014

(Porcentaje)



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

2 FECUNDIDAD

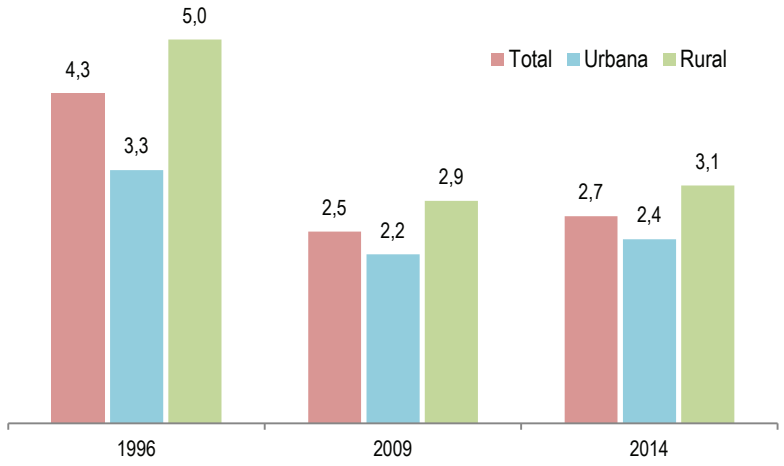
La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de la población.

Evolución de la fecundidad

En el departamento de Puno el nivel de la fecundidad fue 2,7 hijos por mujer, siendo el promedio nacional 2,5 hijos por mujer.

La reducción de la fecundidad es considerada importante porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y mortalidad materna.

PUNO: EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF), POR ÁREA DE RESIDENCIA, 1996, 2009 Y 2014
(Hijos por mujer)

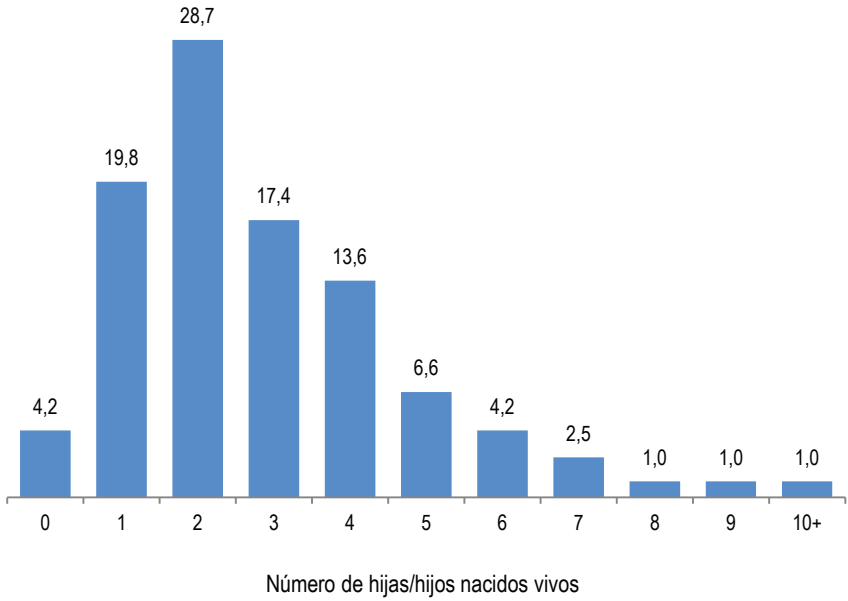


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Hijas y/o hijos nacidos vivos

En la distribución del número de hijas y/o hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas, el 65,9% se encuentran en el rango de 1 a 3 hijas/hijos.

PUNO: HIJAS/HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ACTUALMENTE UNIDAS, 2014
(Porcentaje)

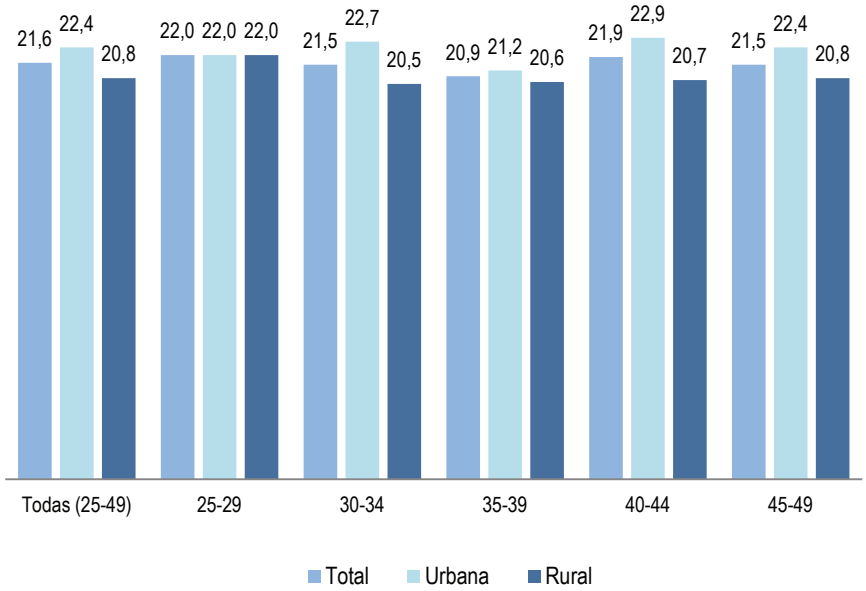


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Edad al primer nacimiento

En Puno, la mediana de edad al primer nacimiento de hijas/hijos de las mujeres de 25 a 49 años fue 21,6, siendo más alta en el área urbana (22,4) que en el área rural (20,8).

PUNO: MEDIANA DE EDAD AL PRIMER NACIMIENTO, POR EDAD ACTUAL Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2014



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

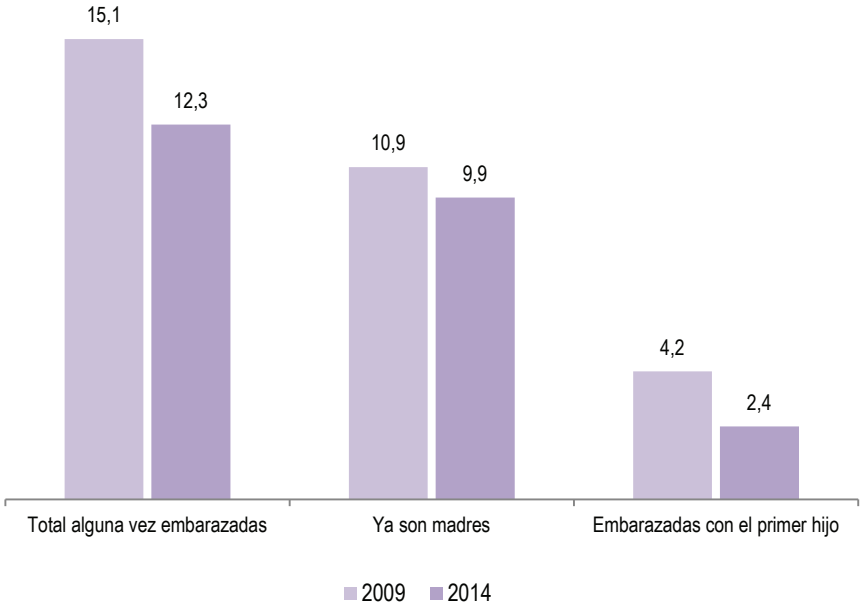
Fecundidad de adolescentes

La conducta reproductiva de las adolescentes (15 a 19 años) es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. 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.

Entre el 2009 y 2014, se observa un descenso de 2,8 puntos porcentuales en las adolescentes alguna vez embarazadas (15,1% y 12,3% respectivamente).

PUNO: EMBARAZO Y MATERNIDAD EN ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS), 2009 Y 2014

(Porcentaje)



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

3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Uso actual de métodos anticonceptivos

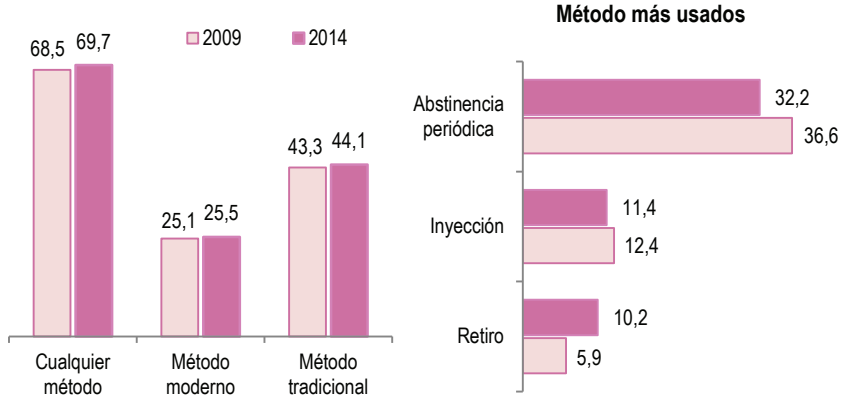
En Puno, el conocimiento y uso adecuado de métodos anticonceptivos entre las usuarias entrevistadas les permitirá decidir el número de hijas y/o hijos que desean tener y el intervalo entre los embarazos. Asimismo, fortalecerá las estrategias de planificación familiar en bienestar de la salud sexual y reproductiva.

Mujeres actualmente unidas

Las mujeres actualmente unidas comprenden a las casadas y convivientes entre 15 y 49 años de edad. Si han usado más de un método (moderno y/o tradicional), solo se considera el más efectivo.

El 69,7% de las mujeres actualmente unidas usa algún método anticonceptivo. Entre los métodos más utilizados, destaca la abstinencia periódica; sin embargo, al comparar con el año 2009 disminuyó en 4,4 puntos porcentuales.

PUNO: USO ACTUAL DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y MÉTODO ESPECÍFICO MÁS USADO, 2009 Y 2014
(Porcentaje)

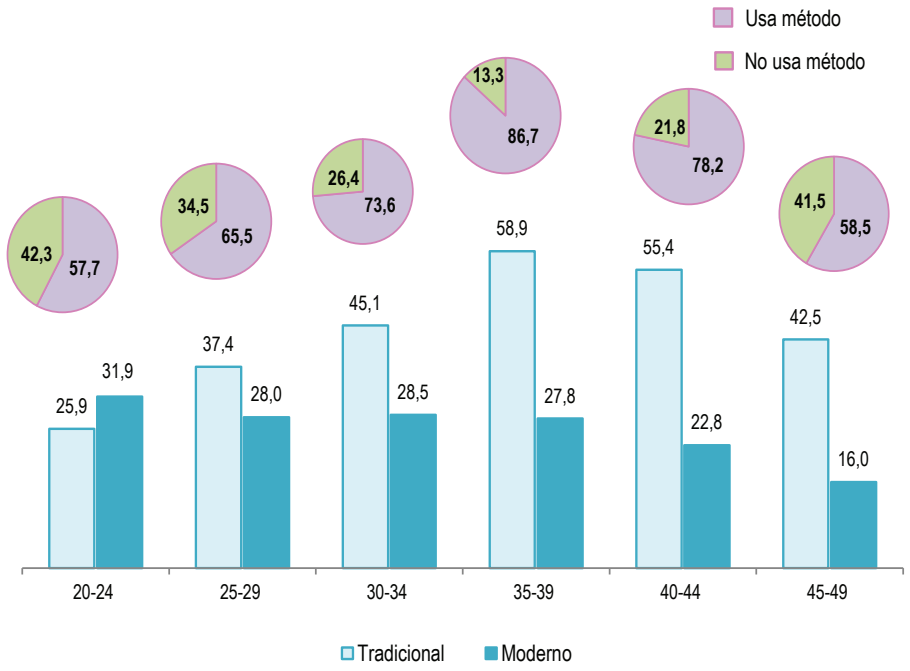


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

El éxito del uso de un método anticonceptivo está relacionado con el conocimiento de la fisiología reproductiva de la mujer, en cada ciclo de su vida fértil.

La prevalencia anticonceptiva de métodos modernos fue mayor entre las mujeres actualmente unidas de 20 a 24 años de edad, luego progresivamente desciende y alcanzó un menor valor entre las mujeres de 45 a 49 años de edad (16,0%). En los métodos tradicionales, su uso actual es importante entre aquellas de 35 a 39 años de edad (58,9%).

