



Capítulo 1

Programa de Enfermedades No Transmisibles

1. Programa de Enfermedades No Transmisibles

Las enfermedades no transmisibles —o crónicas—, son afecciones de larga duración que, por lo general, evolucionan lentamente y no se transmiten de persona a persona. Estas enfermedades afectan a todos los grupos de edad y representan un grupo heterogéneo de padecimientos como la diabetes e hipertensión arterial, entre otros; constituyendo un problema de salud pública por ser una causa de morbilidad, en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable.

1.1 HIPERTENSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del círculo arterial es elevada. Esta afección trae como consecuencia el daño progresivo de diversos órganos del cuerpo, así como el esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear sangre a través de los vasos sanguíneos.

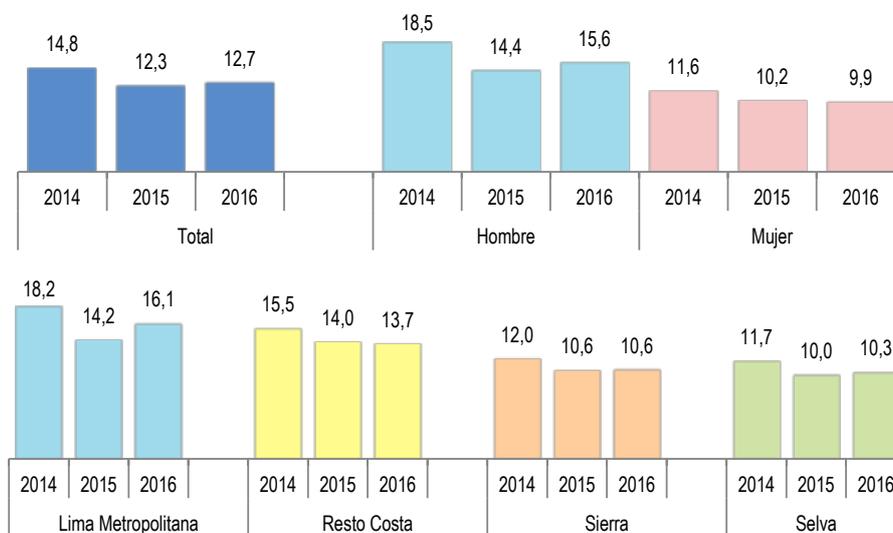
1.1.1 Presión arterial alta

La presión arterial elevada se refiere al registro cuantificado, por encima de valores normales de la presión sistólica (PAS \geq 140 mm Hg) y/o diastólica (PAD \geq 90 mm Hg) en una persona bajo condiciones estándares para la medición. Para ello, se realiza al menos dos mediciones completas, donde cada medición implica la medición de la PAS y PAD, y se utiliza el valor promedio de PAS y el valor promedio de PAD para determinar el valor de la presión arterial.

En la ENDES 2016 se realizó la medición de la presión arterial a la población de 15 y más años de edad; y se encontró a un 12,7% con presión arterial alta; en el 2015 fue de 12,3%. Según sexo, los hombres son más afectados (15,6%) que las mujeres (9,9%), igual relación que en el 2015 (los hombres 14,4% y las mujeres 10,2%).

Según región natural, la prevalencia de presión arterial alta fue mayor en Lima Metropolitana con 16,1%, seguido por el Resto Costa con 13,7%. La menor prevalencia se registró en la Selva y en la Sierra con 10,3% y 10,6% respectivamente.

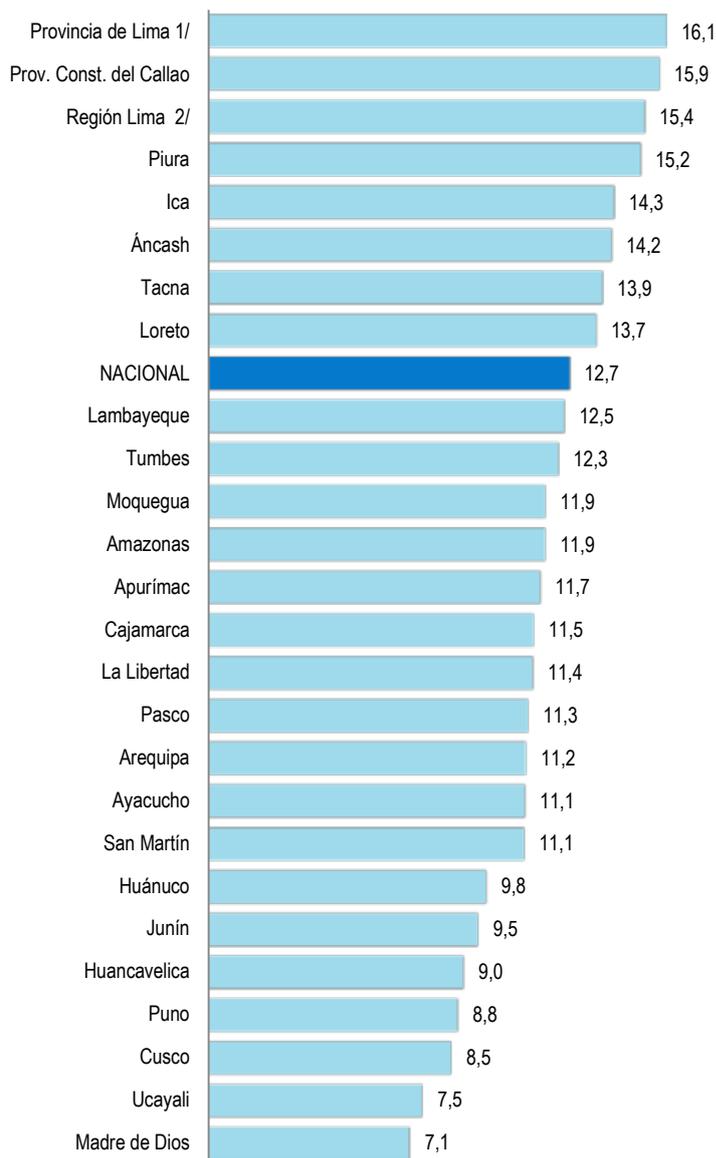
GRÁFICO N° 1.1
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA,
SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
(Porcentaje)



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

Según región, de acuerdo a la medición efectuada en el 2016 los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que presentaron presión arterial alta, por encima del promedio nacional, se registraron en la Provincia de Lima (16,1%), la Provincia Constitucional del Callao (15,9%) y en la Región Lima (15,4%). Los menores porcentajes se presentaron en Madre de Dios (7,1%), Ucayali (7,5%) y Cusco (8,5%).

GRÁFICO N° 1.2
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA,
SEGÚN REGIÓN, 2016
 (Porcentaje)



Nota: Se considera hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) es ≥ 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica (PAD) es ≥ 90 mm Hg. Excluye a mujeres gestantes.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

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

1.1.2 Hipertensión arterial por diagnóstico

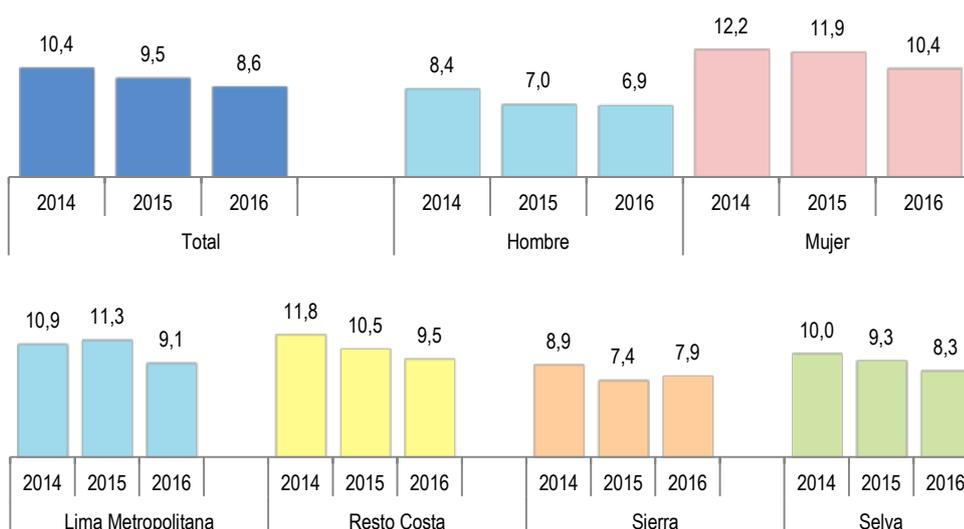
La presión arterial alta diagnosticada por un profesional de salud en un establecimiento de salud, se refiere a la experiencia reportada por la persona encuestada de haber recibido un diagnóstico de hipertensión arterial.

En el 2016, el 8,6% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticado con hipertensión arterial por un médico u otro profesional de la salud; esta situación ha disminuido con respecto al 2015 en 0,9 puntos porcentuales.

En el 2016, la población femenina que padece la enfermedad alcanzó el 10,4% mayor que en la masculina (6,9%), esta brecha se observa también en el 2015.

A nivel de región natural, en el 2016, los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial se presentaron en el Resto Costa con 9,5% y en Lima Metropolitana con 9,1%; y, los menores porcentajes en la Sierra y Selva, con 7,9% y 8,3% respectivamente.

GRÁFICO N° 1.3
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
(Porcentaje)



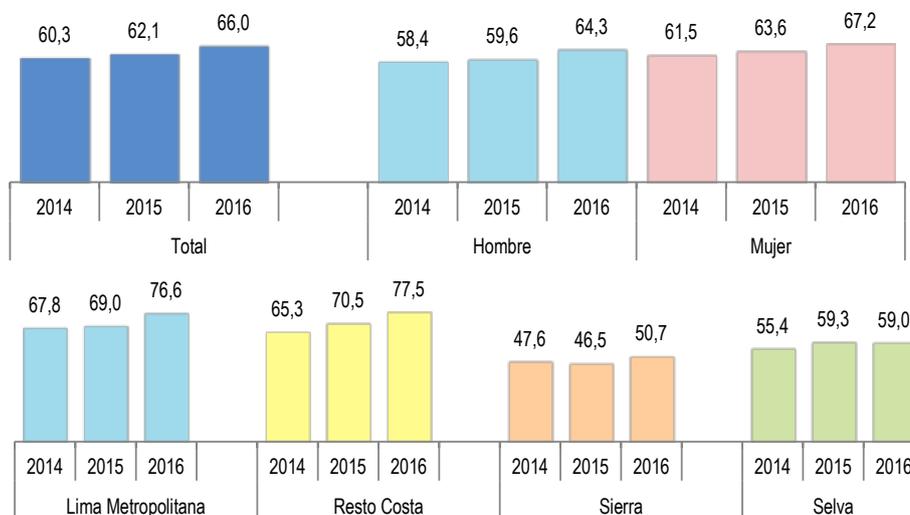
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

a) Hipertensión arterial y tratamiento médico en los últimos 12 meses

En el 2016, el 66,0% de la población con diagnóstico médico de hipertensión arterial, recibió y/o compró medicamentos para controlar la presión alta; con respecto al 2015 aumentó en 3,9 puntos porcentuales. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó el 67,2% y la masculina 64,3%.

La mayor proporción de hipertensos con tratamiento, en el 2016, reside en el Resto Costa con 77,5% y en Lima Metropolitana con 76,6%; seguido por la Selva y Sierra con 59,0% y 50,7% respectivamente. Comparado con los resultados del 2015, aumentaron en Lima Metropolitana y Resto Costa, alrededor de 7,0 puntos porcentuales y en la Sierra se incrementó en 4,2 puntos porcentuales; resultados distintos se observan en la Selva donde la prevalencia se ha mantenido.

GRÁFICO N° 1.4
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



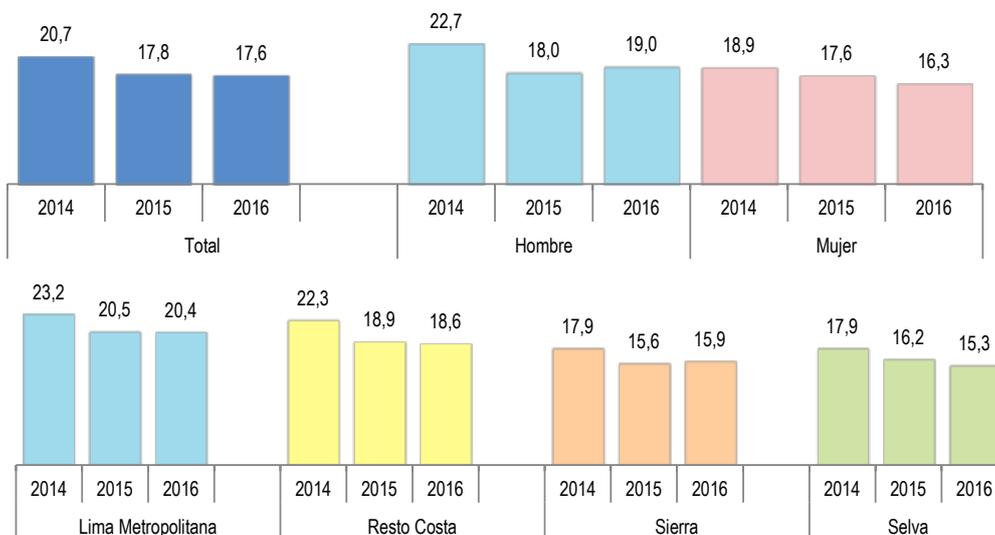
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

b) Presión arterial alta y diagnóstico en los últimos 12 meses

La prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 y más años de edad, de acuerdo a la medición de la presión arterial efectuada por el personal de campo y por autoreporte del entrevistado diagnosticado como hipertenso por un profesional de la salud, fue de 17,6% en el 2016. En el 2015, esta prevalencia fue de 17,8%.

Siendo más afectados los hombres (19,0%) que las mujeres (16,3%). La mayor proporción reside en Lima Metropolitana con 20,4%, Resto Costa con 18,6%, seguido por la Sierra y Selva con 15,9% y 15,3% respectivamente.

GRÁFICO N° 1.5
PERÚ: PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y DIAGNÓSTICO, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



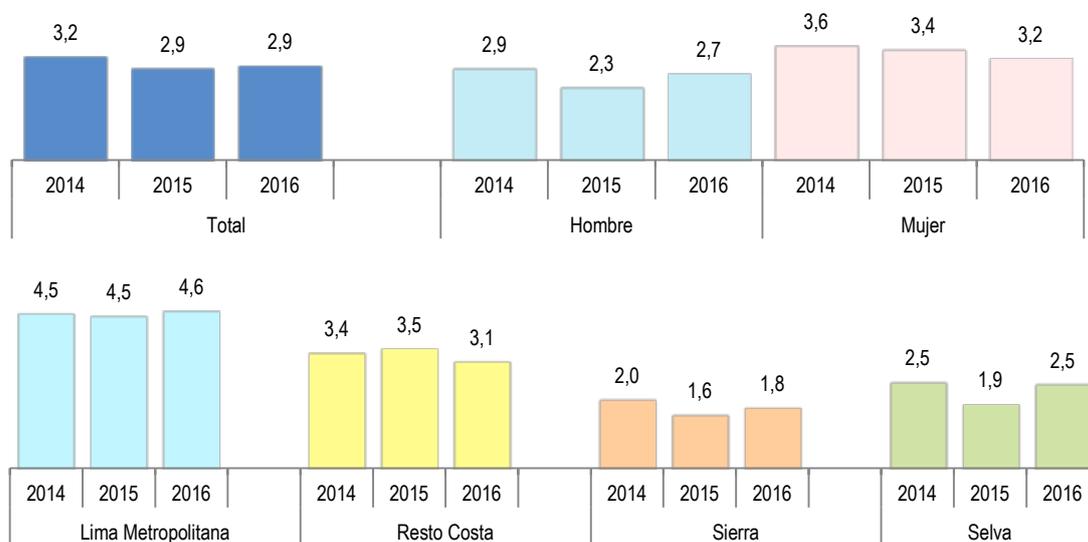
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.2 DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar niveles altos de azúcar en la sangre (glucemia). La causa de esta afección se puede deber a un funcionamiento incorrecto del páncreas (glándula que normalmente produce la hormona insulina) o por una respuesta inadecuada del organismo ante esta hormona.

En el 2016, el 2,9% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticada con diabetes mellitus, manteniéndose en el mismo valor que el 2015. Siendo la población femenina la más afectada (3,2%) respecto a la masculina (2,7%). Asimismo, por región natural, en el 2016, el mayor porcentaje de personas con diabetes fueron las residentes de Lima Metropolitana (4,6%) y en menor porcentaje las residentes de la Sierra (1,8%).

GRÁFICO N° 1.6
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
(Porcentaje)



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

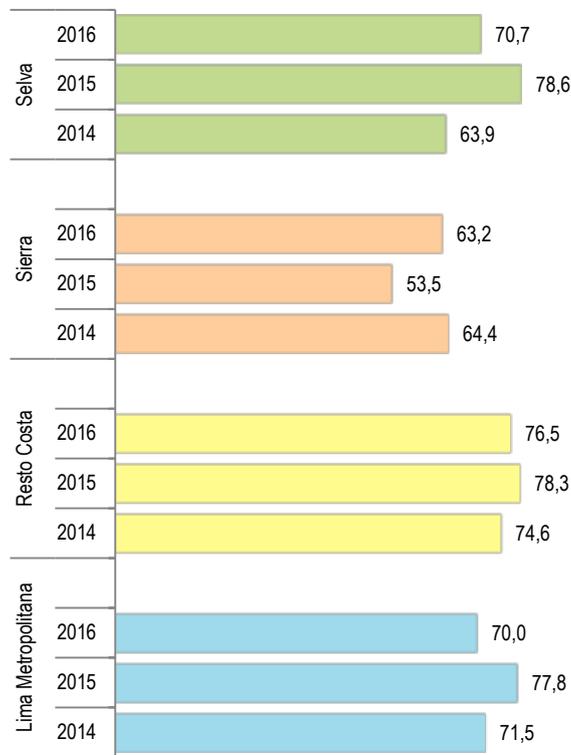
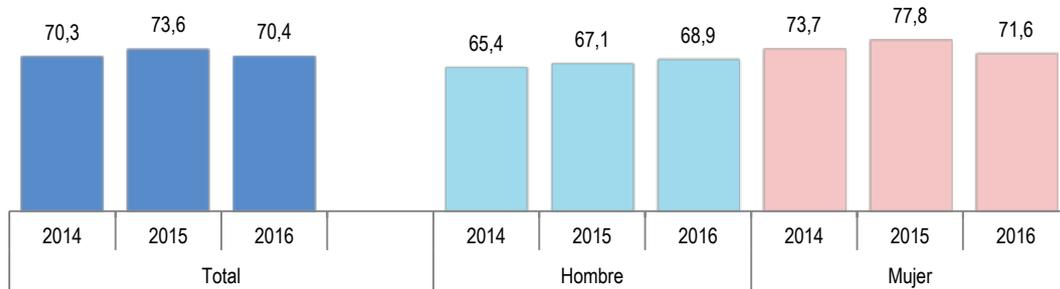
1.2.1 Diabetes Mellitus y tratamiento médico en los últimos 12 meses

El tratamiento médico se refiere al reporte de la experiencia de haber recibido medicamentos, para tratar la diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud.

En el 2016, el 70,4% de las personas que refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes recibieron o compraron los medicamentos con receta médica, al menos una vez, para controlar la enfermedad. Se advierte una reducción de 3,2 puntos porcentuales con respecto al 2015.

Por región natural, en el 2016, las personas de 15 y más años de edad que accedieron a medicamentos para tratar la diabetes fue de 76,5% en el Resto Costa; en la Selva 70,7%; en Lima Metropolitana 70,0% y el menor porcentaje en la Sierra (63,2%).

GRÁFICO N° 1.7
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

A nivel de región, en el 2016, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad diagnosticadas con diabetes y que accedieron a un tratamiento médico, residen en la Provincia Constitucional del Callao (20,6%), Provincia de Lima (20,4%), Piura (19,6%), Tumbes (19,5%), Loreto (19,4%), Ica (19,4%); y los menores porcentajes se ubican en Ucayali (11,0%), Madre de Dios (13,7%) y Huánuco (13,8%).

1.3 FACTORES DE RIESGO

Las enfermedades crónicas se desarrollan por un conjunto de factores de riesgo que en muchos de los casos son prevenibles. Entre estos factores destacan el consumo de tabaco, la baja ingesta de frutas y verduras, el uso nocivo del alcohol y la obesidad.

1.3.1 Consumo de cigarrillos

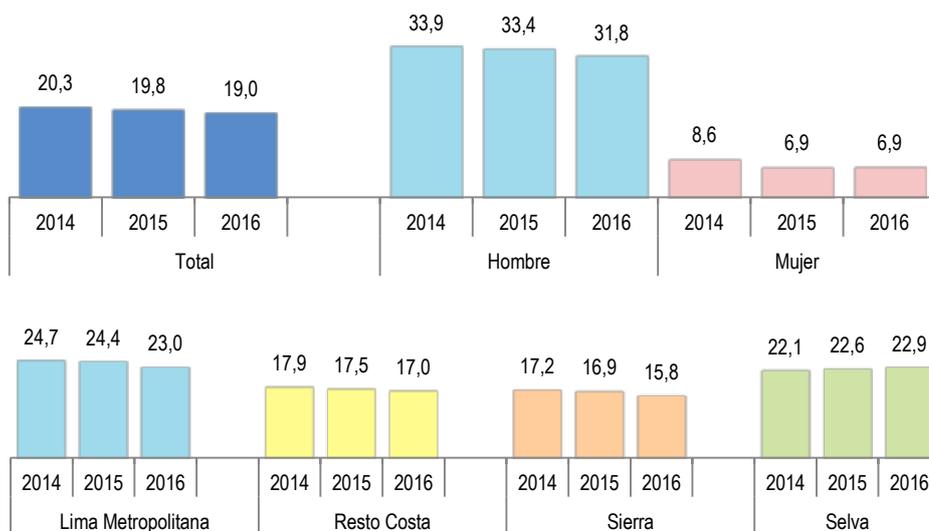
a) Consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses

El consumo de tabaco, como factor causal de cáncer de pulmón, también está asociado al desarrollo de enfermedad vascular y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades isquémicas. Actualmente, se estima que las enfermedades cardiovasculares son responsables de casi la mitad de los decesos vinculados al consumo de tabaco en países desarrollados, así como más de la cuarta parte de fallecimientos en países en vías de desarrollo.

En efecto, el consumo de tabaco aumenta el riesgo de las enfermedades no transmisibles. Este comportamiento afectó en el 2016 a un 19,0% de la población de 15 y más años de edad que fumaron, en los últimos 12 meses, al menos un cigarrillo (de manufactura industrial o artesanal). Comparado con el 2015 descendió en 0,8 puntos porcentuales.

Según sexo, el consumo de cigarrillo es más frecuente en los hombres (31,8%) que en las mujeres (6,9%), manteniéndose en similar situación con respecto al 2015. En Lima Metropolitana (23,0%) y en la Selva (22,9%) residen los mayores porcentajes de población de 15 y más años de edad que consumieron cigarrillos en los últimos 12 meses. Los menores porcentajes se presentaron en la Sierra (15,8%) y Resto Costa (17,0%).

GRÁFICO N° 1.8
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMARON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
(Porcentaje)



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

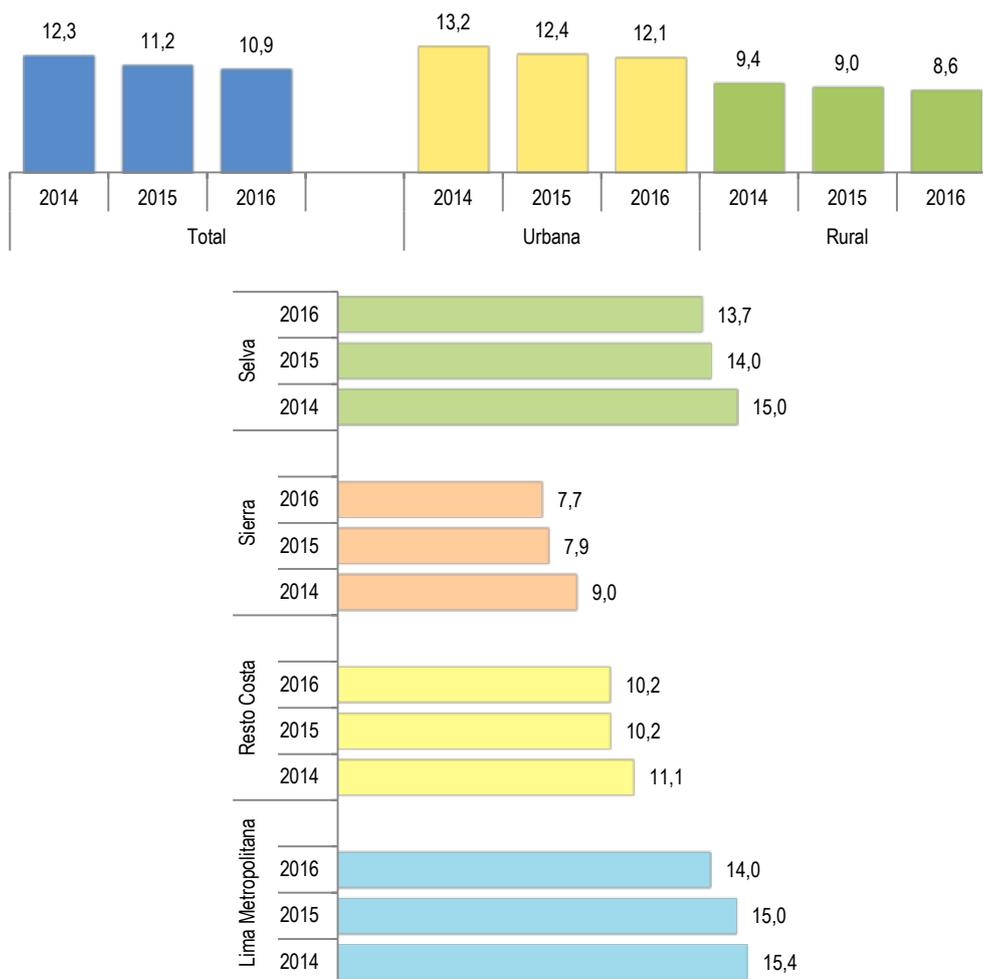
Según región, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que fumaron cigarrillos, en los últimos 12 meses, se ubican en Madre de Dios (30,0%), Provincia Constitucional del Callao (28,9%), Ucayali (26,6%), Loreto (25,3%), Pasco (25,2%) y Junín (25,1%). Y entre los menores porcentajes destacaron Lambayeque (12,6%), Piura (13,0%), Cajamarca (13,5%) y Tacna (13,7%).

b) Consumo de cigarrillos en los últimos 30 días

De la población de 15 y más años de edad encuestada, en el 2016, el 10,9% reportó haber fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días; hábito que ha tendido a disminuir con respecto al 2015 (11,2%).

