



## **RESUMEN EJECUTIVO**



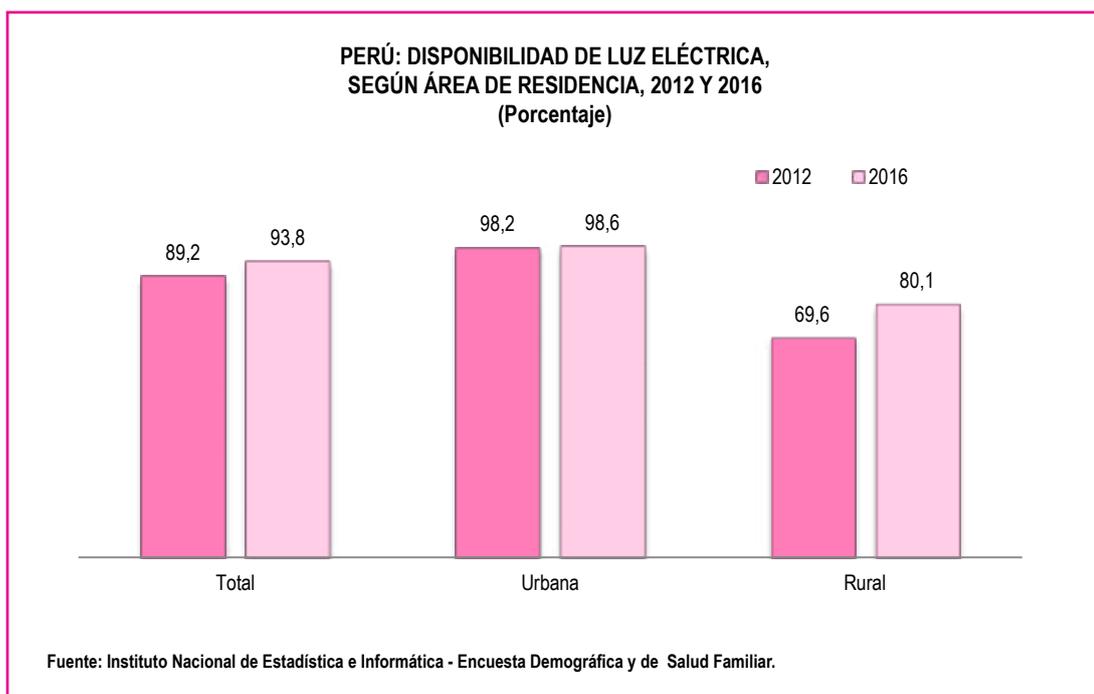
# RESUMEN EJECUTIVO

## 1. Características de los Hogares y la Población

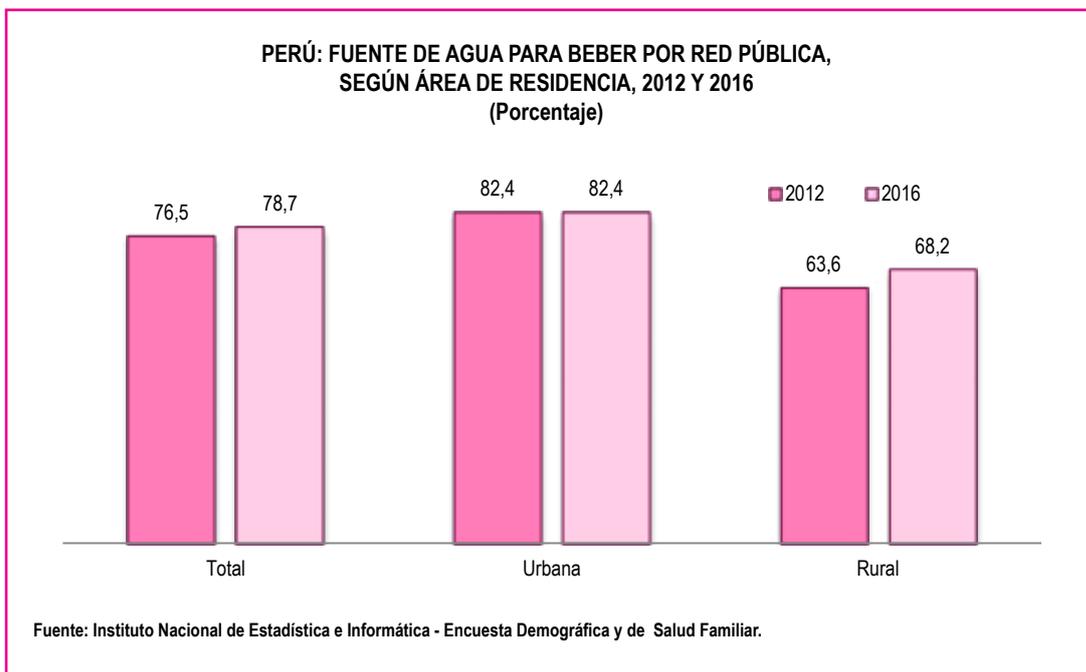
### Características de la Vivienda y los Hogares

Los diferenciales en el nivel de satisfacción de las necesidades básicas de salud, educación y vivienda tienen relación con el nivel de bienestar económico y social de la población. Así, en el año 2016 los servicios básicos de la vivienda todavía no están disponibles para toda la población, no obstante se observan avances respecto al año 2012. Los menos beneficiados son los hogares de las viviendas rurales, sin embargo, estos servicios han presentado un mayor incremento porcentual que los hogares de las viviendas urbanas, en el periodo analizado.

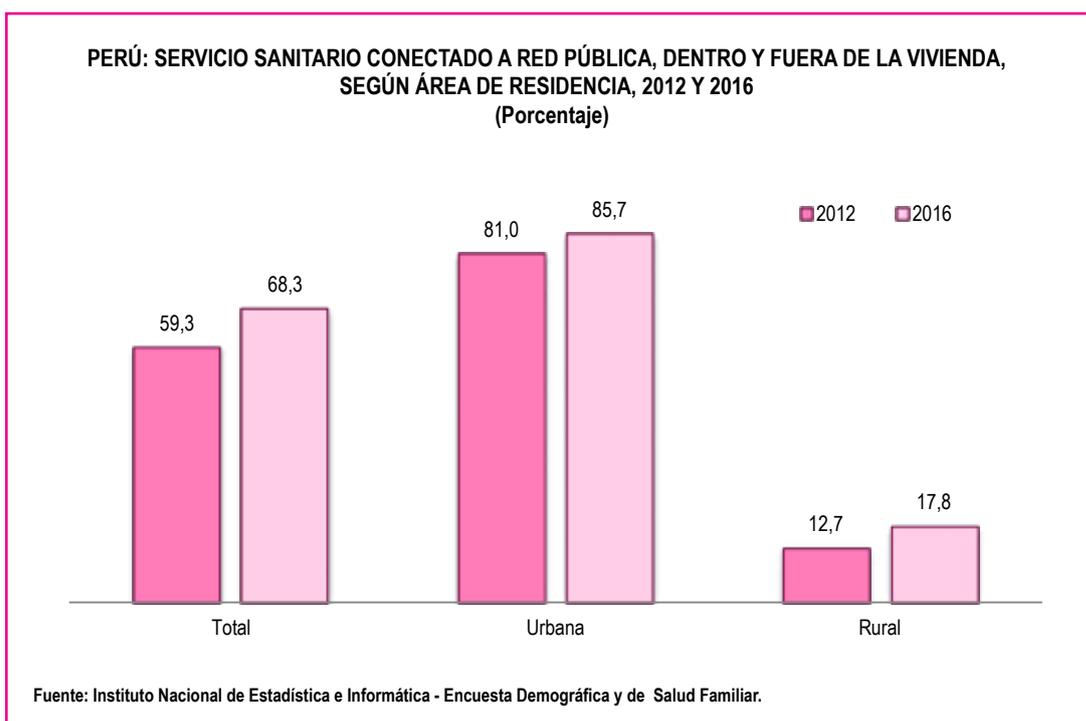
El servicio de energía eléctrica en los hogares de las viviendas del país registró mayor cobertura en el año 2016. El 93,8% de los hogares de las viviendas tuvieron acceso a este servicio, lo que constituye un incremento de 4,6 puntos porcentuales respecto al año 2012 (89,2%). El 98,6% de hogares de las viviendas del área urbana, contaban con este servicio; en el área rural, un 80,1% disponía de luz eléctrica. En comparación con los datos encontrados en el año 2012, en el área rural es donde se dio el mayor incremento (10,5 puntos porcentuales).



De otro lado, el 78,7% de hogares de las viviendas se provee de agua por red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda. En el área urbana, este servicio cubre al 82,4%; mientras que en el área rural fue 68,2%.

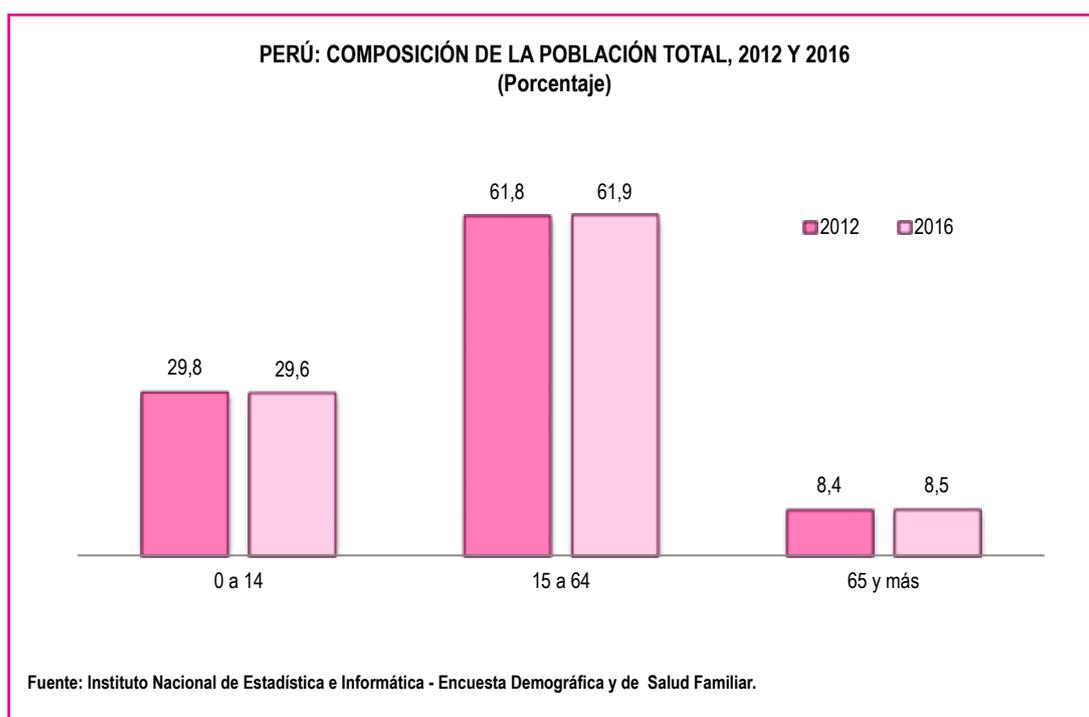


El 68,3% de hogares de las viviendas contaba con servicio higiénico conectado a red pública, 9 puntos porcentuales más que lo observado en el año 2012. El 85,7% de los hogares de las viviendas del área urbana contaba con servicio higiénico conectado a red pública, en cambio en el área rural solo el 17,8% disponía de este servicio.



## Características de la Población

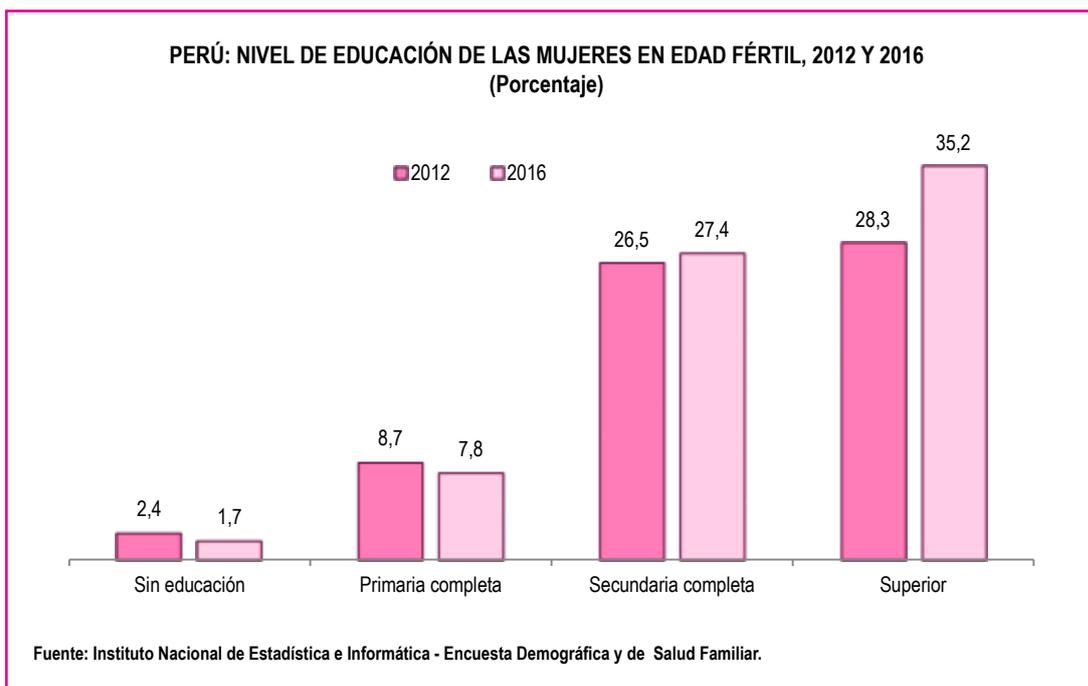
La población del Perú es relativamente joven: 29,6% tiene menos de 15 años, el 61,9% se encuentra entre los 15 y 64 años y un 8,5% cuenta con 65 y más años de edad. En comparación con el año 2012, el porcentaje de la población joven, de la población de 15 a 64 años (que constituye la población en edad de trabajar) y de aquellos de 65 y más años de edad se encuentran en valores similares.