PUNO: USO ACTUAL DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, POR GRUPO DE EDAD, 2014
(Porcentaje)

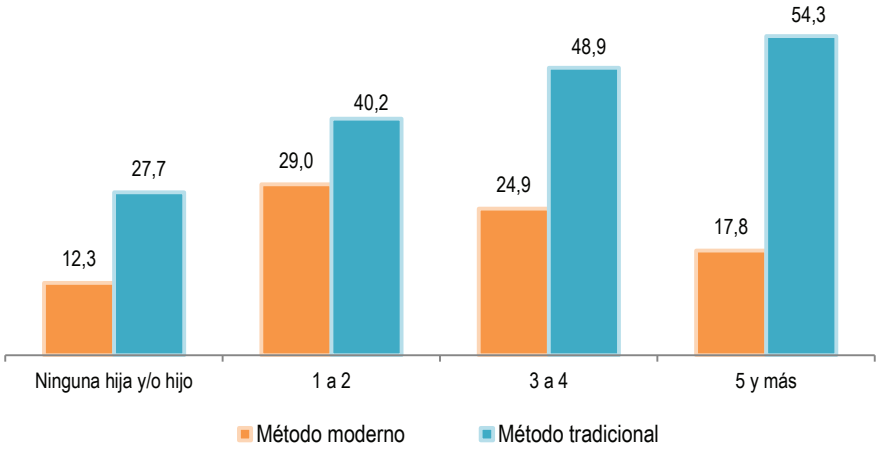


Nota: Si ha usado más de un método, solo se considera el más efectivo.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

El uso de un método anticonceptivo moderno y/o tradicional, se desprende de una decisión pensada donde la pareja elige tener o no descendencia; asimismo, determina los intervalos intergenésicos entre una y otra hija y/o hijo.

En las mujeres actualmente unidas, los mayores porcentajes de uso actual de métodos modernos se presenta cuando tienen una a dos hijas y/o hijos. Es importante señalar que el uso de métodos tradicionales alcanza su valor más alto entre las mujeres con cinco y más hijas y/o hijos (54,3%).

PUNO: USO ACTUAL DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO MODERNO Y TRADICIONAL, POR NÚMERO DE HIJAS Y/O HIJOS, 2014
(Porcentaje)



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

Tasa de discontinuación durante los primeros doce meses

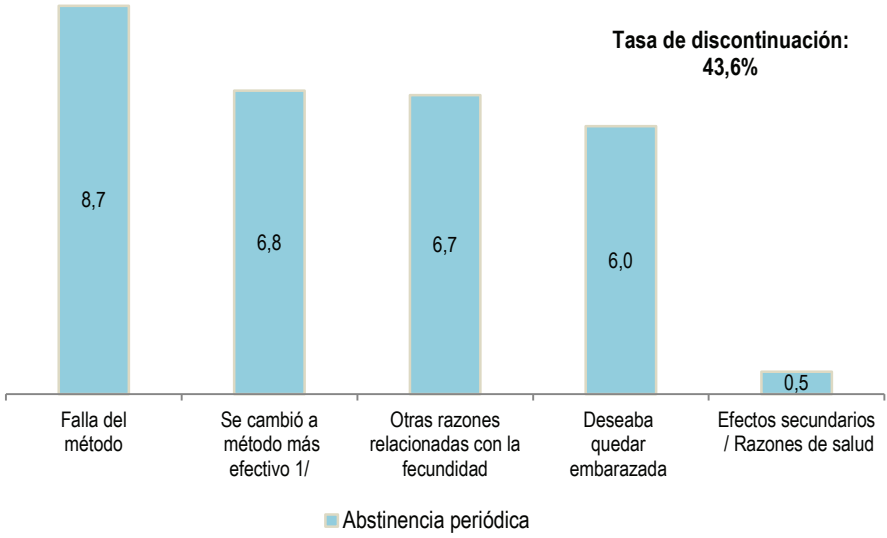
La discontinuación es un problema particularmente importante para las adolescentes y mujeres jóvenes, ya que tienden a tener un acceso más limitado que las personas de mayor edad a la planificación familiar; así como también, una actividad sexual más impredecible.

En la Encuesta 2014, el calendario de eventos, incluido en la entrevista individual, permitió registrar los periodos de uso continuo (los que en

adelante serán referidos como segmentos de uso), los cambios de métodos y la razón de abandono de los métodos de planificación familiar empleados. Con esta información es posible estudiar la dinámica del uso anticonceptivo, incluyendo el cálculo de tasas de discontinuación y cambio durante el primer año de uso.

Las tasas de discontinuación se basan en cálculos de tablas de vida de decremento múltiple e indican la proporción de segmentos que fueron discontinuados durante los primeros doce meses de uso por razones específicas. Durante el primer año, el 8,7% de los segmentos de uso de abstinencia periódica discontinuaron debido a falla del método, y el 6,8% se cambió a un método más efectivo.

PUNO: TASA DE DISCONTINUACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, POR MÉTODO DISCONTINUADO, 2014
(Porcentaje)



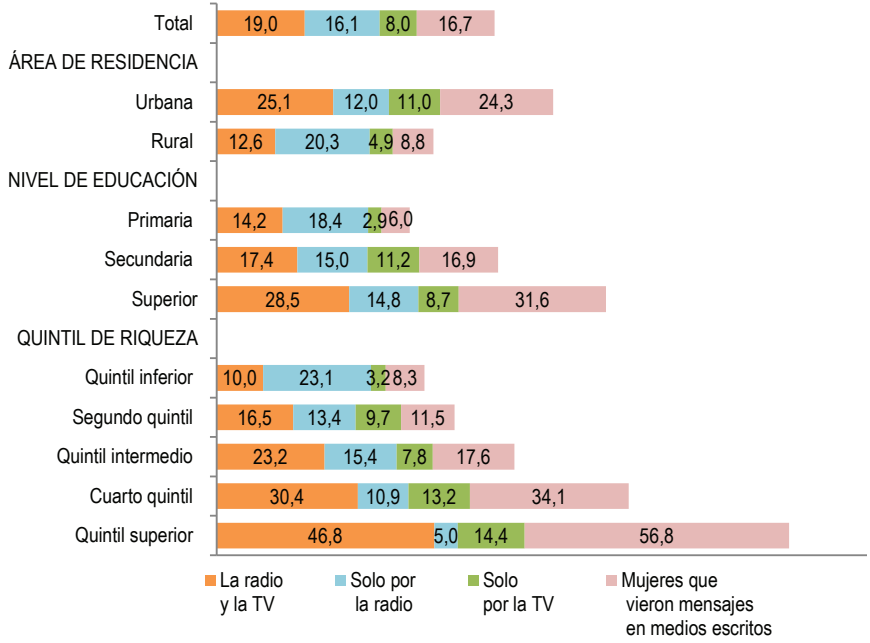
Nota: Solo se incluyen episodios de uso que empezaron 3-59 meses antes de la entrevista.
1/ Usó un método diferente en el mes que siguió al abandono o dijo que deseaba un método más efectivo y empezó otro método dentro de los dos meses siguientes a la discontinuación.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

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

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 se incluyeron preguntas referentes a exposición de las mujeres a mensajes sobre planificación familiar en los 12 meses anteriores a la entrevista y el medio a través del cual fueron escuchados, vistos (radio o televisión) o leídos (medios escritos).

El 19,0% de las mujeres entrevistadas escuchó mensajes de planificación familiar tanto por la radio como por la televisión en los 12 meses anteriores a la encuesta. Si se agregan aquellas mujeres que escucharon solo por la radio o solo por la televisión, el 43,1% de mujeres entrevistadas escuchó mensajes; y el porcentaje de mujeres en edad fértil que vio mensajes impresos sobre planificación familiar fue 16,7%.

PUNO: MUJERES ENTREVISTADAS QUE ESCUCHARON O VIERON MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014
(Porcentaje)



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

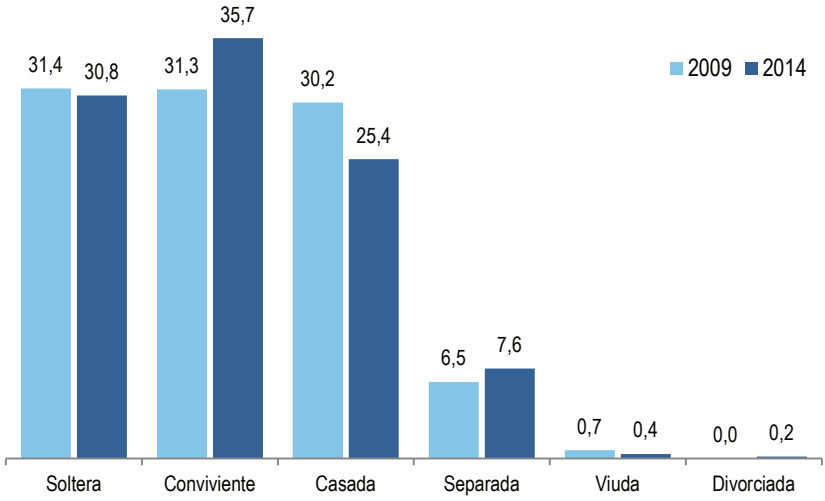
4 OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD

Estado conyugal actual

Con relación a la nupcialidad, la formación de uniones legales o consensuales, constituyen un indicador de la exposición al riesgo de embarazo y tiene implicancias sobre los niveles y estructura de la fecundidad.

En el departamento de Puno, entre las mujeres entrevistadas, se advierte un cambio en la composición de las uniones al comparar el año 2009 con el 2014, disminuye el porcentaje de casadas (de 30,2% a 25,4%), aumenta el de convivientes (de 31,3% a 35,7%) y separadas (de 6,5% a 7,6%).

PUNO: ESTADO CONYUGAL ACTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, 2009 Y 2014
(Distribución porcentual)



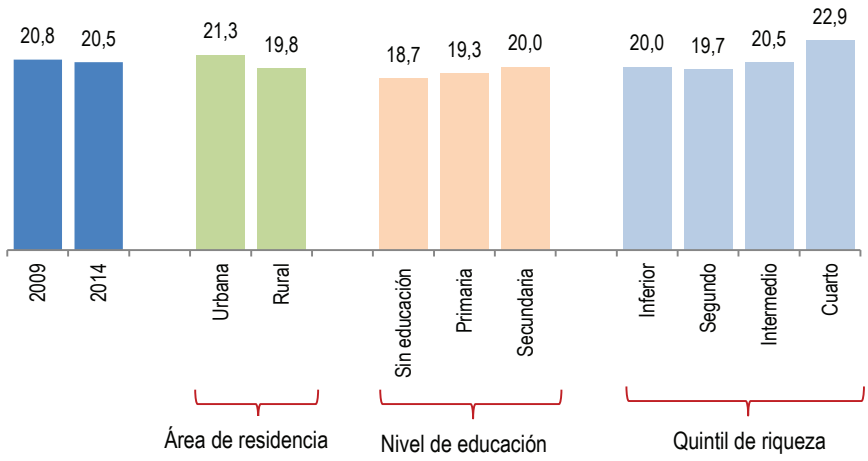
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Edad a la primera unión conyugal

La edad a la primera unión constituye una primera indicación del comienzo de la exposición al riesgo de embarazo e inicio de la vida reproductiva de forma más estable y tiene un efecto importante sobre la fecundidad, dado que mientras más joven forma pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijas e hijos a lo largo de su vida. La prolongación de la soltería y el celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de los niveles de fecundidad en una población.

La edad mediana a la primera unión en las mujeres de 25 a 49 años de edad (20,5 años) fue mayor en el área urbana (21,3 años), en las mujeres con educación secundaria (20,0 años) y en las que pertenecen al cuarto quintil de riqueza (22,9 años).

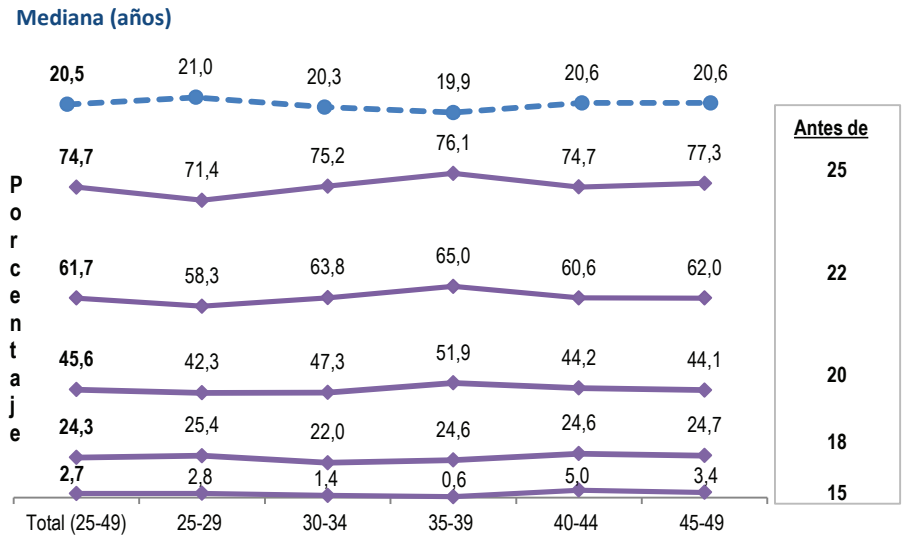
PUNO: EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNIÓN DE LAS MUJERES DE 25 A 49 AÑOS DE EDAD, POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014
(Años)



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

Los datos por cohortes muestran una tendencia a unirse más tardíamente, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 20 años se va incrementando con la edad.