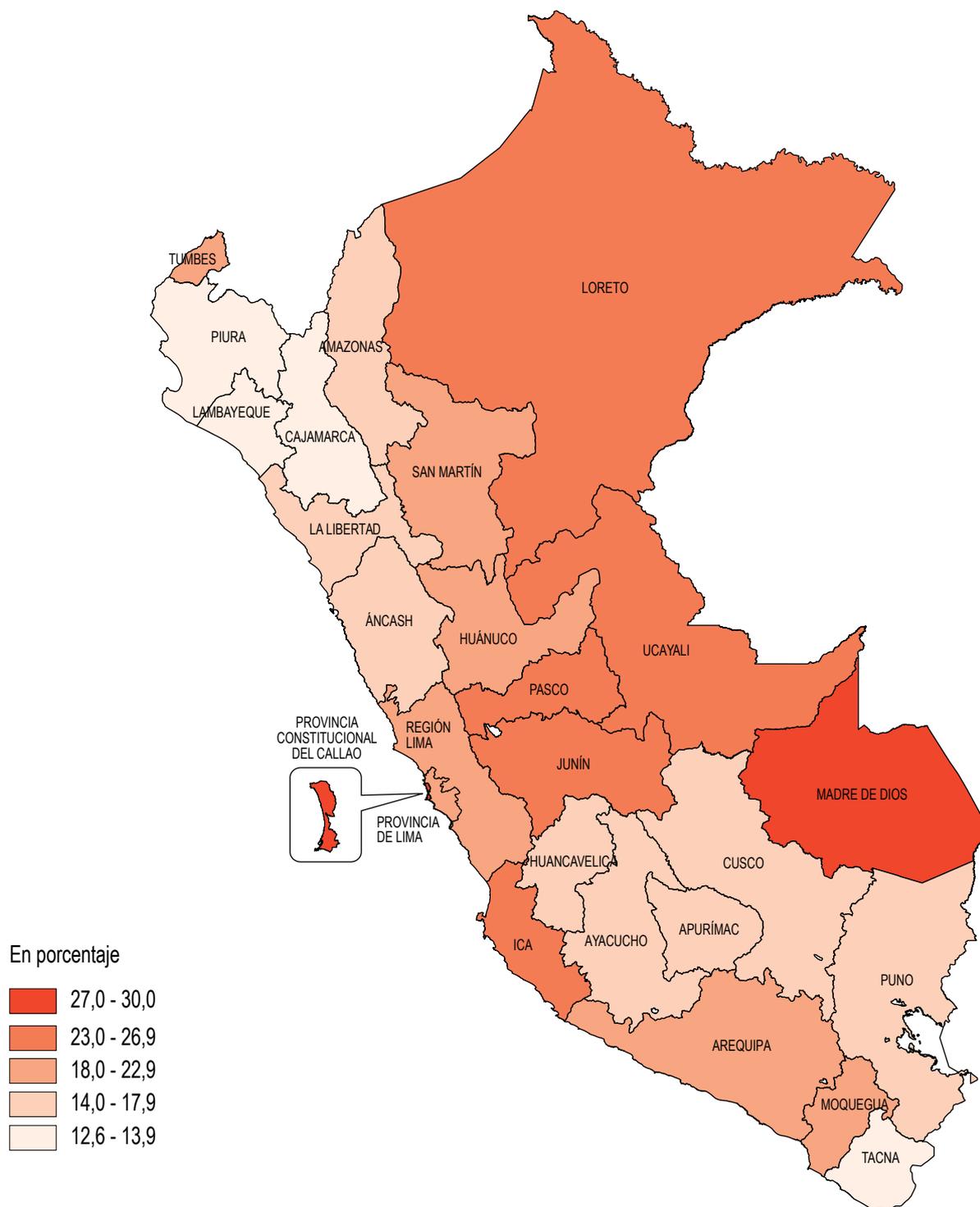
Según área de residencia, la prevalencia de consumo de cigarrillo fue 12,1% en el área urbana y 8,6% en el área rural. Por región natural, los mayores porcentajes de personas que fumaron en los últimos 30 días, destacan en Lima Metropolitana (14,0%) y la Selva (13,7%); y los menores porcentajes en la Sierra (7,7%) y Resto Costa (10,2%).

GRÁFICO N° 1.9
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMARON EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS,
SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

**PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMARON
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN, 2016**
(Porcentaje)



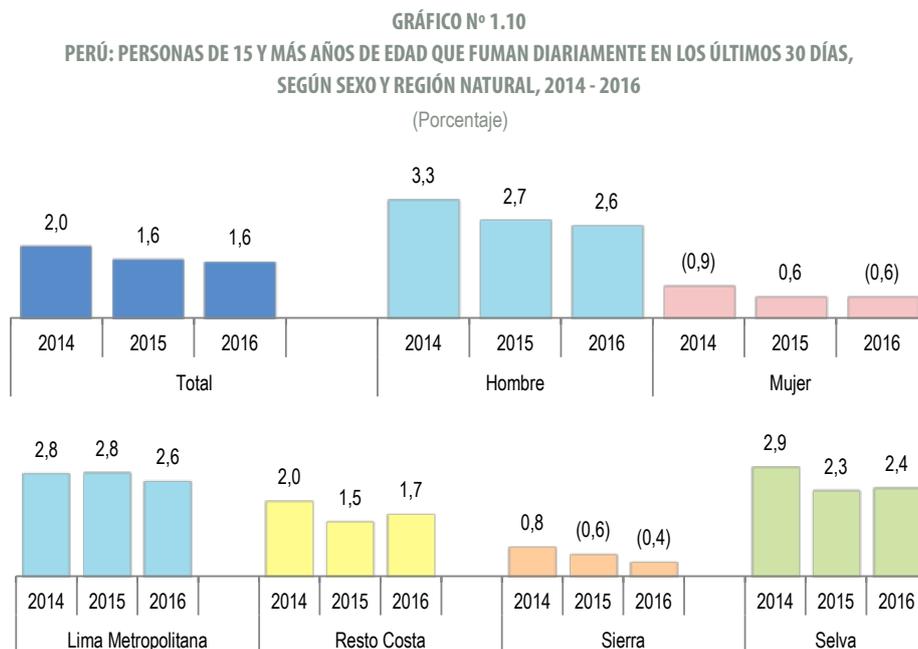
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

c) Consumo de cigarrillos diariamente

De las personas de 15 y más años de edad, el 1,6% manifestó haber fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días, siendo la prevalencia mayor en hombres (2,6%) que en mujeres. Con respecto al 2015 la brecha es similar.

Las regiones naturales que presentaron mayor incidencia en el consumo diario de cigarrillo fueron Lima Metropolitana (2,6%) y la Selva (2,4%), siendo menor la ocurrencia en la Sierra (0,4%) y Resto Costa (1,7%). Entre los años 2015 y 2016, se observa una ligera variación en las personas de 15 años y más que fumaron diariamente en los últimos 30 días.



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

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

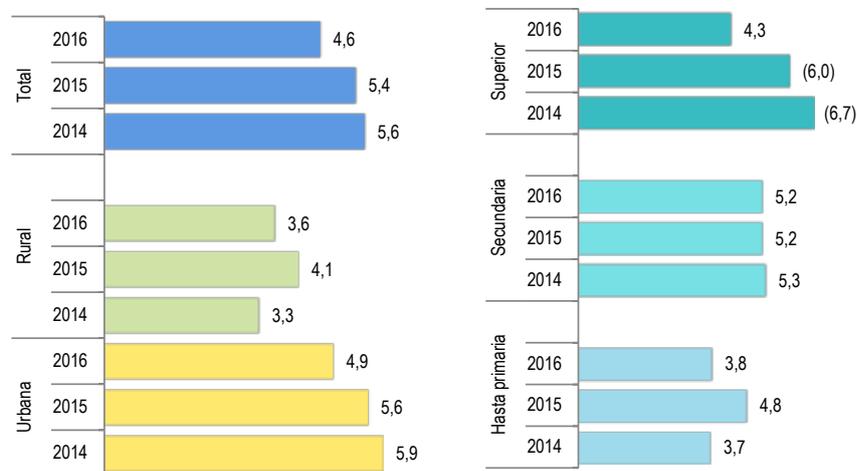
d) Consumo promedio diario de cigarrillos

De las personas de 15 y más años de edad que declararon fumar diariamente (1,6%), el promedio de cigarrillos consumidos fue 4,6 unidades por día; advirtiéndose que el consumo diario tiende a disminuir con respecto al 2015 (5,4 cigarrillos). En el área urbana el promedio diario de cigarrillos consumidos fue de 4,9 cigarrillos y en el área rural de 3,6 cigarrillos.

El mayor consumo se observa entre aquellos con nivel de educación secundaria, con un consumo diario en promedio de 5,2 cigarrillos, y el menor consumo se dio entre los que alcanzan hasta primaria (3,8 cigarrillos). En las personas que alcanzaron un nivel educativo superior fue de 4,3 cigarrillos.

GRÁFICO N° 1.11

PERÚ: PROMEDIO DIARIO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMAN DIARIAMENTE, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, 2014 – 2016



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

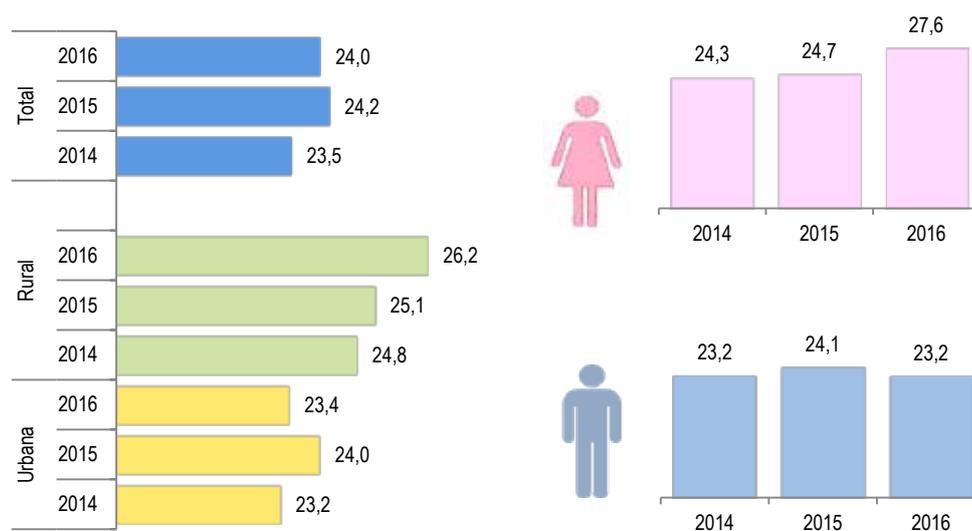
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

e) Edad promedio de inicio de consumo diario de cigarrillos

En el 2016, la población de 15 y más años de edad, manifestó que la edad promedio en la que empezaron a fumar diariamente fue 24 años. La brecha por área de residencia fue de 2,8 años más tardía en el área rural. Las mujeres (27,6 años) iniciaron el consumo diario de cigarrillos a mayor edad que los hombres (23,2 años).

GRÁFICO N° 1.12

PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLOS POR PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMAN DIARIAMENTE, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y SEXO, 2014 – 2016



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

1.3.2 Consumo de alcohol

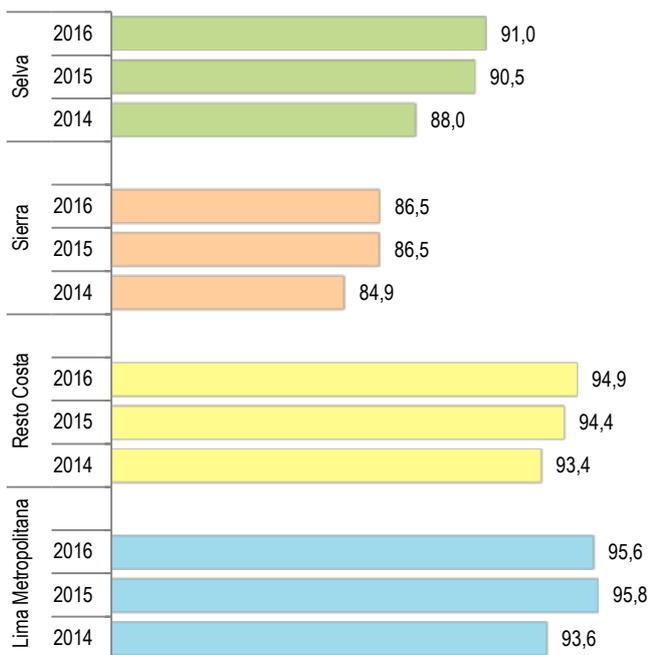
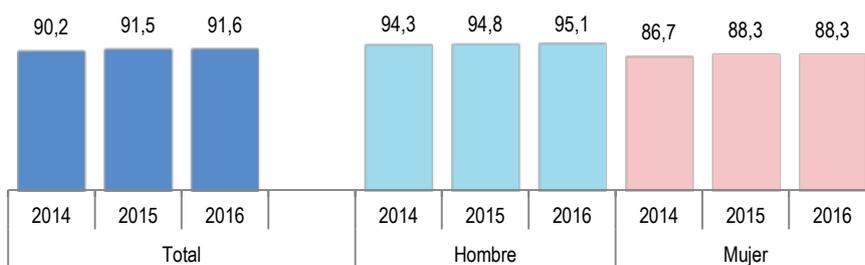
a) Consumo de bebida alcohólica alguna vez

El uso nocivo de alcohol está considerado como un factor de riesgo en el padecimiento de algún tipo de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática.

De acuerdo con los resultados de la ENDES 2016, el 91,6% de las personas de 15 y más años de edad declararon haber consumido alguna bebida alcohólica, alguna vez en su vida. Siendo mayor este porcentaje en los hombres con 95,1% que en las mujeres 88,3%.

El mayor porcentaje de personas que tomaron algún tipo de licor, alguna vez en su vida, se encontró en Lima Metropolitana (95,6%), seguido del Resto Costa (94,9%). Los menores porcentajes se hallaron en la Sierra con 86,5% y en la Selva con 91,0%. Estas cifras son similares al 2015.

GRÁFICO N° 1.13
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMIERON ALGUNA VEZ ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA,
SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



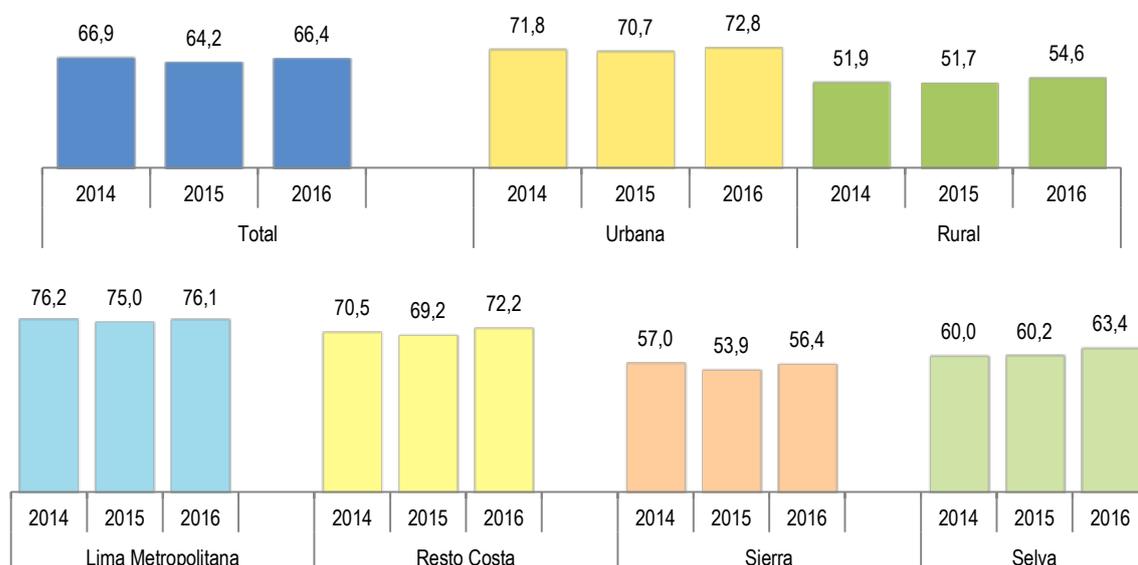
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

b) Consumo de bebida alcohólica en los últimos 12 meses

En el 2016, se observa que el 66,4% de las personas de 15 y más años de edad, consumieron alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses. Esta situación muestra una tendencia creciente de 2,2 puntos porcentuales comparado con el 2015. Por otro lado, en el área urbana se observa un consumo significativamente mayor respecto al área rural (72,8% frente a 54,6%).

Según región natural, la mayor proporción de personas que consumieron alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, se ubica en Lima Metropolitana (76,1%) y Resto Costa (72,2%); y, las menores proporciones en la Sierra (56,4%) y Selva (63,4%). Con respecto al 2015, se observa también, al igual que la prevalencia nacional, una tendencia creciente por cada región natural.

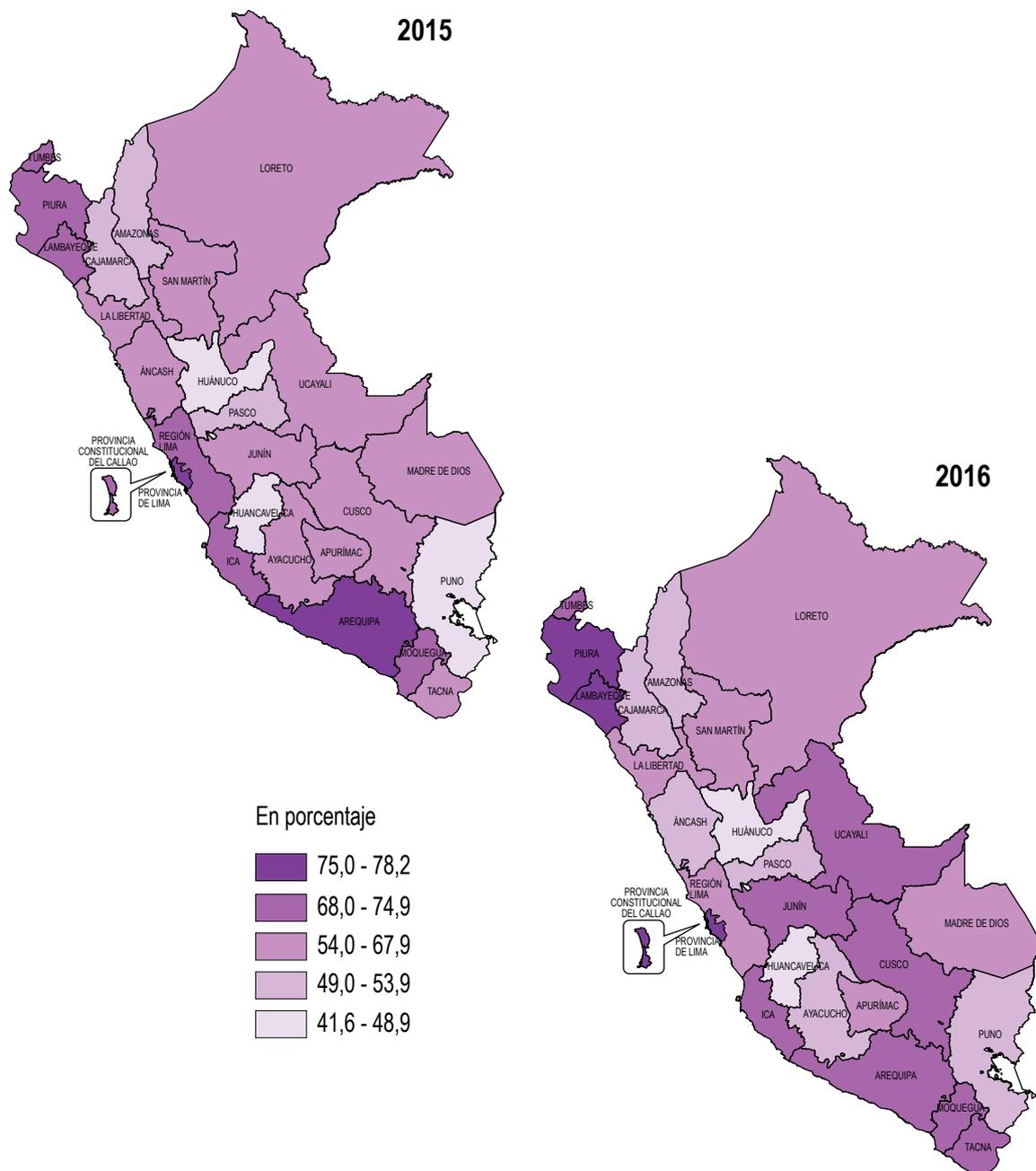
GRÁFICO N° 1.14
 PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMIERON ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

A nivel de región, en el 2016, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que consumieron alguna bebida alcohólica, en los últimos 12 meses, se presentaron en Piura (78,2%), Lambayeque (77,5%), Provincia de Lima (76,2%) y Provincia Constitucional del Callao (75,5%). Los de menor porcentaje en Huánuco (46,4%) y Huancavelica (48,3%).

**PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMIERON
ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN REGIÓN, 2015 Y 2016
(Porcentaje)**



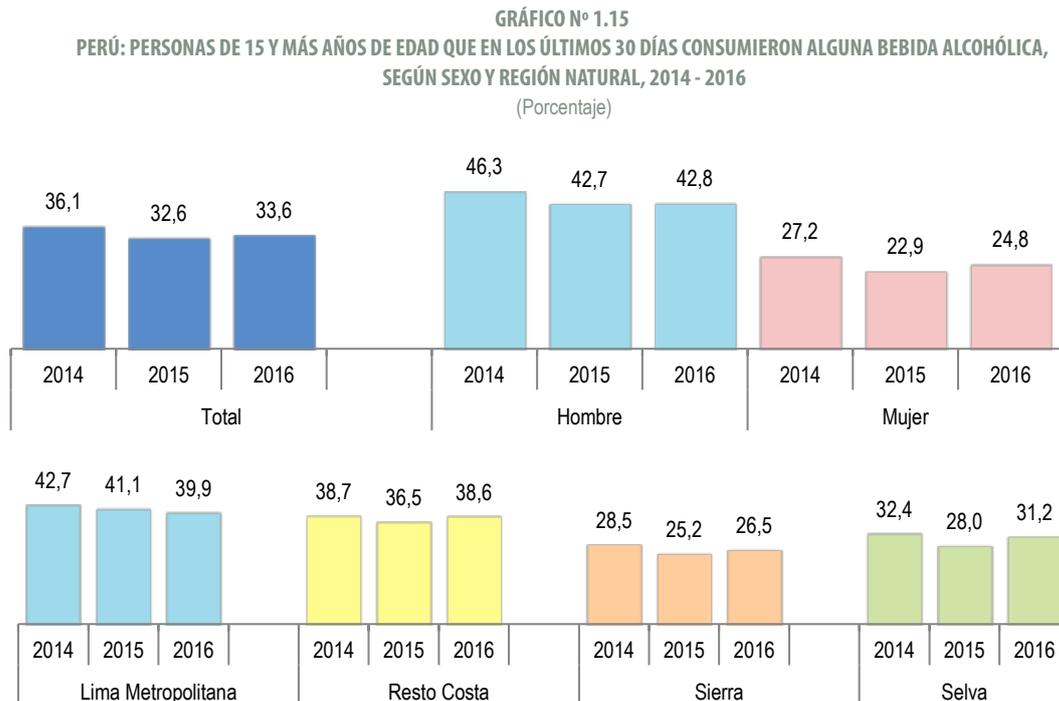
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

c) Consumo de bebida alcohólica en los últimos 30 días

En la ENDES 2016, el 33,6% de las personas de 15 y más años de edad refieren haber consumido bebidas alcohólicas en los 30 días anteriores a la entrevista. Con respecto al 2015 hubo un ligero incremento.

Al analizar por sexo, el consumo actual de bebidas alcohólicas fue mayor en los hombres (42,8%) que en las mujeres (24,8%). Según región natural, se registró la mayor prevalencia en Lima Metropolitana (39,9%) y Resto Costa (38,6%); en tanto, la menor prevalencia fue en la Sierra (26,5%).



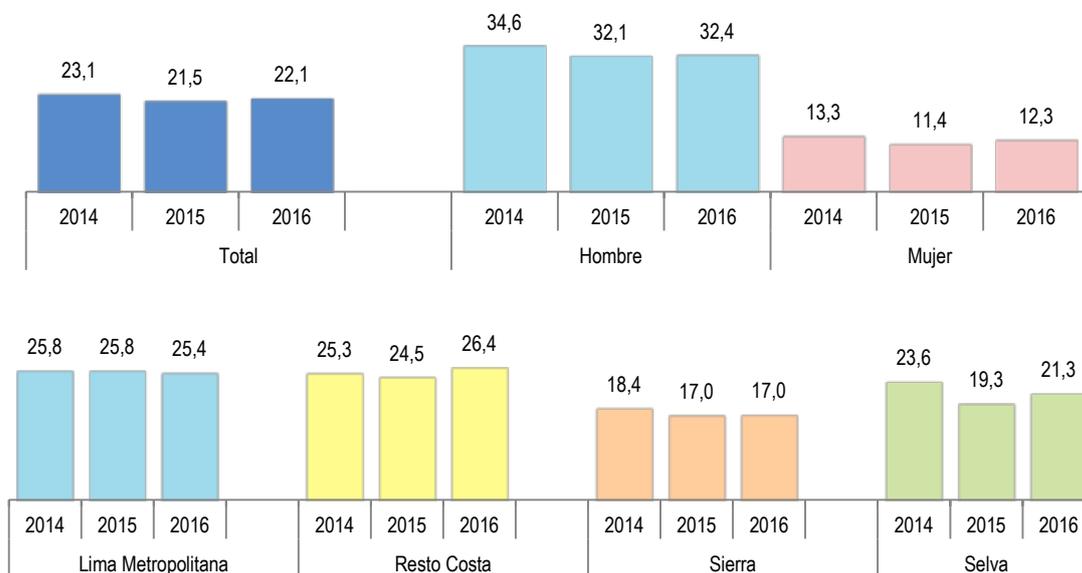
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

d) Consumo excesivo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días

El consumo excesivo de alcohol se refiere a la condición en la que la persona, en alguna ocasión, presentó alteraciones significativas en la conducta y el raciocinio como resultado de dicho consumo. A nivel nacional, ese acontecimiento se reportó en el 22,1% de personas de 15 y más años de edad. En el 2015, fue del 21,5%.