## 2. Características Generales de las Mujeres

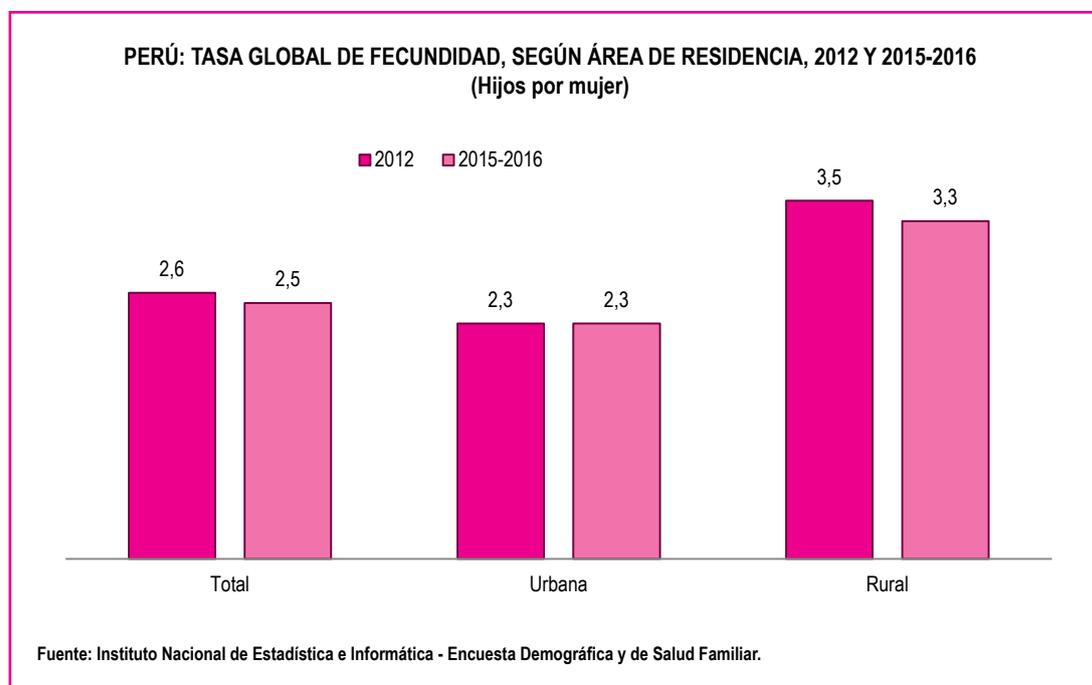
Del total de mujeres de 15 a 49 años de edad entrevistadas, el 46,5% es menor de 30 años. Asimismo, 57,5% de las mujeres se encuentran unidas (21,4% casadas y 36,1% en unión consensual) y el 31,3% nunca ha estado casada o en convivencia.

El nivel educativo de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha mejorado en el año 2016 respecto al año 2012. El 62,6% tiene educación secundaria completa o superior (27,4 y 35,2%, respectivamente). Esta condición en el área urbana fue 2,7 veces al porcentaje observado en el área rural (71,7 frente 27,0%). En el año 2012 el 54,8% de entrevistadas tenían educación secundaria completa o superior.



### 3. Niveles y tendencia de la Fecundidad

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 2,5 hijas e hijos por mujer para el periodo 2015-2016, en el año 2012 este promedio fue 2,6.

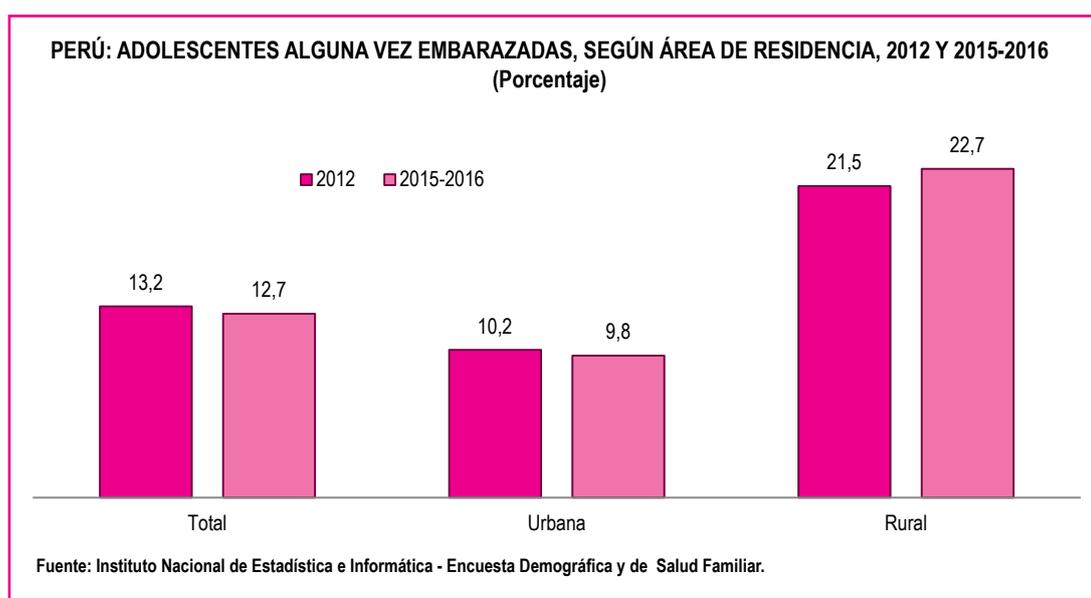


Según área de residencia, el área rural muestra el promedio de hijas e hijos por mujer más alto (3,3 hijos) que el área urbana (2,3 hijos).

## Fecundidad Adolescente

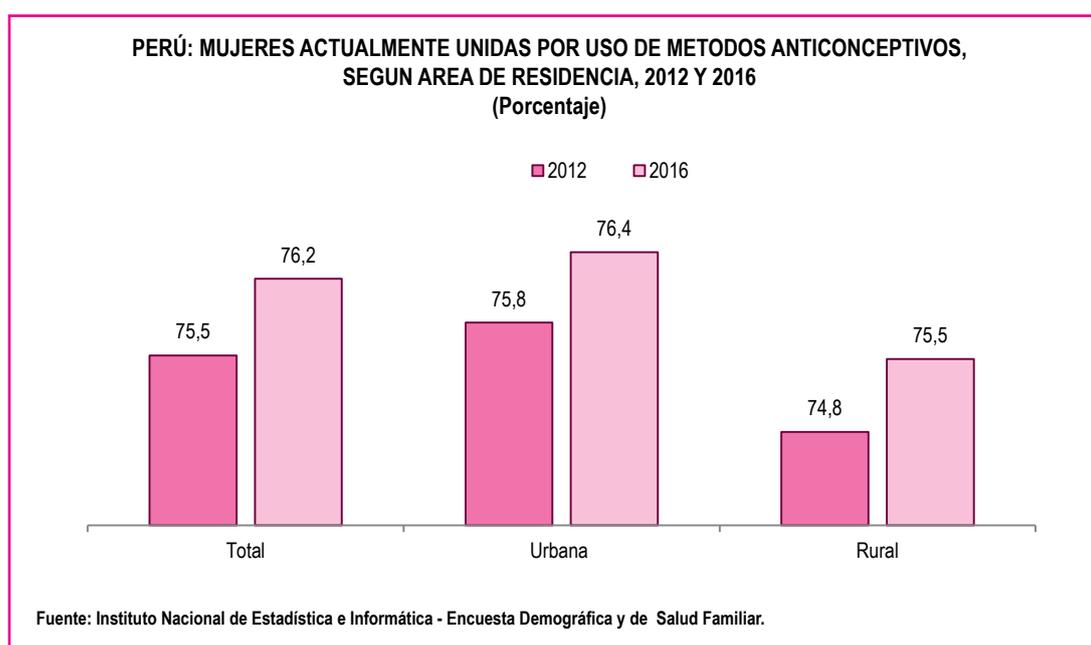
Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 12,7% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,1% ya eran madres y el 2,6% estaban gestando por primera vez.

Por área de residencia, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas del área rural (22,7%) fue mayor en 12,9 puntos porcentuales respecto del área urbana (9,8%).



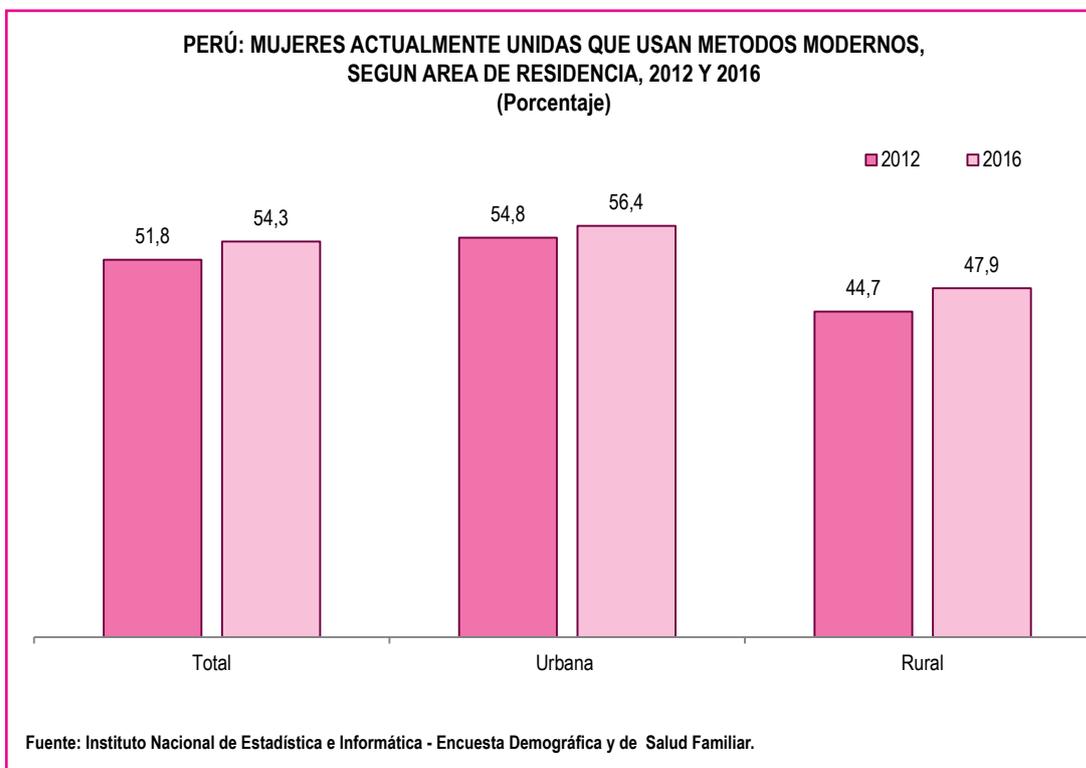
## 4. Uso Actual de Métodos de Planificación Familiar

El 76,2% de las mujeres actualmente unidas estaban usando algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta. En el área urbana fue 76,4% y en la rural 75,5, observándose una brecha poco significativa entre ambas.



## Uso de Métodos Modernos

Por tipo de método el 54,3% usaban métodos modernos y el 21,9% algún método tradicional. La proporción de usuarias de algún método moderno fue mayor en el área urbana que en el área rural (56,4% frente a 47,9%).



Entre las mujeres actualmente unidas, la inyección continúa siendo el método más utilizado (19,0%), en el 2012 fue 18,2%. Entre otros métodos modernos que aumentaron el porcentaje de uso entre los años 2012 y 2015, estuvieron el condón masculino al pasar de 12,3% a 13,6%. En cambio la píldora cambió de 9,4% a 8,6%. En el periodo de análisis, la abstinencia periódica no obstante de tener el porcentaje de uso más alto entre los métodos tradicionales, ha variado de 15,0% a 12,9%.

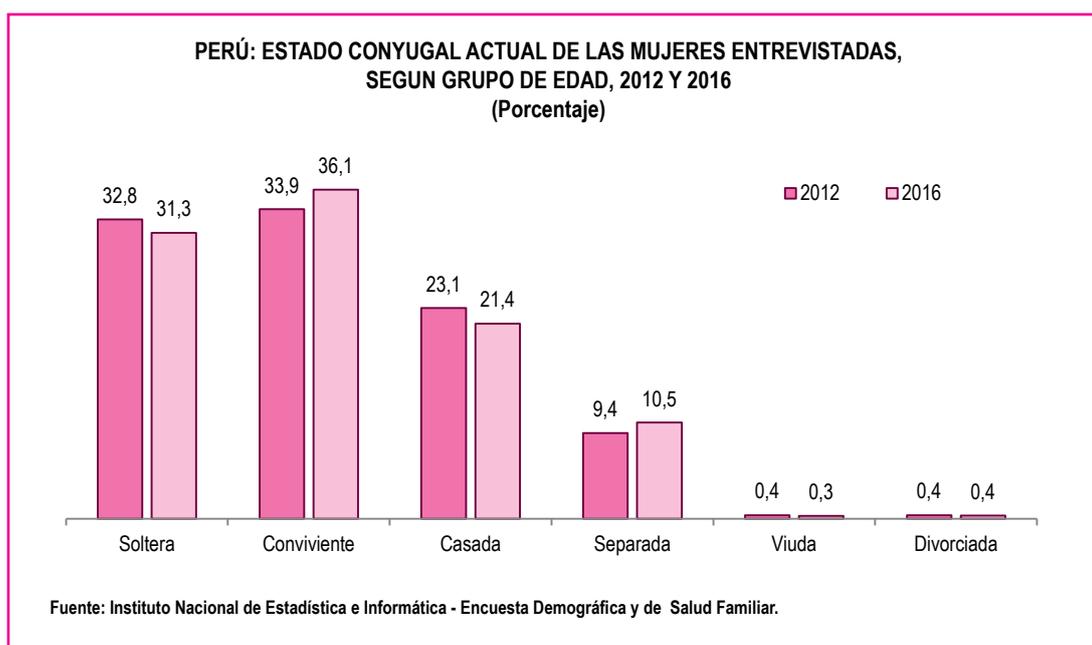
El mayor proveedor de métodos anticonceptivos en el país fue el sector público a través del Ministerio de Salud y EsSalud, con el 55,9% de las usuarias actuales.

## 5. Otros determinantes de la fecundidad

### Estado conyugal actual

La formación de uniones legales o consensuales, constituye un indicador de la exposición al riesgo de embarazo, por lo que tiene implicancia en la fecundidad.