PUNO: MUJERES QUE SE UNIERON ANTES DE CUMPLIR EDADES EXACTAS (15, 18, 20, 22 y 25 AÑOS) Y EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNIÓN, POR GRUPO DE EDAD, 2014



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

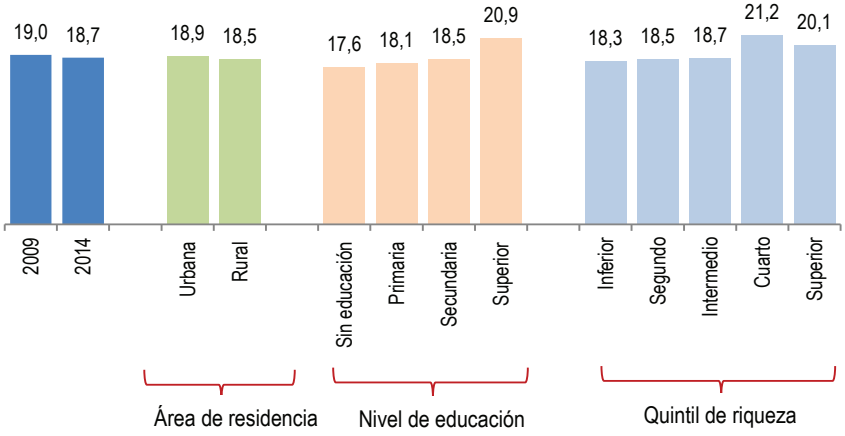
Edad a la primera relación sexual

La primera relación sexual ocurre antes que la unión conyugal, el inicio temprano tiene mucha importancia principalmente para las adolescentes porque se convierte en un riesgo potencial para embarazos no deseados, abortos y contagio de enfermedades de transmisión sexual.

La edad mediana a la primera relación sexual en las mujeres de 25 a 49 años de edad (18,7 años) ocurrió 1,8 años antes que la edad a la primera unión (20,5 años). Esta edad es más temprana en las mujeres rurales (18,5 años), en las de menor nivel educativo (17,6 años) y en las que pertenecen al quintil inferior (18,3 años).

PUNO: EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES DE 25 A 49 AÑOS DE EDAD, POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014

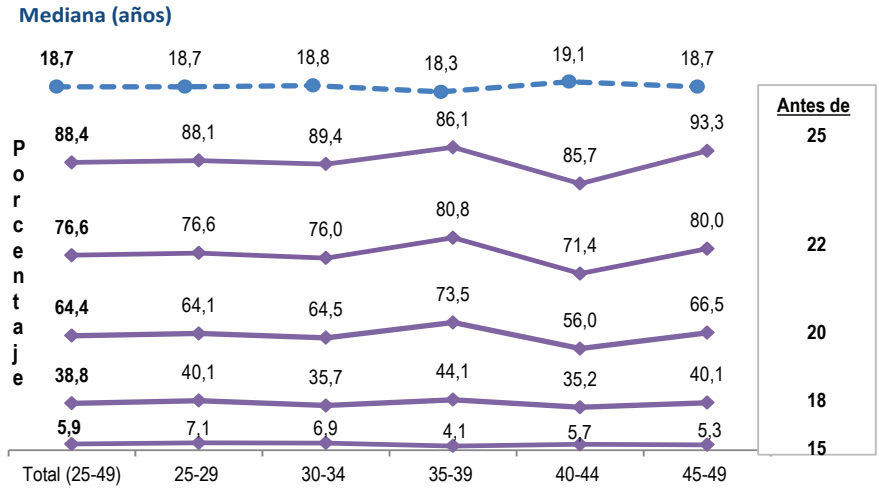
(Años)



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

La cohorte de 25 a 29 años muestra un inicio más temprano de las relaciones sexuales, comparada con las otras cohortes. Al llegar a los 25 años, el 88,1% de las mujeres ya habían tenido su primera relación sexual.

PUNO: MUJERES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES ANTES DE CUMPLIR EDADES EXACTAS (15, 18, 20, 22 y 25 AÑOS) Y EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACIÓN, POR GRUPO DE EDAD, 2014



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

5 PREFERENCIA DE FECUNDIDAD

En el presente capítulo, se muestran los resultados sobre las preferencias reproductivas de las mujeres del departamento de Puno referentes a los siguientes aspectos:

Deseo de tener (más) hijas y/o 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.

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 servicios de planificación familiar y las tasas de fecundidad.

El deseo de tener más hijas y/o hijos

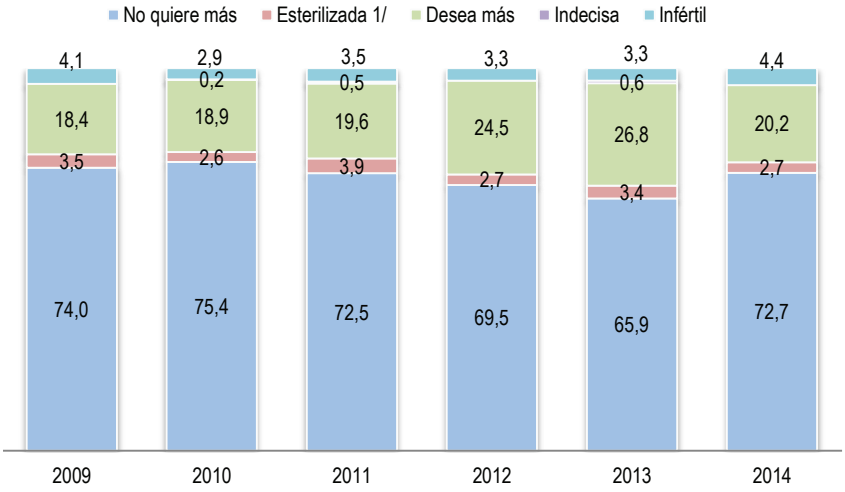
En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, se preguntó a las mujeres si deseaban más hijas y/o hijos y, para aquellas que respondieron afirmativamente, se indagó sobre el tiempo que les gustaría esperar para tener otra hija o hijo o tener el primero si aún no lo tenía.

Evolución de preferencia de fecundidad

La evolución de estas preferencias indica que el porcentaje de mujeres actualmente unidas que no desea tener más hijas y/o hijos ha disminuido desde 77,5% en el año 2009 hasta 75,4% en el año 2014, es decir, una diferencia de 2,1 puntos porcentuales.

En cambio, se incrementó el deseo de tener más hijas y/o hijos, al pasar de 18,4% a 20,2% entre los años 2009 y 2014.

PUNO: PREFERENCIA DE FECUNDIDAD EN MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, 2009-2014
(Distribución porcentual)

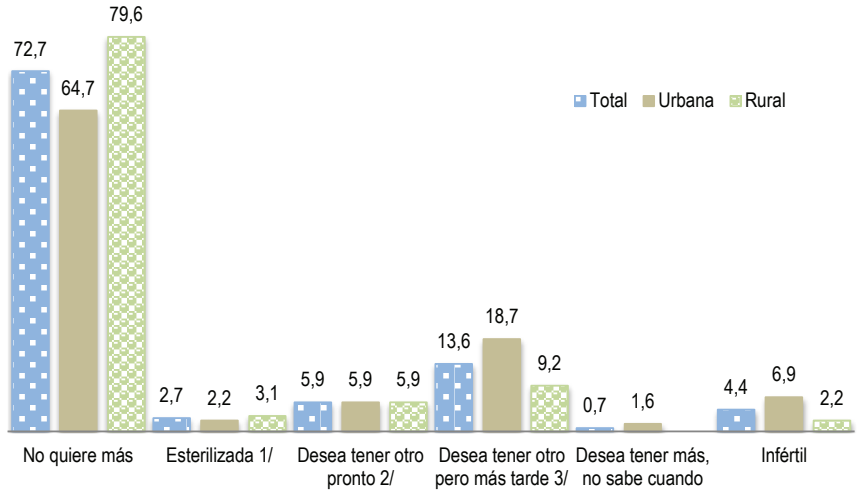


1/ Incluye esterilización femenina y masculina.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

El deseo de no tener más hijas y/o hijos de las mujeres actualmente unidas, incluida la esterilización fue mayor en el área rural (82,7%) que en el área urbana (66,9%). Asimismo, el porcentaje de mujeres esterilizadas del área rural fue superior en 0,9 punto porcentual respecto de las mujeres residentes en el área urbana (3,1% y 2,2%, respectivamente).

Por otro lado, el porcentaje de mujeres que desean tener otra hija o hijo pronto (antes de dos años) fue similar en las mujeres del área urbana y rural (5,9% en ambos casos).

PUNO: PREFERENCIA DE FECUNDIDAD ENTRE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2014
(Distribución porcentual)



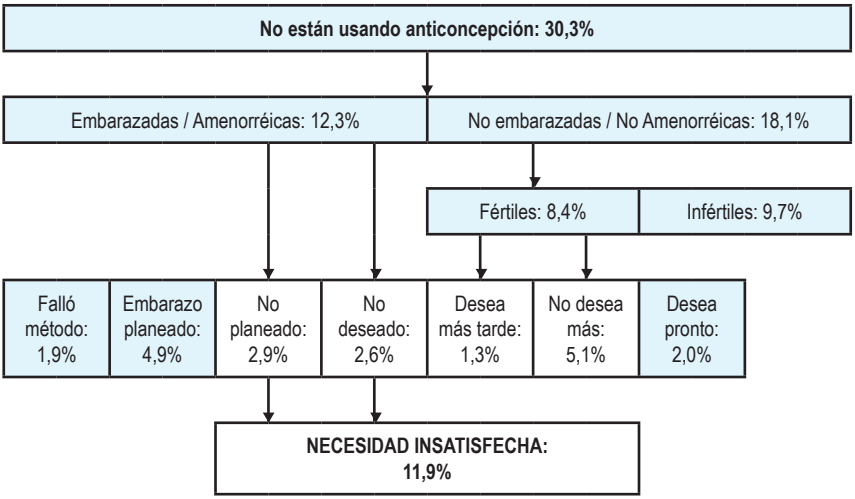
1/ Incluye esterilización femenina y masculina.
2/ Desea otra hija o hijo antes de dos años.
3/ Desea esperar dos o más años.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La necesidad de servicios de planificación familiar

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. 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 el gráfico adjunto se presenta, a manera de síntesis los componentes de la necesidad insatisfecha de planificación familiar.

PUNO: COMPONENTES DE LA NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, 2014
(Porcentaje)



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

Planificación de la fecundidad

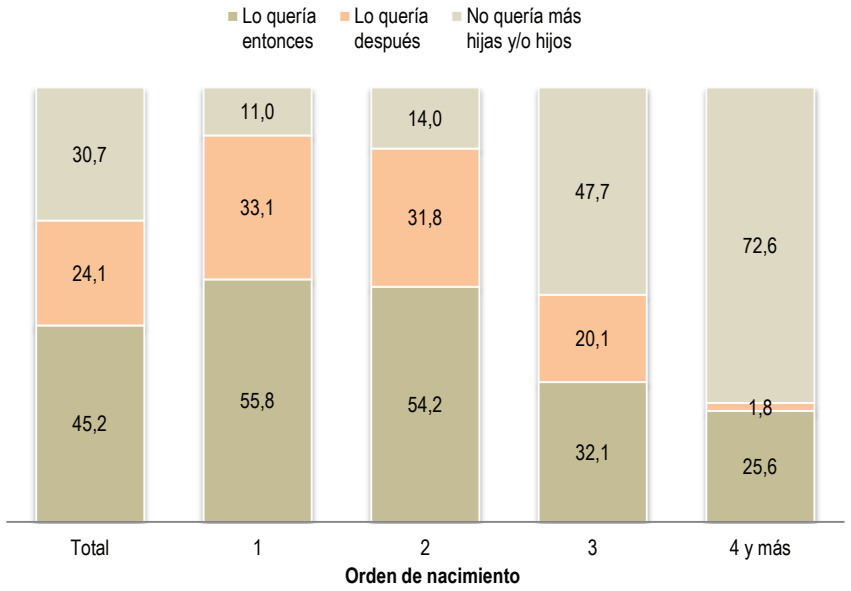
Para cada hija o hijo nacido en los cinco años anteriores a la encuesta y para el embarazo actual, cuando era aplicable, se preguntó a la mujer si el embarazo fue planificado, si lo hubiera deseado para algún tiempo posterior, o si fue un embarazo no deseado. A diferencia de la información ya presentada sobre deseo futuro de más hijas y/o hijos, las preguntas sobre fecundidad deseada se refieren al pasado y por lo tanto conllevan riesgos de memoria y/o de racionalización de la respuesta frente a hechos ya consumados y de trascendencia afectiva.