Este comportamiento fue más frecuente en los hombres, 32,4% que en las mujeres, 12,3%. El mayor porcentaje de personas que manifestaron consumo excesivo de licor fue en el Resto Costa, 26,4% y el menor porcentaje se registró en la Sierra, 17,0%. En el año 2015, en Lima Metropolitana (25,8%) se observó el mayor porcentaje de este evento, en personas de 15 y más años de edad, durante los últimos 30 días a la entrevista.

GRÁFICO N° 1.16
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON EVENTOS DE CONSUMO EXCESIVO DE ALGUNA BEBIDA
ALCOHÓLICA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

1.3.3 Consumo de frutas y verduras

La baja ingesta de frutas y verduras contribuyen con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes u obesidad. El consumo insuficiente de estos productos es considerado entre los principales factores de riesgos comportamentales¹, que prevalece en áreas rurales, población con bajos ingresos económicos y bajo nivel educativo. En este sentido, el estudio permite conocer la magnitud del problema, en el ámbito de la salud pública del país.

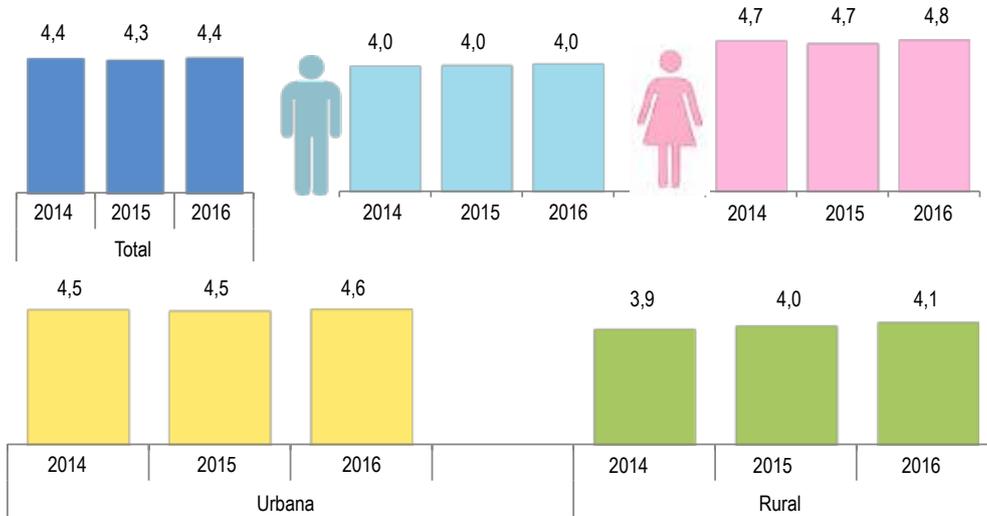
a) Promedio de días a la semana de consumo de frutas

Las personas de 15 y más años de edad manifestaron haber consumido fruta entera o en trozos en promedio durante 4,4 días, en un periodo de referencia de los siete días anteriores a la fecha de entrevista. Con respecto al 2015, es similar. Las mujeres consumieron frutas más días a la semana (4,8 días en promedio) que los hombres (4,0 días en promedio).

Según área de residencia, el consumo de frutas en el área urbana fue 4,6 días, y en el área rural 4,1 días, en promedio.

¹ Organización Mundial de la Salud: "Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles", 2010. Pág. v.

GRÁFICO N° 1.17
PERÚ: PROMEDIO DE DÍAS A LA SEMANA DE CONSUMO DE FRUTAS EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2014 - 2016



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

b) Promedio de días a la semana de consumo de verduras

En relación con la ingesta de verduras, las personas de 15 y más años de edad encuestadas respondieron que consumen verduras o vegetales a la semana durante 3,2 días, en promedio. Al analizar por sexo, resultó que las mujeres consumían verduras a la semana 3,3 días en promedio y los hombres 3,1 días en promedio. Similares resultados se obtuvieron en el 2015.

Según región natural, en Lima Metropolitana se consumió verduras más días a la semana (3,6 días en promedio) que en la Sierra (2,9 días en promedio).

GRÁFICO N° 1.18
PERÚ: PROMEDIO DE DÍAS A LA SEMANA DE CONSUMO DE ENSALADA DE VERDURAS EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016

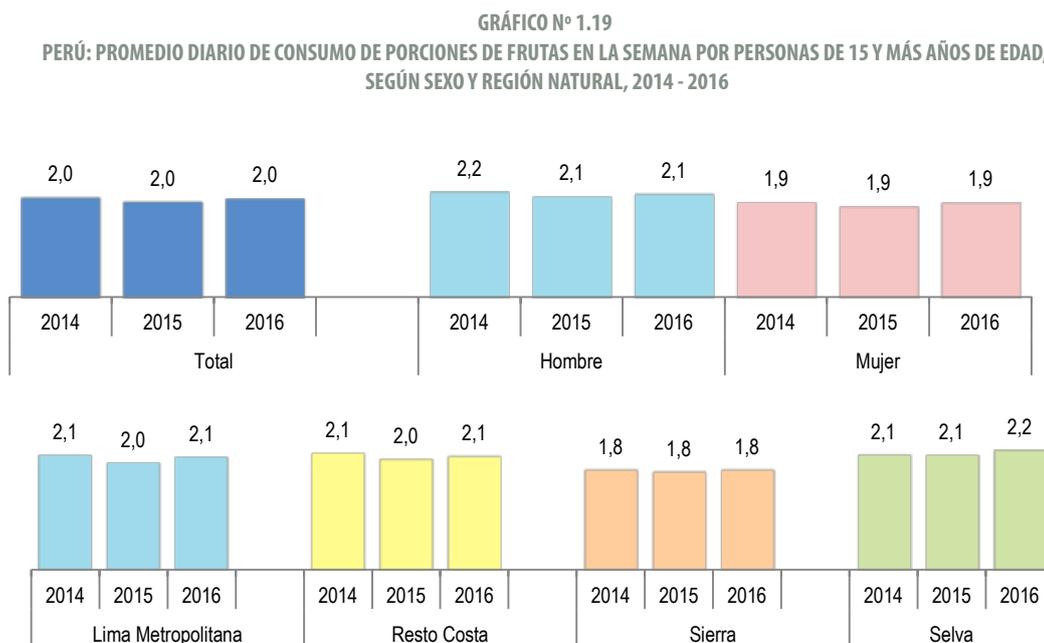


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

c) Promedio diario de consumo de porciones de fruta

Los resultados de la encuesta mostraron que, la población de 15 y más años de edad consume en promedio 2,0 porciones de frutas al día. Se entiende por porciones a una unidad, tajada, racimo o puñado.

El consumo promedio de porciones de fruta por día en hombres es 2,1 y en mujeres 1,9. Asimismo, por región natural, fue similar el promedio diario del consumo de frutas en la Selva (2,2), en Lima Metropolitana (2,1) y en Resto Costa (2,1). En la Sierra fue 1,8 porciones de fruta al día, en promedio. En el 2015, se alcanzaron similares resultados a los comentados.



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

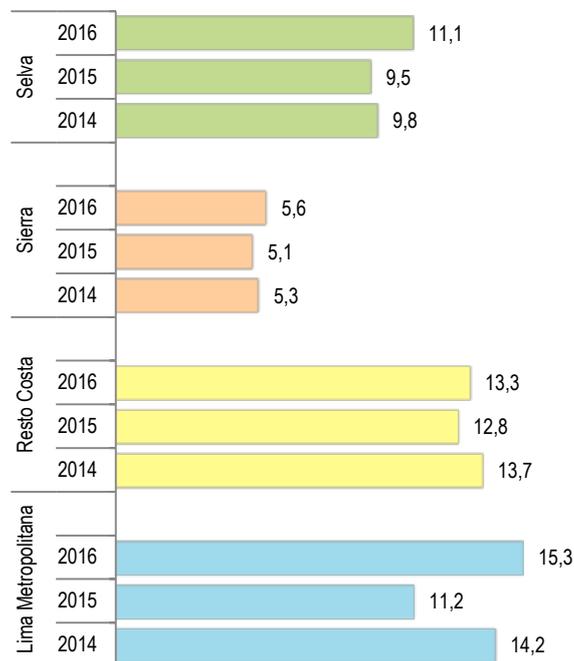
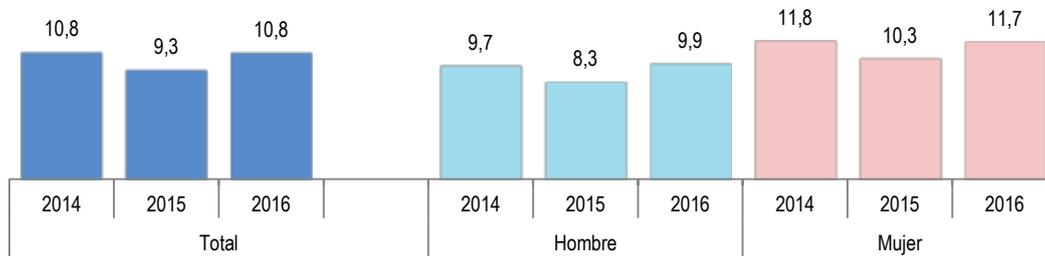
d) Porción de fruta y/o verdura

Según la OMS, el mayor consumo de frutas y verduras variadas garantiza un consumo suficiente de la mayoría de los micronutrientes, de fibra dietética y de una serie de sustancias no nutrientes esenciales.

A nivel nacional, el 10,8% de personas de 15 y más años de edad consumió al menos cinco porciones de frutas y/o verduras al día. Esto implica un ligero incremento de 1,5 puntos porcentuales comparando con el 2015. El consumo fue mayor en mujeres (11,7%) que en hombres (9,9%).

Por región natural, destacó los residentes de Lima Metropolitana con 15,3% y de Resto Costa con 13,3%.

GRÁFICO N° 1.20
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMEN AL MENOS CINCO PORCIONES DE FRUTA Y/O ENSALADA DE VERDURAS AL DÍA,
SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
(Porcentaje)



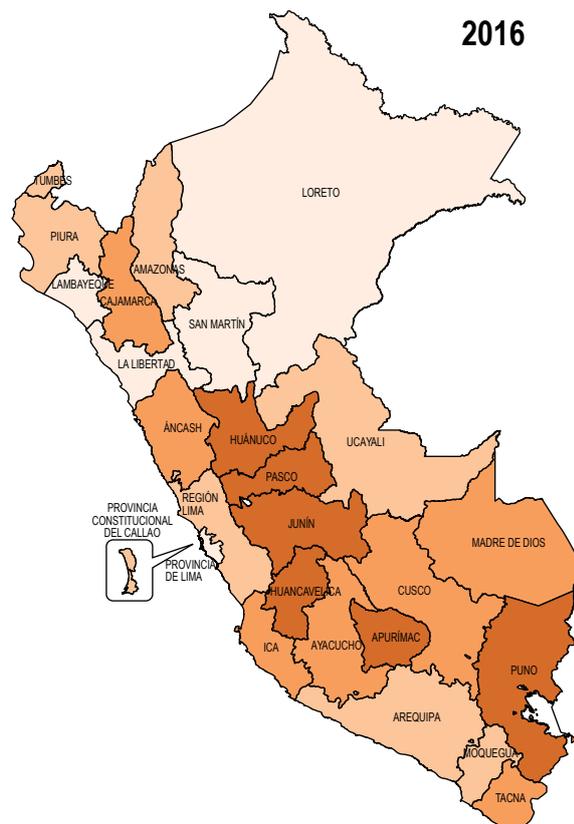
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

e) Promedio diario de consumo de porciones de verduras

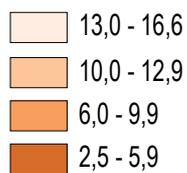
El consumo de verduras o vegetales es un componente importante para una dieta saludable, y el consumo diario podría prevenir enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, por ello es necesario contar con cifras estadísticas que permitan evaluar la ingesta de verduras (excluidas las papas y otros tubérculos feculentos).

Los resultados de la encuesta muestran que las personas de 15 y más años de edad comieron 1,13 porciones diarias de ensalada de verdura. Dicho promedio es similar en cada una de las características seleccionadas (sexo, área de residencia y región natural). (Ver Anexo, Cuadro N° 1.19)

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMEN AL MENOS CINCO PORCIONES DE FRUTA Y/O ENSALADA DE VERDURAS AL DÍA, SEGÚN REGIÓN, 2015 Y 2016
(Porcentaje)



En porcentaje



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

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

1.3.4 Sobrepeso y obesidad

El síndrome metabólico está compuesto por una serie de anomalías que incluyen obesidad abdominal, anomalías del metabolismo de la glucosa, hipertensión, y dislipidemia acompañado de un estado protrombótico y proinflamatorio el cual lleva con el tiempo al desarrollo de diabetes mellitus 2, así como enfermedad vascular (enfermedad coronaria y enfermedad vascular cerebral).

a) Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos de una persona por el cuadrado de su talla expresado en metros (kg/m^2). Se consideran personas con sobrepeso cuando el IMC es mayor o igual a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ y se considera obesa cuando el IMC es mayor o igual a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

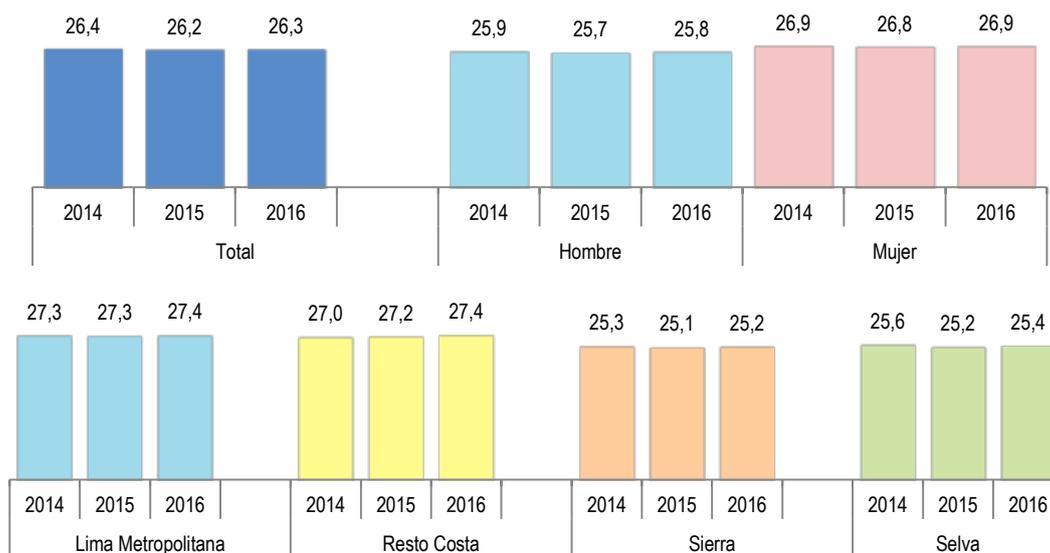
En consecuencia, el índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. Dicho índice correlaciona con el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrínicas.

En el 2016, el índice de masa corporal promedio de las personas de 15 y más años de edad fue $26,3 \text{ kg}/\text{m}^2$, lo que significa que se trata de una población con sobrepeso. En tanto, en el 2015 el IMC fue de $26,2 \text{ kg}/\text{m}^2$. Este índice es más elevado en las mujeres ($26,9 \text{ kg}/\text{m}^2$) que en los hombres ($25,8 \text{ kg}/\text{m}^2$).

En relación con la región natural, las personas residentes en Lima Metropolitana y Resto Costa tenían $27,4 \text{ kg}/\text{m}^2$ de IMC en promedio, en el momento de la encuesta; y, en la Sierra y Selva se encontraron $25,2 \text{ kg}/\text{m}^2$ y $25,4 \text{ kg}/\text{m}^2$ de IMC en promedio, respectivamente.

GRÁFICO N° 1.21

PERÚ: ÍNDICE DE MASA CORPORAL PROMEDIO EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016



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

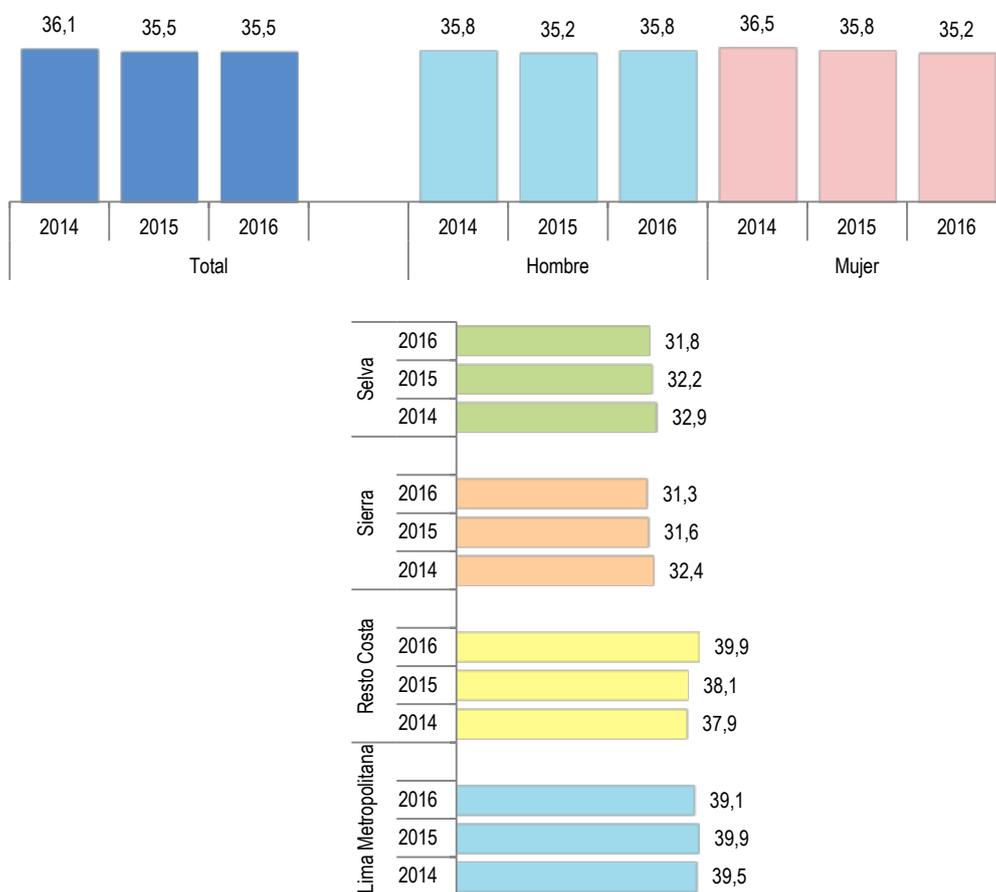
b) Sobrepeso

El índice de masa corporal estima bastante bien el nivel de grasa corporal, pero en personas físicamente muy activas o en los deportistas no es un buen indicador de sobrepeso u obesidad. Asimismo, para el cálculo del indicador no se incluyó a las mujeres embarazadas.

El 35,5% de las personas de 15 y más años de edad, presentan sobrepeso, el mismo porcentaje que en el 2015. Según sexo, el 35,8% de los hombres y el 35,2% de las mujeres tenían sobrepeso, en el momento de la encuesta.

En el Resto Costa el 39,9% de personas de 15 y más años de edad resultaron con sobrepeso, seguido por el 39,1% en Lima Metropolitana, el 31,8% en la Selva y en la Sierra con 31,3%.

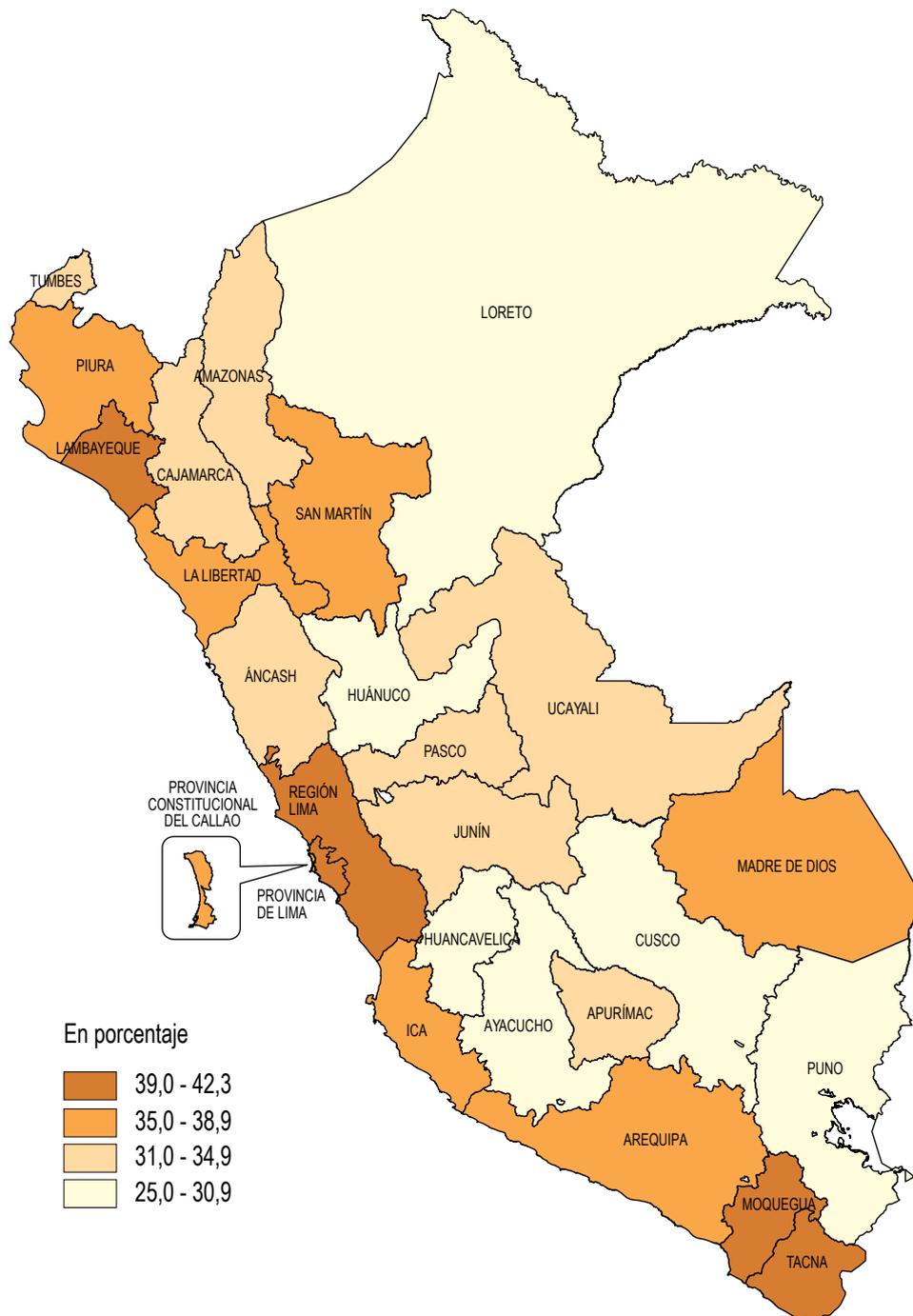
GRÁFICO N° 1.22
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

Según región, las personas de 15 y más años de edad que presentaron mayor porcentaje de sobrepeso residen en la Región Lima (42,3%), Tacna (42,2%), Provincia de Lima (39,3%), Moquegua (39,0%), Lambayeque (39,0%), La Libertad (38,6%), Piura (38,1%), entre otros con sobrepeso mayor que el promedio nacional (35,5%).

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO, SEGÚN REGIÓN, 2016 (Porcentaje)



Nota:

- Se ha considerado el cálculo del sobrepeso en: adolescentes (15 a 17 años) mayor a una desviación estándar del Índice de Masa Corporal para la edad, adultos (18 a 59 años) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, adulto mayor (60 y más años) $\geq 28 \text{ kg/m}^2$. Excluye a mujeres gestantes.

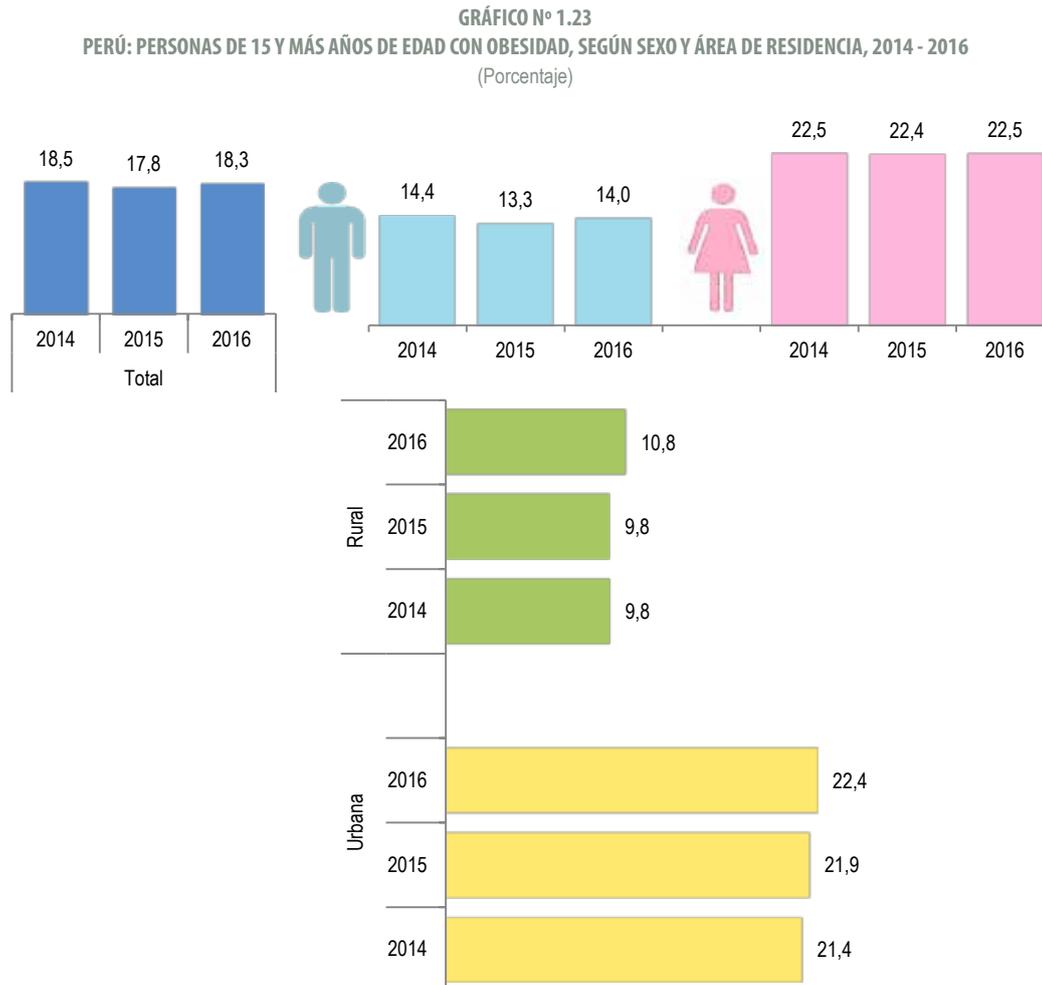
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

c) Obesidad

La obesidad expresa la existencia de un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo. La determinación de este indicador se basa en la medición efectuada en forma objetiva, durante la entrevista.