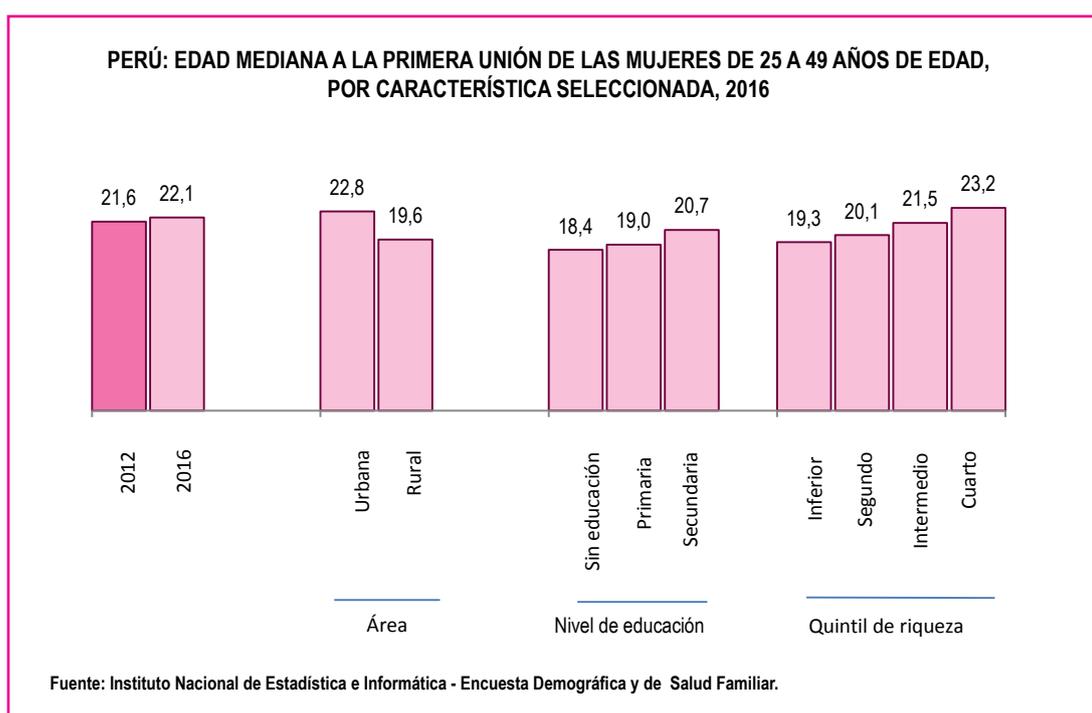
En el año 2016, el 57,5% de las mujeres entrevistadas se encontraba en unión conyugal: 21,4% estaba casada y 36,1% en situación de convivencia. Al comparar estos datos con el 2012, la tendencia es que aumenta el porcentaje de convivientes (de 33,9% en el 2012 a 36,1%) y disminuye el porcentaje de casadas (23,1% en el 2012 a 21,4% en el 2016).



### Edad a la primera unión conyugal

La edad a la primera unión tiene un efecto importante en la fecundidad, porque cuando más joven forma pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor el potencial reproductivo a lo largo de su vida.

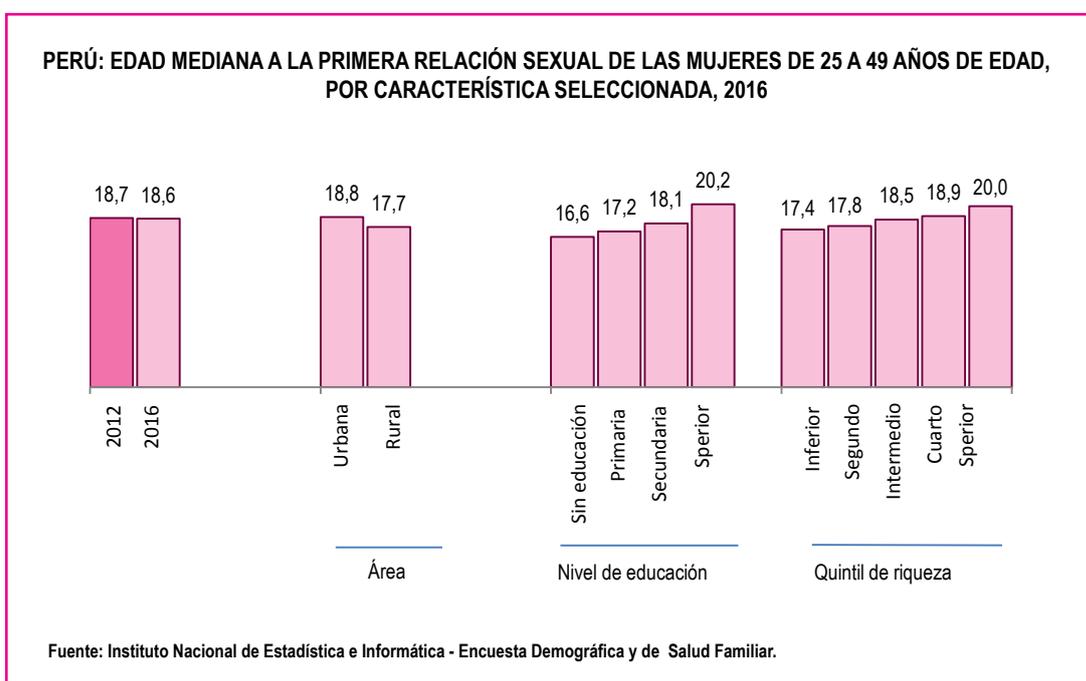
La edad mediana a la primera unión en las mujeres de 25 a 49 años fue 22,1 años. Existen diferencias según el área de residencia, fue mayor entre las mujeres de 25 a 49 años del área urbana (22,8 años) que entre las mujeres del área rural (19,6 años); asimismo, las mujeres con nivel educativo menor inician su unión conyugal a edad más temprana (18,4 años) que aquellas con mayor nivel educativo (20,7 años en las de secundaria), igualmente, fue más tarde entre las que se ubican en el cuarto quintil (23,2 años) que en el quintil inferior (19,3 años).



## Edad a la primera relación sexual

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

La edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25 a 49 fue 18,6 años. El inicio de las relaciones sexuales está asociado con el nivel de educación y de ingresos. Ocurrió 3,6 años antes en las mujeres sin educación (16,6 años) comparada con las de educación superior (20,2 años) y 2,6 años antes en las mujeres del quintil inferior de riqueza (17,4 años) en relación con las del quintil superior de riqueza (20,0 años). La primera relación sexual fue más temprana en el área rural (17,7 años) que en el área urbana (18,8 años)



## 6. Preferencia de fecundidad

El 59,7% de las mujeres actualmente unidas (casadas más convivientes) no desean tener más hijas o hijos: 50,7% expresó su deseo de no querer más hijas/hijos y 9,0% fueron mujeres esterilizadas. El 10,7% desea tener una hija o hijo antes de los próximos dos años ("pronto") y el 24,9% desea tener una hija o hijos dentro de dos años o más.

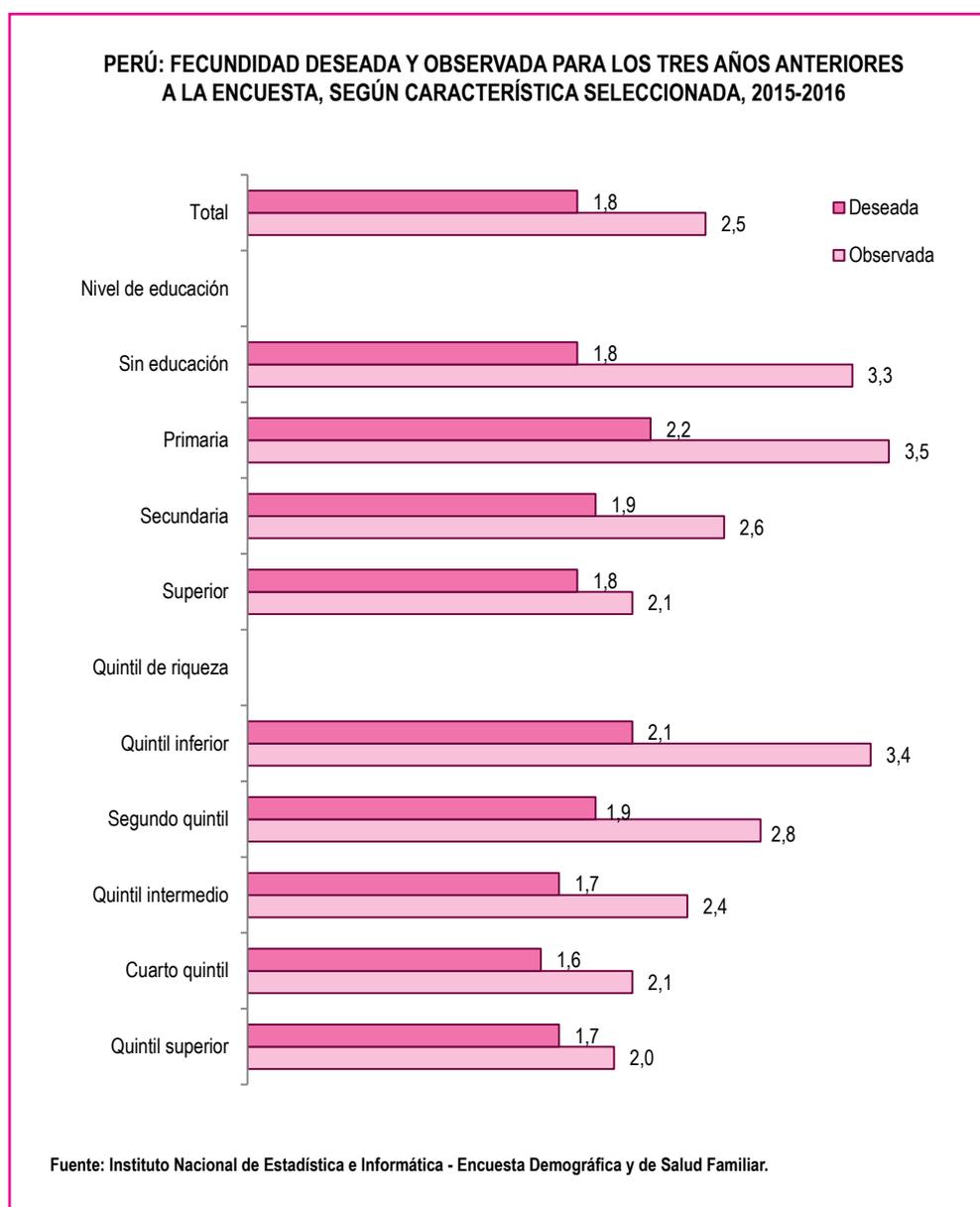
El deseo de no tener (mas) hijas o hijos de las mujeres actualmente unidas fue mayor en el área rural (62,1%) que en el área urbana (58,8%).

### Fecundidad deseada

La Tasa Global de Fecundidad en el país hubiera sido de 1,8 hijos en promedio por mujer, si todos los nacimientos no deseados hubieran podido ser prevenidos. Como esto no ocurrió, la Tasa Global de Fecundidad observada fue de 2,5 hijos en promedio por mujer,

Si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser controlados, las mayores reducciones en el nivel de fecundidad se darían entre las mujeres sin nivel educativo y las ubicadas en el quintil inferior de riqueza.

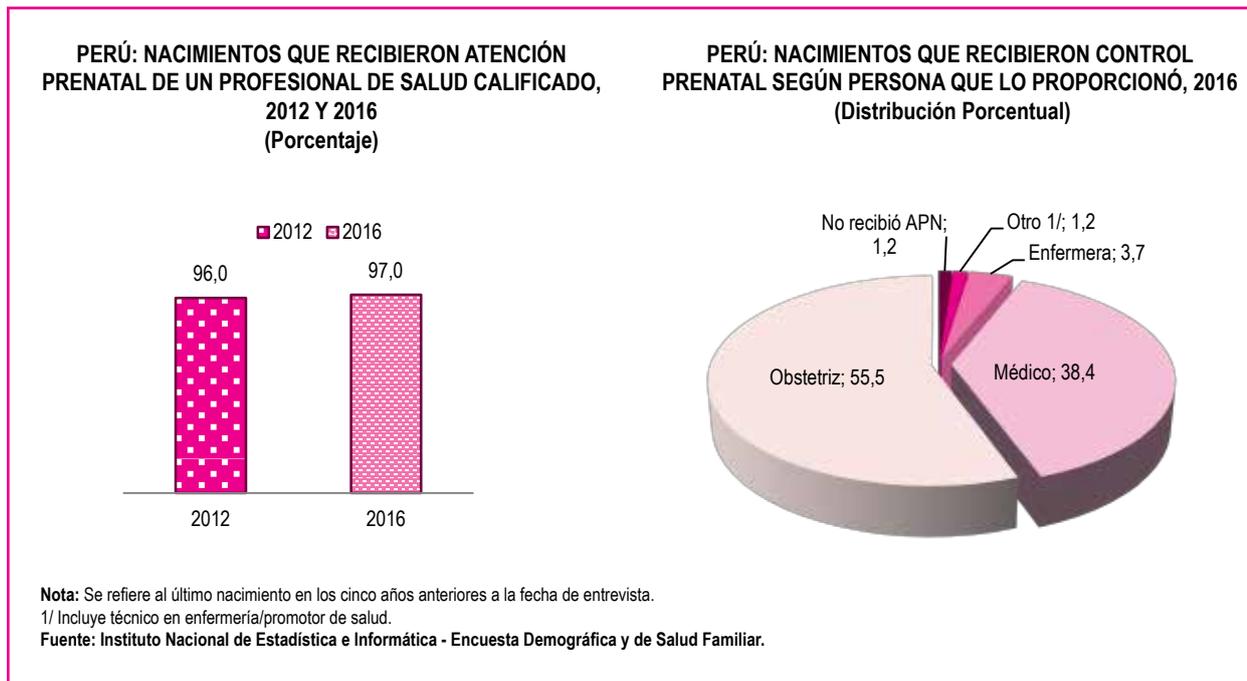
Por el contrario, los menores niveles de reducción se hubieran dado entre las mujeres del quintil superior de riqueza o en aquellas que alcanzaron educación superior