El 30,7% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados, es decir, nacieron sin que los padres hubieran querido tenerlos. El 45,2% lo quería entonces y el 24,1% lo quería después.

Si a los nacimientos ocurridos a madres que ya no querían más hijas y/o hijos se agregaran aquellos que hubieran querido diferirlos, el porcentaje de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años que no fueron deseados en el momento de su concepción se eleva a 54,8%.

El porcentaje de hijas y/o hijos no deseados aumenta con el orden de nacimiento, alcanzando el 72,6% cuando el nacimiento es de cuarto y más orden.

PUNO: INTENCIÓN REPRODUCTIVA DE LA MADRE, SEGÚN ORDEN DE NACIMIENTO, 2014
(Distribución porcentual)



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

6 SALUD MATERNA

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 contiene información sobre aspectos relacionados con la salud materna referidos a temas tales como la atención prenatal, la asistencia durante el parto y el cuidado postparto. El objetivo básico es identificar a los grupos más vulnerables para así contribuir en la planificación de los programas de salud materna.

La cobertura y calidad de la atención prenatal, la atención 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.

Atención prenatal

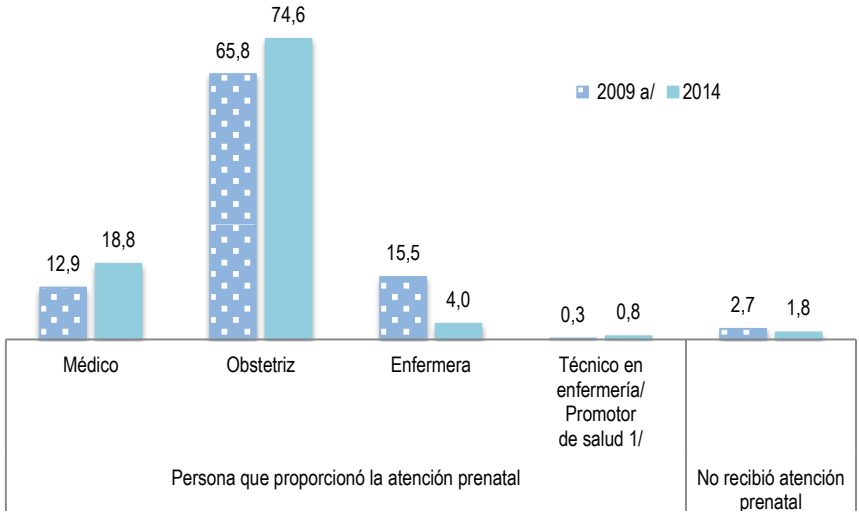
La atención de salud durante el embarazo es muy importante tanto para la madre como para la hija y/o hijo. Durante el control, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar alguna situación de cuidado (ejemplo, presión alta, anemia, entre otras) que pueda poner en peligro 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, se orienta a la madre sobre los temas de planificación familiar.

Atención prenatal por fuente de atención

El 97,4% de mujeres del departamento de Puno tuvo algún control prenatal por personal de salud calificado: 18,8% por médico, 74,6% por obstetriz y 4,0% por enfermera.

Entre los años 2009 y 2014, la atención prenatal por médico y obstetriz aumentaron en 5,9 y 8,8 puntos porcentuales, respectivamente.

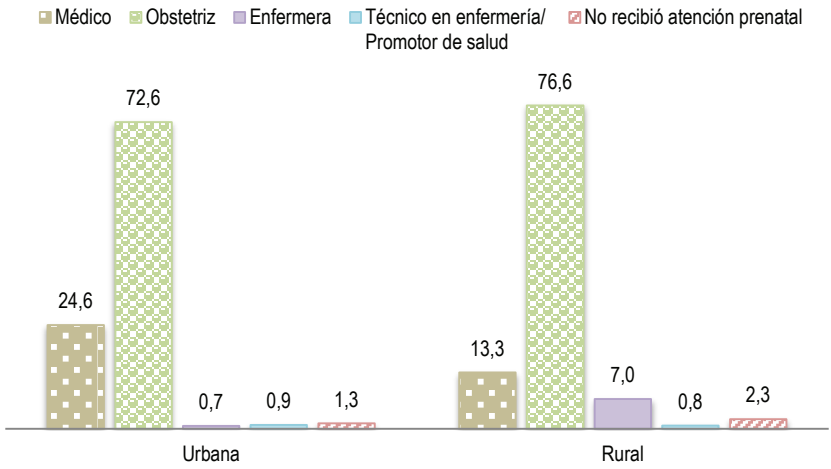
PUNO: PERSONA QUE PROPORCIONÓ EL CUIDADO PRENATAL PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO, 2009 Y 2014
(Distribución porcentual)



1/ En el año 2009 solo incluyó sanitario y promotor de salud.
a/ El total incluye otro (2,8%).
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según área de residencia, la atención por médico fue mayor entre las residentes en el área urbana (24,6%). En cambio, la atención por obstetriz y enfermera se observó más en el área rural (76,6% y 7,0%, respectivamente).

PUNO: PERSONA QUE PROPORCIONÓ EL CUIDADO PRENATAL PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2014
(Distribución porcentual)



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

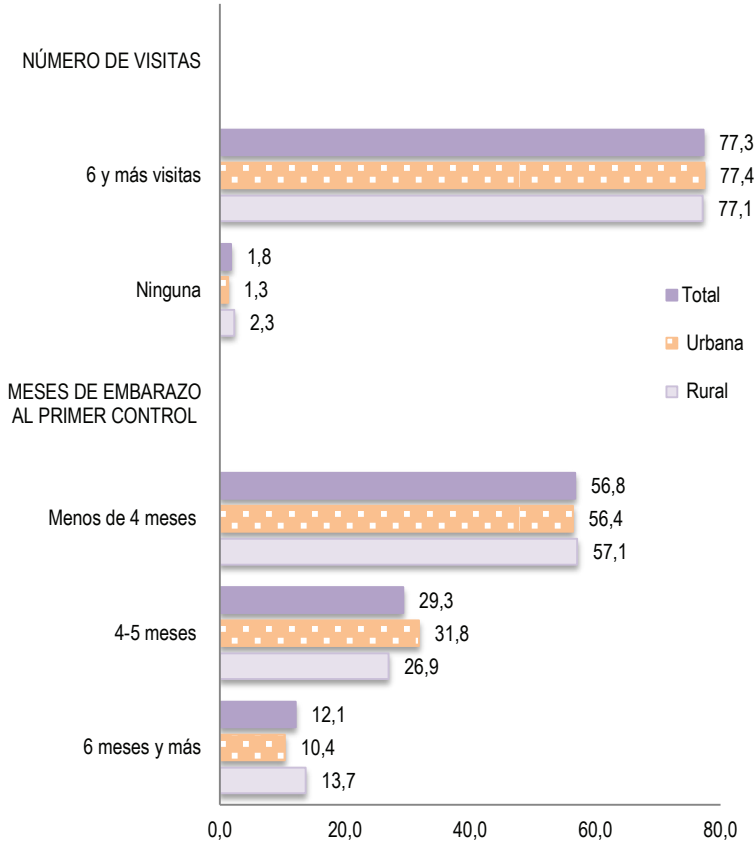
Número de visitas de atención prenatal y meses de embarazo al primer control

Para llevar una maternidad saludable y segura es importante cumplir con seis controles como mínimo.

El 77,3% de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta recibieron seis y más visitas de atención prenatal. La cobertura de visitas en el área urbana alcanzó el 77,4% y en el área rural el 77,1%.

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 en el parto. El 56,8% 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 (56,4%) o rural (57,1%).

PUNO: NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL Y MESES DE EMBARAZO AL PRIMER CONTROL, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2014
(Porcentaje)



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

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 nivel de accesibilidad de la población a un servicio de atención de emergencia obstétrica en caso de alguna complicación.

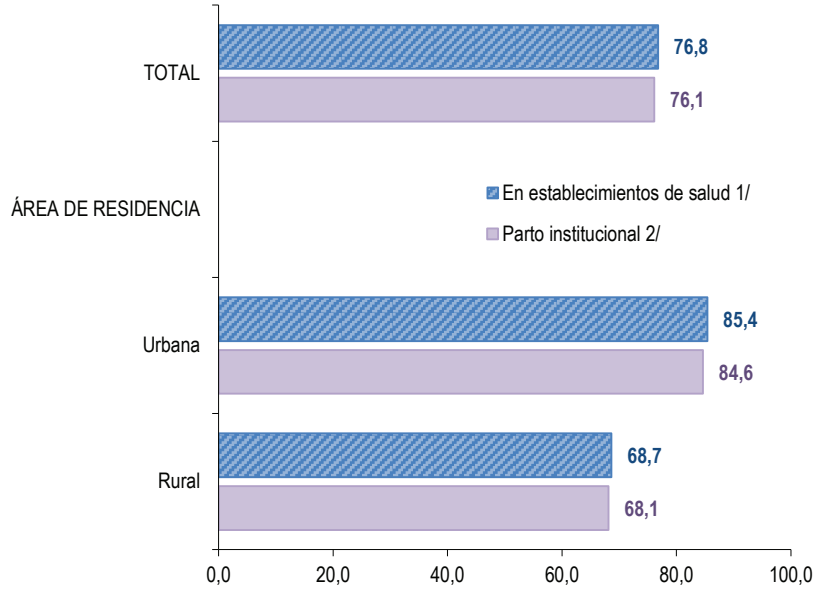
Parto en establecimiento de salud y parto institucional

En la Encuesta 2014, la proporción de partos atendidos en establecimientos de salud, ya sean públicos o privados fue 76,8%.

El parto institucional, definido como aquel parto atendido en un establecimiento de salud (público o privado) y por personal de salud calificado (médico, obstetriz y enfermera), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario fue 76,1%.

Según área de residencia, existió una diferencia de 16,5 puntos porcentuales en la cobertura de partos institucionales entre el área urbana y rural (84,6% frente a 68,1%).

PUNO: PARTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y PARTO INSTITUCIONAL, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2014
(Porcentaje)



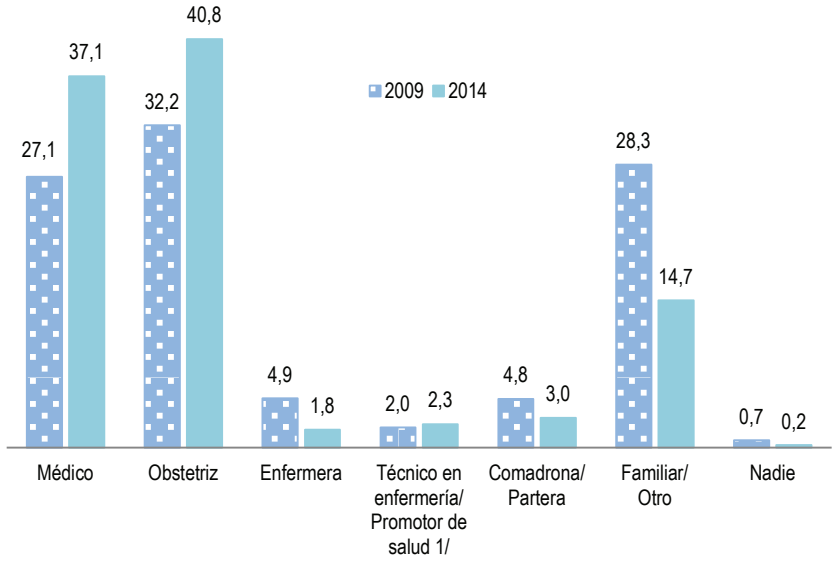
1/ Se refiere a los nacimientos que tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado).
2/ El parto institucional se refiere a los partos ocurridos en establecimientos de salud y que fueron atendidos por profesional de salud calificado.

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

Asistencia durante el parto

Entre los años 2009 y 2014, se advierte un incremento en la atención de parto por médico (de 27,1% a 37,1%). Asimismo, la atención por obstetriz aumentó de 32,2% en el año 2009 a 40,8% en el año 2014.