En el 2016, la Encuesta encontró que el 18,3% de las personas de 15 y más años de edad sufren de obesidad. En el 2015 esta prevalencia fue de 17,8%. En la distribución por sexo, el 22,5% de personas obesas son mujeres y el 14,0% son hombres. Según área de residencia, en el área urbana el 22,4% padece de obesidad y en el área rural el 10,8%.



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

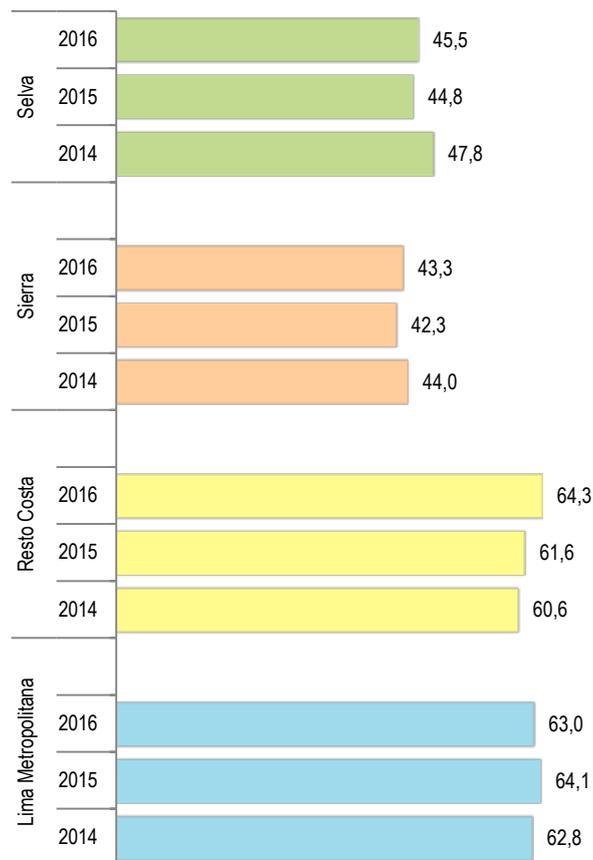
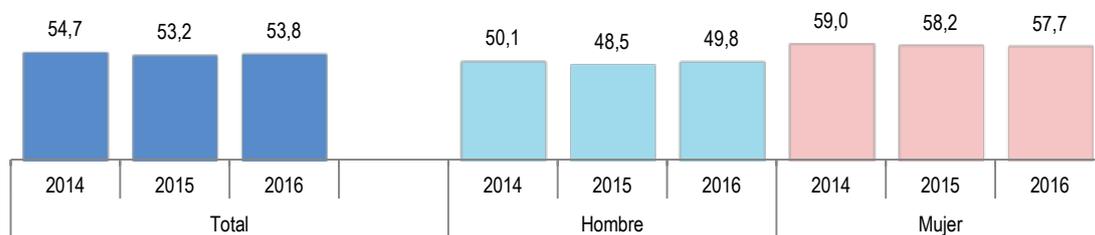
Según región, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad con obesidad residen en Ica (29,4%), Tacna (29,1%), Provincia Constitucional del Callao (28,0%), Madre de Dios (26,4%) y Tumbes (25,6%).

d) Exceso de peso

Según la OMS, un sistema alimentario que no proporciona una cantidad suficiente de alimentos de calidad puede ocasionar tanto un crecimiento insuficiente como un exceso de peso.

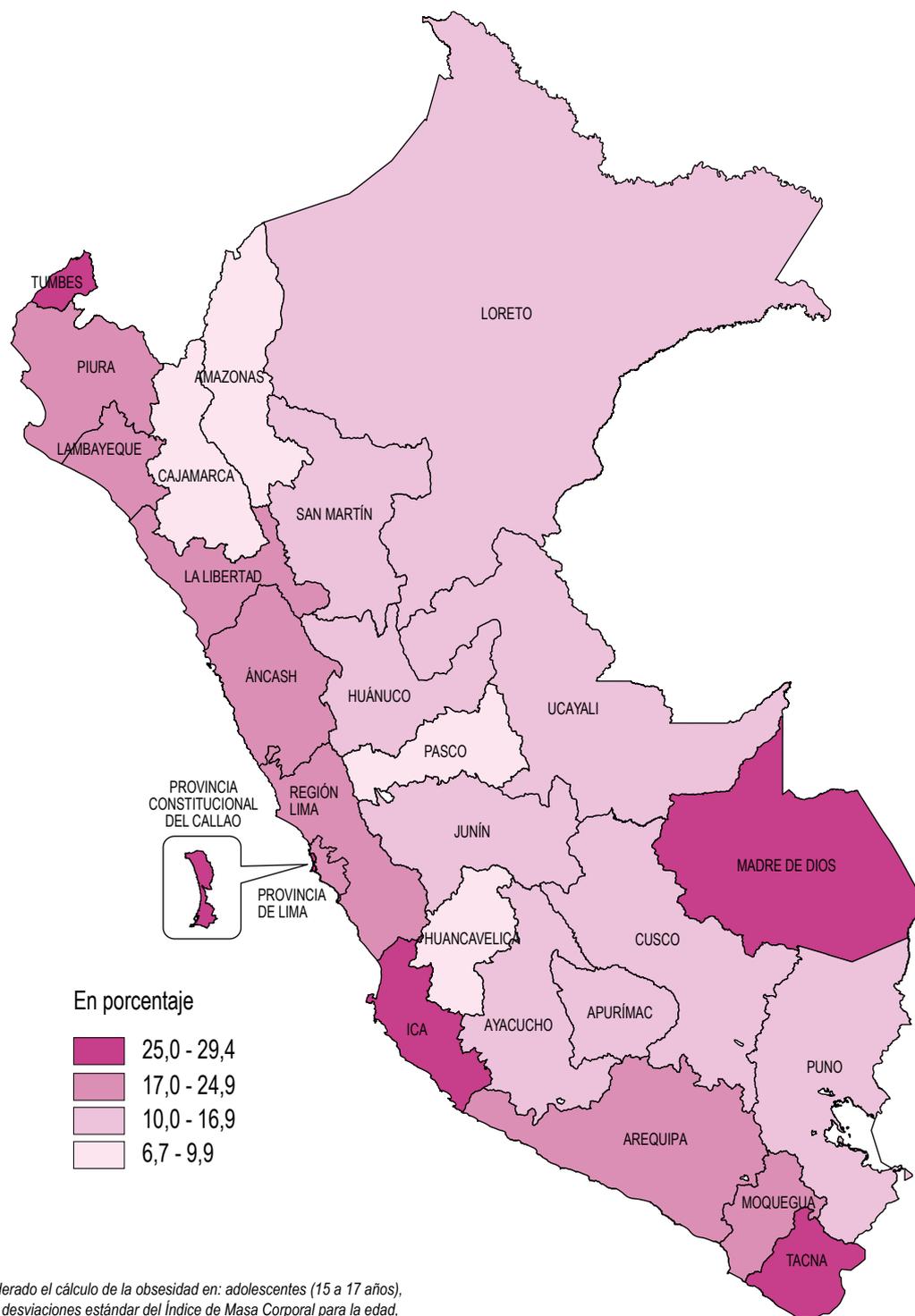
En la población de 15 y más años de edad, el 53,8% padece de exceso de peso, valor que se ha incrementado en 0,6 puntos porcentuales con respecto al año 2015. Las mujeres tienen mayor exceso de peso, en 7,9 puntos porcentuales, que los hombres (57,7% frente a 49,8%). Por región natural, en Lima Metropolitana y Resto Costa superan el 60%; y en la Selva y la Sierra superan el 40% de prevalencia de exceso de peso.

GRÁFICO N° 1.24
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON EXCESO DE PESO, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

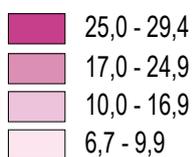


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

**PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON OBESIDAD,
SEGÚN REGIÓN, 2016**
(Porcentaje)



En porcentaje



Nota:

- Se ha considerado el cálculo de la obesidad en: adolescentes (15 a 17 años), mayor a dos desviaciones estándar del Índice de Masa Corporal para la edad, adultos (18 a 59 años) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, adulto mayor (60 y más años) $\geq 32 \text{ kg/m}^2$. Excluye a mujeres gestantes.

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

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

1.4 SALUD OCULAR

La salud ocular consiste en la ausencia de enfermedades en el sentido de la vista y estructura de los ojos, así como buena agudeza visual².

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el número de personas con impedimento visual debido a enfermedades oculares y errores refractivos no corregidos es de 314 millones. Asimismo, estima que de dicho total de personas con impedimento visual, 45 millones de personas son ciegas y de estas últimas, el 18% se debe a errores refractivos no corregidos³.

En el Perú los problemas visuales constituyen la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando a cerca de 300 000 personas con discapacidad visual severa, en adición a 160 000 ciegos por diversas causas; de los cuales, solo un tercio cuenta con algún tipo de seguro y el resto tiene problemas de accesibilidad a los servicios de salud, agravados por su situación de pobreza⁴.

En el marco de la implementación del Programa Presupuestal de Enfermedades no Transmisibles, se incorporó en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016, el Módulo de Salud Ocular, focalizando su atención en tres problemas oftalmológicos de primer orden: agudeza visual, errores de refracción y catarata. La población en estudio estuvo conformada por dos grupos de edad: niñas y niños menores de 12 años y adultos de 50 y más años de edad.

1.4.1 Niñas y niños de 3 a 11 años de edad

a) Agudeza visual

La agudeza visual es la capacidad para discriminar claramente los detalles finos en objetos que están situados a una distancia determinada⁵. Esta capacidad oscila entre la visión completa y la falta de visión. Así, para una distancia constante al objeto, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña, tiene más agudeza visual que otro que no la ve.

La valoración de la agudeza visual se realiza a través de un examen que consiste en distinguir letras en una cartilla, gráfica o tabla de Snellen. Para personas que no saben leer se usa otra prueba denominada Test de Lea, en la cual los símbolos a identificar son cuatro figuras (casa, manzana, círculo y cuadrado).

Los resultados referentes a la experiencia reportada por las personas encuestadas de haber recibido un examen administrado por personal de salud para medir su agudeza visual se presentan a continuación.

En la Encuesta 2016, el 20,1% de las niñas y niños de 3 a 11 años de edad recibió un examen de valoración de agudeza visual, efectuado por un personal de salud en los últimos 12 meses; esta situación reflejaría una tendencia creciente al observar el año 2015 (18,5%).

Por grupo de edad, este porcentaje es mayor entre la población de 6 a 11 años de edad (26,0%), proporción mayor en 2,2 puntos porcentuales al valor reportado en el año 2015.

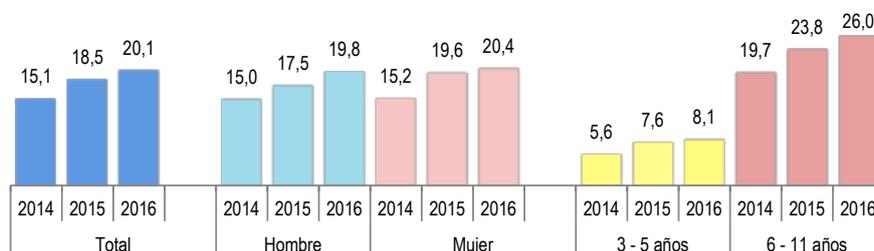
² Salud visual. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/visual/definicion/salud-visual.html>

³ Plan estratégico nacional de salud ocular y prevención de la ceguera evitable (2014-2021). Lima, julio 2013. Disponible en: http://www.paho.org/per/images/stories/FitPage/2013PlanENSOPC-RD-6julio2013_1v.pdf

⁴ Problemas visuales son la segunda causa de discapacidad en el Perú – Colegio Médico del Perú. Disponible en: <http://www.cmp.org.pe/component/content/article/56-ultimas/1693-problemas-visuales-son-la-segunda-causa-de-discapacidad-en-el-pais.html>

⁵ La deficiencia visual. Definición y tipologías. Disponible en: <http://apsd.wikispaces.com/file/view/Deficiencia+visual+tipos.pdf>

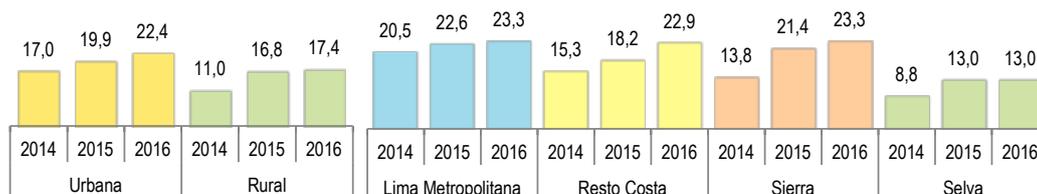
GRÁFICO N° 1.25
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADO POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

Por área de residencia, la medición de agudeza visual fue mayor en los residentes urbanos (22,4%) que en los rurales (17,4%), en el 2015 esta medición alcanzó el 19,9%. Asimismo, la frecuencia de esta actividad fue similar entre Lima Metropolitana, la Sierra (23,3%) y el Resto Costa (22,9%), y menor en la Selva (13,0%).

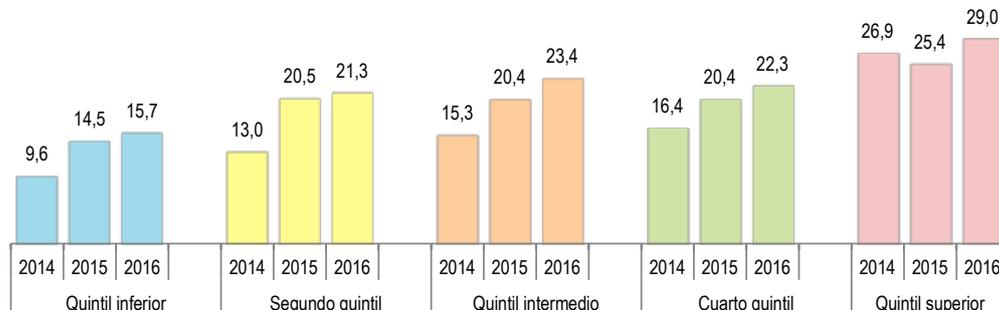
GRÁFICO N° 1.26
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADO POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

Esta práctica de medición de agudeza visual fue mayor en las niñas y niños pertenecientes al quintil superior (29,0%) que en el resto de quintiles de bienestar; siendo la menor práctica entre aquellos del quintil inferior (15,7%). Este comportamiento es similar en el año 2015.

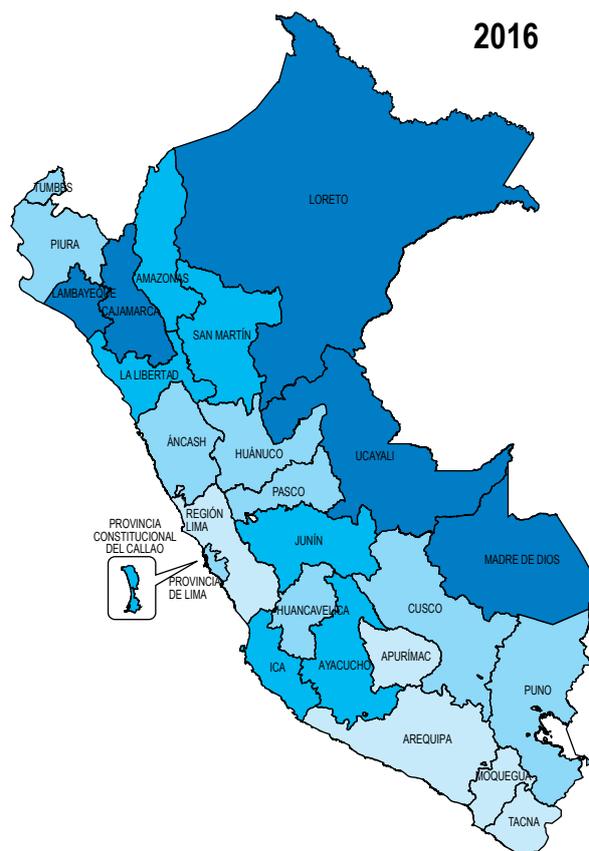
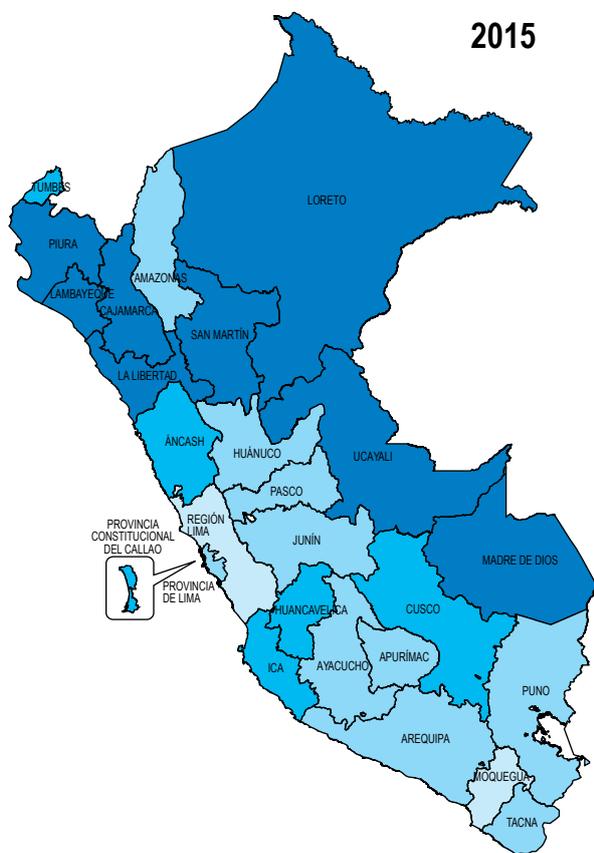
GRÁFICO N° 1.27
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADO POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



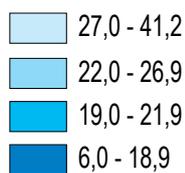
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Con respecto a la valoración de agudeza visual a nivel de región, destaca Moquegua y Arequipa (con 37,0% y 32,0% cada uno). En contraste, Loreto y Ucayali presentan los porcentajes más bajos con 6,3% y 9,8% respectivamente.

**PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL
REALIZADO POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN REGIÓN, 2015 Y 2016
(Porcentaje)**



En porcentaje



Nota:

- La agudeza visual es la capacidad para discriminar claramente los detalles finos en objetos que están situados a una distancia determinada. La valoración de la agudeza visual se realiza a través de un examen que consiste en distinguir letras en una cartilla, gráfica o tabla de Snellen.

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

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

b) Errores refractivos

Los errores refractivos o errores de refracción son trastornos oculares muy comunes, en los que el ojo no puede enfocar claramente las imágenes. El resultado es la visión borrosa, que a veces resulta tan grave que causa discapacidad visual⁶.

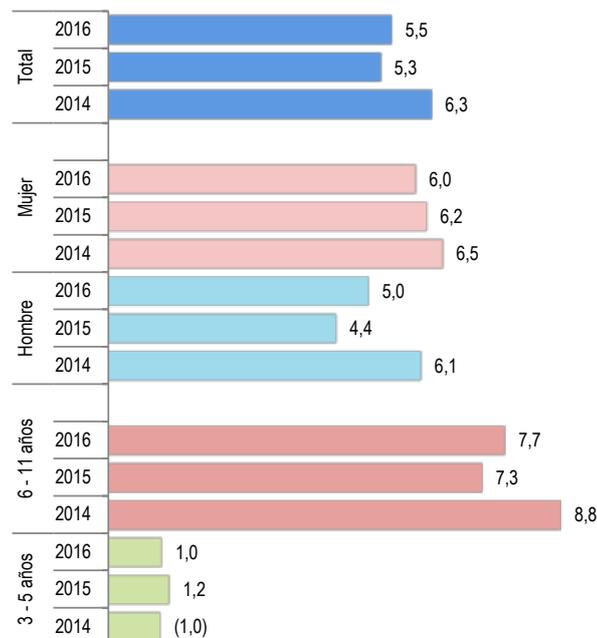
Los tres errores de refracción más comunes son la miopía (dificultad para ver claramente los objetos distantes); la hipermetropía (dificultad para ver claramente los objetos cercanos); y el astigmatismo (visión distorsionada debido a la curvatura anormal de la córnea, que es la superficie transparente que cubre el globo ocular). Un cuarto trastorno es la presbicia, que tiene como consecuencia la dificultad para leer o enfocar bien a un brazo de distancia. Se distingue de los otros trastornos en que se asocia al envejecimiento y afecta a todas las personas con edad avanzada.

Los errores de refracción no pueden prevenirse, pero pueden diagnosticarse en un examen oftalmológico y tratarse con anteojos correctores, lentes de contacto o cirugía refractiva.

La OMS calcula que en el mundo hay 153 millones de personas con discapacidad visual debido a errores de refracción no corregidos. Esta cifra no incluye a las personas con presbicia no corregida, que según indican algunas pruebas preliminares representan probablemente una proporción muy significativa.

En la Encuesta 2016, el 5,5% de las niñas y niños de 3 a 11 años de edad, recibió diagnóstico de errores refractivos en establecimientos de salud, similar resultado se obtuvo en el 2015 (5,3%). Este diagnóstico fue mayor en niñas (6,0%), que en niños (5,0%). Por grupo de edad, la mayor proporción diagnosticada fue entre los 6 a 11 años (7,7%) respecto al grupo de 3 a 5 años (1,0%).

GRÁFICO N° 1.28
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD,
SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
(Porcentaje)



Nota: Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.

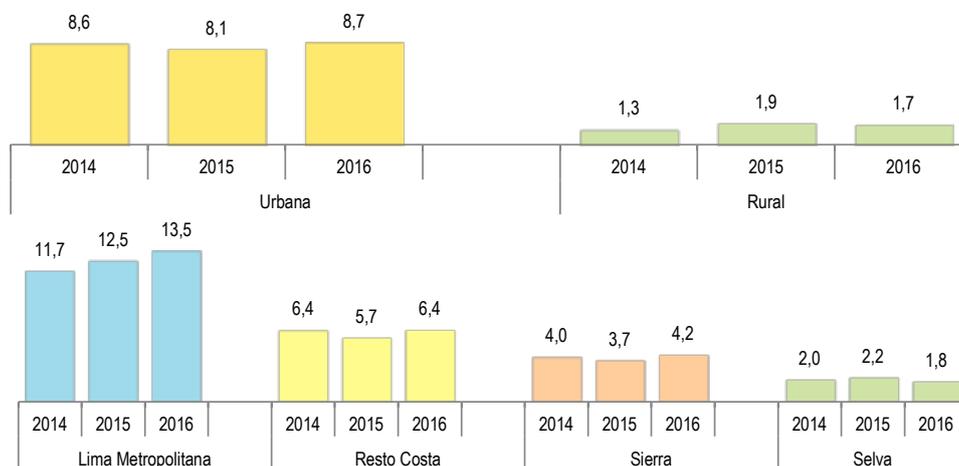
() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

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

⁶ Qué son los errores de refracción. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/45/es/>

Por área de residencia, el diagnóstico de errores refractivos mostró una diferencia substancial entre el área urbana (8,7%) y rural (1,7%). Esta brecha es mayor si se compara Lima Metropolitana (13,5%) y la Selva (1,8%).

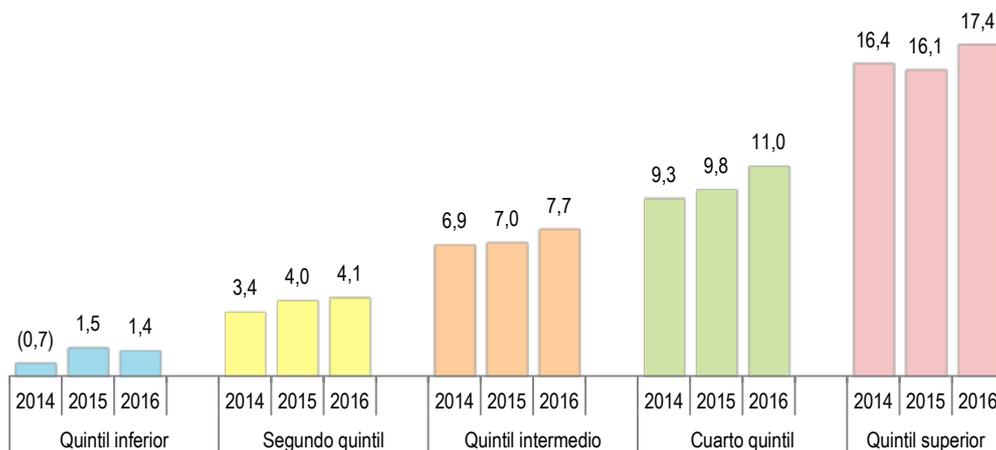
GRÁFICO N° 1.29
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



Nota: Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La prevalencia de errores refractivos fue mayor entre las niñas y niños pertenecientes al quintil superior (17,4%), en comparación con aquellos del quintil inferior (1,4%).