## 7. Salud Materna e Infantil

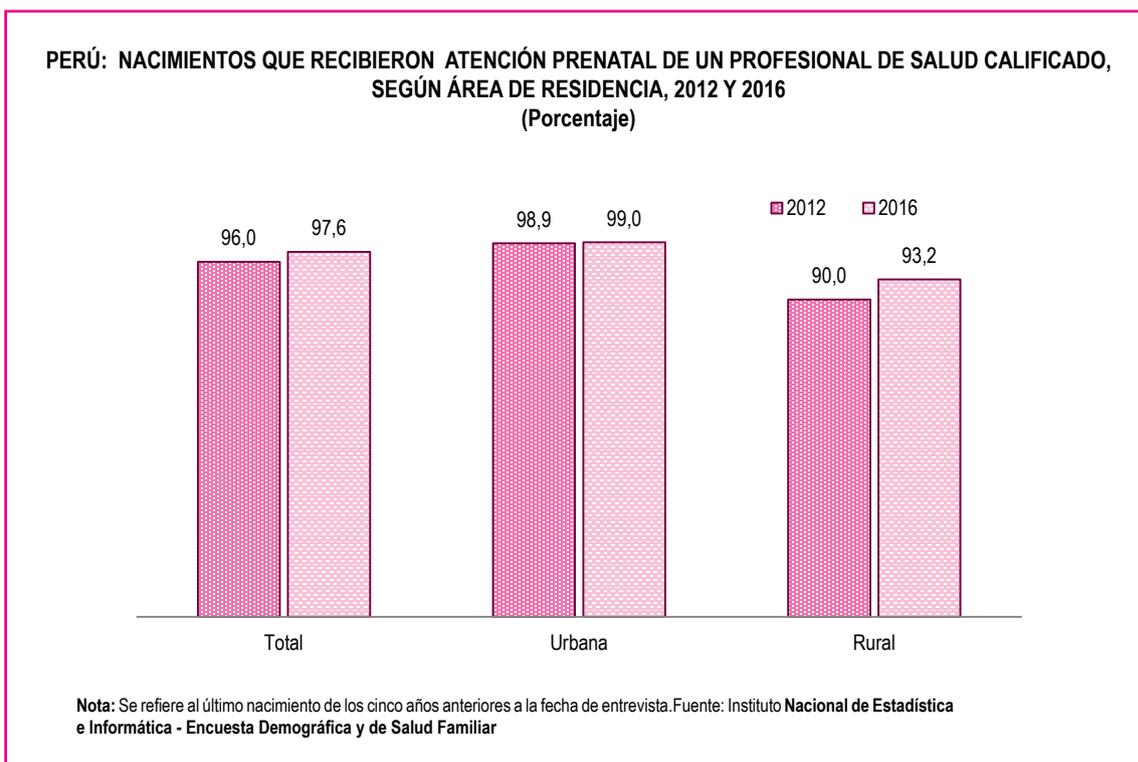
### Atención prenatal

En el embarazo del último nacimiento, el 97,0% de las mujeres tuvo algún control prenatal por personal de salud calificado (médico, obstetrix y enfermera). Al comparar con el año 2012, esta cifra aumentó 1,0 puntos porcentuales (96,0%). En los cinco años anteriores a la Encuesta 2016, recibieron atención prenatal por obstetrix el 55,5% de mujeres, por médico el 38,4% y enfermera el 3,7%.



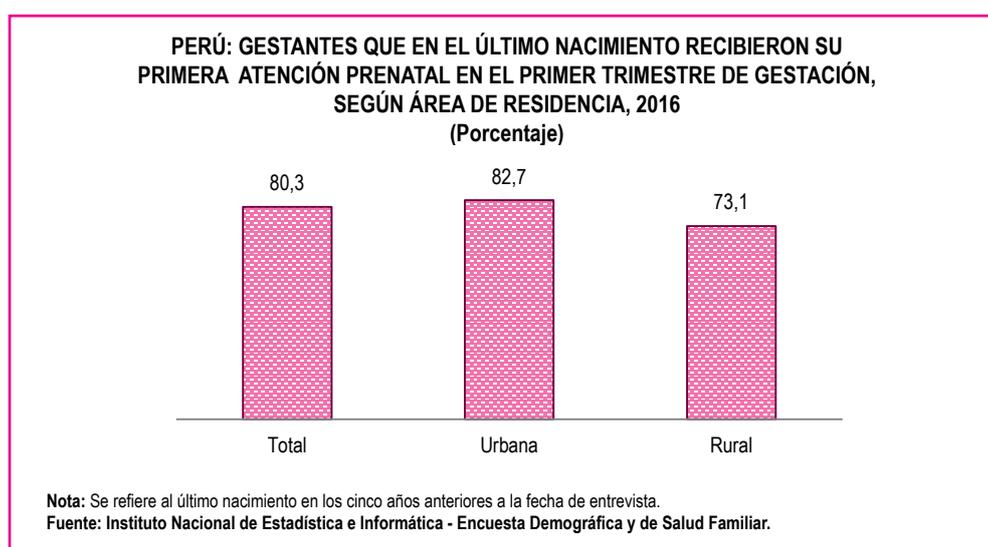
Según área urbana y rural destaca el incremento de nacimientos que recibieron atención prenatal por profesional de salud. En el año 2012 este indicador se ubicó en 90,0% en el área rural y en el año 2016 subió a 93,2% lo que representó una mejora de 3,2 puntos porcentuales.

Según tipo de profesional de salud, más mujeres fueron atendidas por médico en el área urbana (45,8%) que en la rural (16,8%). En cambio, la atención por obstetrix y enfermera fue mayor en el área rural (65,1% y 11,3%, respectivamente).



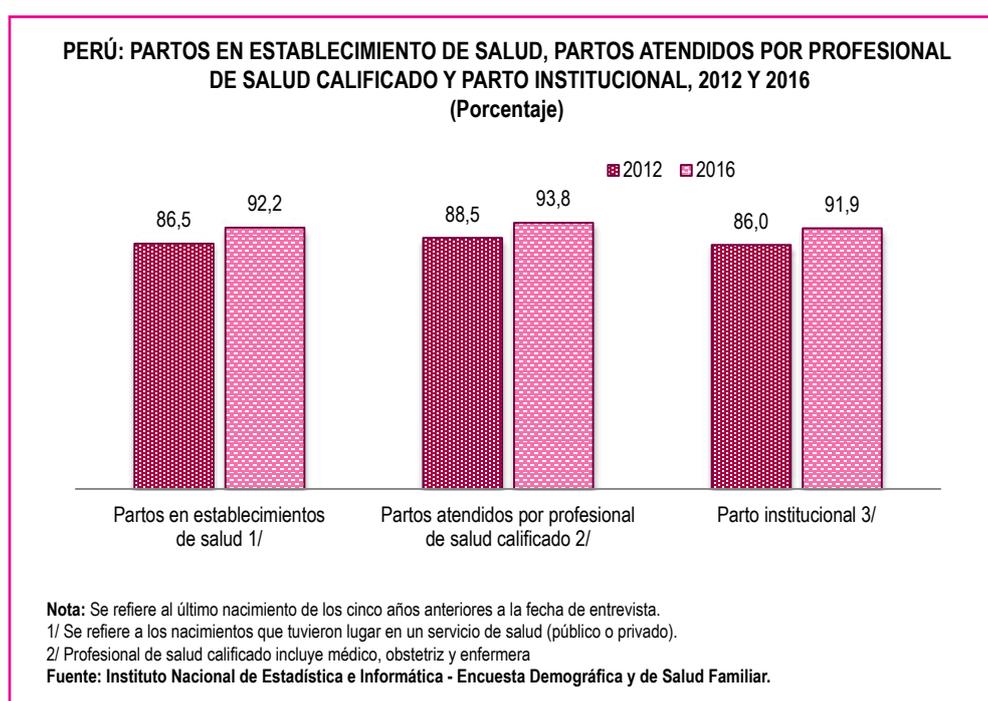
Los controles más frecuentes que se realizan durante la atención prenatal fueron la presión arterial (99,7%), el control del peso (99,6%) y la altura uterina (99,5%) los que fueron realizados a casi todas las mujeres. Al 94,5% de las mujeres le explicaron los síntomas de complicaciones del embarazo y, entre otras acciones al 57,6% le aplicaron dos o más dosis de la vacuna contra el tétanos.

El control temprano, durante el primer trimestre de gestación, es muy importante en el cuidado de la salud de la madre y el niño, al respecto el 80,3% de gestantes recibió control de su embarazo en los tres primeros meses de gestación.

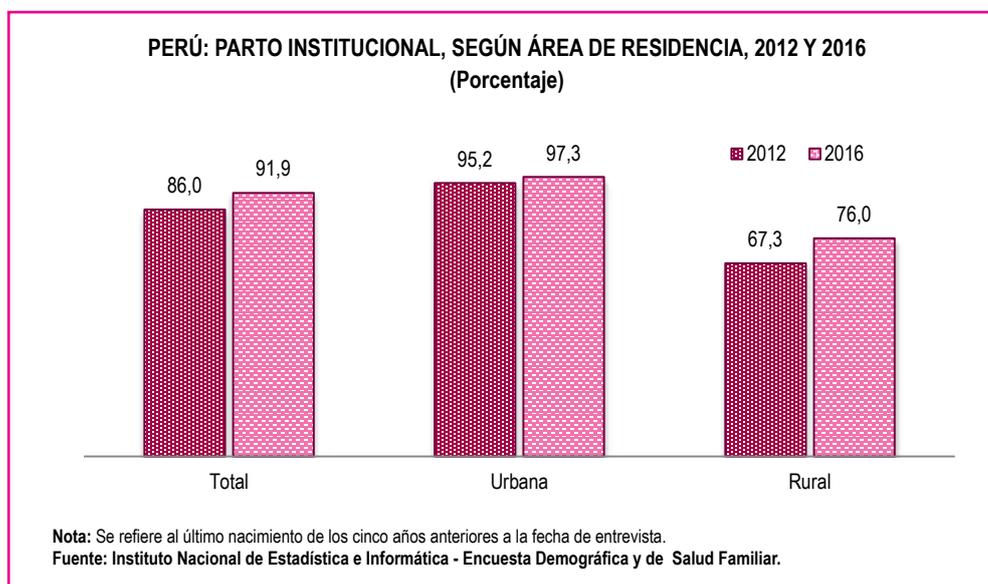


## Parto Institucional

El porcentaje de partos atendidos en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetriz y enfermera) fue 91,9%. Esta proporción aumentó en 5,9 puntos porcentuales respecto al año 2012 (86,0 %). Por otro lado, se aprecia que el 93,8% de los partos fueron atendidos por profesional de salud calificado y el 92,2% de ellos se atendieron en establecimientos de salud.



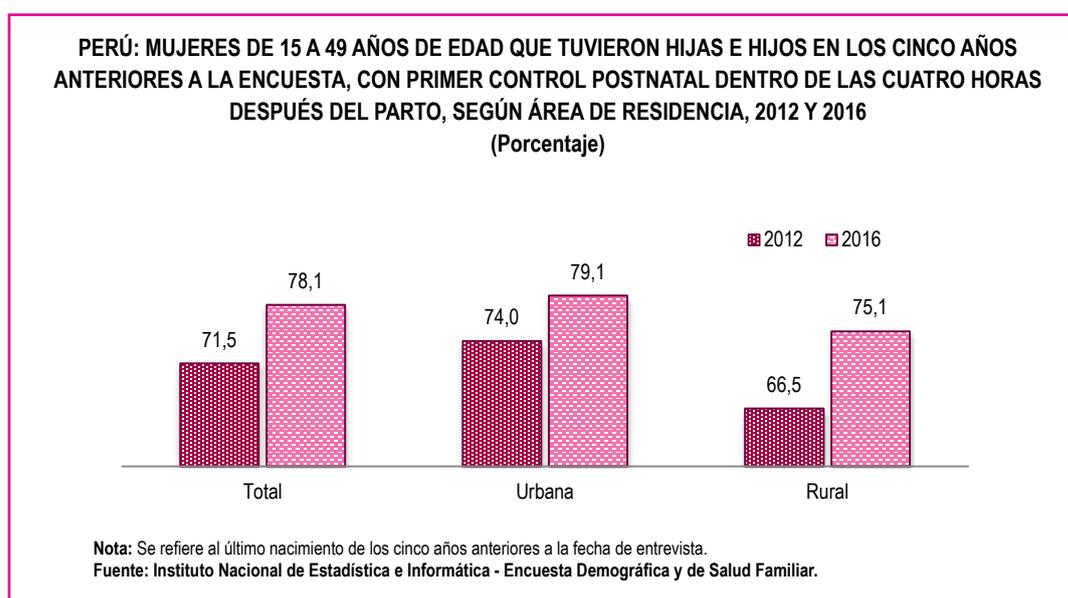
El parto institucional, se incrementó en mayor porcentaje entre las mujeres residentes en el área rural (76,0%) lo que significó un incremento de 8,7 puntos porcentuales con respecto a lo registrado en el año 2012 (67,3%).



### Control Postnatal de las madres

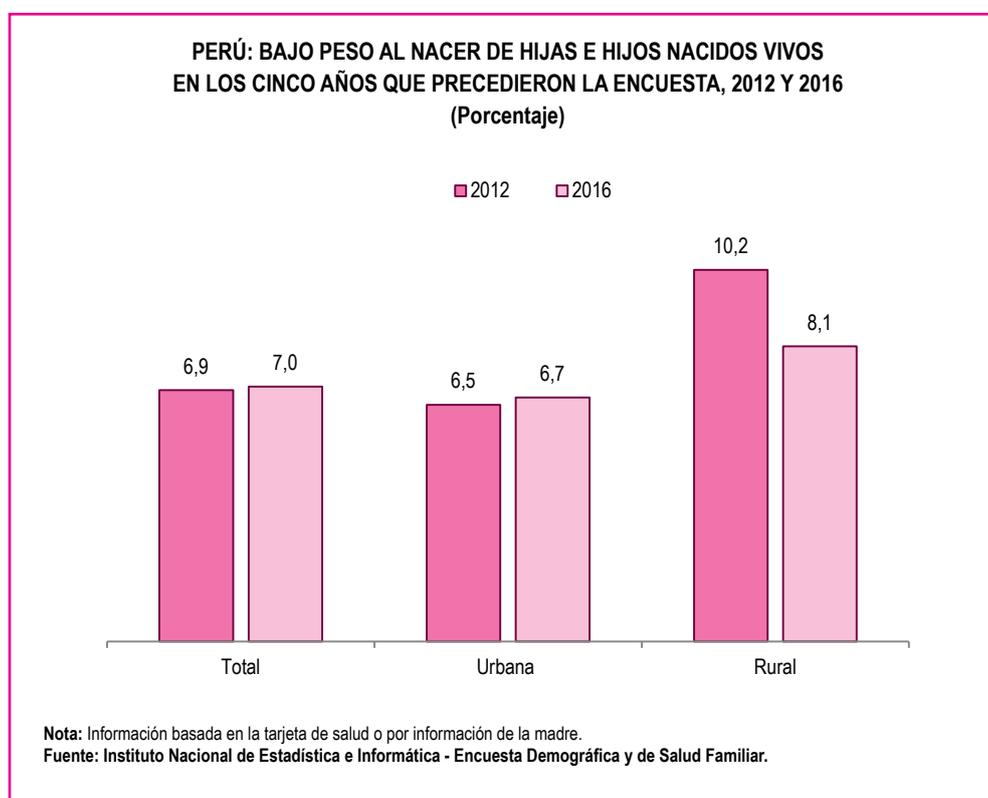
El control postnatal, especialmente si ocurre tempranamente, es importante para reconocer signos de peligro para la madre y la niña o el niño recién nacido. Estos episodios de peligro pueden ser la hemorragia postparto en la madre, la asfixia de la o del recién nacido, o la infección en ambos.