PUNO: PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA ATENCIÓN, 2009 Y 2014
(Distribución porcentual)

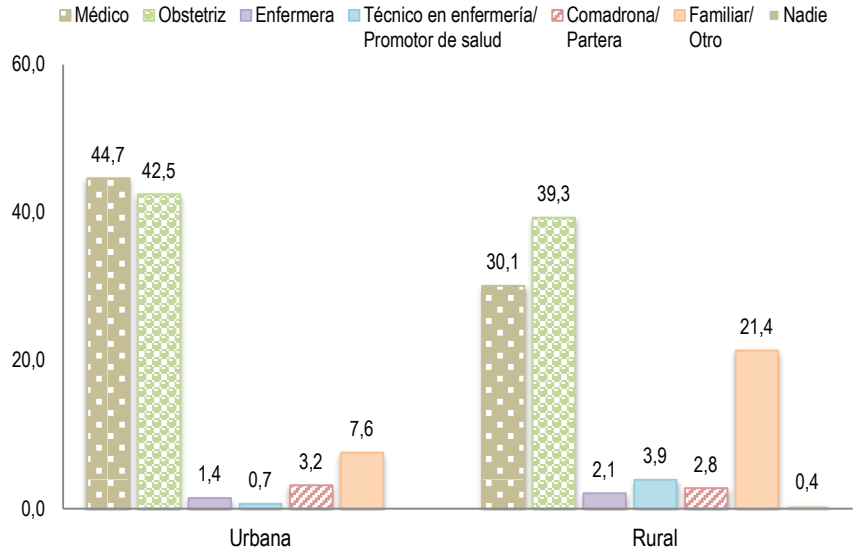


Nota: Se incluyen todos los nacimientos en el período de 0 - 59 meses antes de la entrevista. Si la mujer mencionó más de una persona, solamente se considera la más capacitada.
1/ En el año 2009 solo incluyó sanitario y promotor de salud.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según área de residencia, en el área urbana el 88,6% de nacimientos de menores de cinco años de edad fueron atendidos por personal calificado de salud (44,7% por médico, 42,5% por obstetriz y 1,4% por enfermera). En cambio, en el área rural fue 71,5%.

PUNO: PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA ATENCIÓN, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2014

(Distribución porcentual)



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.

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

7 SALUD INFANTIL

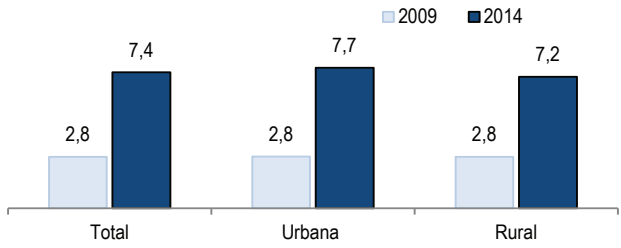
La salud infantil en el Perú ha continuado mejorando en la última década. Sin embargo, persisten problemas que merecen preferente atención como la diarrea infantil, mejoramiento de la cobertura de vacunación y, la superación del problema de morbilidad infantil en niñas y niños cuyas madres tienen menor nivel educativo, baja capacidad económica, residen en el área rural o en regiones de Sierra y Selva del país. La morbimortalidad 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 una niña o niño en el país.

Bajo peso al nacer

El peso al nacer es el primer peso del recién nacido después del parto. En el caso de los nacidos vivos, el bajo peso al nacer se define como el peso que no supera los 2 500 gramos (hasta 2 499 gramos inclusive). Las y los recién nacidos con bajo peso al nacer tienen un alto riesgo de mortalidad, morbilidad, crecimiento deficiente, pobre desarrollo cognitivo y psicomotor como resultados inmediatos.

En el departamento de Puno, el 7,4% de las niñas y niños nacidos vivos, pesó menos de 2,5 kg., este porcentaje varía si se trata del área urbana (7,7%) o rural (7,2%).

PUNO: NIÑAS Y NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



Nota: Información basada en la tarjeta de salud o por información de la madre.
Comprende nacidas y nacidos vivos durante los cinco años que precedieron la Encuesta.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Vacunación de niñas y niños

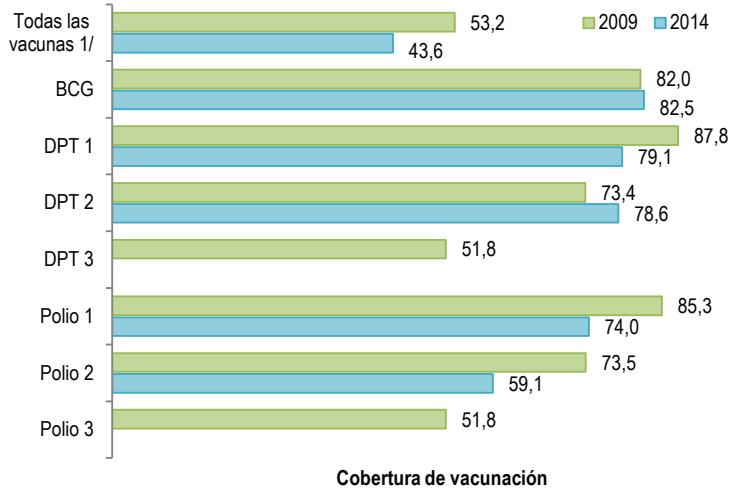
La Organización Mundial de la Salud recomienda una cobertura de 95,0% para el control de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación de niñas y niños menores de un año de edad a fin de mantener un alto grado de inmunidad en la población.

En el ámbito nacional, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud e inmunización a menores de un año de edad, ha modificado la prevalencia e incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles disminuyendo sus tasas de mortalidad y morbilidad.

Vacunación en niñas y niños menores de 12 meses de edad

El 43,6% de las y los menores de 12 meses de edad, recibió todas las vacunas básicas completas para su edad. La cobertura de vacunación fue mayor en el caso de la vacuna BCG con 82,5%.

PUNO: TIPO DE VACUNA RECIBIDA, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



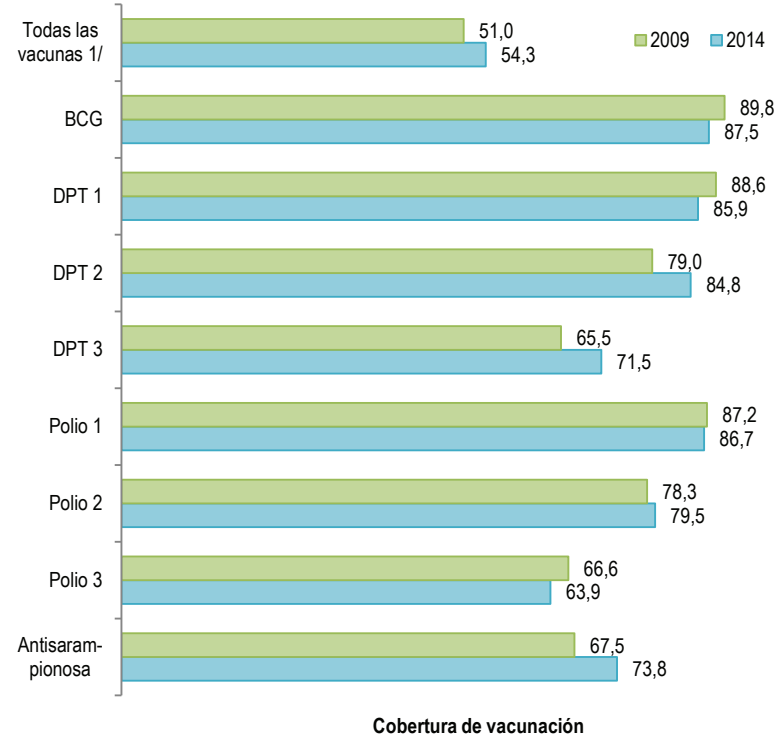
Nota: Los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar, no se muestran.
La cobertura total estimada es la suma de la información proveniente del carné de vacunación y la reportada por la madre. Los porcentajes de cada vacuna según fuente se calculan sobre el total de niñas y niños.
1/ "Todas las vacunas" comprende las vacunas básicas completas para menores de 12 meses de edad: una dosis de BCG, tres dosis de DPT y tres dosis de la vacuna antipoliomielitica.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Vacunación en niñas y niños menores de 36 meses de edad

En la prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación es fundamental tanto la inmunización oportuna como completar las dosis de vacunación, con lo cual se asegura que las niñas y niños queden totalmente protegidos contra las enfermedades consideradas en el esquema nacional de vacunación.

En el año 2014, el 54,3% de las niñas y niños menores de 36 meses de edad recibió todas las vacunas programadas para su edad.

PUNO: TIPO DE VACUNA RECIBIDA, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



Nota: La cobertura total estimada es la suma de la información proveniente del carné de vacunación y la reportada por la madre. Los porcentajes de cada vacuna según fuente se calculan sobre el total de niñas y niños.

1/ "Todas las vacunas" comprende las vacunas básicas completas para menores de 36 meses de edad: una dosis de BCG, tres dosis de DPT, tres dosis de la vacuna antipoliomielítica y una dosis de la vacuna antisarampionosa.

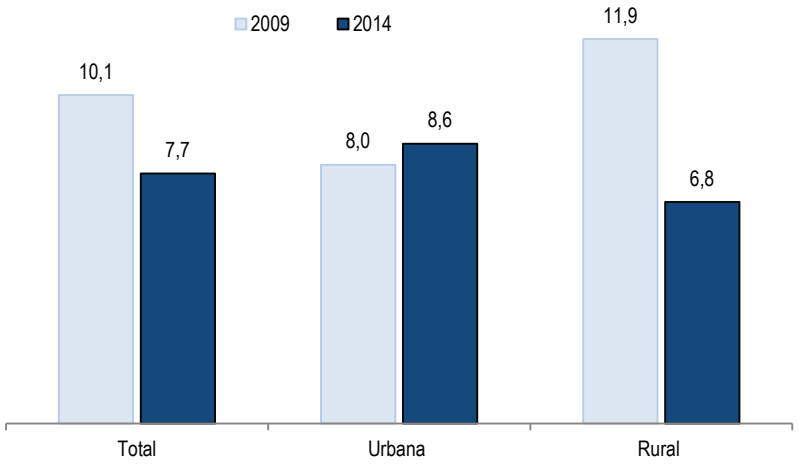
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Infección Respiratoria Aguda (IRA) en niñas y niños menores de cinco años de edad

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al 2013, las IRA ocasionaron la muerte de 4,3 millones de niñas y niños menores de cinco años, representando así el 30,0% del total de defunciones anuales de este grupo etario. La ocurrencia de esta enfermedad puede verse condicionada por un bajo peso al nacer, insuficiente lactancia materna, infecciones previas, esquema incompleto de vacunación y/o deficiencia de vitamina A.

En niñas y niños menores de cinco años de edad, la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) durante las dos semanas que precedieron la Encuesta fue de 7,7%; en el año 2009 llegó a 10,1%. Esta enfermedad afectó más en el área urbana (8,6%) que en el área rural (6,8%).

PUNO: PREVALENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA), POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



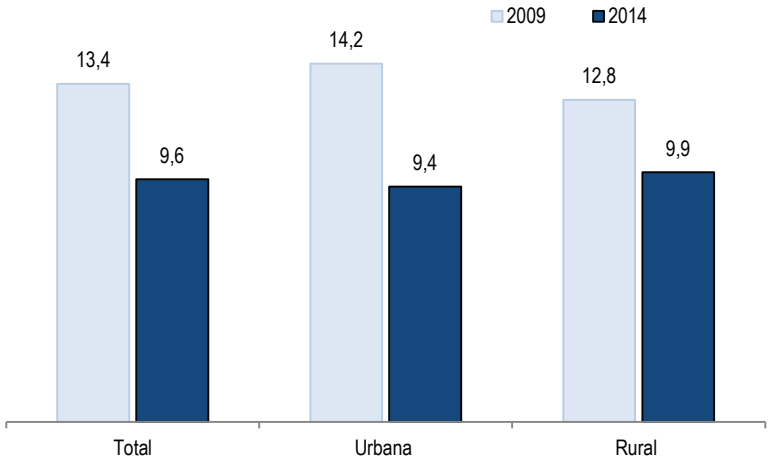
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niñas y niños menores de cinco años de edad

Las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte en niñas y niños menores de cinco años de edad. Durante un episodio diarreico se pierde agua, sales y nutrientes necesarios para la supervivencia y el crecimiento. Asimismo, las niñas y niños que presentan EDA son más propensos a padecer desnutrición, lo que a su vez los hace más vulnerables a contraer nuevamente enfermedades diarreicas.

La prevalencia de diarrea en niñas y niños menores de cinco años de edad, durante las dos semanas que precedieron la Encuesta 2014, alcanza el 9,6%. Esta cifra revela una disminución con respecto al año 2009 (13,4%). Asimismo, disminuyó en el área urbana de 14,2% a 9,4% y el área rural de 12,8% a 9,9%, durante el mismo periodo.