GRÁFICO N° 1.30
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

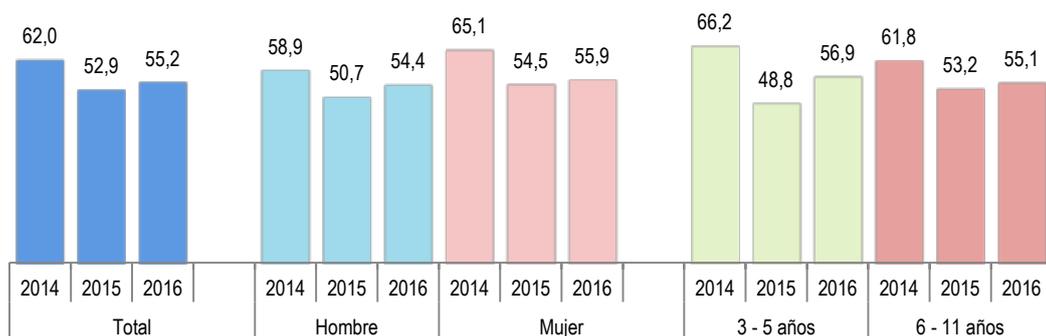


Nota: Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.
 () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

c) Tratamiento correctivo con lentes

A nivel nacional, el tratamiento correctivo con lentes, en menores de 3 a 11 años de edad fue de 55,2%, similar porcentaje se observa por sexo y grupo de edad. Sin embargo, esta situación reflejaría según el total un ligero incremento en 2,3 puntos porcentuales respecto al 2015 (55,2% frente a 52,9%).

GRÁFICO N° 1.31
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CORRECTIVO CON LENTES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
(Porcentaje)

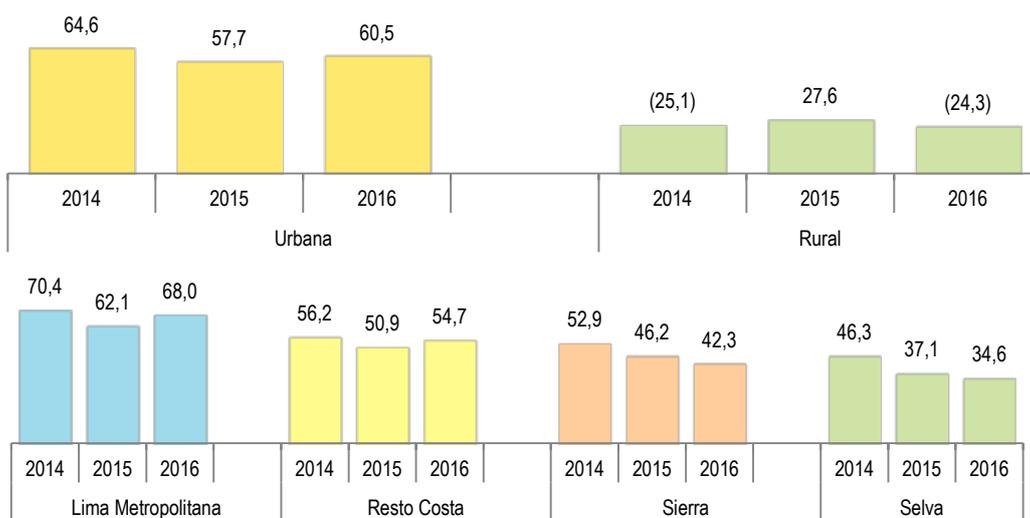


Nota: Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.

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

Asimismo, el tratamiento correctivo con lentes, mostró importantes diferencias entre los menores. Según área de residencia, la mayor proporción se observa en el área urbana (60,5%). Por región natural, el mayor porcentaje se registra en Lima Metropolitana (68,0%), seguido por el Resto Costa (54,7%), la Sierra (42,3%) y la Selva (34,6%).

GRÁFICO N° 1.32
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CORRECTIVO CON LENTES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
(Porcentaje)



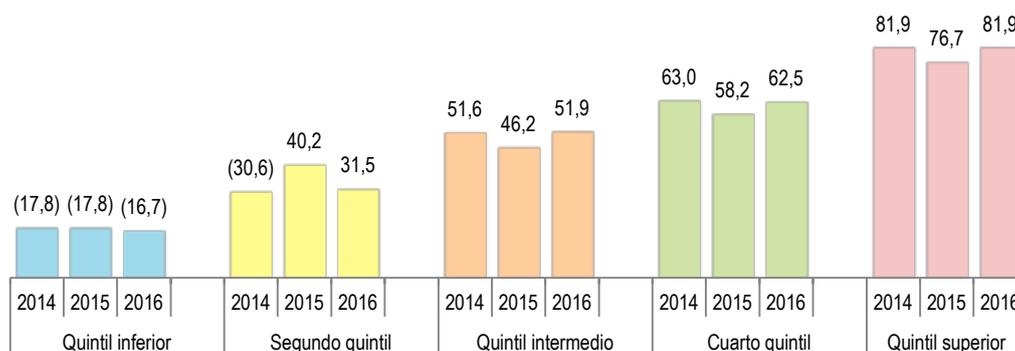
Nota: Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.

() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

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

El tratamiento correctivo con lentes fue notablemente mayor entre los menores ubicados en el quintil superior (81,9%); el porcentaje disminuye considerablemente a 62,5% en el cuarto quintil, se reduce a 51,9% en el quintil intermedio y a 31,5% en el segundo quintil. Existiendo una brecha de 50,4 puntos porcentuales entre el mayor y menor quintil.

GRÁFICO N° 1.33
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CORRECTIVO CON LENTES, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

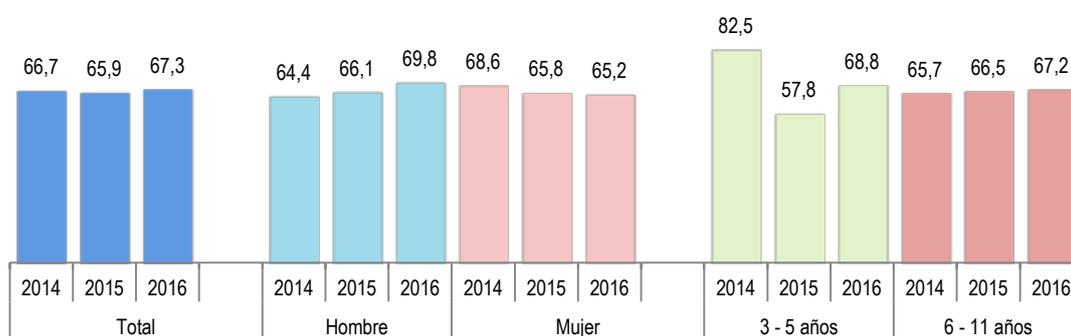


Nota: Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.
 () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

d) Tratamiento con lentes de forma permanente

En la Encuesta 2016, el 67,3% de las niñas y niños que fueron diagnosticados con errores refractivos reciben tratamiento con lentes en forma permanente. Ligeramente mayor que en el 2015 (65,9%). Según sexo, el acceso a este tratamiento fue mayor en los hombres que en las mujeres (69,8% frente a 65,2%). Asimismo, en el grupo de niñas y niños de 6 a 11 años es ligeramente menor (en 1,6 puntos porcentuales) que en el grupo de 3 a 5 años.

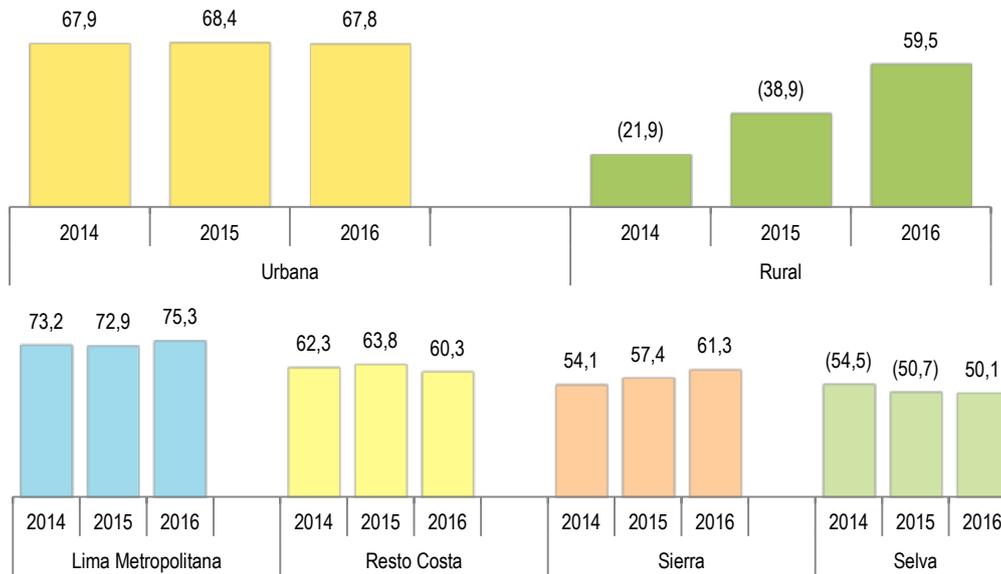
GRÁFICO N° 1.34
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON LENTES DE MANERA PERMANENTE, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



Nota: Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Este comportamiento fue mayor en el área urbana que en el área rural (67,8% frente a 59,5%). Por región natural, Lima Metropolitana registra el 75,3% y el menor acceso al tratamiento se observa en la región Selva (50,1%).

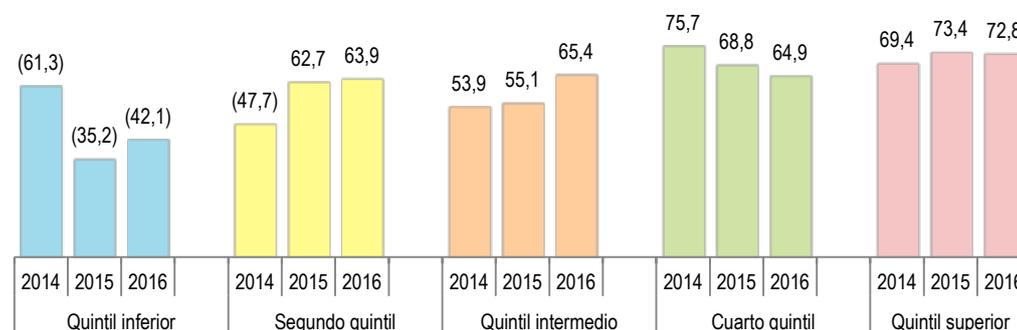
GRÁFICO N° 1.35
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON LENTES DE MANERA PERMANENTE, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



Nota: Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.
 () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Asimismo, analizando por quintiles de bienestar, existe una brecha de 8,9% puntos porcentuales entre el quintil superior (72,8%) y el segundo quintil (63,9%), en el tratamiento con lentes permanentes entre niñas y niños de 3 a 11 años de edad.

GRÁFICO N° 1.36
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON LENTES DE MANERA PERMANENTE, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



Nota: Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.
 () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

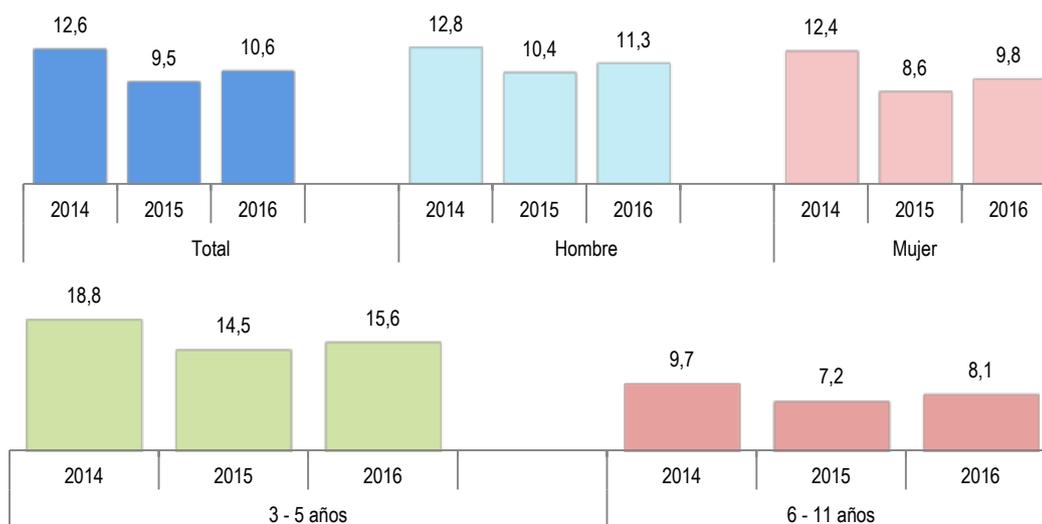
e) Prácticas adecuadas de salud ocular

Prácticas adecuadas de salud ocular se refieren a los hábitos y conductas que, ejecutados de forma correcta y consistente, pueden prevenir el desarrollo de afecciones oculares o retrasar su aparición. Cuanto más temprano en la vida se adopten estas prácticas, más probable será su asimilación como parte de las conductas saludables que en el futuro contribuirán a prevenir enfermedades oculares.

Es oportuno acotar que el indicador no permite verificar si realmente las prácticas se ejecutan y en qué medida, o si estas son correcta o incorrectamente ejecutadas. Sin embargo, es posible que exista un sesgo de deseabilidad social con un subsecuente sobre reporte de buenas prácticas.

En la Encuesta 2016, el 10,6% de las niñas y niños de 3 a 11 años de edad, ejecutan prácticas adecuadas de salud ocular, reportadas por el responsable del cuidado del menor. Con respecto al 2015 se observa un ligero incremento de 1,1 puntos porcentuales (de 10,6% frente a 9,5%).

GRÁFICO N° 1.37
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD OCULAR,
SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

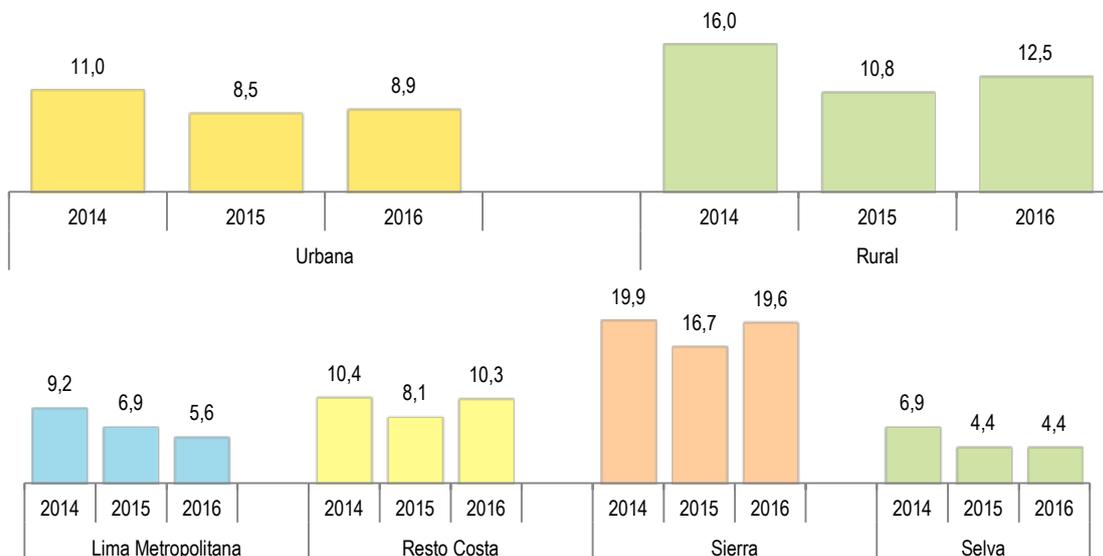


Nota: Prácticas adecuadas de salud ocular se refieren a los hábitos y conductas que pueden prevenir el desarrollo de afecciones oculares o retrasar su aparición (ver televisión/ computadora/ laptop/ tablet, a una distancia no menor de 30 centímetros, usar gorro con visera, sombrero o lentes de sol durante todo el año mientras se permanece en un lugar sin techo, buena iluminación en el ambiente donde se lee, no leer un texto mientras se está caminando, en el carro o en el mototaxi).

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

Por área de residencia, se encontró una mayor frecuencia de buenas prácticas en el área rural (12,5%), que en el área urbana (8,9%). Asimismo, la ejecución de prácticas adecuadas fue mayor en la región Sierra (19,6%) que en el resto de regiones naturales.

GRÁFICO N° 1.38
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD OCULAR,
SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

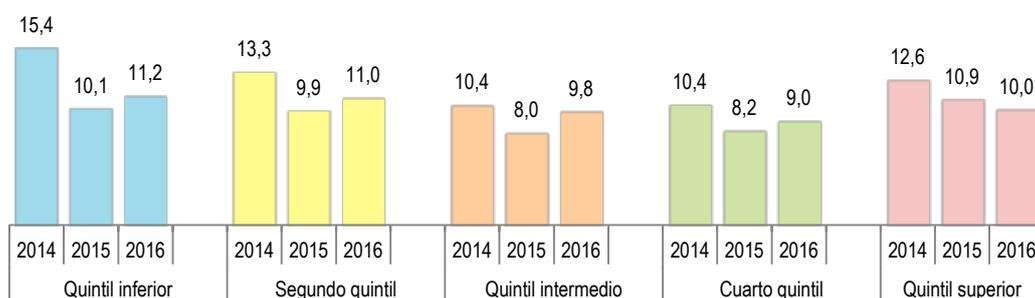


Nota: Prácticas adecuadas de salud ocular se refieren a los hábitos y conductas que pueden prevenir el desarrollo de afecciones oculares o retrasar su aparición (ver televisión/ computadora/ laptop/ tablet, a una distancia no menor de 30 centímetros, usar gorro con visera, sombrero o lentes de sol durante todo el año mientras se permanece en un lugar sin techo, buena iluminación en el ambiente donde se lee, no leer un texto mientras se está caminando, en el carro o en el mototaxi).

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

Por quintiles de bienestar, estas prácticas adecuadas de salud ocular oscilan entre 9,0% y 11,2%. En el quintil inferior fue 11,2%, en el segundo quintil fue 11,0%, en quintil superior 10,0% y el menor porcentaje en el cuarto quintil (9,0%).

GRÁFICO N° 1.39
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD OCULAR,
SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

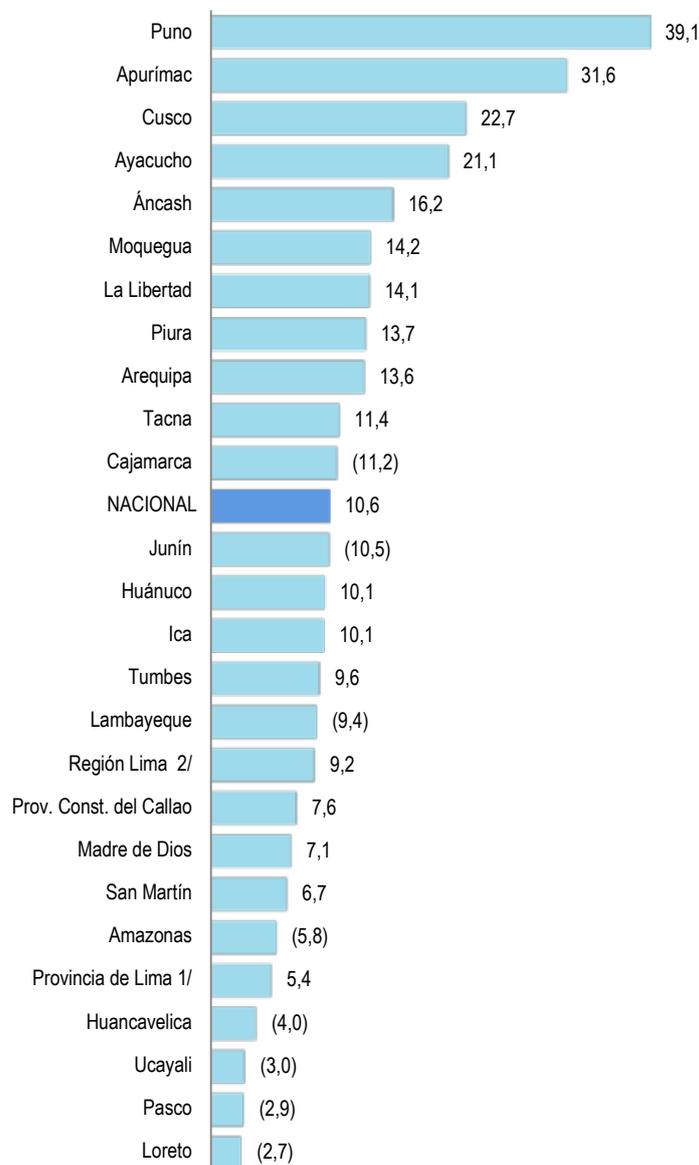


Nota: Prácticas adecuadas de salud ocular se refieren a los hábitos y conductas que pueden prevenir el desarrollo de afecciones oculares o retrasar su aparición (ver televisión/ computadora/ laptop/ tablet, a una distancia no menor de 30 centímetros, usar gorro con visera, sombrero o lentes de sol durante todo el año mientras se permanece en un lugar sin techo, buena iluminación en el ambiente donde se lee, no leer un texto mientras se está caminando, en el carro o en el mototaxi).

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

En la ejecución de buenas prácticas de salud ocular, analizada por región, destacan Puno (39,1%) y Apurímac (31,6%). Y entre los más bajos la Provincia de Lima (5,4%) y San Martín (6,7%).

GRÁFICO N° 1.40
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD OCULAR, SEGÚN REGIÓN, 2016
 (Porcentaje)



Nota: Prácticas adecuadas de salud ocular se refieren a los hábitos y conductas que pueden prevenir el desarrollo de afecciones oculares o retrasar su aparición (ver televisión/ computadora/ laptop/ tablet, a una distancia no menor de 30 centímetros, usar gorro con visera, sombrero o lentes de sol durante todo el año mientras se permanece en un lugar sin techo, buena iluminación en el ambiente donde se lee, no leer un texto mientras se está caminando, en el carro o en el mototaxi).

() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

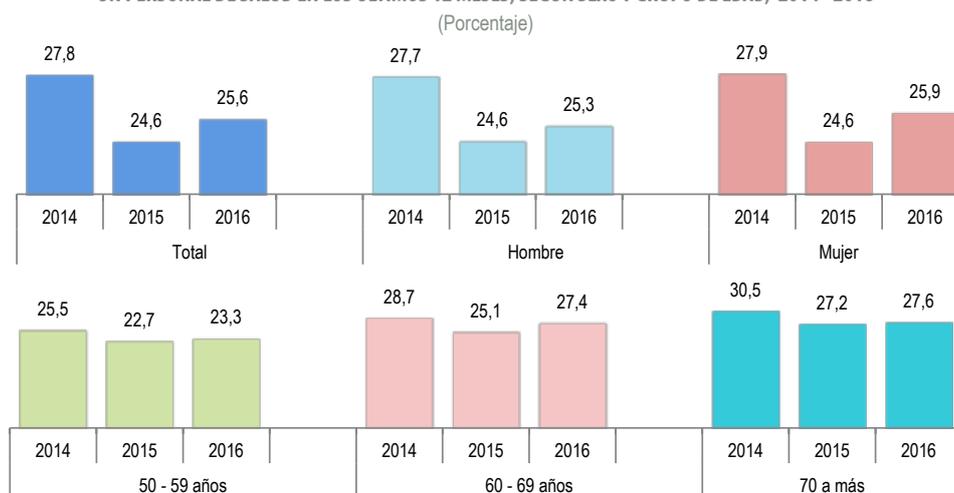
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.4.2 Personas de 50 y más años de edad

a) Agudeza visual

A nivel nacional, el 25,6% de personas de 50 y más años de edad, reportó haber acudido a realizarse un examen de valoración de agudeza visual por personal de salud. Por grupo de edad, este examen fue más recurrente entre los adultos de 70 y más años de edad (27,6%). Esta situación muestra que hay un ligero aumento de 0,4 puntos porcentuales con respecto al 2015.

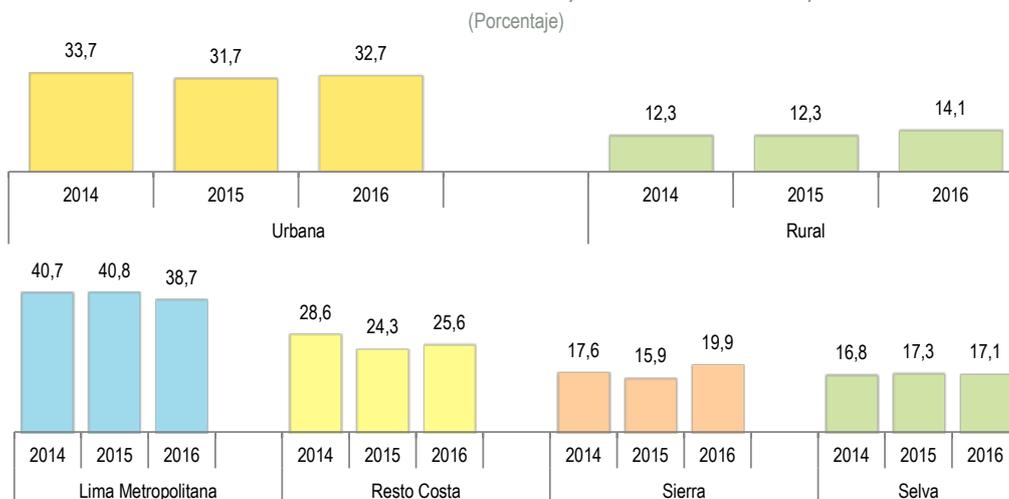
GRÁFICO N° 1.41
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADA POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016



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

Por área de residencia, la aplicación al examen de agudeza visual muestra importantes diferencias, siendo más frecuente entre los residentes del área urbana (32,7%) y en Lima Metropolitana (38,7%) y, menor entre los residentes rurales (14,1%) y aquellos de la región natural Selva (17,1%).