El 78,1% de mujeres tuvo un primer control postnatal dentro de las primeras cuatro horas después del parto, este porcentaje fue mayor al encontrado en el año 2012 (71,5%). Según área de residencia, en el área urbana, el 79,1% de las mujeres tuvieron un control antes de las cuatro horas postparto; mientras que en el área rural alcanzó el 75,1%. Estos valores fueron mayores a los observados en el año 2012 (74,0% y 66,5%, respectivamente).



## Bajo peso al nacer

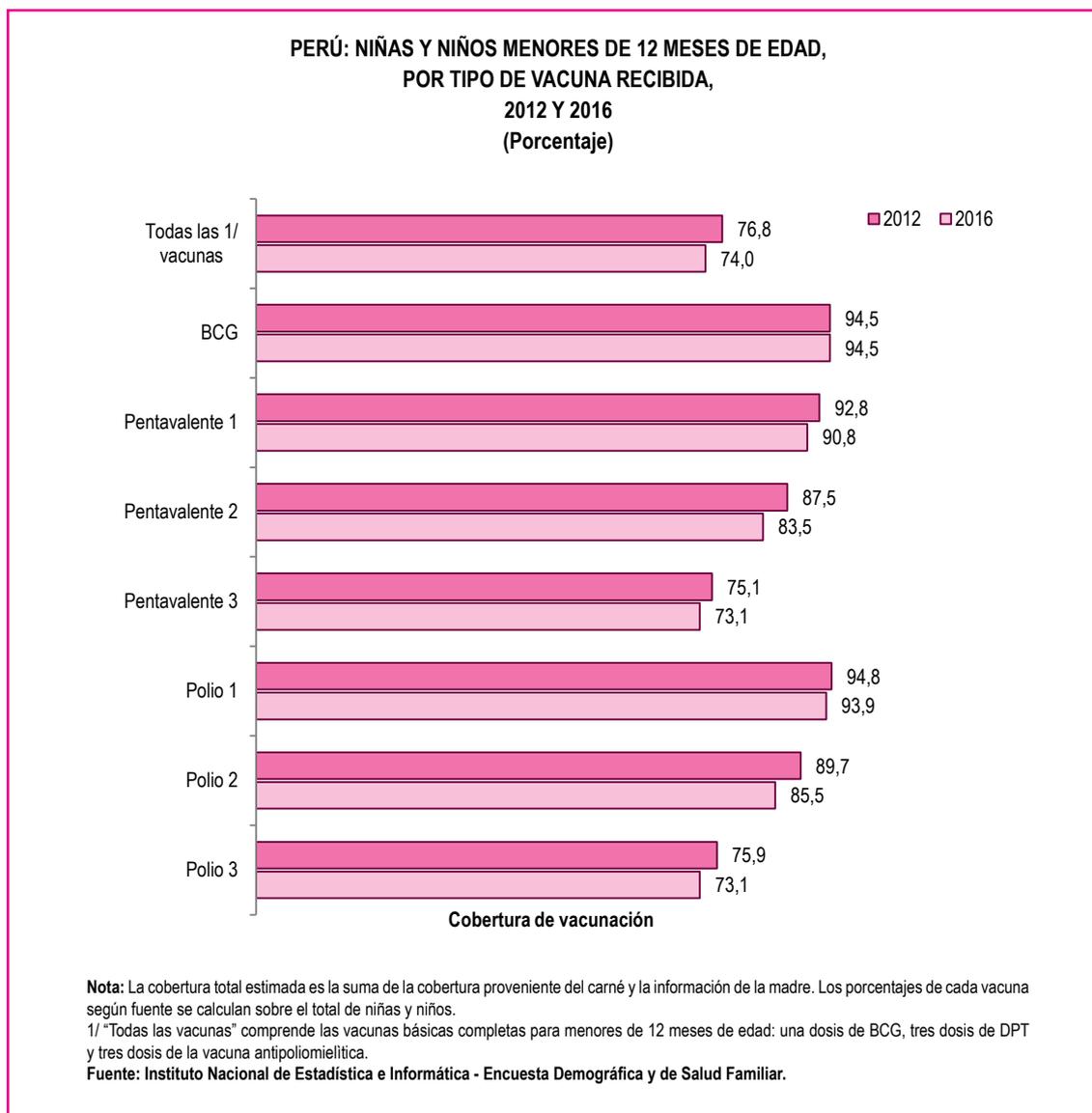
Entre las niñas y niños que fueron pesados al nacer (95,2%), un 7,0% pesó menos de 2,5 Kg. Este porcentaje fue próximo al 6,9% encontrado en el año 2012. Por área de residencia la prevalencia de bajo peso al nacer fue mayor en el área rural (8,1%) en comparación al área urbana (6,7%).



## Vacunas básicas completas

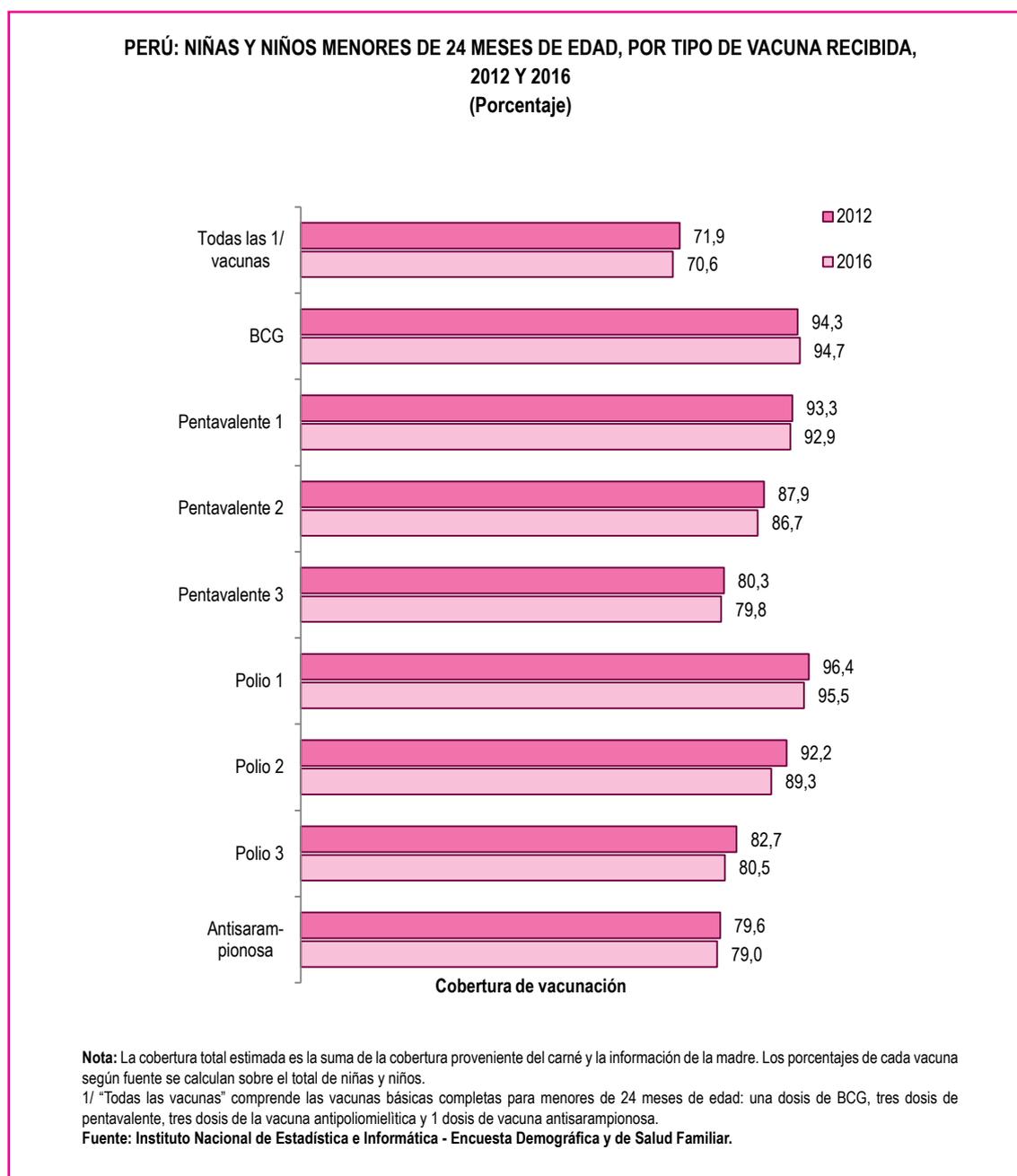
En el año 2016, el porcentaje de niñas y niños menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad fue menor al encontrado en el año 2012 (74,0% frente a 76,8%).

En relación con las vacunas específicas, la cobertura de BCG en el año 2016, fue igual que la alcanzada en el año 2012 (94,5%). En contraste, la Pentavalente 3 mostró un porcentaje menor con respecto al mismo periodo (73,1% frente a 75,1%, respectivamente). La cobertura de la vacuna antipoliomielítica en sus tres dosis fue menor con respecto al año 2012, especialmente la Polio 2 que disminuyó de 89,7 en el 2012 a 85,5% en el 2016. Un factor que ha contribuido a la caída de la cobertura de inmunizaciones contra la poliomielitis, es el nivel de desconfianza generado en la población a partir de los siete casos de polio asociados a la vacunación oral, suministrada en el año 2013.

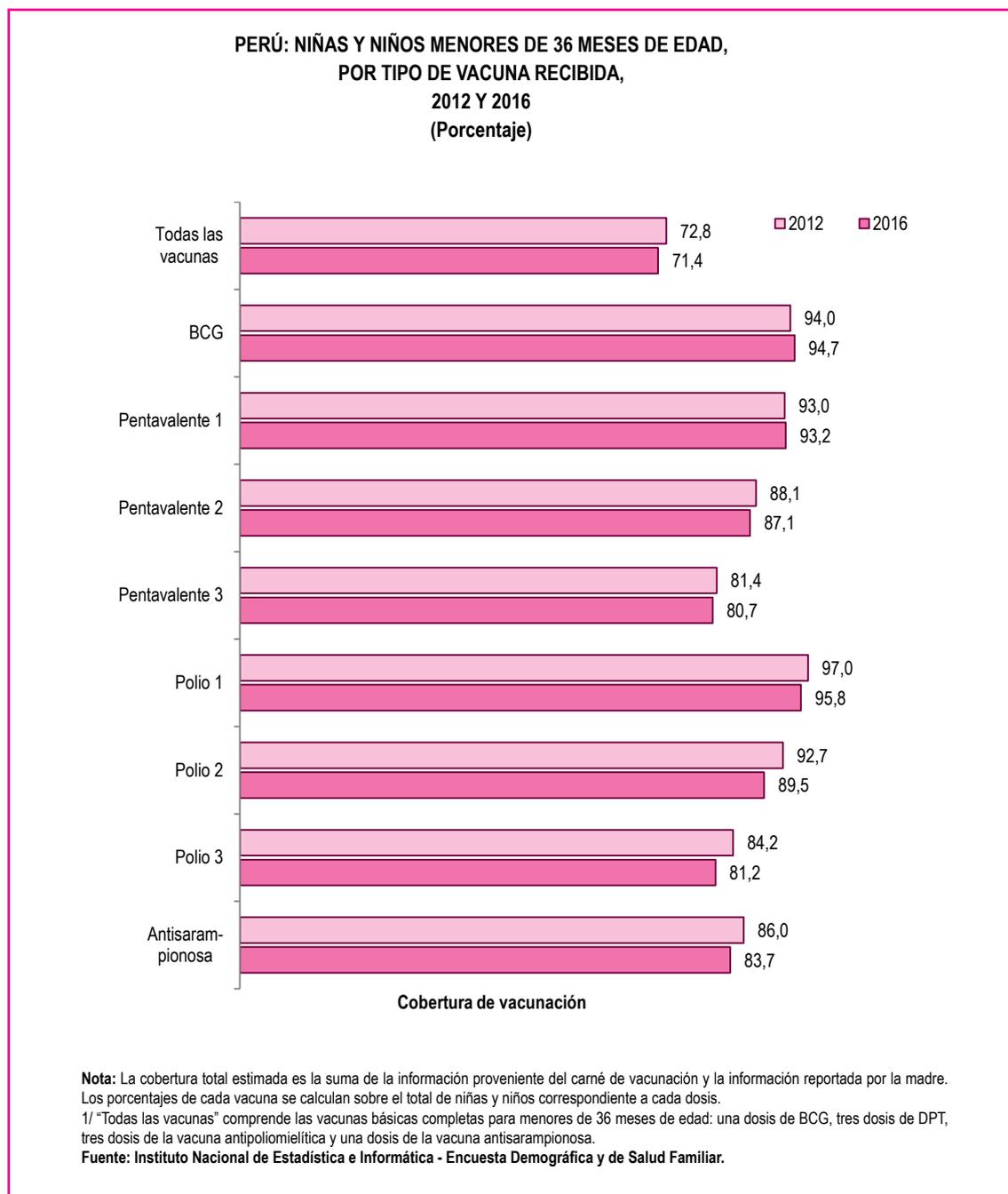


Por otro lado, el porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses con vacunas básicas completas para su edad también fue menor al encontrado en el año 2012 (70,6% frente a 71,9%).

En relación con las vacunas específicas, la cobertura de BCG en el año 2016 (94,7%), fue ligeramente mayor al que se alcanzó en el año 2012 (94,3%). En contraste, la Pentavalente 3 mostró un porcentaje menor con respecto al mismo periodo (79,8% frente a 80,3%, respectivamente). La cobertura de la vacuna antipoliomielítica en sus tres dosis fue menor con respecto al año 2012, especialmente la Polio 3 que disminuyó de 82,7 en el 2012 a 80,5% en el 2016. La inmunización contra el sarampión mostró una disminución al pasar de 79,6% a 79,0%, durante el mismo periodo.