PUNO: PREVALENCIA DE DIARREA, POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2014
(Porcentaje)

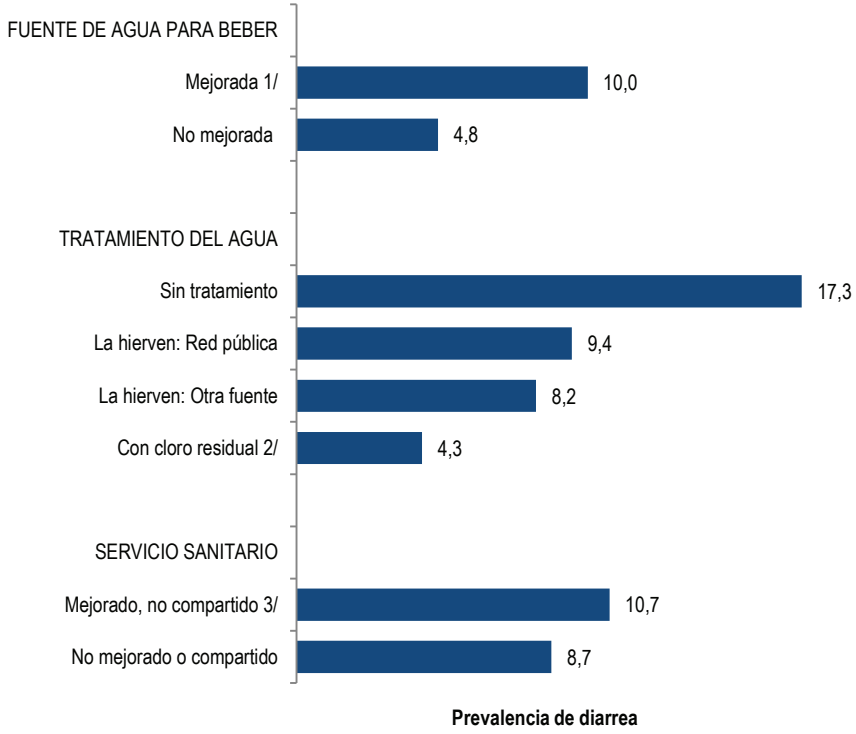


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Los sanitaristas de la OMS estiman que un 88,0% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento e higiene deficientes.

La prevalencia de diarrea fue mayor entre las niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento (17,3%).

PUNO: PREVALENCIA DE DIARREA, POR ACCESO AL AGUA Y AL SANEAMIENTO BÁSICO, 2014
(Porcentaje)



Nota: Los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar, no se muestran.
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.

8 NUTRICIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES

Anemia en niñas, niños y mujeres

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 de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, que existe un déficit 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 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.

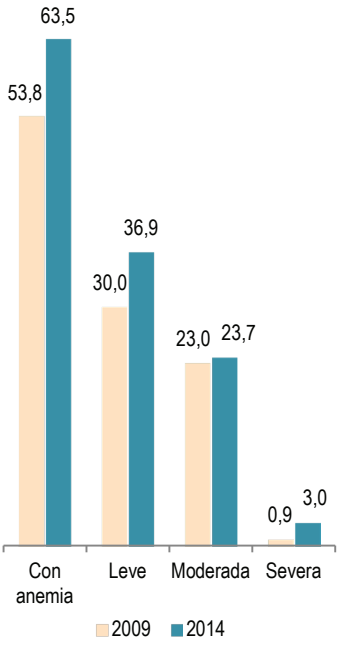
Anemia severa:	< 7,0 g/dl
Anemia moderada:	7,0-9,9 g/dl
Anemia leve:	10,0-11,9 g/dl (10,0-10,9 para las mujeres embarazadas y para las niñas y niños).

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 en 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.

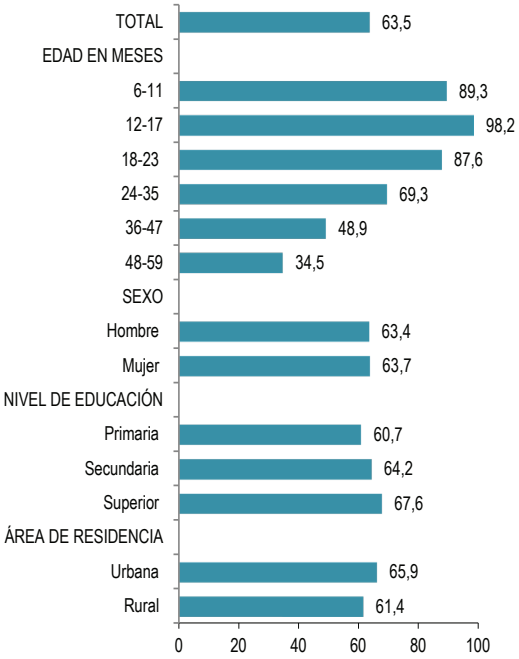
Niñas y niños de 6 a 59 meses de edad

En el departamento de Puno, la anemia en niñas y niños de 6 a 59 meses de edad alcanza el 63,5%; la mayor proporción de anemia es leve (36,9%). La prevalencia de anemia es mayor entre los 6 y 23 meses de edad, en las niñas, mientras que en el resto de características el porcentaje supera el 60%.

PUNO: ANEMIA, POR TIPO, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



PUNO: ANEMIA, POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014
(Porcentaje)

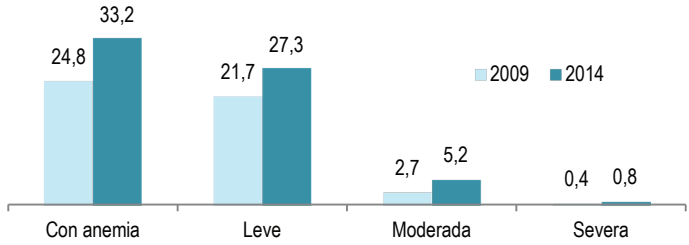


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Mujeres de 15 a 49 años de edad

Esta enfermedad también la padecen el 33,2% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, principalmente el tipo de anemia leve (27,3%).

PUNO: ANEMIA EN MUJERES, POR TIPO, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



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

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[1]. 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)[2] y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez.

Desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años

La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país 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[3].

1 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.

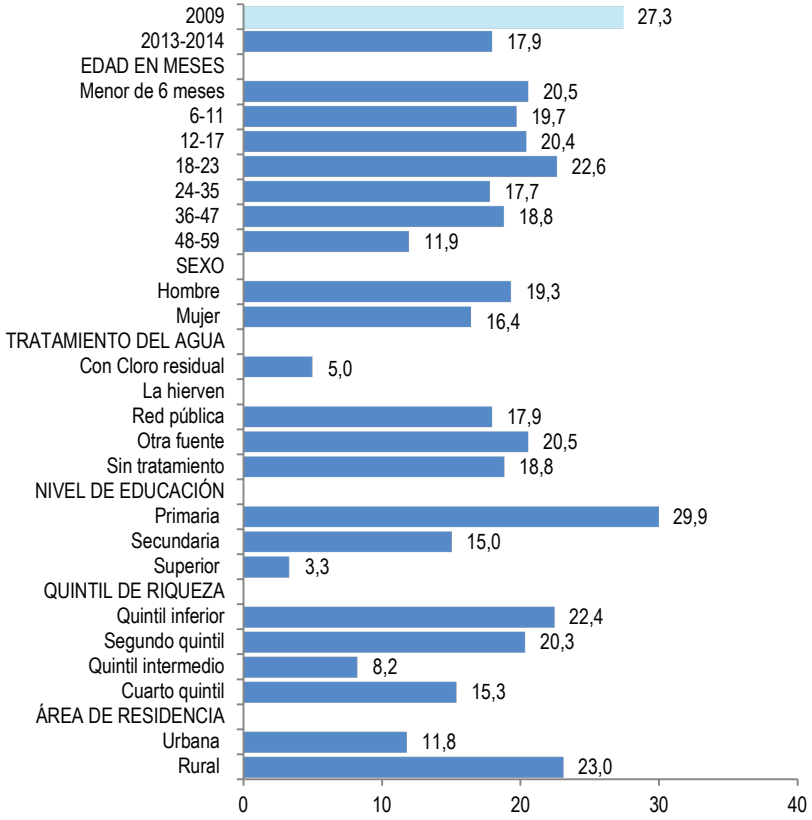
2 Victoria C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Ritcher L, Sachdev H, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition; 2008: 23-40.

3 INEI. Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de Cinco Años a Nivel Provincial y Distrital, 2007, pág.7. Lima, 2009.

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.

La desnutrición crónica afectó al 17,9% de niñas y niños menores de cinco años de edad, 9,4 puntos porcentuales menor al registrado en el 2009 (27,3%). Fue más frecuente en las hijas o hijos de madres con educación primaria.

PUNO: DESNUTRICIÓN CRÓNICA (PATRÓN OMS), POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2013-2014
(Porcentaje)



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

Nutrición de las mujeres

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 bajo peso del neonato está asociado a la mortalidad infantil[4].

Peso y masa corporal de las mujeres en edad fértil

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

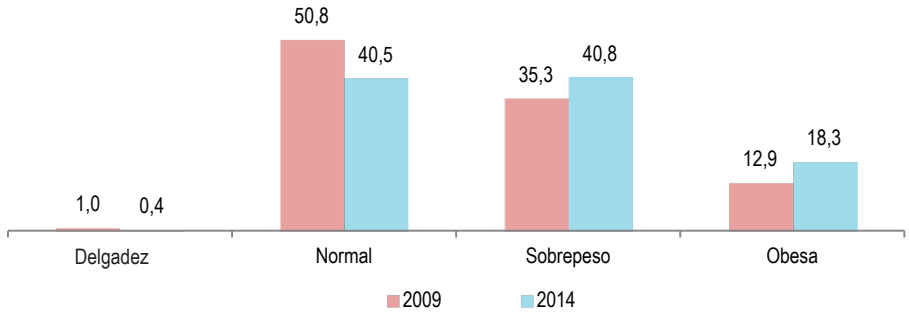
Adicionalmente, para las mujeres en edad fértil, un peso adecuado antes de la gestación es un factor importante para que el embarazo culmine de manera adecuada. Las mujeres que inician la gestación con un peso adecuado tienen menor riesgo de parto prematuro. Asimismo, el peso corporal de la mujer previo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

El sobrepeso (40,8%) y la obesidad (18,3%) afectan al 59,1% de las mujeres en edad fértil. Comparando el año 2009 con el 2014, la proporción de mujeres obesas subió de 12,9% a 18,3%. El sobrepeso se presenta en mayor porcentaje en mujeres del quintil superior de riqueza y con educación superior, mientras que la obesidad resalta entre los 30 y 49 años de edad y con educación primaria.

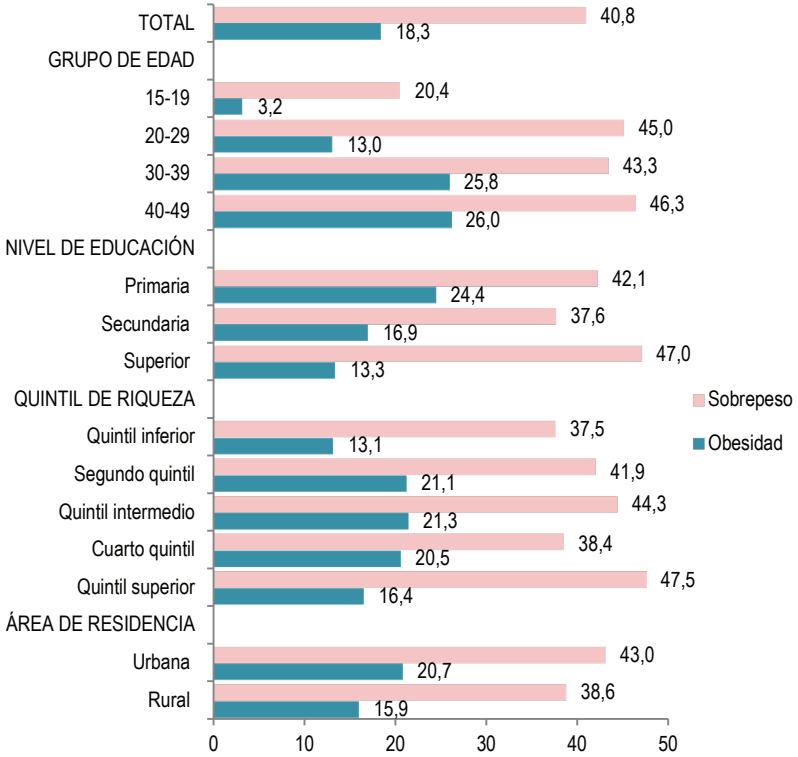
4 Jorge Miranda Massari y Michael González. Nutrición para las futuras madres. Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

PUNO: SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



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

PUNO: SOBREPESO Y OBESIDAD, POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014
(Porcentaje)



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

9 CONOCIMIENTO DE VIH E ITS

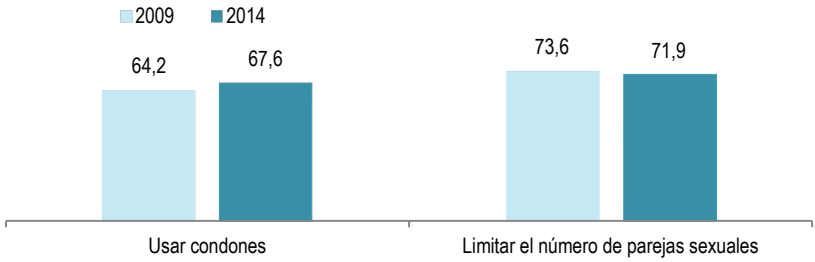
En la mayoría de los países en desarrollo, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva, después de aquellas relacionadas con la maternidad. La prevención y el tratamiento de las ITS constituyen un mecanismo de 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, así desde el primer caso diagnosticado de SIDA en el Perú en el año 1983 hasta noviembre del 2014, se han reportado 31 mil 600 casos de SIDA y 51 mil 998 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.