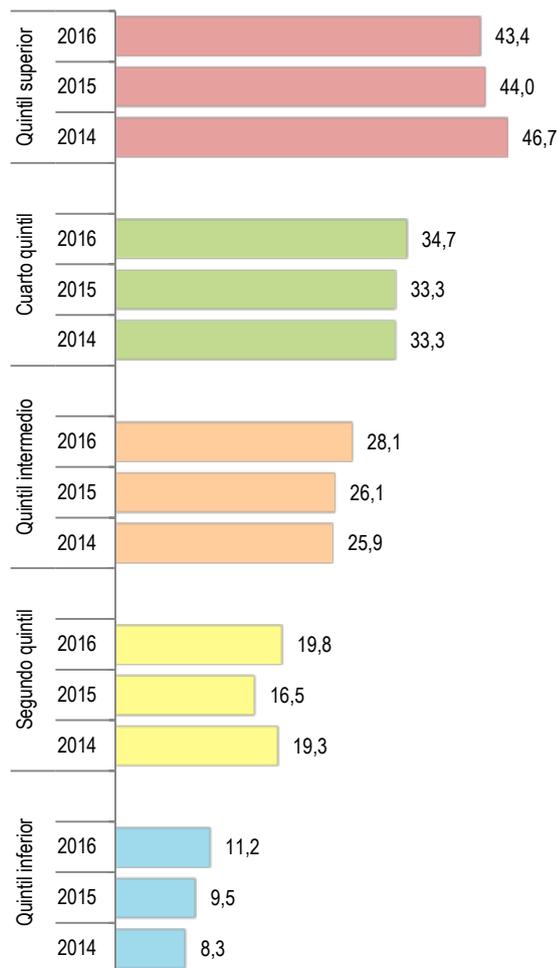
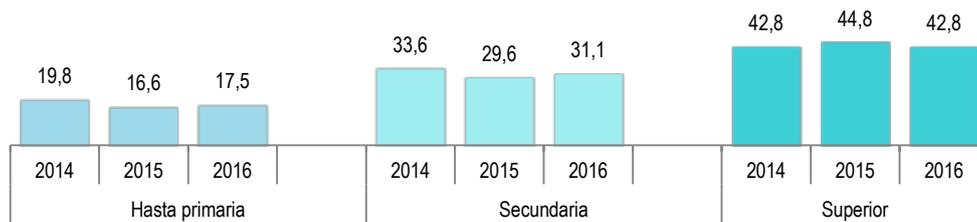
GRÁFICO N° 1.42
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADA POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016



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

Destacan las diferencias según características tales como educación y capacidad económica. Así, 17,5% de adultos con educación primaria o menos y 11,2% de aquellos pertenecientes al quintil inferior aplicaron al examen de valoración visual, frente al 42,8% de adultos con educación superior y al quintil superior (43,4%). Es de notar que el mayor incremento (3,3 puntos porcentuales) se observa en el segundo quintil con respecto al 2015.

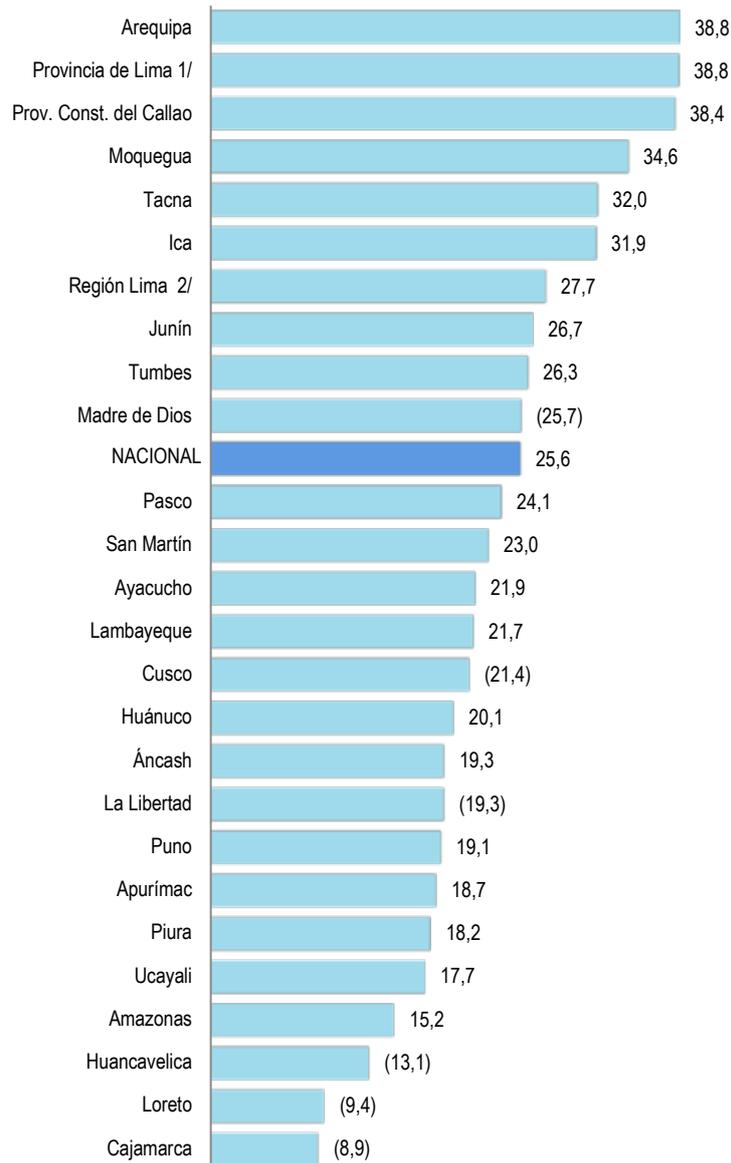
GRÁFICO N° 1.43
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADA POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

La valoración de agudeza visual alcanzó los porcentajes más altos en las regiones de Arequipa (38,8%), Provincia de Lima (38,8%), Provincia Constitucional del Callao (38,4%); en tanto que Amazonas (15,2%), Ucayali (17,7%) y Piura (18,2%) mostraron bajos porcentajes.

GRÁFICO N° 1.44
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADA
POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN, 2016
 (Porcentaje)



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

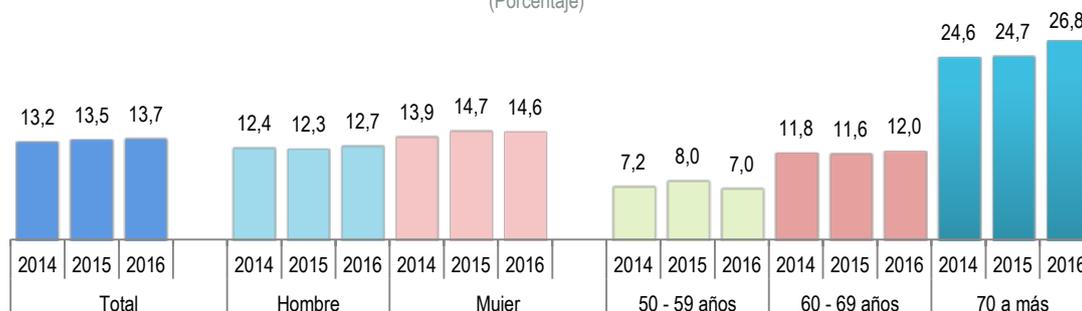
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

b) Diagnóstico de cataratas

En medicina oftalmológica, se llama catarata a la opacificación total o parcial del cristalino. A nivel mundial, se estima que el 51% de los casos de ceguera (19,7 millones) se debe a las cataratas, que aparecen con la edad y son la causa principal de ceguera. La operación de cataratas constituye una de las intervenciones sanitarias con más alto costo-beneficio⁷.

A nivel nacional, el 13,7% de las personas encuestadas de 50 y más años de edad manifestó haber recibido el diagnóstico de catarata. En el 2015, el 13,5% recibió diagnóstico de catarata. Según sexo, el porcentaje de mujeres (14,6%) que recibió el diagnóstico de catarata fue mayor que en los hombres (12,7%). Por grupo etario, este problema se presentó principalmente en aquellos de 70 y más años de edad (26,8%).

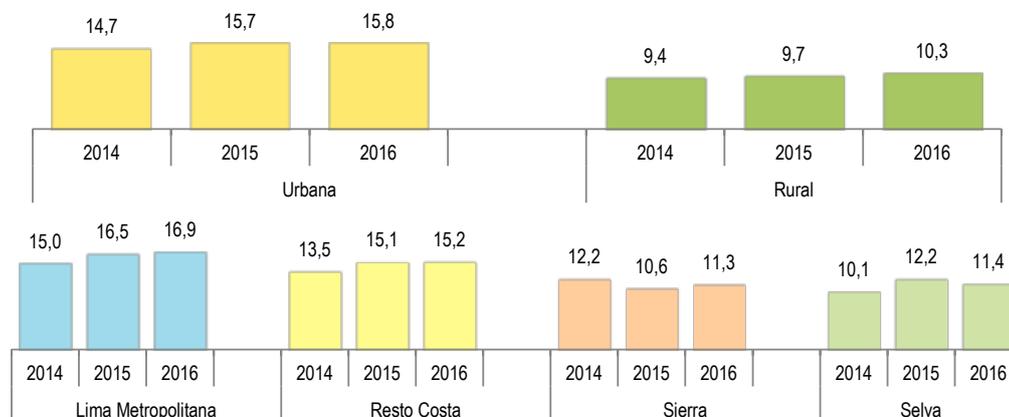
GRÁFICO N° 1.45
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON EL DIAGNÓSTICO DE CATARATAS,
SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

Según ámbito de residencia, la prevalencia de catarata fue mayor entre los residentes del área urbana (15,8%), en Lima Metropolitana (16,9%) y el Resto Costa (15,2%), resultados que muestran marcadas diferencias respecto del área rural (10,3%) y, la región natural Sierra (11,3%). Sin embargo, estos porcentajes indicarían una brecha en el acceso al servicio de salud ocular.

GRÁFICO N° 1.46
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON EL DIAGNÓSTICO DE CATARATAS,
SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

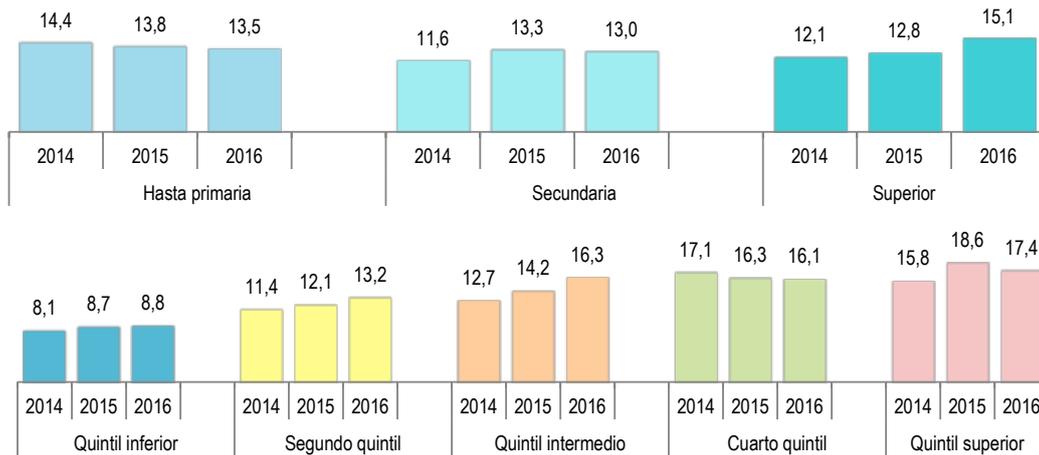


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

⁷ Ceguera y discapacidad visual Nota descriptiva N° 282 Octubre de 2013. . Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

Esta enfermedad fue diagnosticada en similar proporción entre personas de los diferentes niveles de educación siendo ligeramente mayor en las que llegaron al nivel superior (15,1%); menor en los que tienen nivel educativo hasta primaria (13,5%) y nivel secundaria (13,0%). Según quintil de bienestar, fue mayor en aquellos ubicados en el quintil superior (17,4%), en contraste al quintil inferior (8,8%).

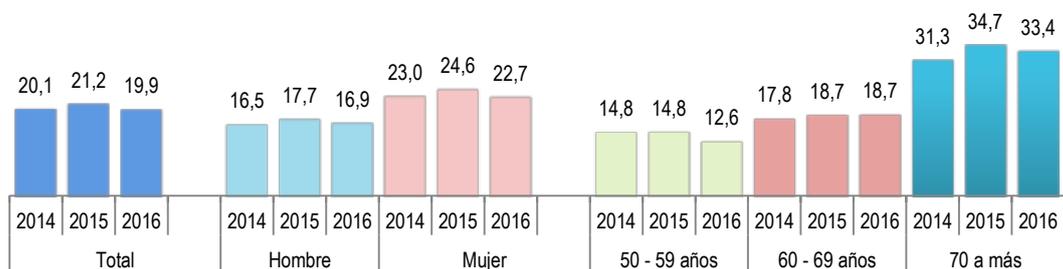
GRÁFICO N° 1.47
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON EL DIAGNÓSTICO DE CATARATAS,
SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

A nivel nacional, el 19,9% de personas de 50 y más años de edad, reportó dificultad para ver de lejos. Visto por sexo, este problema es mayor entre mujeres (22,7%), que entre hombres (16,9%). Asimismo, es más frecuente en el grupo de 70 y más años de edad (33,4%) que entre los de 50 a 59 años de edad (12,6%). De este último grupo, que presenta mayor dificultad para ver de lejos, en el 2015 fue de 14,8%.

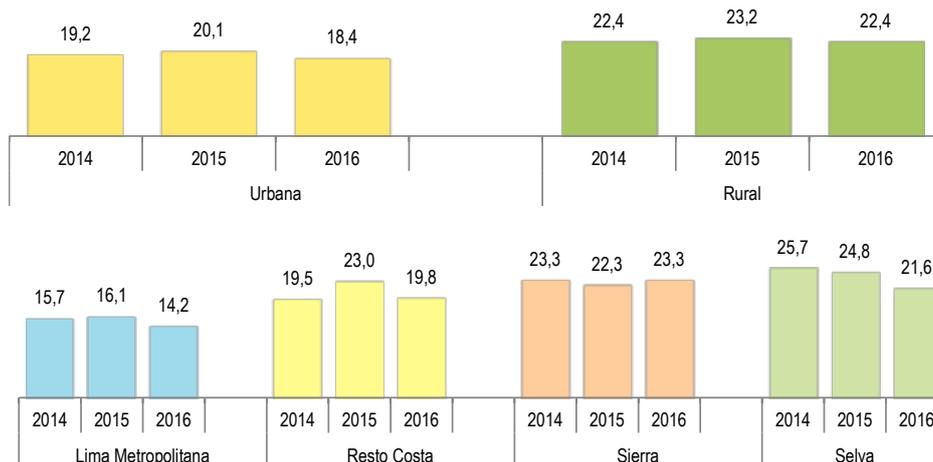
GRÁFICO N° 1.48
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIFICULTAD PARA VER DE LEJOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

Por área de residencia, la dificultad para ver de lejos muestra importantes diferencias, siendo más frecuente entre los residentes del área rural (22,4%) en comparación con el área urbana (18,4%). Igualmente, esta brecha se observa con mayor frecuencia en los residentes de la Sierra (23,3%) frente a las demás regiones.

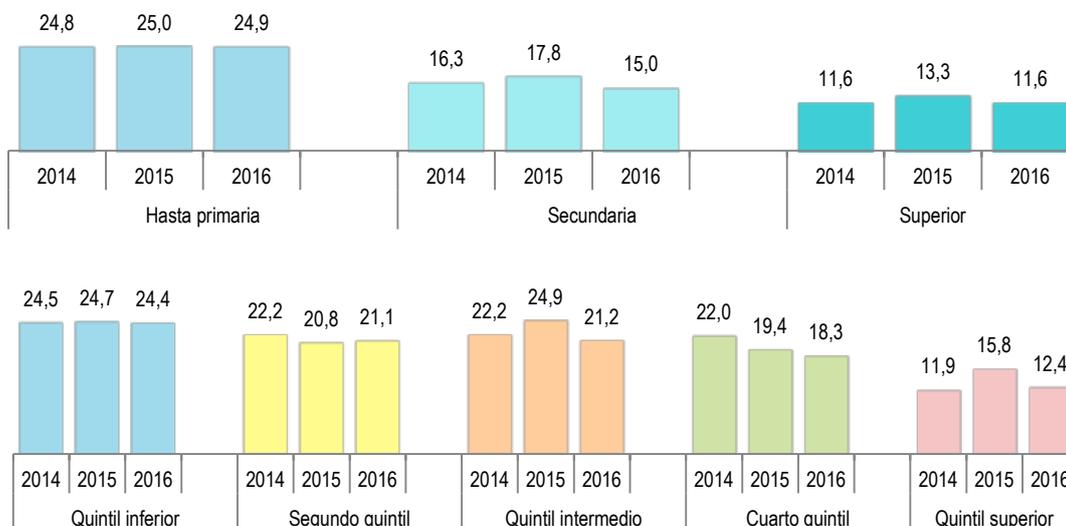
GRÁFICO N° 1.49
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIFICULTAD PARA VER DE LEJOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

Asimismo, esta dificultad para ver de lejos afecta más a los adultos con menor nivel de educación (24,9%) y aquellos ubicados en el quintil inferior (24,4%), y en menor proporción entre los que tienen nivel educativo superior (11,6%) y en los que se ubican en el quintil superior (12,4%).

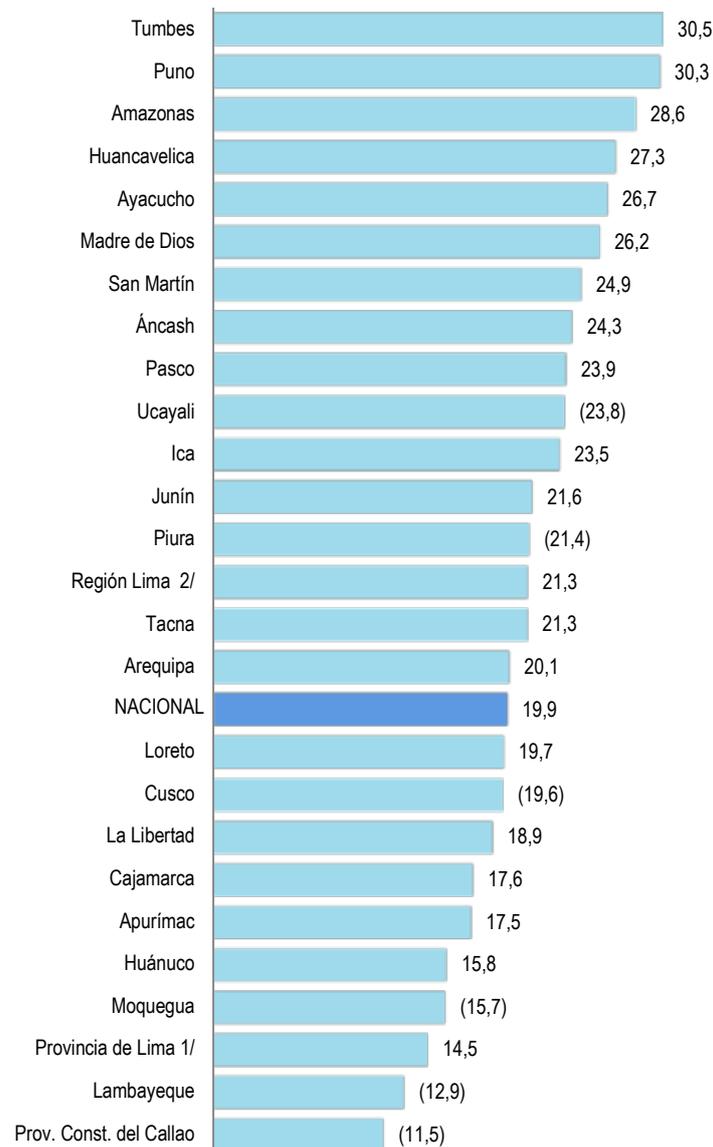
GRÁFICO N° 1.50
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIFICULTAD PARA VER DE LEJOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

Por región, la población con dificultad para ver de lejos, mayor al 30,0%, reside en Tumbes (30,5%) y Puno (30,3%). En contraste, se mostró una menor prevalencia en la Provincia Lima (14,5%) y Huánuco (15,8%).

GRÁFICO N° 1.51
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIFICULTAD PARA VER DE LEJOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN REGIÓN, 2016
 (Porcentaje)



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

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

1.5 SALUD BUCAL

La salud bucal puede definirse como la ausencia de dolor orofacial (perteneciente a la boca y a la cara) crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal⁸.

Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente⁹.

En el Perú, la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal constituye uno de los 12 principales problemas sanitarios del país.

Según el Estudio Epidemiológico realizado a nivel nacional los años 2001-2002, la prevalencia de caries dental es de 90,4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años de edad es de aproximadamente seis. El Perú es un país en estado de emergencia, según la Organización Panamericana de la Salud.

1.5.1 Niñas y niños de 1 a 11 años de edad

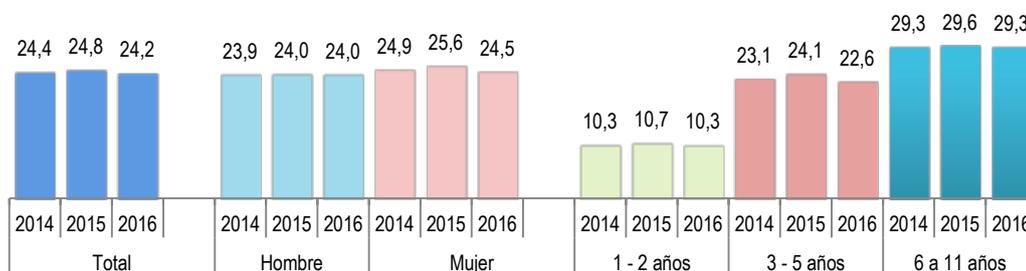
a) Prácticas de salud bucal

Las prácticas de salud bucal se refieren a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

El ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal es una actividad poco frecuente entre la población de 1 a 11 años de edad.

A nivel nacional, solo el 24,2% de este colectivo realiza buenas prácticas de salud bucal, y fue 24,8% en el 2015. No observándose una diferencia por sexo (24,0% en niños y 24,5% en niñas) y, de mayor aplicación en el grupo de 6 a 11 años de edad (29,3%).

GRÁFICO N° 1.52
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL,
SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
(Porcentaje)



Nota: Prácticas adecuadas de higiene bucal se refiere a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad así como prevenir su deterioro.

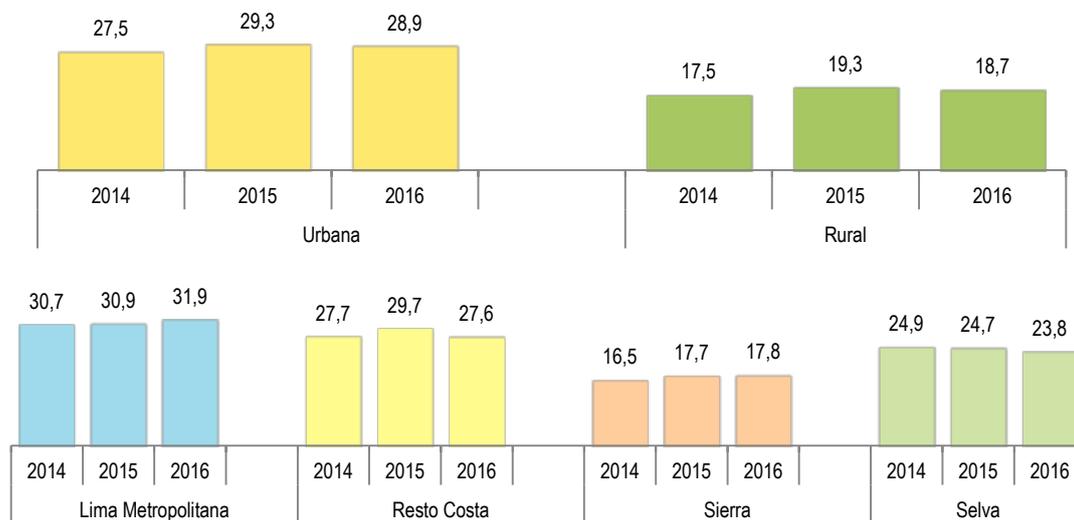
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

⁸ Salud Bucodental. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

⁹ Salud Bucal. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalesweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13

Según área de residencia, la frecuencia de ejecución de estas buenas prácticas mostró importantes diferencias entre los menores residentes urbanos (28,9%), y rurales (18,7%); así como, según región natural, entre aquellos residentes en Lima Metropolitana (31,9%) y las demás regiones (Selva con 23,8% y Sierra con 17,8%).

GRÁFICO N° 1.53
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL,
SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
(Porcentaje)

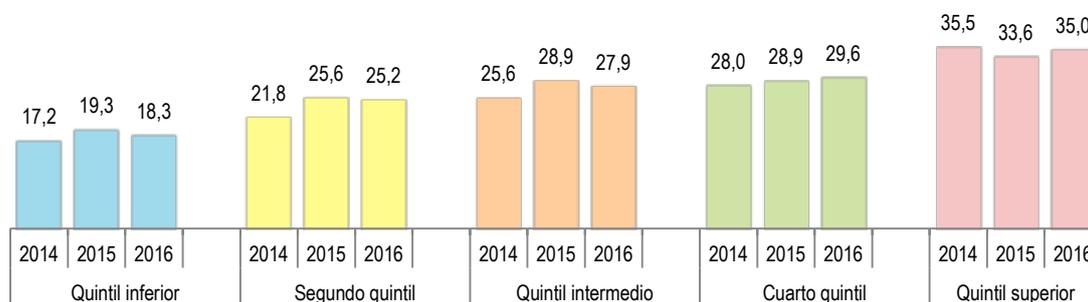


Nota: Prácticas adecuadas de higiene bucal se refiere a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

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

De igual modo, el ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal fue mayor entre los menores ubicados en el quintil superior con 35,0%, y menor entre aquellos ubicados en el quintil inferior 18,3%.