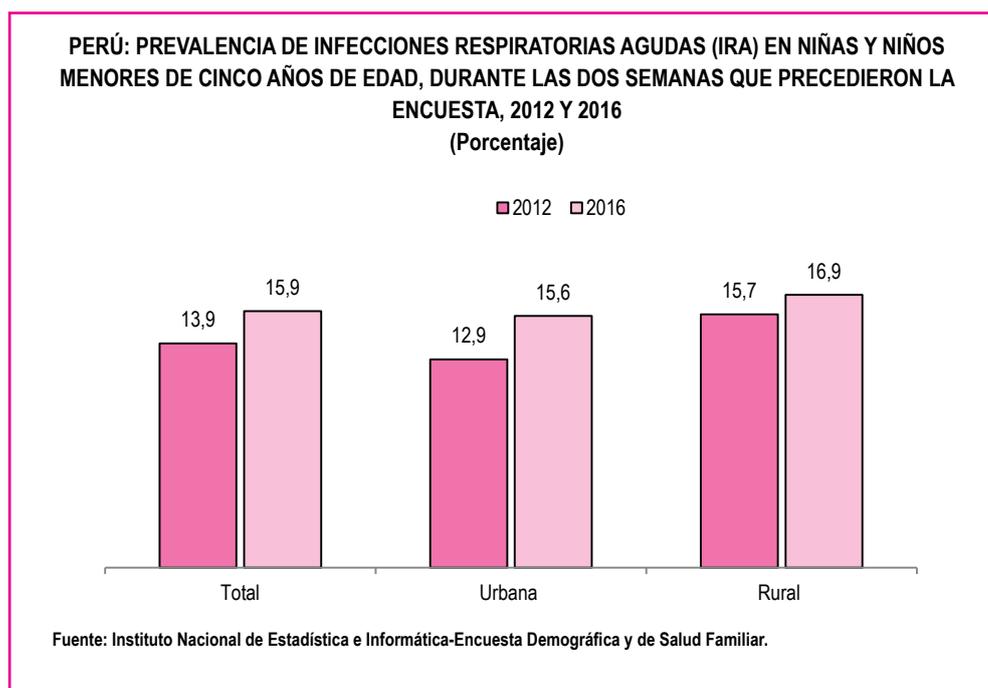


Según resultados de la Encuesta 2016, el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas básicas completas fue de 71,4%, lo que representa 1,4 puntos porcentuales menos respecto a lo encontrado en el año 2012 (72,8%). La cobertura de vacunación entre 2012 y 2016 aumentó en el caso de la BCG de 94,0% a 94,7%, disminuyó en el caso de la Pentavalente 3 de 81,4% a 80,7%; y, en el caso de la Polio 3 de 84,2% a 81,2%. La inmunización contra el sarampión mostró un descenso al pasar de 86,0% a 83,7%, durante el mismo periodo.



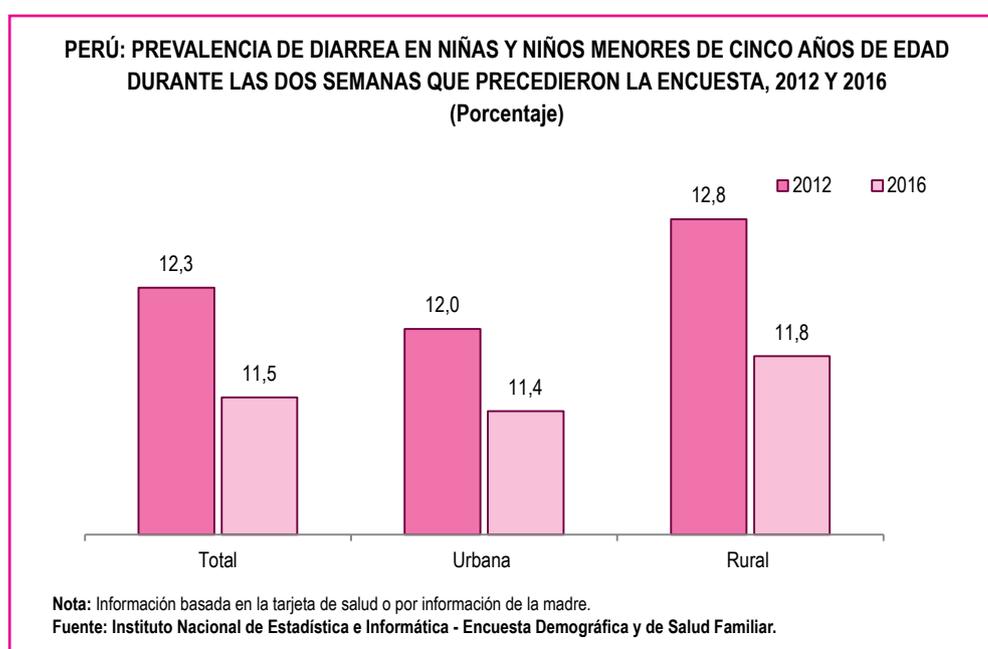
### Infección respiratoria aguda (IRA)

El porcentaje de niñas y niños con infecciones respiratorias agudas (IRA) durante las dos semanas precedentes a la encuesta fue 15,9%, en igual periodo según la Encuesta 2012 fue 13,9%. Por área de residencia, la prevalencia fue mayor en el área rural (16,9%) en comparación con el área urbana (15,6%).



### Enfermedad diarreica aguda (EDA)

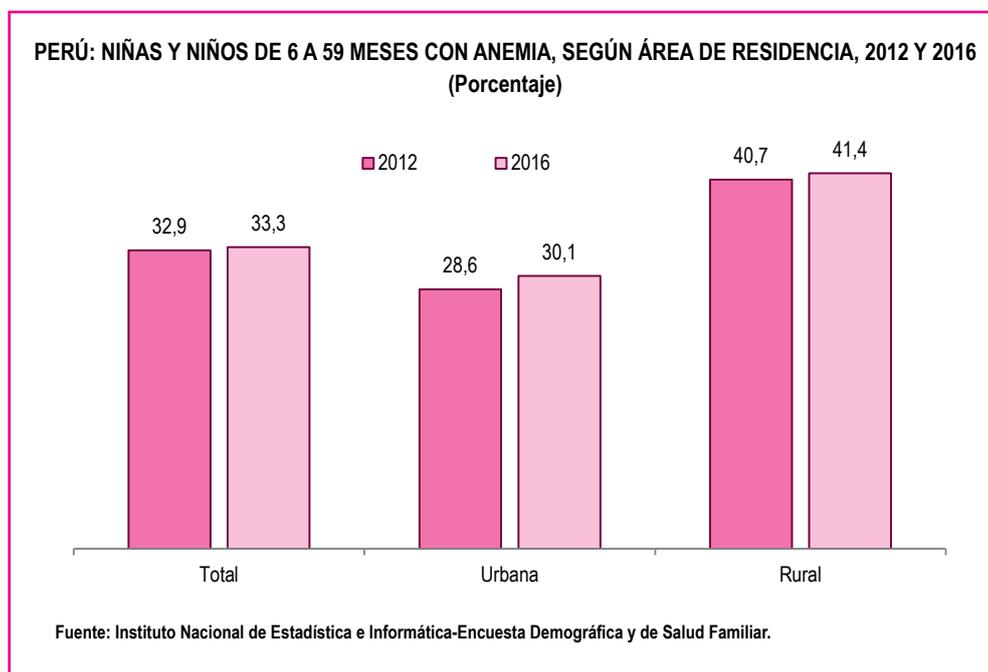
En el 2016, la prevalencia de diarrea entre niñas y niños menores de cinco años de edad alcanzó 11,5%, un porcentaje menor al encontrado en la Encuesta 2012 (12,3%). No se encontraron diferencias importantes por área de residencia (11,4% urbana y 11,8% rural); lo que podría indicar un cierto progreso en las campañas de acceso a servicios de salud.



### Anemia en niñas y niños

Al 33,3% de niñas y niños menores de cinco años de edad residentes en el país, se le detectó anemia en el año 2016. Esta proporción fue mayor a la observada en el año 2012 (32,9%). Según tipo de anemia, el 22,8% tenía anemia leve, el 10,3% anemia moderada y solo el 0,2% anemia severa.

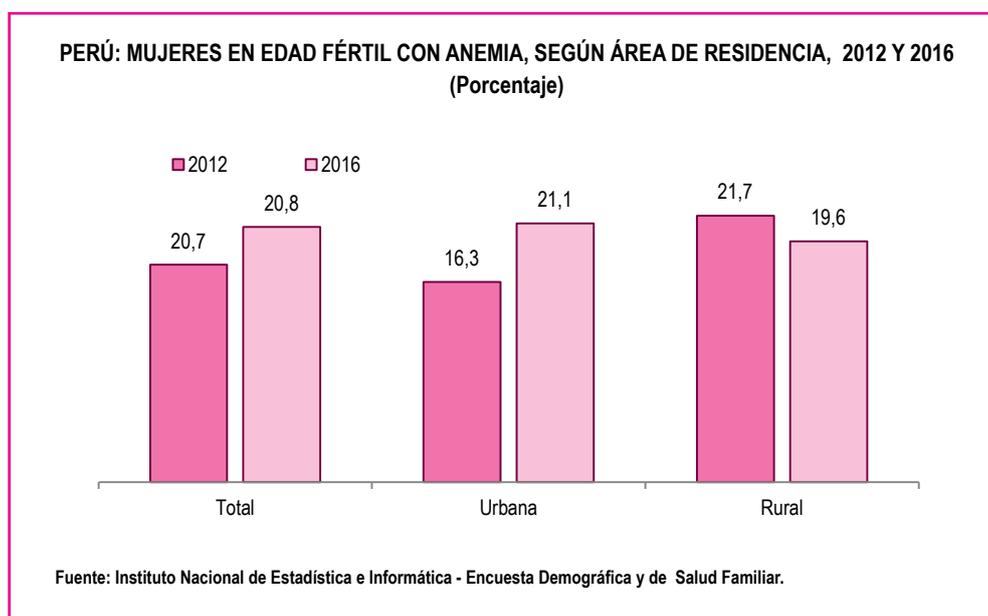
Según área de residencia, la anemia fue más frecuente entre niñas y niños residentes en el área rural (41,4%). En el área urbana, el porcentaje correspondió al 30,1%.



### Anemia en mujeres

El 20,8% de las mujeres de 15 a 49 años de edad padecía de algún tipo de anemia, proporción mayor en 0,1 punto porcentual al valor reportado en el año 2012 (20,7%). Según los resultados del año 2016, el 17,6% de mujeres en edad fértil tenía anemia leve, el 3,0% presentaba anemia moderada y la anemia severa afectó al 0,2% de las mujeres en edad fértil.

Según área de residencia, el porcentaje fue mayor en el área urbana (21,1%) que en el área rural (19,6%).

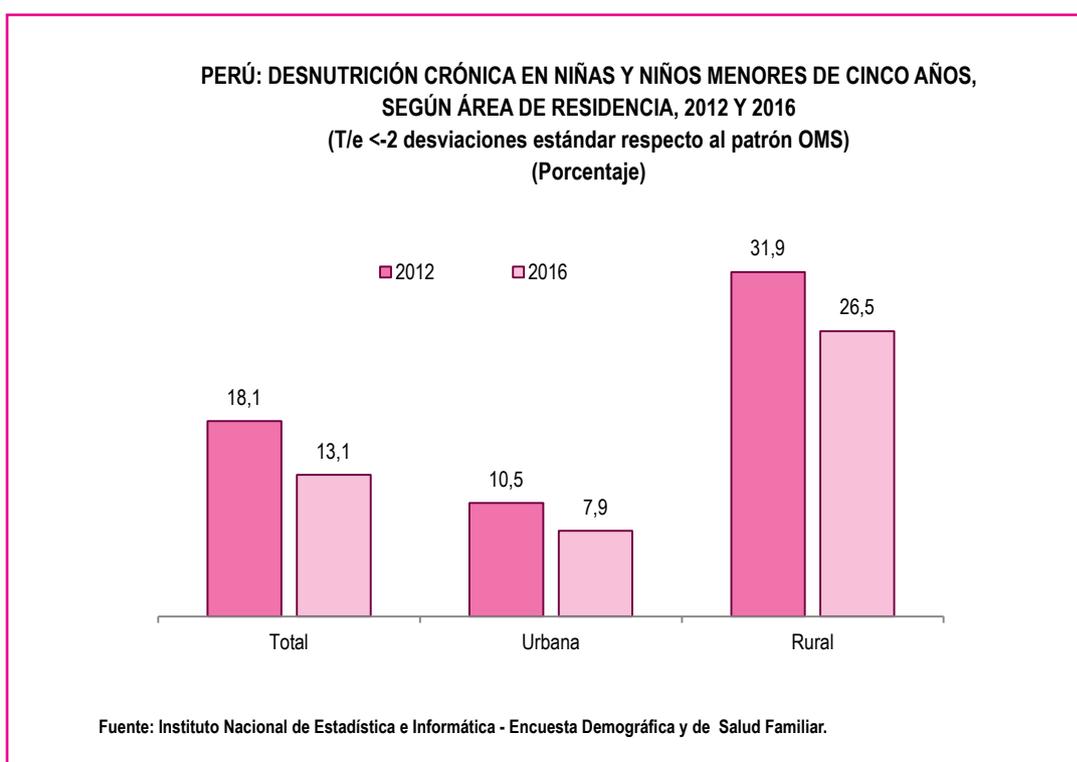


## Desnutrición crónica

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

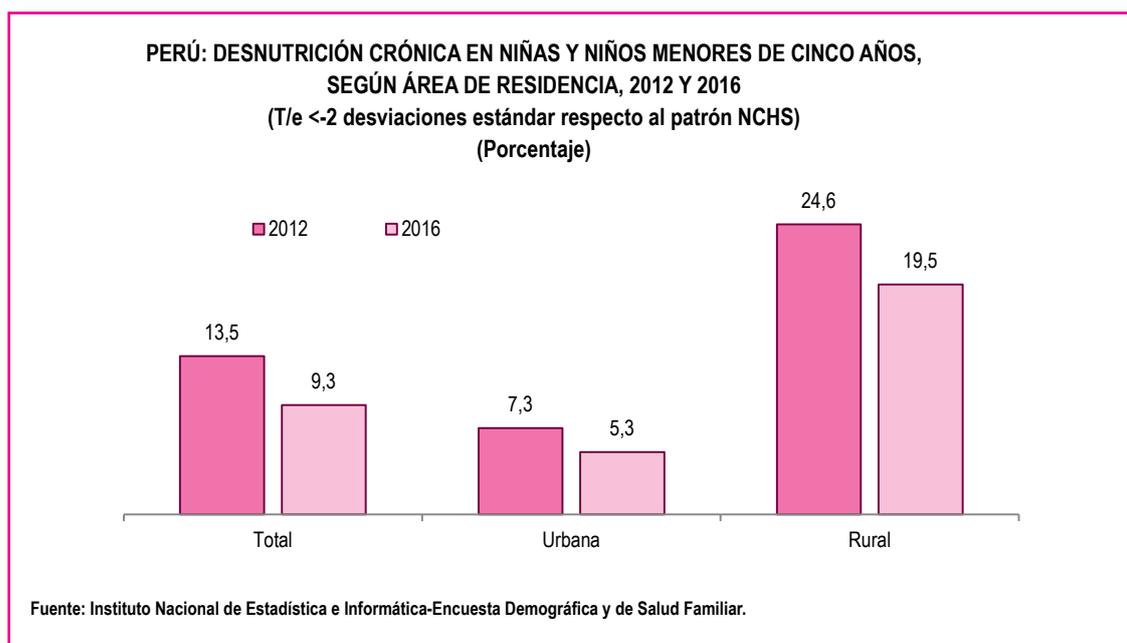
El presente informe presenta la medición con el patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Patrón de Referencia del National Center for Health Statistics (NCHS). De acuerdo con el patrón de la OMS, la desnutrición crónica afectó al 13,1% de niñas y niños menores de cinco años de edad; en el año 2012 el 18,1% de la población infantil, tenía talla menor para su edad.