Conocimiento de formas específicas de evitar el VIH

Sobre el conocimiento de formas específicas de evitar el VIH, en el departamento de Puno, el 67,6% manifestó el uso del condón y el 71,9% respondió limitar el número de parejas sexuales.

PUNO: FORMAS ESPECÍFICAS DE EVITAR EL VIH, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



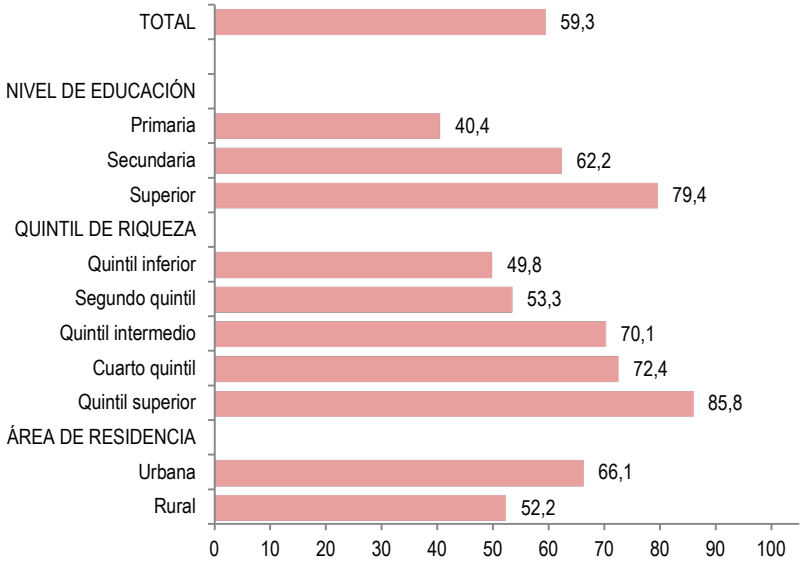
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1 Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología / Boletín Mensual Noviembre 2014.

Conocimiento de las mujeres de aspectos relacionados con el VIH

El 59,3% de mujeres manifestaron que una persona que parece saludable pueda tener el VIH. Los mayores porcentajes de mujeres con esta opinión, fueron: quienes se ubicaron en el quintil superior de riqueza y las que alcanzaron la educación superior.

PUNO: PERSONA QUE PARECE SALUDABLE PUEDA TENER EL VIH, POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014
(Porcentaje)



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

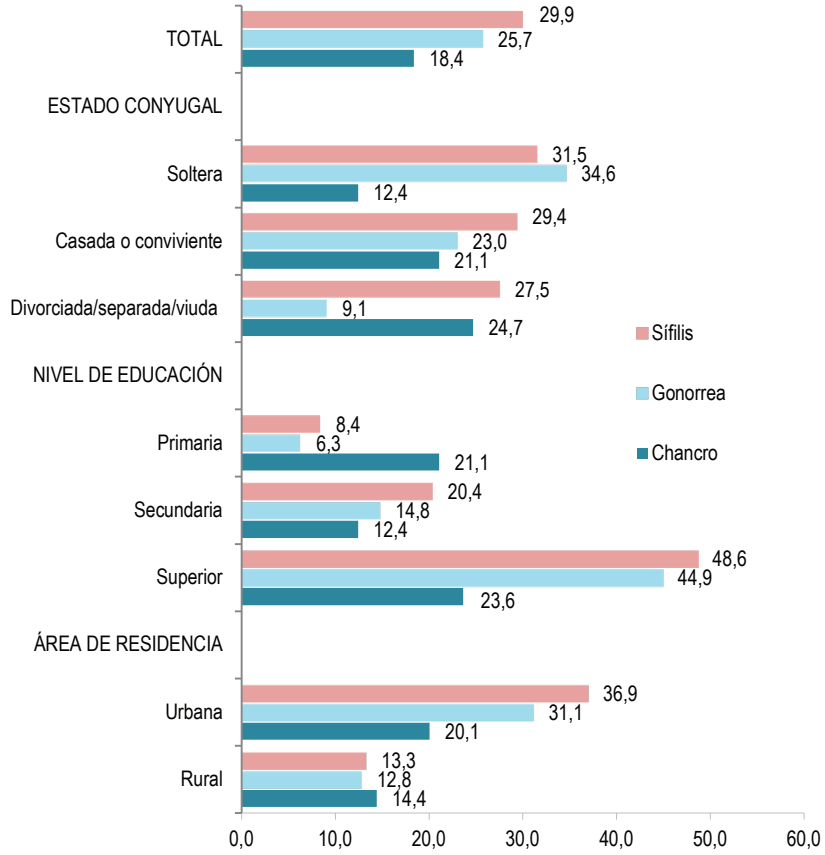
Conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Los programas de control de VIH reconocen, en la actualidad, la importancia de controlar las ITS para reducir la transmisión del virus. Se reconoce que entre los esfuerzos necesarios, uno de los más importantes es la educación para que la población reconozca los síntomas de las ITS. Asimismo, poco se sabe sobre cómo las personas perciben y responden a las ITS.

Mujeres en edad fértil que conocen ITS específicas

La sífilis fue la enfermedad más reconocida por las mujeres (29,9%), siendo mayor su proporción entre las mujeres con educación superior y del área urbana. Otra enfermedad conocida fue la gonorrea (25,7%), sobre todo entre las mujeres con educación superior y soltera. El chancro (18,4%), fue más conocido por mujeres divorciadas/separadas/viudas y con educación superior.

PUNO: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ESPECÍFICAS, POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014
(Porcentaje)



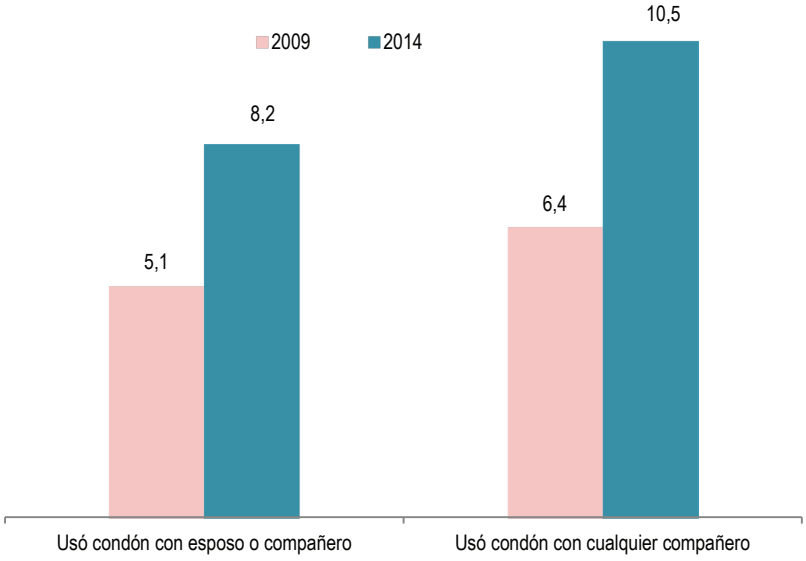
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

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.

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 8,2% usó condón con su esposo o compañero, en el año 2009 fue 5,1%; y, un 10,5% usó condón con cualquier compañero, en el año 2009 fue 6,4%.

PUNO: USO DEL CONDÓN POR TIPO DE COMPAÑERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



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

10 VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, NIÑAS Y NIÑOS

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) recoge información acerca de la violencia familiar con el fin de conocer las características de este problema contra las mujeres en edad fértil (15-49 años), lo que permite contar con datos nacionales sobre la prevalencia de la violencia en el Perú. En este mismo módulo se incluyó preguntas relacionadas a la violencia contra niñas/os de uno a cinco años de edad.

La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado[1]. Esta manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra, afecta la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres, niñas y niños; sin embargo, la violencia es un problema que generalmente se calla y se oculta principalmente por la propia víctima; se la instituye como práctica cotidiana, perpetuándose a través de generaciones en la crianza de las hijas e hijos; los que a su vez pueden replicarla cuando son padres.

Las estadísticas de violencia contra la mujer y el maltrato a 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.

Violencia familiar

La violencia familiar son todos los actos de agresión que se producen en el seno de un hogar, es decir, la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno o contra todos ellos. Incluye casos de violencia contra la mujer, maltrato infantil o violencia contra el hombre.

1 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer, 2009-2015. Lima 2009.

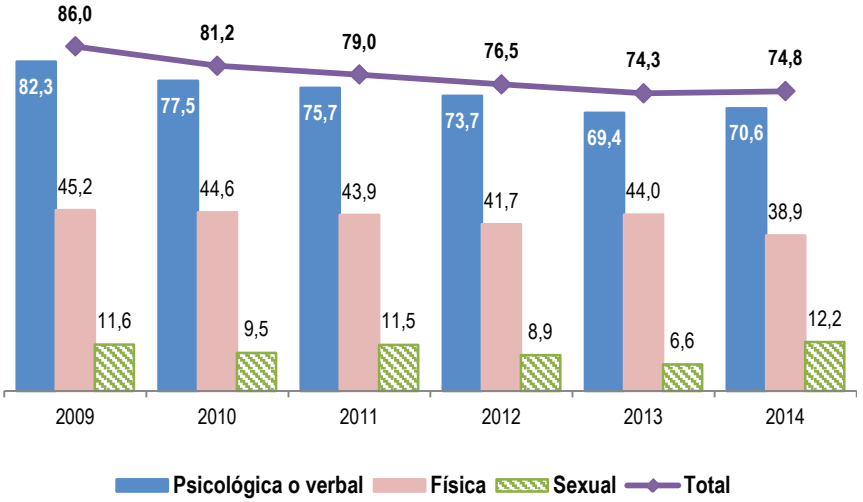
En el año 2014, en el departamento de Puno, el 74,8 % de las mujeres alguna vez unidas sufrieron alguna vez violencia por parte del esposo o compañero, porcentaje reducido en 11,2 puntos porcentuales cuando se compara con el año 2009. Las formas de violencia son:

Violencia psicológica y/o verbal, es la agresión a través de palabras, injurias, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control, humillaciones, amenazas y otras acciones para socavar su autoestima. En Puno, se puede apreciar que el 70,6% de las mujeres alguna vez unidas (casadas, convivientes, divorciadas, separadas o viudas) enfrentaron violencia psicológica y/o verbal.

Violencia Física, es la agresión ejercida mediante golpes, empujones, abofeteadas, patadas, entre otras; este porcentaje representó el 38,9%.

Violencia sexual, es el acto de coacción hacia una persona a fin de que realice actos sexuales que ella no aprueba o la obliga a tener relaciones sexuales sin su consentimiento. En Puno, el 12,2% de mujeres alguna vez unidas declararon haber experimentado este tipo de violencia.

PUNO: VIOLENCIA FAMILIAR CONTRA LA MUJER EJERCIDA ALGUNA VEZ POR EL ESPOSO O COMPAÑERO, 2009-2014
(Porcentaje)



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

Violencia física y/o sexual en los últimos 12 meses

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar preguntó a las mujeres alguna vez unidas (casadas, convivientes, divorciadas, separadas o viudas), si su actual o última pareja (esposo o compañero) había ejercido violencia física y/o sexual contra ellas, en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista.

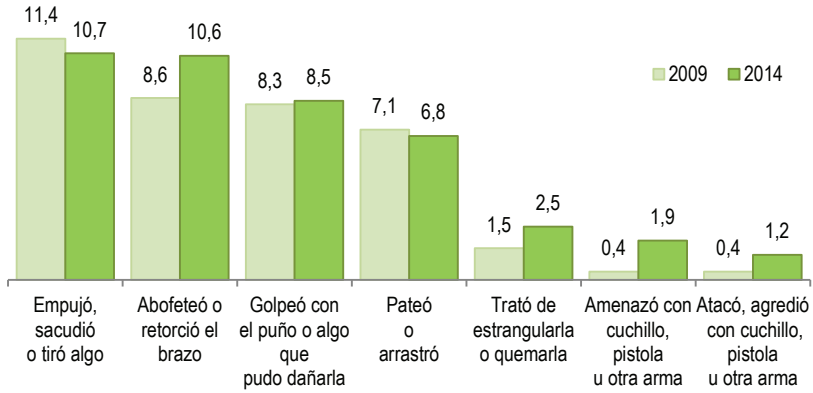
En Puno, el 16,9% declaró haber sufrido violencia física y/o sexual por parte del esposo o compañero en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista.