GRÁFICO N° 1.54
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL,
SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
(Porcentaje)

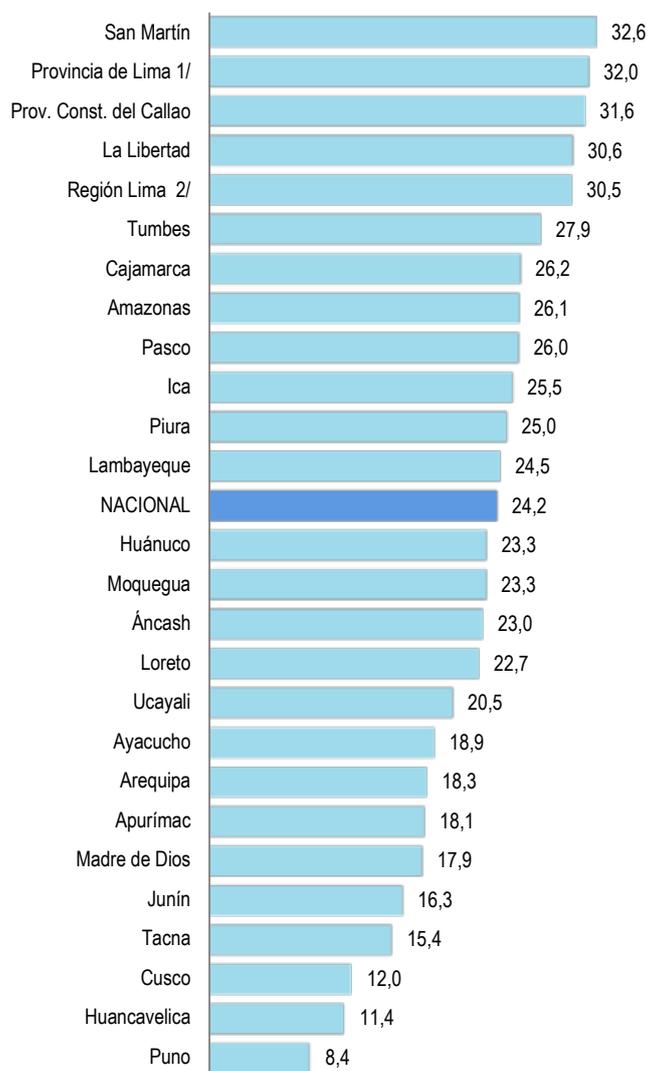


Nota: Prácticas adecuadas de higiene bucal se refiere a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

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

Por región, el mayor ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal fue mayor en San Martín (32,6%), Provincia de Lima (32,0%) y Provincia Constitucional del Callao (31,6%). Por el contrario, el menor ejercicio de prácticas adecuadas se encuentra en Puno (8,4%) y Huancavelica (11,4%).

GRÁFICO N° 1.55
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN REGIÓN, 2016
 (Porcentaje)



Nota: Prácticas adecuadas de higiene bucal se refiere a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

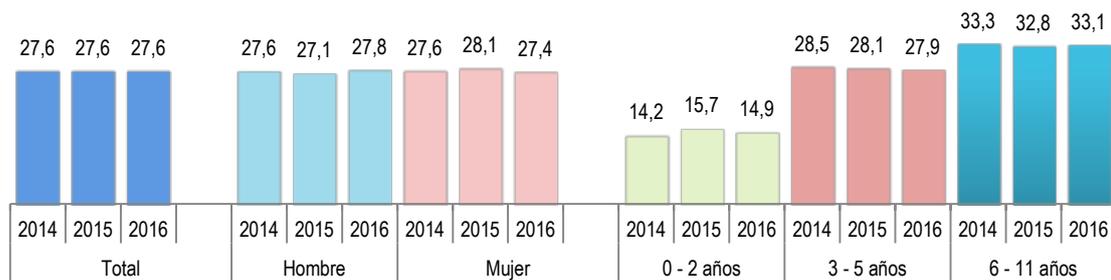
2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

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

b) Atención en un servicio odontológico

El 27,6% de las niñas y niños menores de 12 años de edad recibió atención odontológica en los últimos seis meses, cifra que se ha mantenido. Por grupo de edad, el mayor porcentaje se observó entre aquellos menores de 6 a 11 años de edad (33,1%).

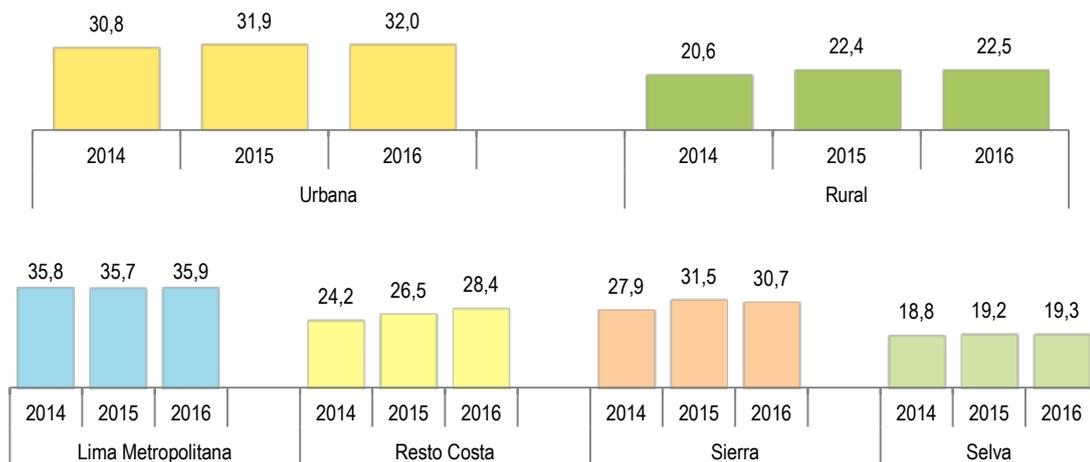
GRÁFICO N° 1.56
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO
EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
(Porcentaje)



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

Entre los menores de 12 años de edad residentes en el área urbana, el 32,0% recibió atención odontológica mientras que en el rural 22,5%. Asimismo, Lima Metropolitana muestra el mayor porcentaje (35,9%), seguido de la Sierra (30,7%). El menor porcentaje se encontró en la Selva con 19,3%.

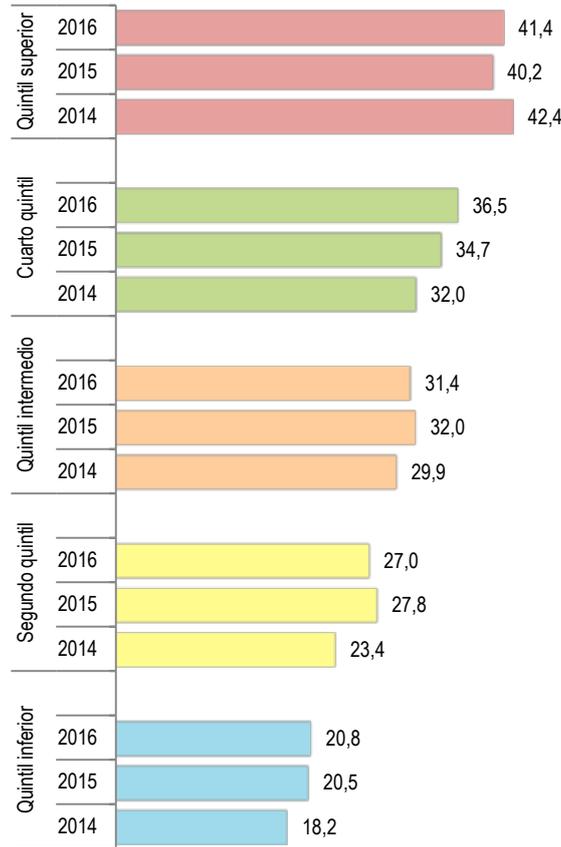
GRÁFICO N° 1.57
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO
EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
(Porcentaje)



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

Por quintil de bienestar, se observó notables diferencias. Así, el 41,4% de los menores de 12 años del quintil superior recibió atención odontológica en los últimos seis meses, estando el menor porcentaje entre aquellos ubicados en el quintil inferior (20,8%).

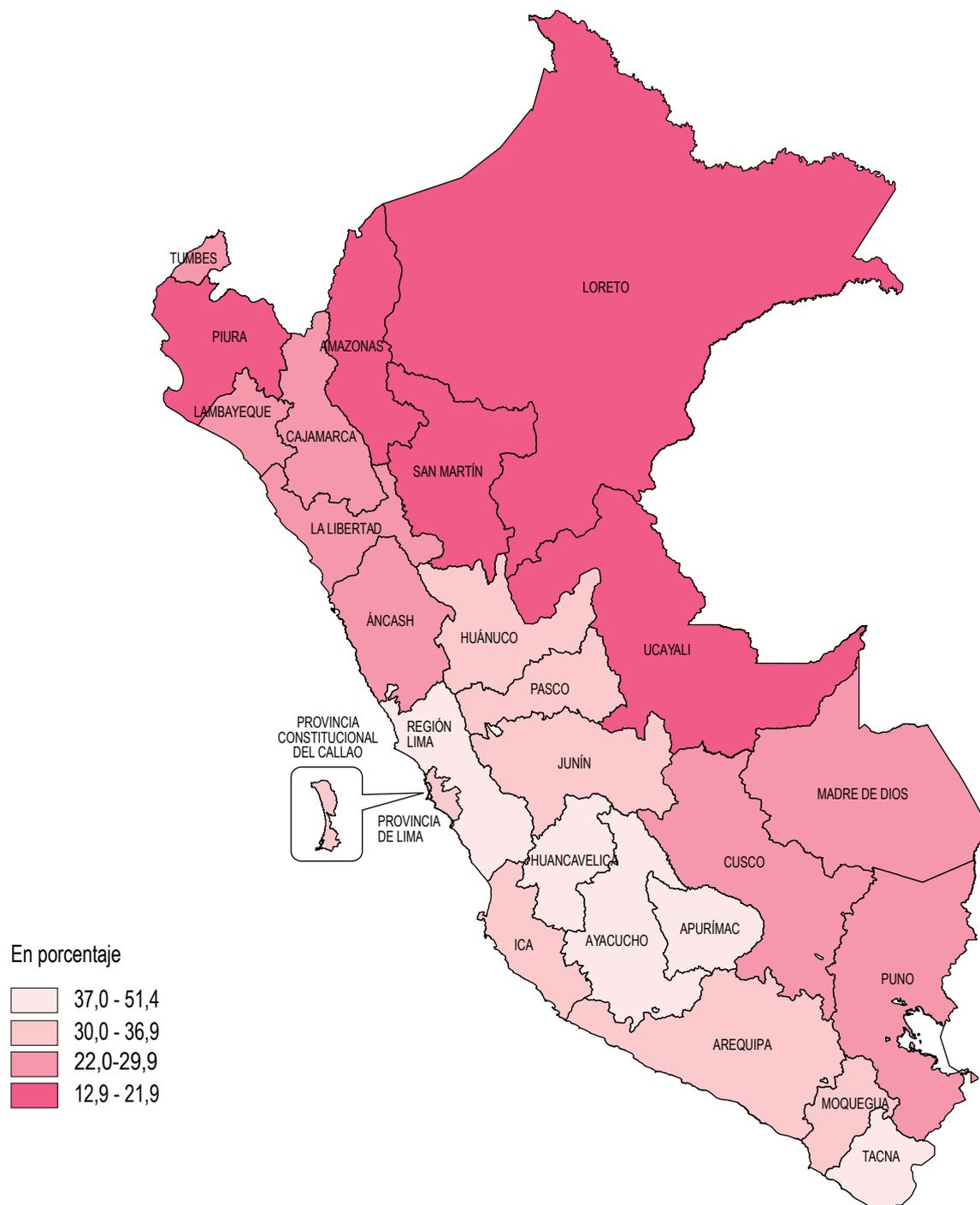
GRÁFICO N° 1.58
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO
EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

El porcentaje de menores de 12 años de edad que recibieron servicio odontológico fue mayor al 40,0% en las regiones de Apurímac (51,4%), Ayacucho (49,4%), Huancavelica (42,4%), Tacna (41,9%) y Región Lima (40,8%). Mientras que, en el otro extremo, los menores porcentajes se registraron en Ucayali (12,9%), Loreto (15,8%) y Piura (18,2%).

PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN REGIÓN, 2016
(Porcentaje)



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

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

c) Responsables del cuidado de niñas y niños, menores de 12 años, informados sobre prácticas de salud bucal

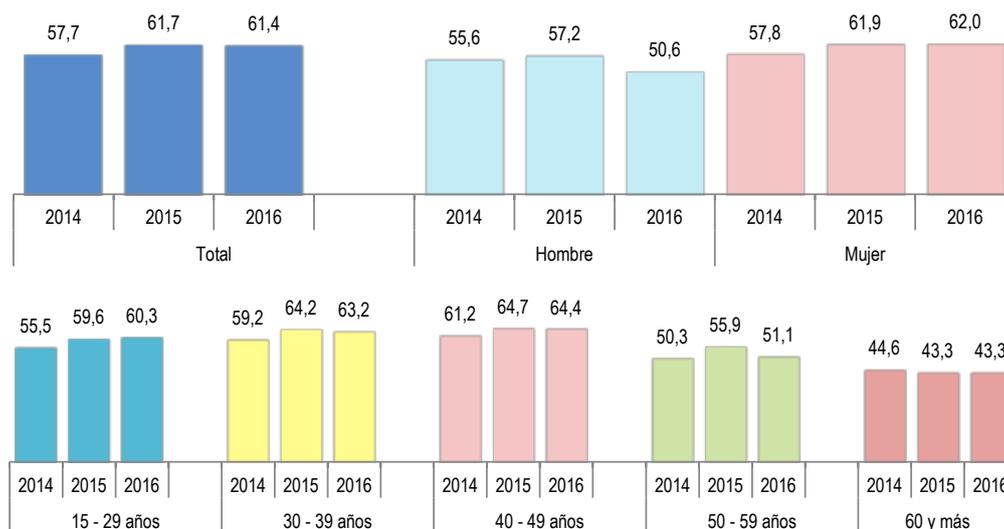
■ Información sobre prácticas de salud bucal

La información sobre prácticas de salud bucal, se refiere a los conceptos teóricos que ha recibido el responsable de los menores para el cuidado bucal de ellos, independientemente de la fuente o medio de donde proviene esta información.

En el país, el 61,4% de los responsables del cuidado de menores de 12 años, recibió información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses. Esta situación de acceso a información se mantuvo estable respecto al 2015 (61,7%).

El mayor porcentaje por sexo se encontró en las mujeres (62,0%), mientras que en los hombres fue de 50,6%. Según grupo de edad, más del 60% de los responsables que recibieron información tienen de 15 a 49 años de edad.

GRÁFICO N° 1.59
PERÚ: RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016 (Porcentaje)

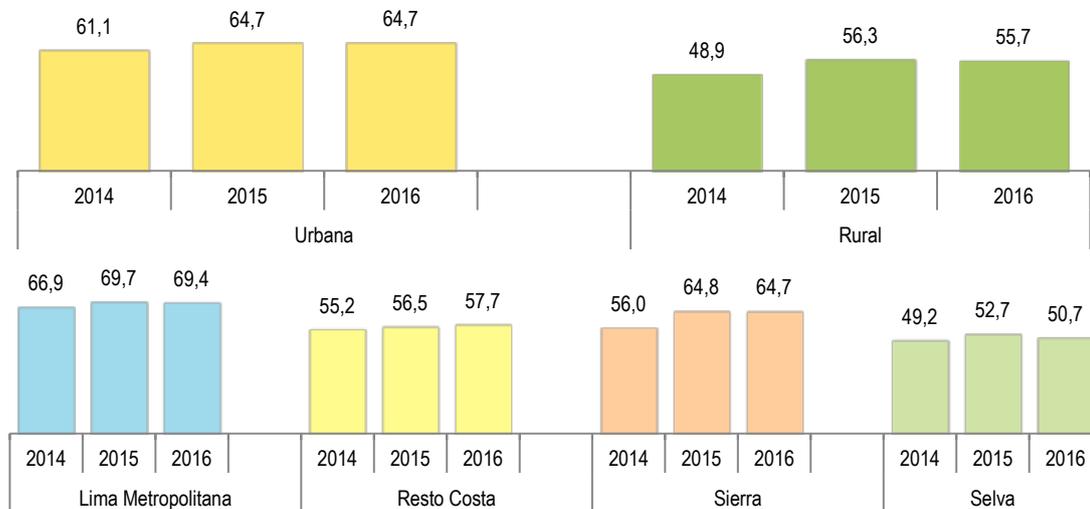


Nota: Prácticas adecuadas de higiene bucal se refiere a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

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

Según área de residencia, esta información fue recibida por el 64,7% entre aquellos del área urbana y el 55,7% del área rural. Por región natural, Lima Metropolitana mostró el más alto porcentaje (69,4%), seguida por la Sierra (64,7%). La Selva mostró el menor porcentaje con 50,7%.

GRÁFICO N° 1.60
PERÚ: RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON INFORMACIÓN
SOBRE PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

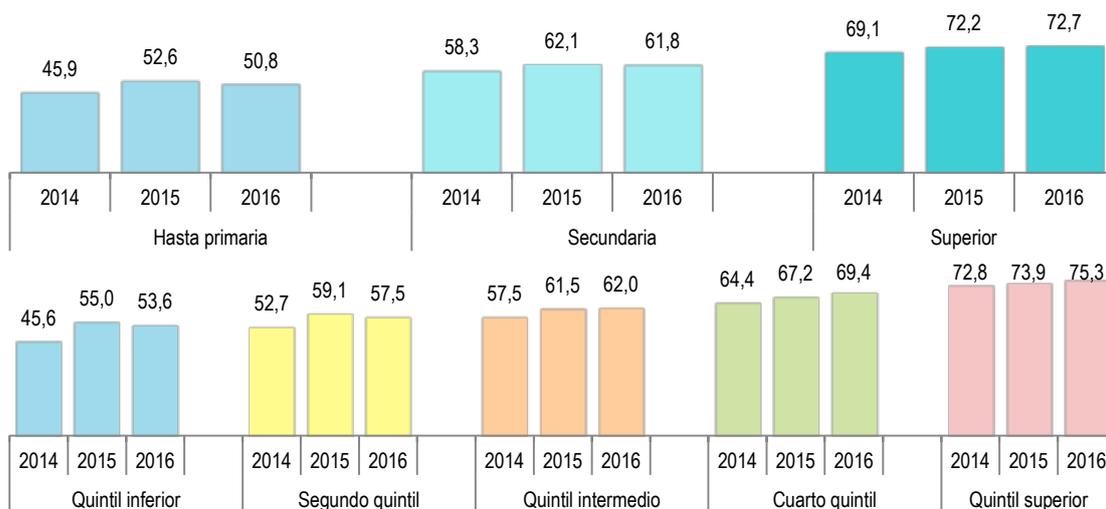


Nota: Prácticas adecuadas de higiene bucal se refiere a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

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

Se encontró diferencias importantes según nivel de educación y capacidad económica. Así, 50,8% de adultos con educación primaria o menos y 53,6% de aquellos ubicados en el quintil inferior recibieron información sobre prácticas de salud bucal, en los últimos 12 meses, frente al mayor porcentaje de adultos con educación superior (72,7%) o perteneciente al quintil superior (75,3%) que eran responsables del cuidado de las niñas y niños menores de 12 años de edad.

GRÁFICO N° 1.61
PERÚ: RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD
QUE RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN
NIVEL DE EDUCACIÓN Y QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

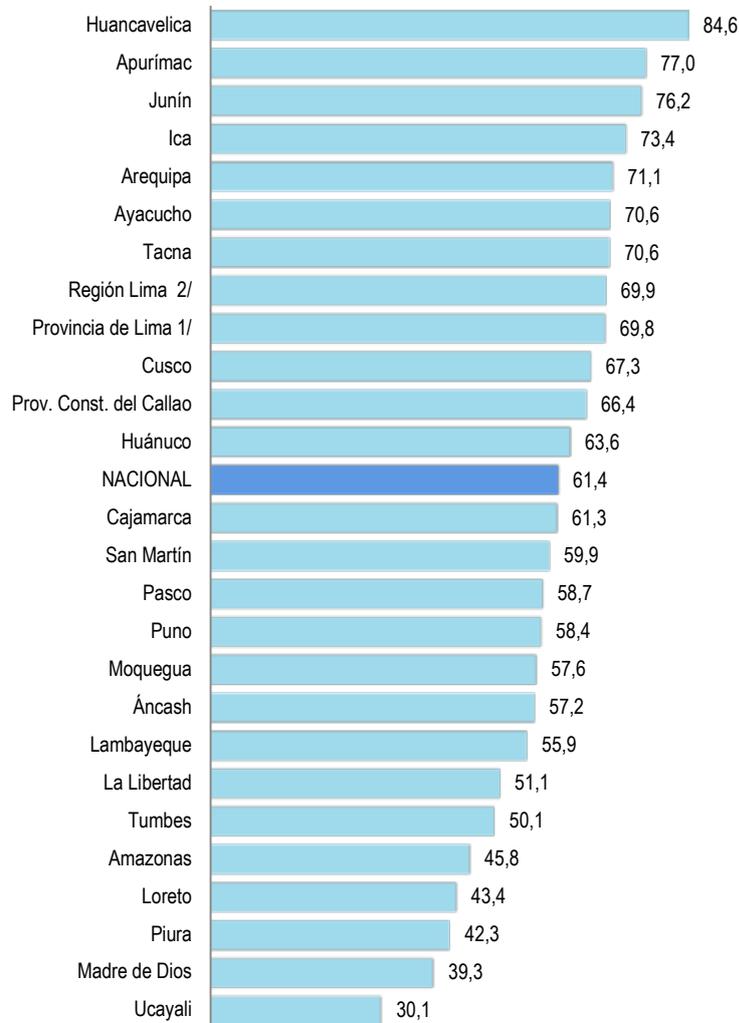


Nota: Prácticas adecuadas de higiene bucal se refiere a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

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

Según región, un alto porcentaje de responsables de menores de 12 años recibieron información sobre prácticas de salud bucal. Destacan Huancavelica (84,6%), Apurímac (77,0%) y Junín (76,2%). Los niveles más bajos se encontraron en Ucayali (30,1%), Madre de Dios (39,3%) y Piura (42,3%).

GRÁFICO N° 1.62
PERÚ: RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN, 2016
(Porcentaje)



Nota: Prácticas adecuadas de higiene bucal se refieren a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad así, como prevenir su deterioro.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyón y Yauyos.

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

1.5.2 Personas de 60 y más años de edad

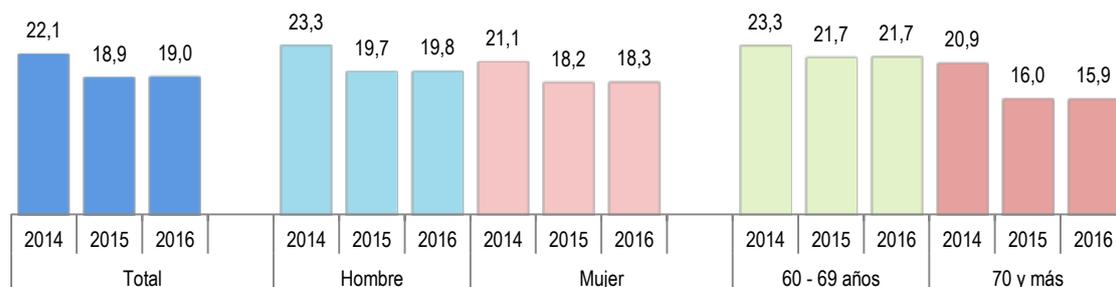
■ Atención en un servicio odontológico

La población de adultos mayores es más propensa a tener enfermedades de dientes y encías y por lo tanto a requerir tratamientos.

La concurrencia a servicios odontológicos es una actividad poco frecuente entre la población de 60 y más años de edad. Asimismo, es notablemente menor entre los residentes rurales.

En el país, el 19,0% de este colectivo fue atendido en un servicio odontológico en los últimos 12 meses, sin mayor variación con respecto al 2015. Según sexo, el porcentaje fue ligeramente mayor en hombres (19,8%), que en mujeres (18,3%). Por grupos de edad, fue mayor entre aquellos más jóvenes (21,7%) que entre los de mayor edad (15,9%).

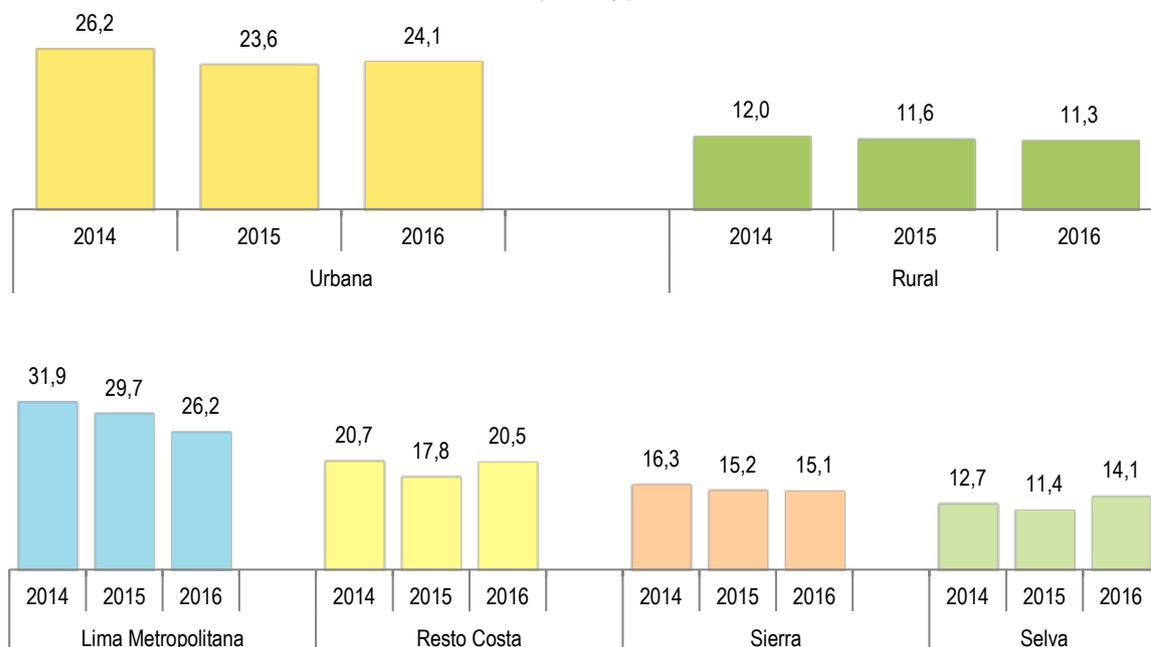
GRÁFICO N° 1.63
PERÚ: ADULTOS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE
LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

Según ámbito de residencia, la atención odontológica fue de 24,1% entre los residentes urbanos y de 11,3% entre aquellos del área rural. Se mantienen las diferencias entre las regiones naturales: mayor porcentaje en Lima Metropolitana (26,2%), en comparación sobre todo con la Sierra (15,1%) y la Selva (14,1%).