Por área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (26,5%), es decir, 18,6 puntos porcentuales más que en el área urbana (7,9%).



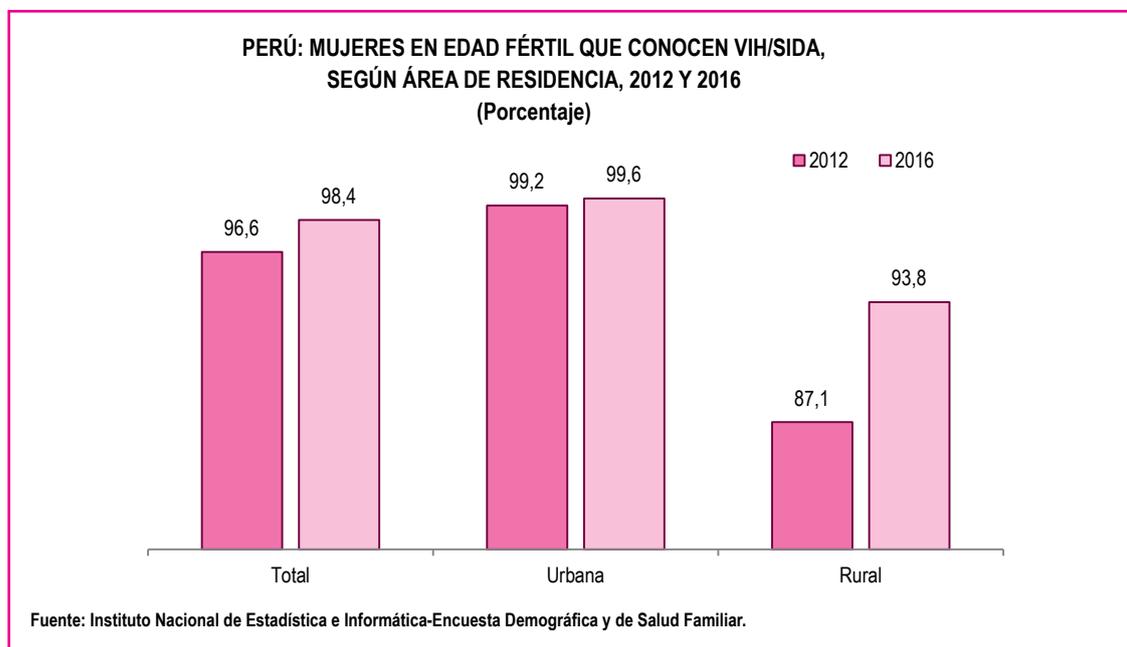
Según el patrón NCHS, la desnutrición crónica afectó al 9,3% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2012 (13,5%).

La desnutrición crónica en las niñas y niños del área rural fue mayor (19,5%), es decir, 14,2 puntos porcentuales más que en el área urbana (5,3%).



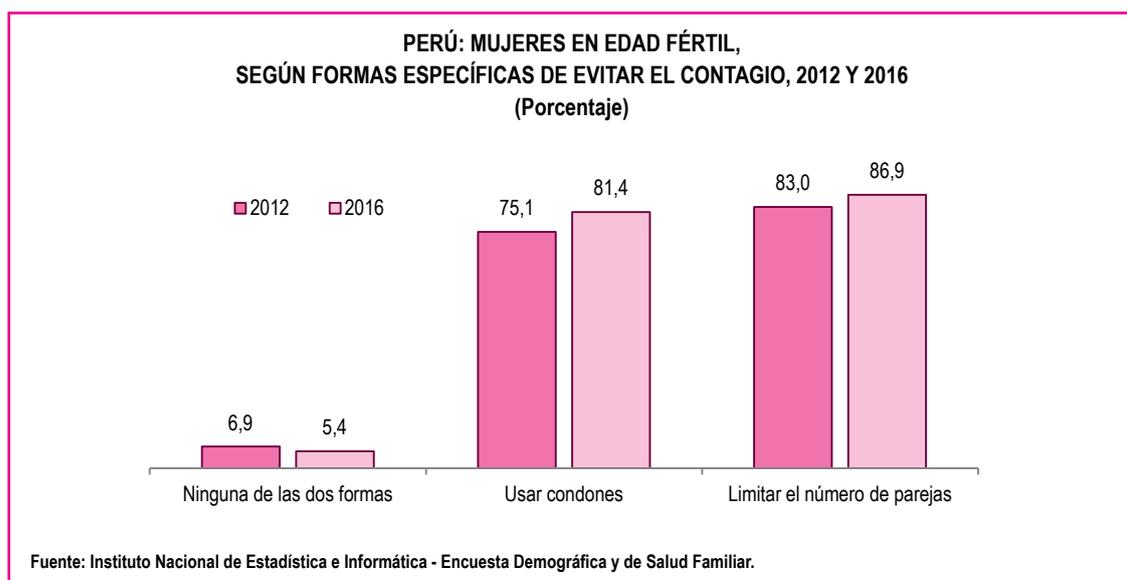
## 8. Conocimiento de VIH e ITS

Del total de mujeres entrevistadas en el año 2016, el 98,4% conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA lo que implica una mejora de 1,8 puntos porcentuales, en relación con el año 2012 (96,6%). De acuerdo al área de residencia, en el área urbana fue 99,6% y en la rural 93,8%.



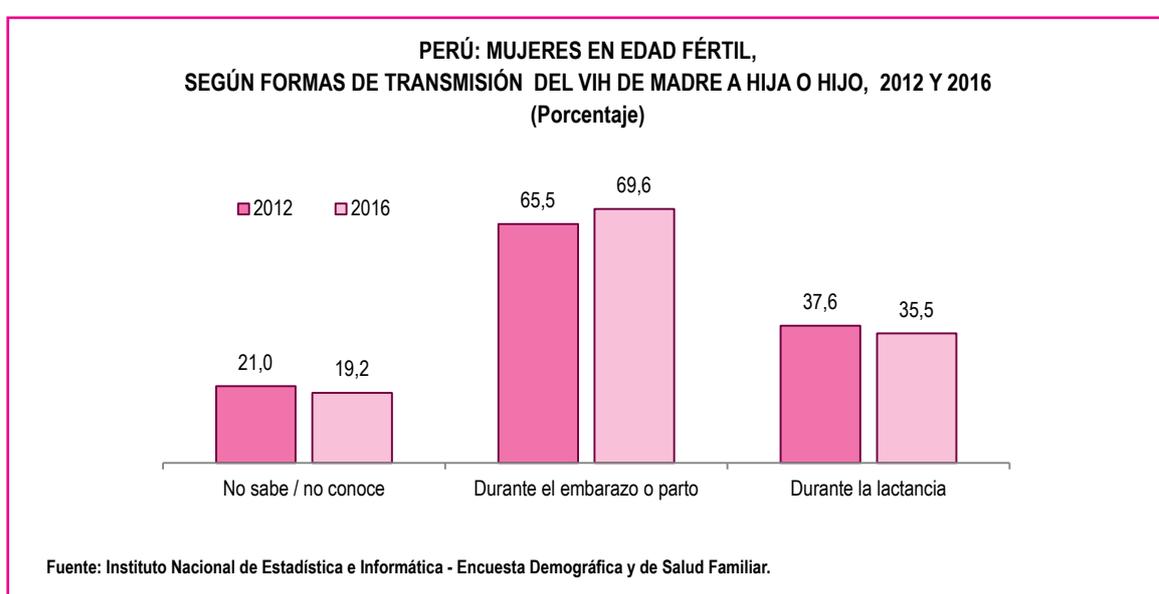
### Formas específicas de evitar el contagio

En el año 2016, el 5,4% de mujeres entrevistadas manifestó que desconocía alguna forma de prevención de las dos consideradas de importancia programática para evitar el VIH. En el año 2012, este porcentaje fue 6,9%. Sobre el conocimiento de las formas específicas de evitar el VIH, el uso del condón creció al pasar de 75,1%, en el año 2012 a 81,4% en el 2016. Asimismo el 86,9% de las mujeres respondió “limitar el número de parejas sexuales o mutua fidelidad”; con relación al año 2012 se incrementa en 3,9 puntos porcentuales.



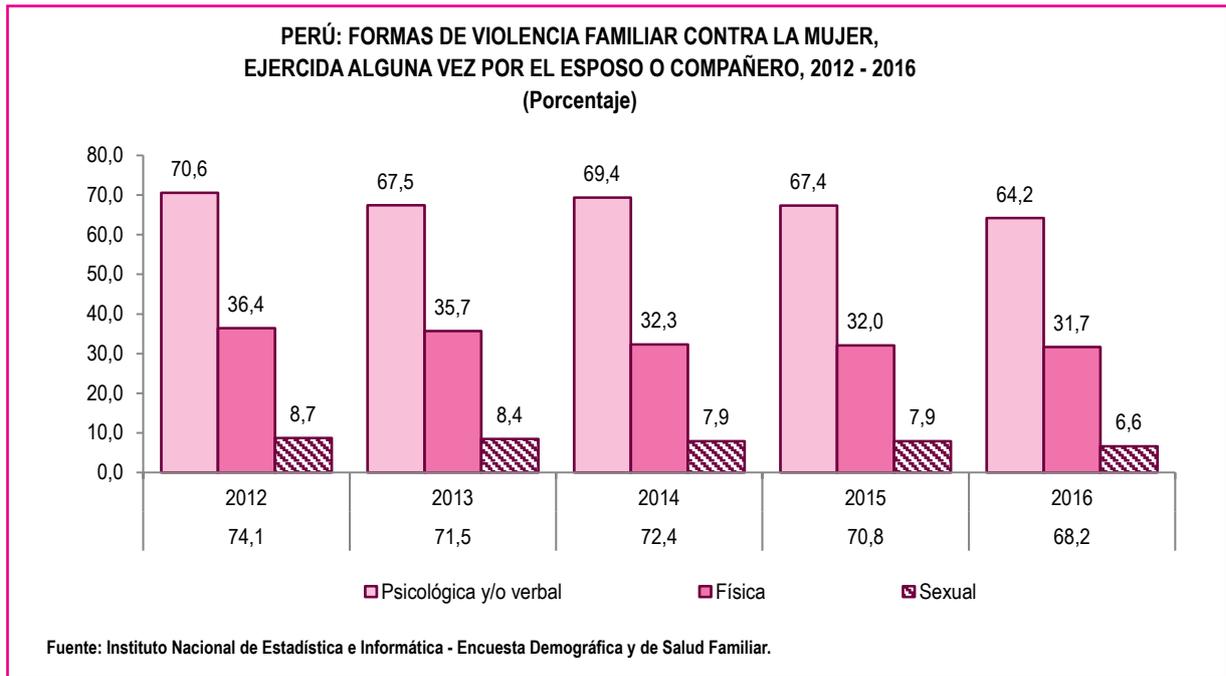
### Formas de transmisión del VIH de madre a hija o hijo

Son muy preocupantes los datos obtenidos respecto a la transmisión vertical (madre a hija o hijo) del VIH. Al respecto, se constató que en el 2016 el 19,2% de mujeres no consideraron esta posibilidad. Entre las mujeres que identifican las formas de transmisión del VIH de madre a hija o hijo, un 69,6% mencionó que puede ocurrir durante el embarazo o parto, esa respuesta fue 65,5% en el 2012; un 35,5% refirió que puede darse con la lactancia, el 2012 fue 37,6%.