Violencia física

El 14,9% de las mujeres alguna vez unidas experimentaron violencia física por parte de su esposo o compañero. Entre las formas, los empujones y las abofeteadas o retorcidas de brazo presentaron el mayor porcentaje (10,7% y 10,6% respectivamente); siguen las golpeadas con el puño o con algo que pudo dañarla (8,5%) y las que fueron pateadas o arrastradas (6,8%).

En Puno se aprecia aumento de otras formas de violencia física que aunque se presentan en menor porcentaje, podrían ser peligrosas y hasta causar la muerte, como tratar de estrangularla o quemarla, atacarla/agredirla/amenazarla con cuchillo, pistola u otra arma.

PUNO: VIOLENCIA FAMILIAR CONTRA LA MUJER, EJERCIDA ALGUNA VEZ POR EL ESPOSO O COMPAÑERO, 2009 Y 2014
(Porcentaje)

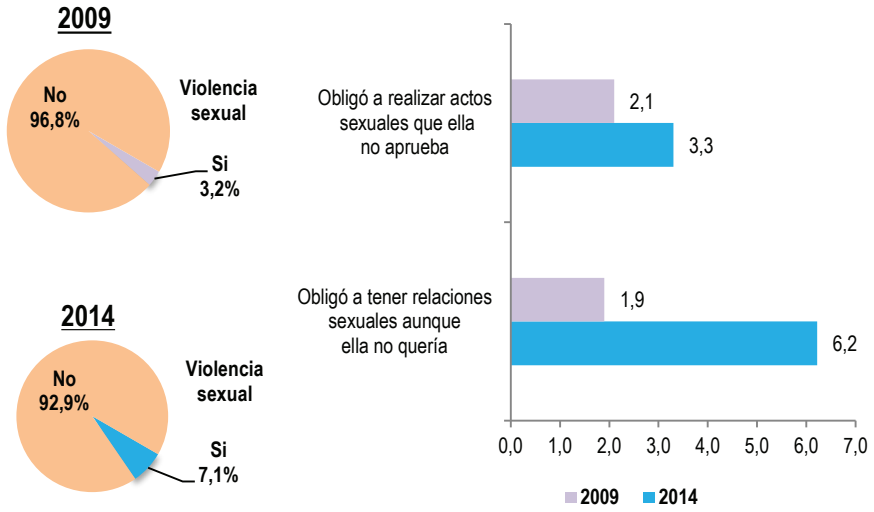


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Violencia sexual

El 7,1% de las mujeres alguna vez unidas declararon que en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, habían sufrido algún tipo de violencia sexual. El 6,2% manifestó que su esposo o compañero las obligó a tener relaciones sexuales aunque ella no quería y el 3,3% declaró que las obligó a realizar actos sexuales que ella no aprobaba.

PUNO: VIOLENCIA SEXUAL EJERCIDA POR EL ESPOSO O COMPAÑERO, 2009 Y 2014
(Porcentaje)

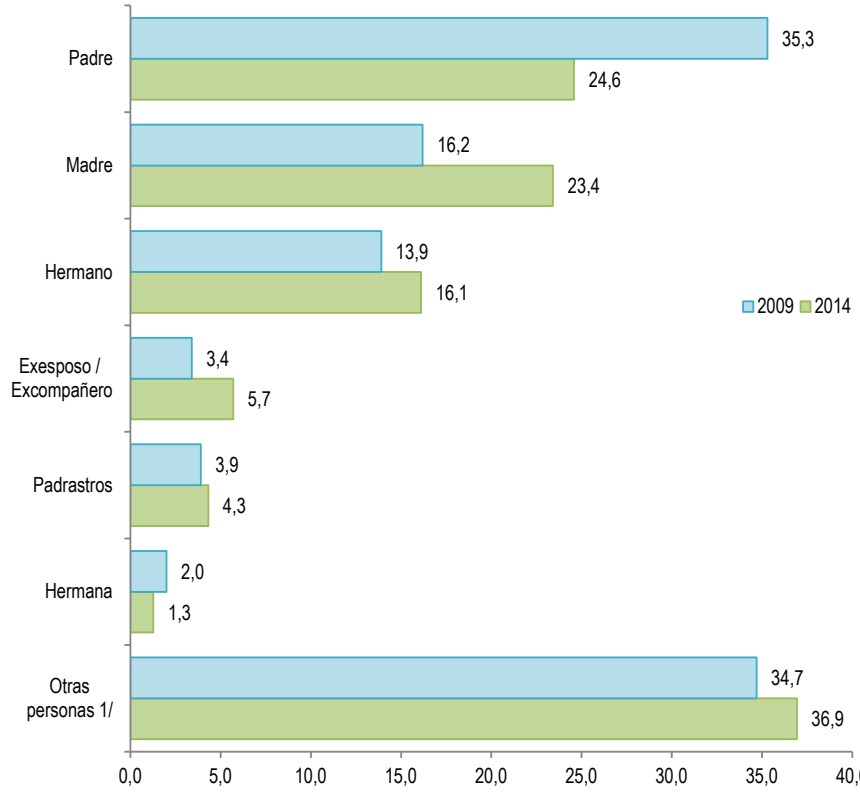


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Violencia física ejercida por otra persona

Entre las personas que ejercieron violencia física, aparte del esposo o compañero, las mujeres mencionaron en mayor porcentaje a personas como familiar, pariente, amiga/o, empleador/a, extraña/o (36,9%); siguen padre (24,6%) y madre (23,4%), entre otras menciones.

PUNO: VIOLENCIA FÍSICA EJERCIDA POR OTRA PERSONA, 2009 Y 2014
(Porcentaje)



1/ Familiar, pariente, amiga/o, empleador/a, extraña/o.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

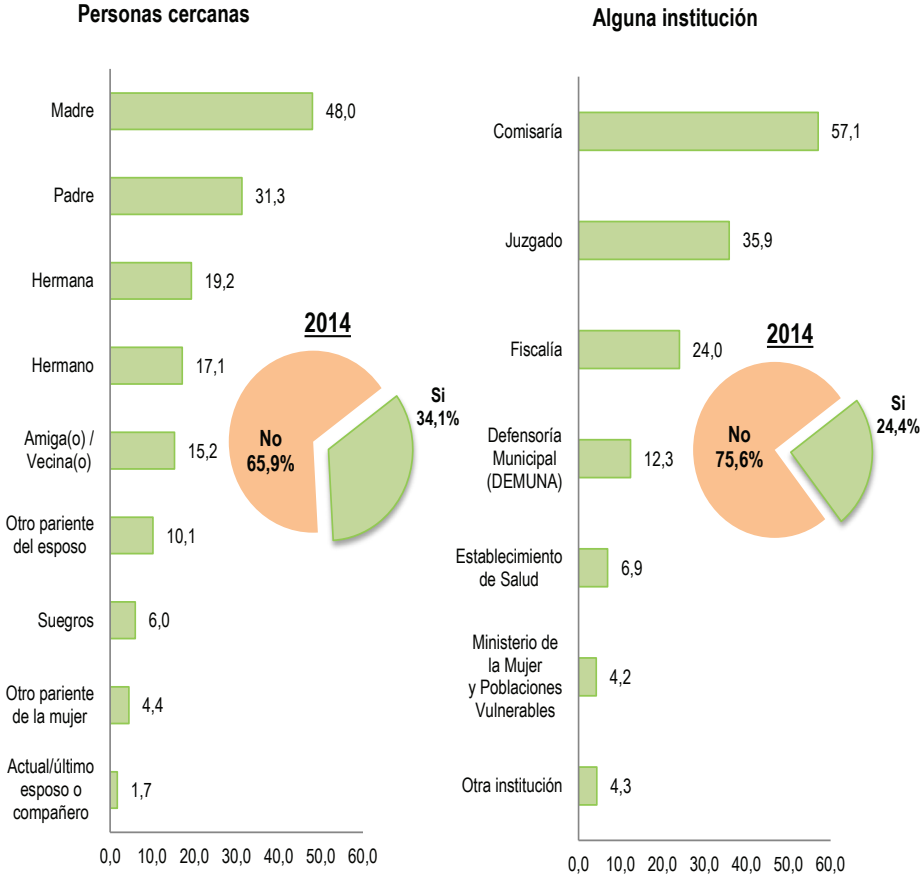
Solicitud de ayuda en personas cercanas y en alguna institución

A todas las mujeres -alguna vez unidas y nunca unidas- que alguna vez experimentaron violencia física por parte del esposo/compañero o de otra persona, se les preguntó si pidieron ayuda y a dónde acudieron, obteniéndose que en mayor porcentaje recurrieran a personas cercanas (34,1%), en tanto que, el 24,4% de mujeres buscó ayuda en alguna institución.

En Puno, las mujeres entrevistadas que sufrieron violencia física, recurrieron en mayor porcentaje a la madre y al padre (48,0% y 31,3%, respectivamente); siguen hermana, hermano, amiga(o)/vecina/o), entre otras.

A nivel de instituciones, se aprecia que el 57,1% de las mujeres agredidas físicamente acudió a una comisaría; también recurrieron a un Juzgado y a una Fiscalía en porcentajes significativos (35,9% y 24,0%, respectivamente).

PUNO: MUJERES QUE EXPERIMENTARON VIOLENCIA FÍSICA Y QUE PIDIERON AYUDA, 2014
(Porcentaje)



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

Principales formas que utilizan los padres biológicos para corregir a sus hijas e hijos de uno a cinco años de edad

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar incluyó en el módulo de Violencia doméstica, preguntas sobre las formas que utilizan los padres para corregir a sus hijas/os de uno a cinco años de edad; información que permitirá conocer el uso de la violencia contra niñas y niños de este grupo de edad.

El maltrato infantil es cualquier acción u omisión no accidental de un adulto a un niño, provocando un daño en su integridad física, psicológica y/o social. Los niños generalmente son víctimas pasivas de los adultos, manifestando su victimización primaria con ansiedad, angustia, abatimiento, miedo a que se repita, culpabilidad, etc[2].

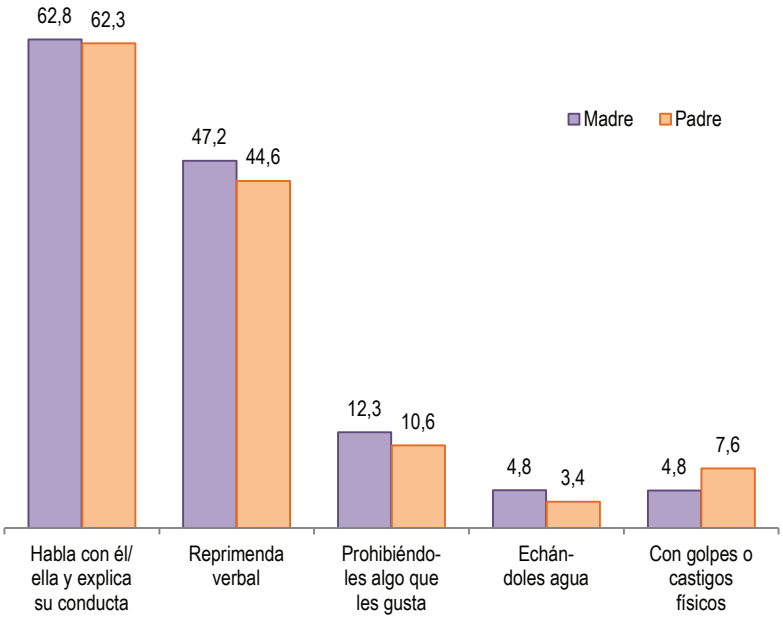
Entre las formas para corregir a sus hijas/os, la madre y el padre tienen mayor preferencia por hablar con él o ella y explicar su conducta cuando se porta mal, no hace caso o muestra falta de respeto (62,8% y 62,3%, respectivamente).

La violencia física como golpes/castigos físicos en menores de uno a cinco años de edad fue ejercida en mayor proporción por el padre (7,6%) frente al porcentaje observado en la madre (4,8%).

2 Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadana contra las niñas, los niños y los adolescentes, México.

PUNO: PRINCIPALES FORMAS UTILIZADAS PARA CORREGIR A HIJAS/OS DE UNO A CINCO AÑOS DE EDAD, 2014

(Porcentaje)



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