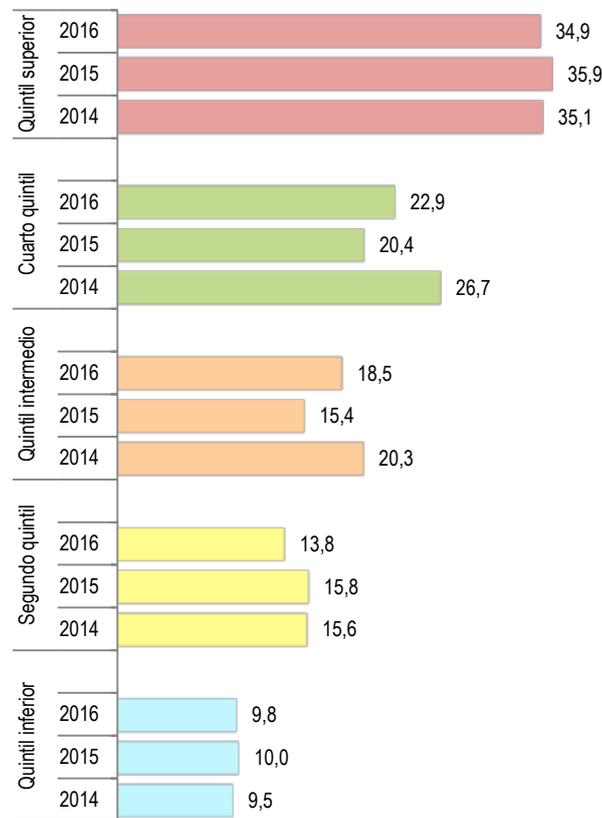
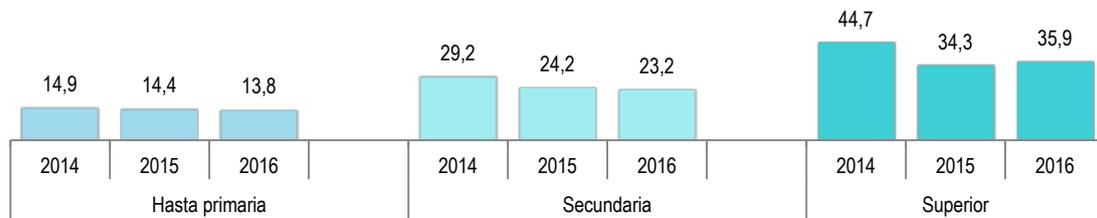
GRÁFICO N° 1.64
PERÚ: ADULTOS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES,
SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

De igual manera, se mantienen las diferencias por nivel de educación y quintil de bienestar, con porcentajes mayores de atención odontológica entre aquellos con educación superior (35,9%), ubicados en el quintil superior (34,9%), en comparación con los de nivel primaria (13,8%) y/o pertenecientes al quintil inferior de bienestar (9,8%).

GRÁFICO N° 1.65
PERÚ: ADULTOS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES,
SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

1.6 SALUD MENTAL

En el contexto de la implementación del Programa Presupuestal de Enfermedades No Transmisibles, se incorporó en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016, el Módulo de Salud Mental, focalizando su atención en dos problemas fundamentales: la violencia física de pareja y el consumo de bebidas alcohólicas.

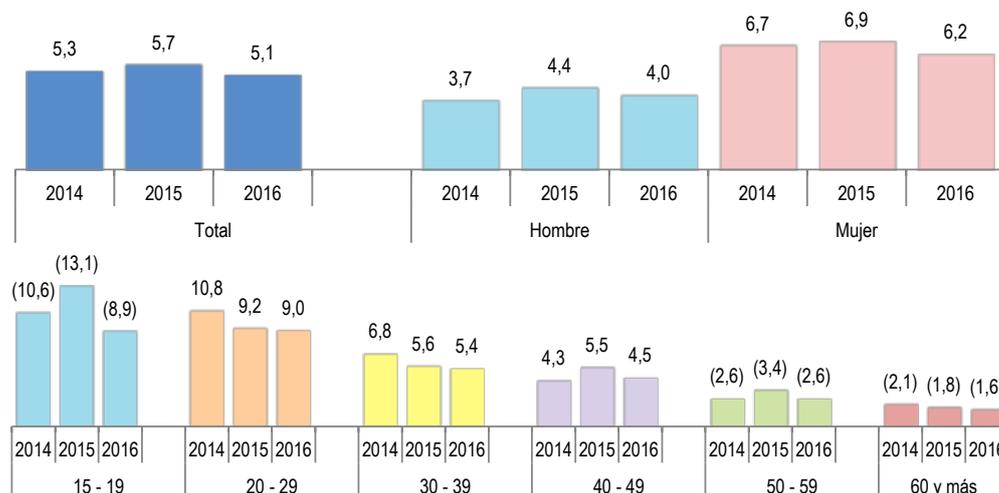
La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo conoce sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, trabaja en forma productiva y contribuye a su comunidad¹⁰.

1.6.1 Violencia física de pareja

La violencia física de pareja genera consecuencias inmediatas y agudas así como de larga duración y crónicas. Entre las consecuencias más comunes de la violencia física en agravio de las mujeres se encuentran la depresión, tendencia a intentos de suicidio, trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, trastornos de sueño, trastornos alimentarios y trastornos psicosomáticos¹¹. La violencia de pareja tiene un importante impacto en la mortalidad. Se estima que del total de homicidios ocurridos en Lima entre 2000-2008, el 12,0% fue resultado de violencia de pareja. Del total de mujeres fallecidas por homicidios en ese periodo, 40,0% fueron asesinadas por su pareja¹².

En el 2016, el 5,1% de las personas encuestadas de 15 años y más de edad reportaron haber sufrido violencia física por parte de su pareja en los últimos 12 meses, esta situación muestra una tendencia decreciente en 0,6 puntos porcentuales respecto al 2015. Siendo mayor el porcentaje en las mujeres (6,2%) que en los hombres (4,0%). Con relación al grupo de edad, esta experiencia se reportó con mayor frecuencia entre las personas de 20 a 29 años de edad (9,0%) y con menor frecuencia en los grupos de mayor edad (de 40 a 49 años fue de 4,5%) .

GRÁFICO N° 1.66
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUERON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA DE PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

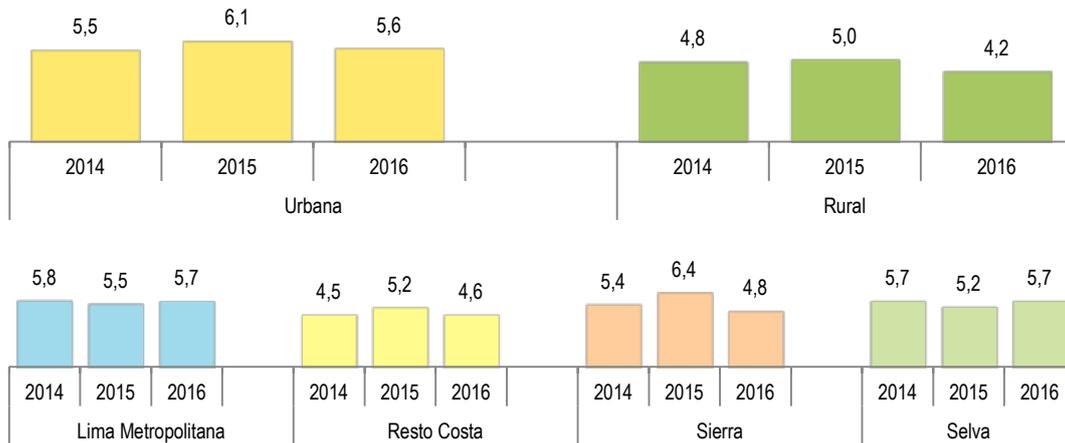
¹⁰ OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [cited 2014 May 8]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

¹¹ Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med. 2002 May 27;162(10):1157-63.

¹² ¿Quiénes son asesinad@s en Lima? ¿Cómo, cuándo y por qué? [Internet]. [cited 2014 May 8]. Available from: http://www.ciudadnuestra.org/index.php?fp_cont=1946

La prevalencia de violencia de pareja muestra ligeras diferencias entre el área urbana (5,6%) y rural (4,2%). Entre las regiones naturales con mayores porcentajes se observan la Selva y Lima Metropolitana (5,7% cada una) y los menores porcentajes en el Resto Costa (4,6%) y en la Sierra (4,8%).

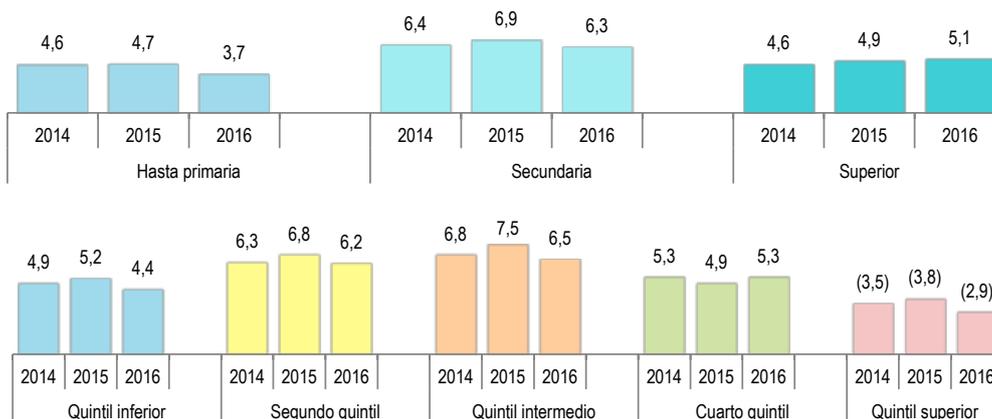
GRÁFICO N° 1.67
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUERON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA DE PAREJA
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

No obstante, la violencia de pareja muestra algunas diferencias por nivel de educación y quintil de bienestar. Las víctimas se encontraron principalmente entre aquellos con educación secundaria (6,3%), así como en los quintiles de bienestar intermedio (6,5%) y segundo (6,2%).

GRÁFICO N° 1.68
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUERON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA DE PAREJA
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

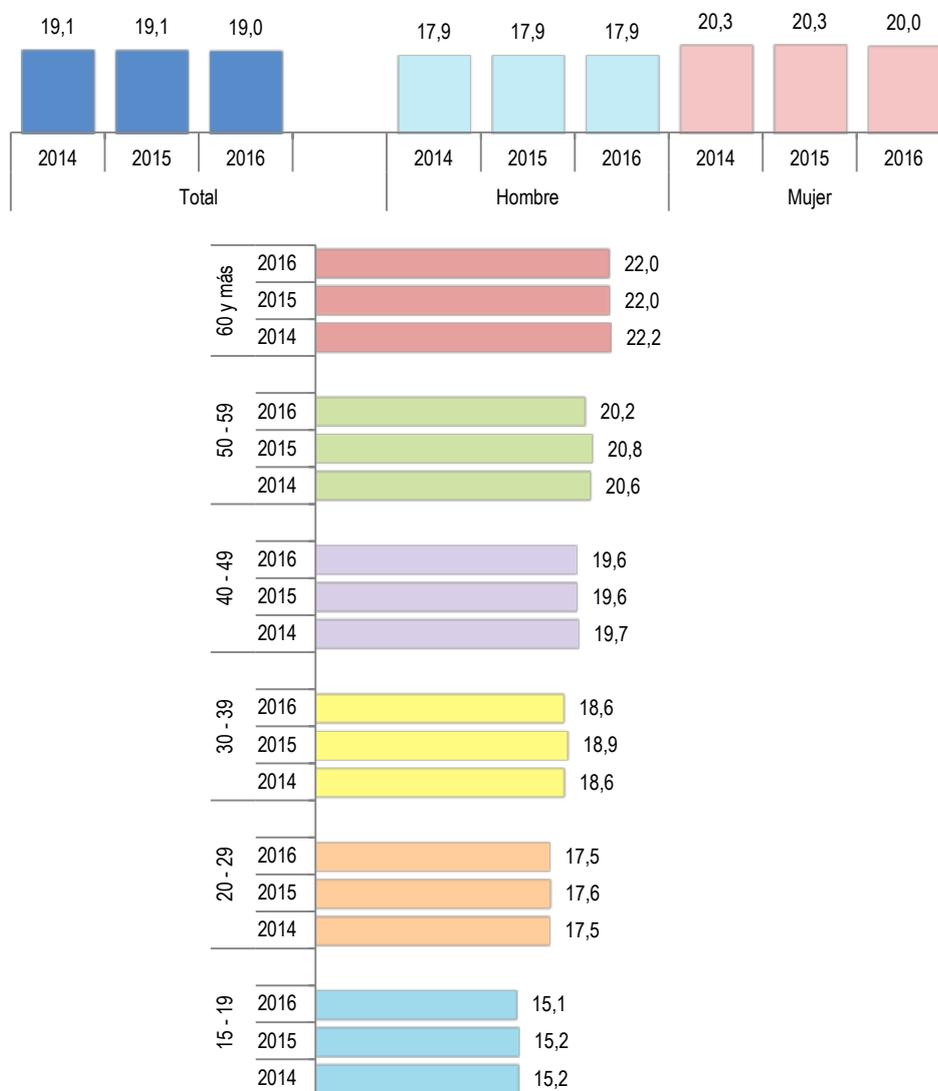
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.6.2 Edad promedio de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica

En el Perú, una gran proporción de personas inicia tempranamente el consumo de bebidas alcohólicas. En escolares de secundaria, la edad promedio del primer consumo de bebidas alcohólicas es de 13 años de edad¹³. Resulta importante determinar el momento de inicio de patrones de consumo de ingesta de no solo un sorbo sino de una mayor cantidad de alcohol como un vaso o copa.

En las personas de 15 y más años de edad, la edad promedio de inicio de consumo de al menos un vaso o copa de bebida alcohólica fue de 19,0 años. Según sexo, la edad promedio de inicio entre hombres es de 17,9 años, mientras que en las mujeres el inicio de este patrón de consumo ocurre en promedio a los 20,0 años de edad.

GRÁFICO N° 1.69
PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 – 2016

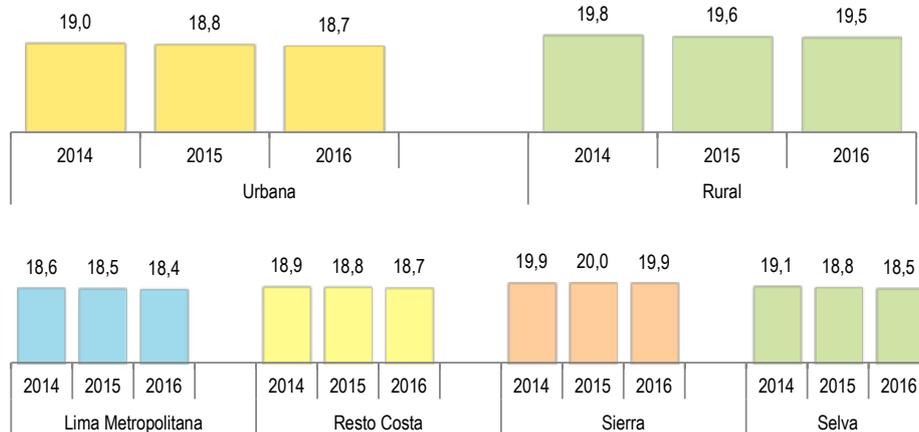


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

¹³ DEVIDA. Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005.

Según ámbito de residencia, la edad promedio de inicio es bastante similar en el área urbana (18,7 años) y rural (19,5 años). Y de menor a mayor edad en Lima Metropolitana (18,4 años), en la Selva (18,5 años), en el Resto Costa (18,7 años) y en la Sierra (19,9 años).

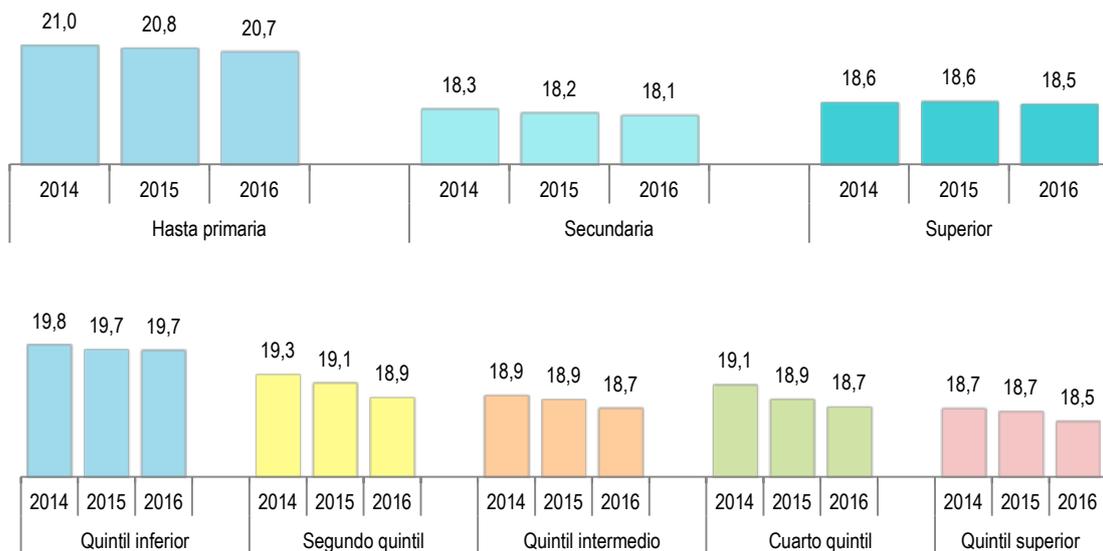
GRÁFICO N° 1.70
PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 – 2016



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

La edad de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica tiende a ser más tardía entre aquellos con educación primaria o menos (20,7 años), así como entre los pertenecientes al quintil inferior de bienestar (19,7 años).

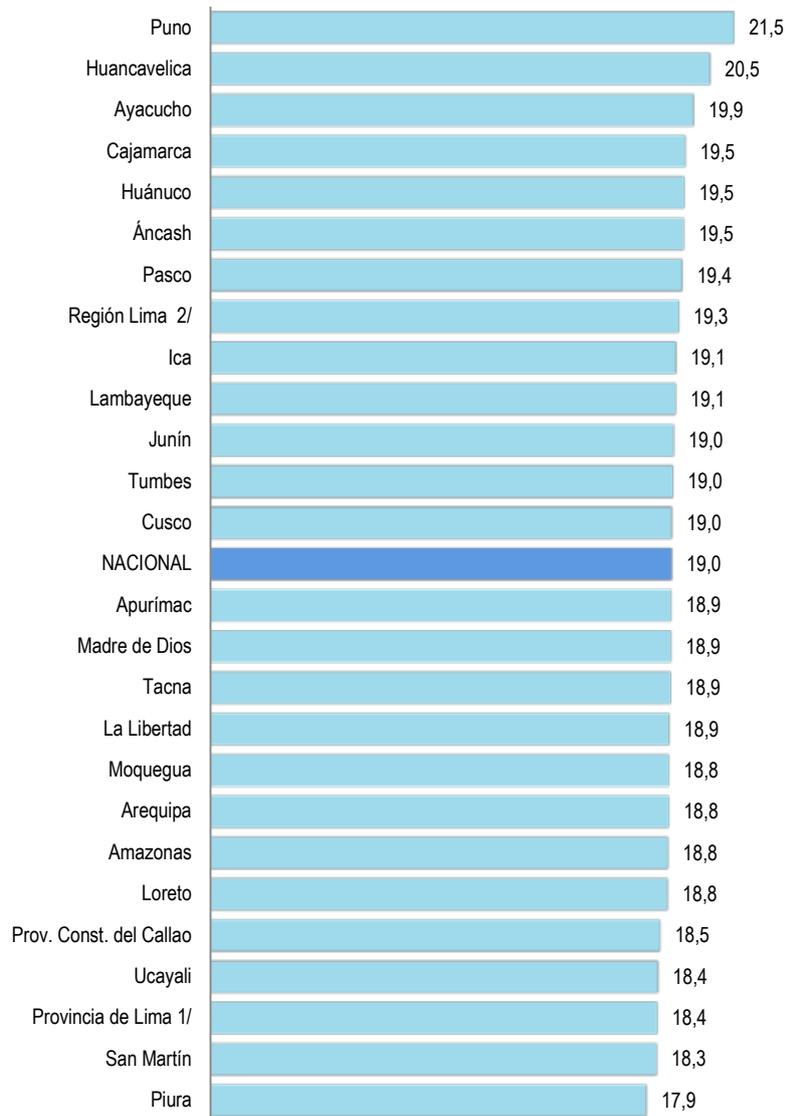
GRÁFICO N° 1.71
PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 – 2016



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

Por regiones, la edad promedio de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica fue más tardía en Puno (21,5 años), Huancavelica (20,5 años), Ayacucho (19,9 años), Cajamarca, Huánuco y Áncash (19,5 años en cada caso). En contraste, el inicio temprano de este patrón de consumo ocurre en promedio a los 17,9 años de edad en Piura.

GRÁFICO N° 1.72
PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA
EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN REGIÓN, 2016



1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyón y Yauyos.

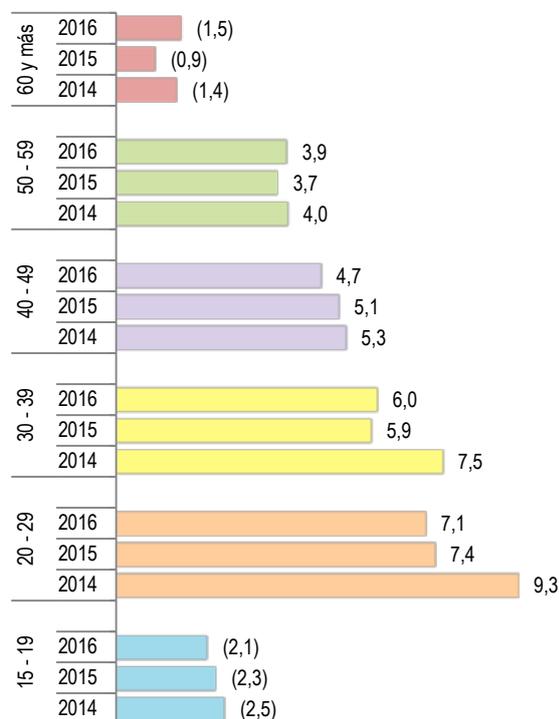
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

1.6.3 Trastornos por consumo de alcohol

Los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol son un conjunto de eventos psicopatológicos iniciados con la intoxicación aguda y sus diferentes manifestaciones. El alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis, y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

En el 2016, el 4,6% de las personas de 15 y más años de edad que consumió alcohol sufrió trastornos, similar resultado se observa en el 2015. La prevalencia fue notablemente mayor en hombres (8,2%) con respecto a las mujeres (1,0%), y en el grupo de 20 a 29 años de edad (7,1%) comparado con el grupo de 50 a 59 años de edad (3,9%).

GRÁFICO N° 1.73
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014 - 2016
 (Porcentaje)

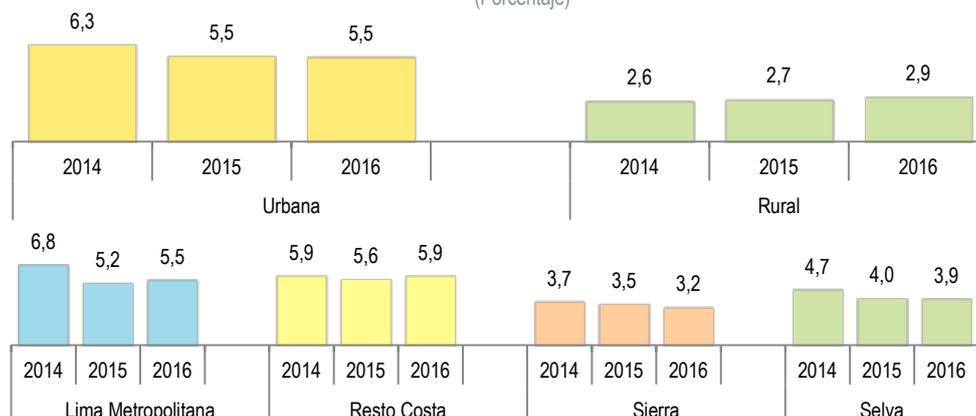


() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

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

La prevalencia de trastornos por consumo de alcohol fue mayor en el área urbana (5,5%) que en el área rural (2,9%). A nivel de región natural, son mayores en el Resto Costa (5,9%) y en Lima Metropolitana (5,5%) y en las demás regiones no sobrepasa el 4,0%.

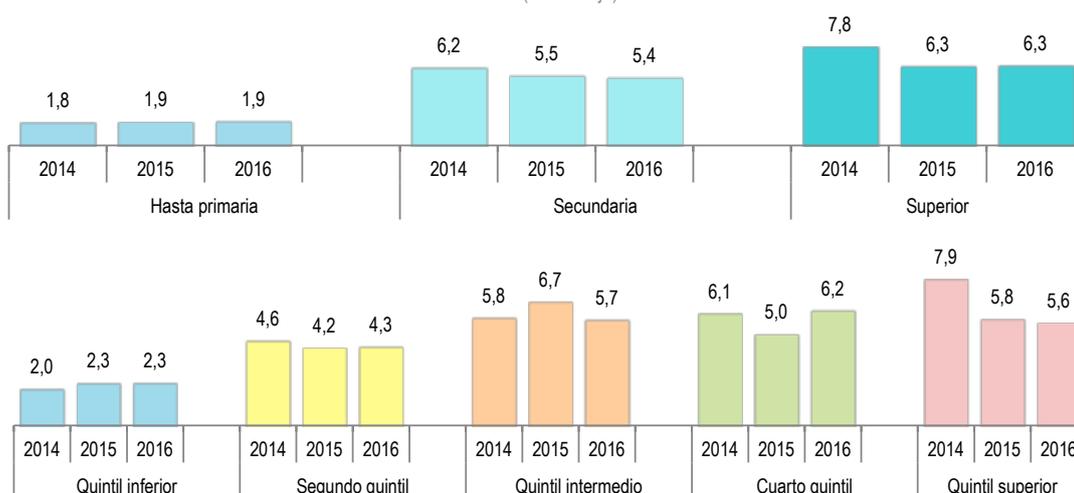
GRÁFICO N° 1.74
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN
LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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

Destacan las diferencias según educación y capacidad económica. Así, según nivel educativo, los más afectados por consumo de alcohol se observa en las personas con educación superior (6,3%), seguido de aquellos con educación secundaria (5,4%); y menos afectados los que tienen hasta primaria (1,9%). Los quintiles de bienestar donde se observan los mayores casos de trastorno por consumo de alcohol fueron del segundo al quinto. La prevalencia fue menor entre aquellos pertenecientes al quintil inferior de bienestar (2,3%).

GRÁFICO N° 1.75
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y QUINTIL DE BIENESTAR, 2014 - 2016
 (Porcentaje)



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