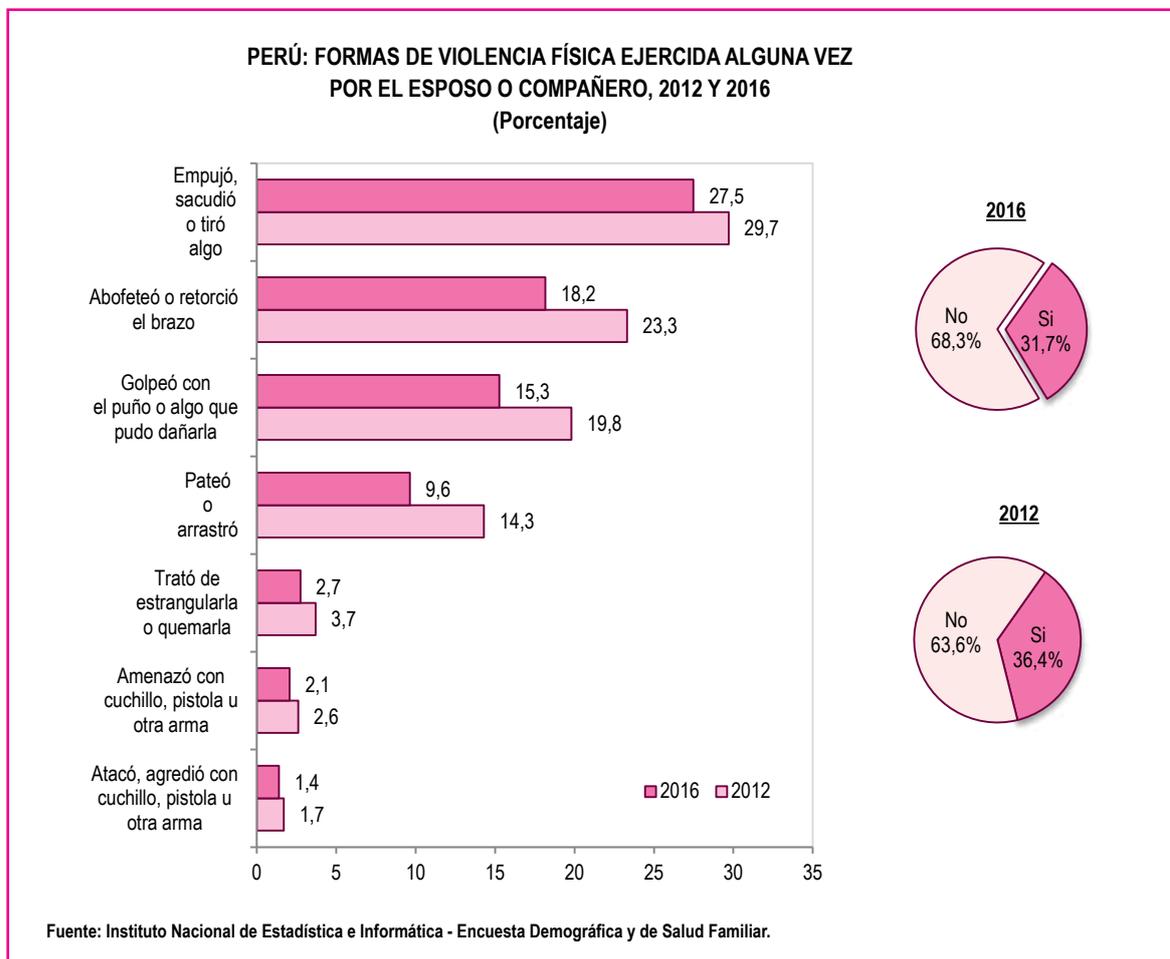


## 9. Violencia contra Mujeres, Niñas y Niños

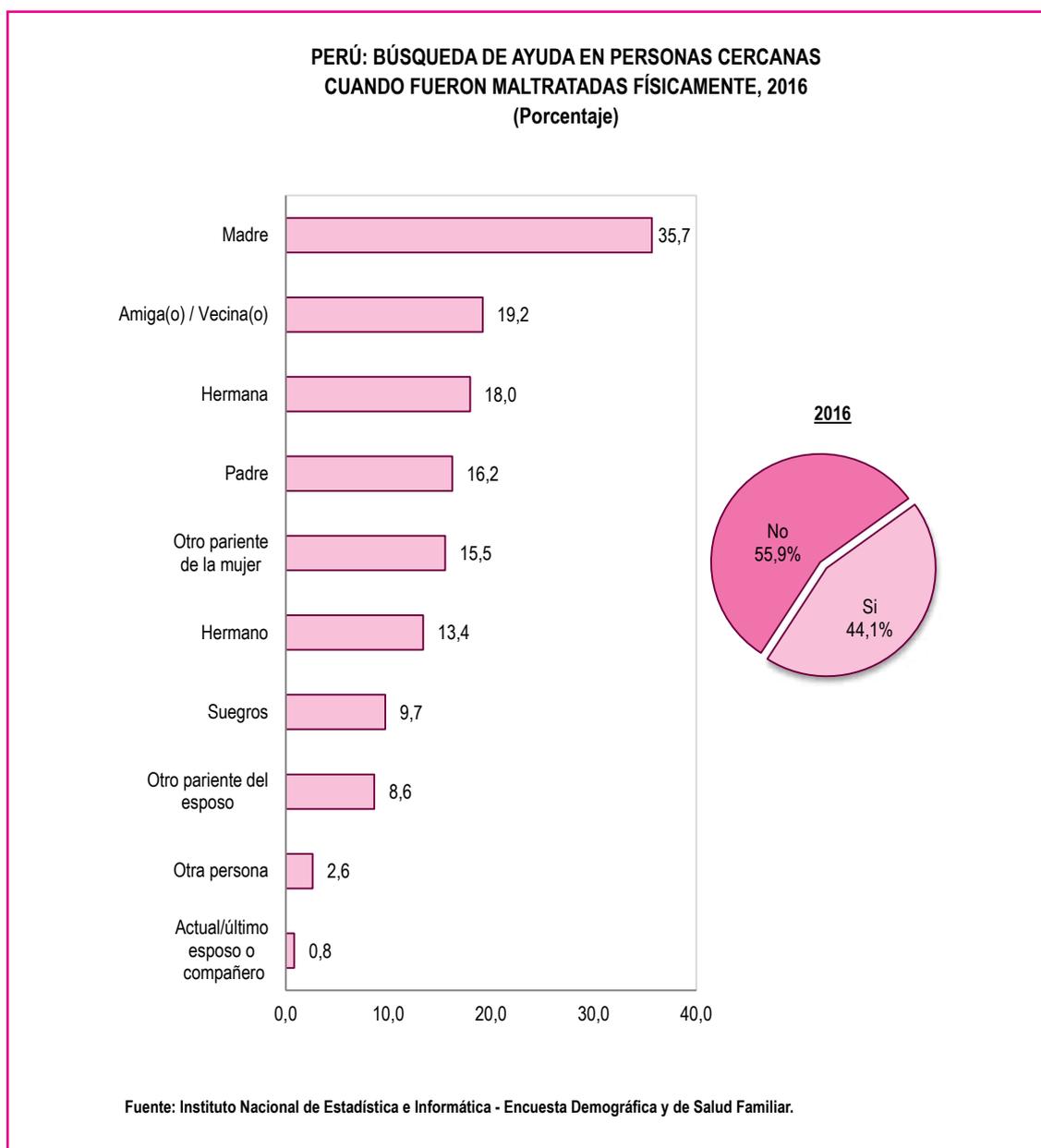
El 68,2% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero. Entre las formas de violencia, la psicológica y/o verbal fue mayor (64,2%), la violencia física alcanzó el 31,7% y la violencia sexual el 6,6%.



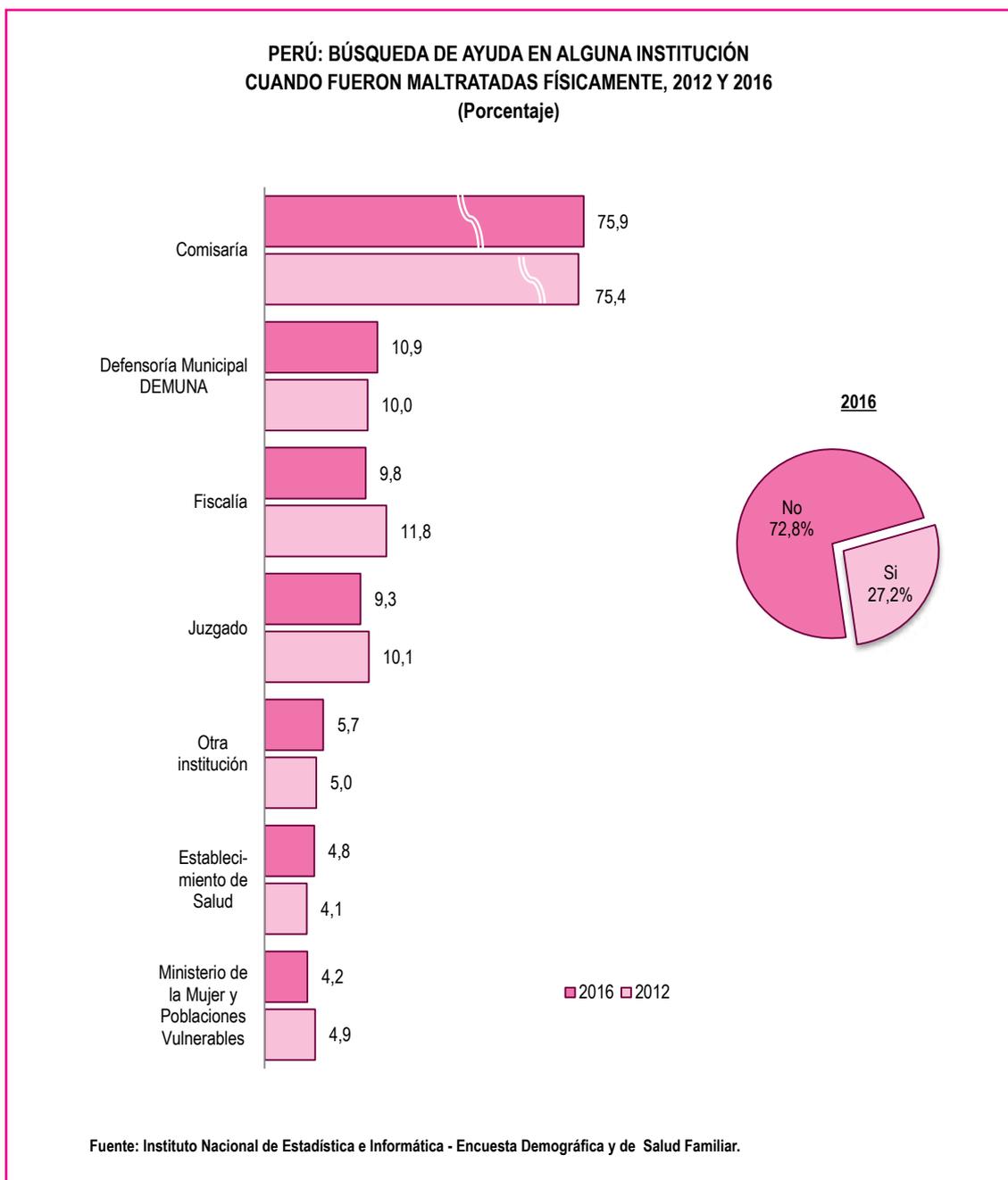
En el año 2016, las mujeres alguna vez unidas declararon con mayor frecuencia que fueron empujadas, sacudidas o que su pareja les tiró algo (27,5%); siguen las abofeteadas o retorcidas del brazo (18,2%) y las golpeadas con el puño o algo que pudo dañarlas (15,3%), entre otras formas de violencia física.



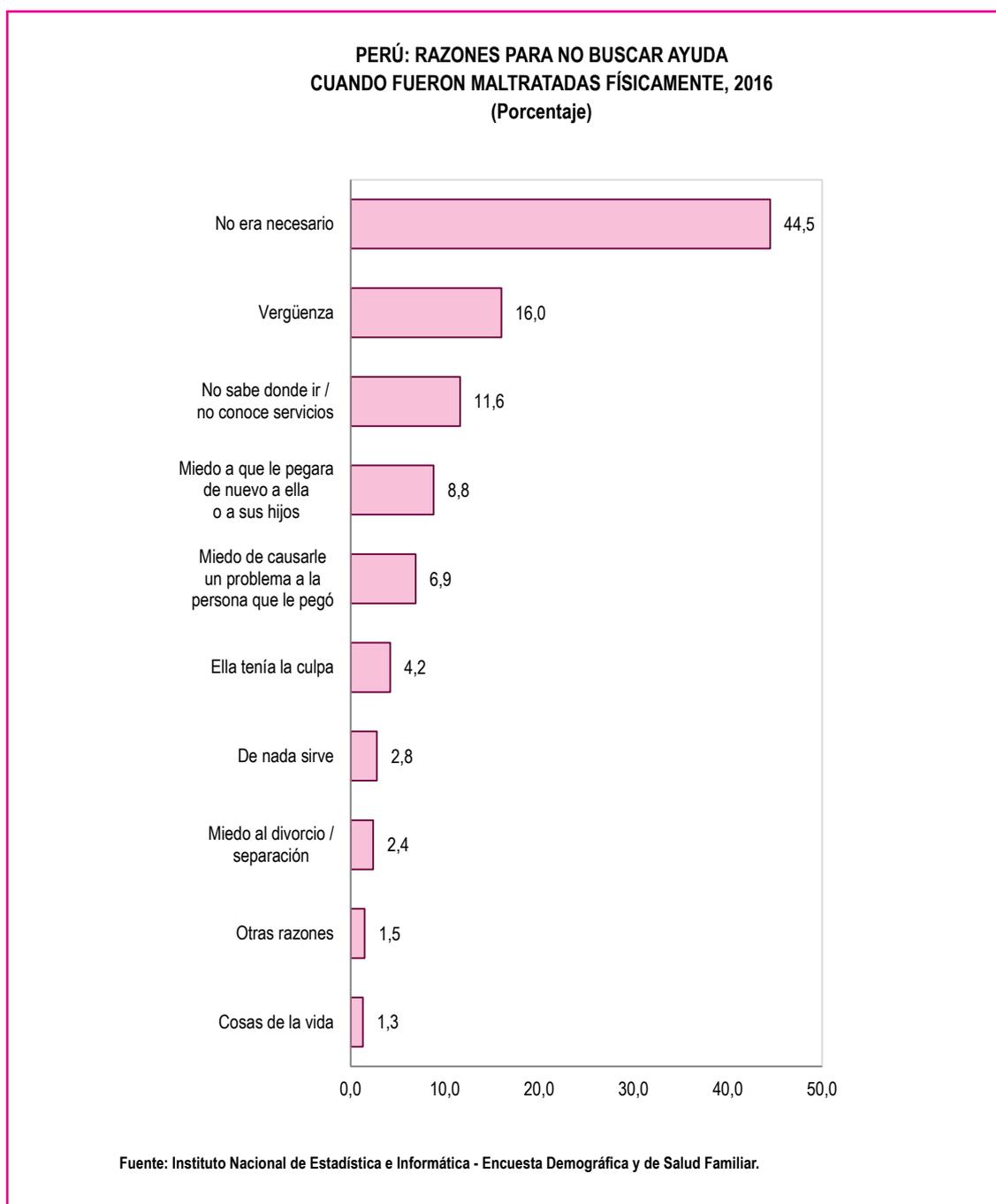
Las mujeres entrevistadas de 15 a 49 años de edad que fueron maltratadas físicamente, buscaron ayuda en personas cercanas, principalmente concurren a su mamá (35,7%); siguen amiga(o)/vecina(o), hermana, otro pariente de la mujer, padre, entre otras.



A nivel de instituciones, recurrieron con mayor frecuencia a una comisaría (75,9%), que comparado con el año 2012, se aprecia un aumento de 0,4 puntos porcentuales. También mencionaron buscar ayuda en la Defensoría Municipal-DEMUNA, Juzgado, Fiscalía, entre otras.

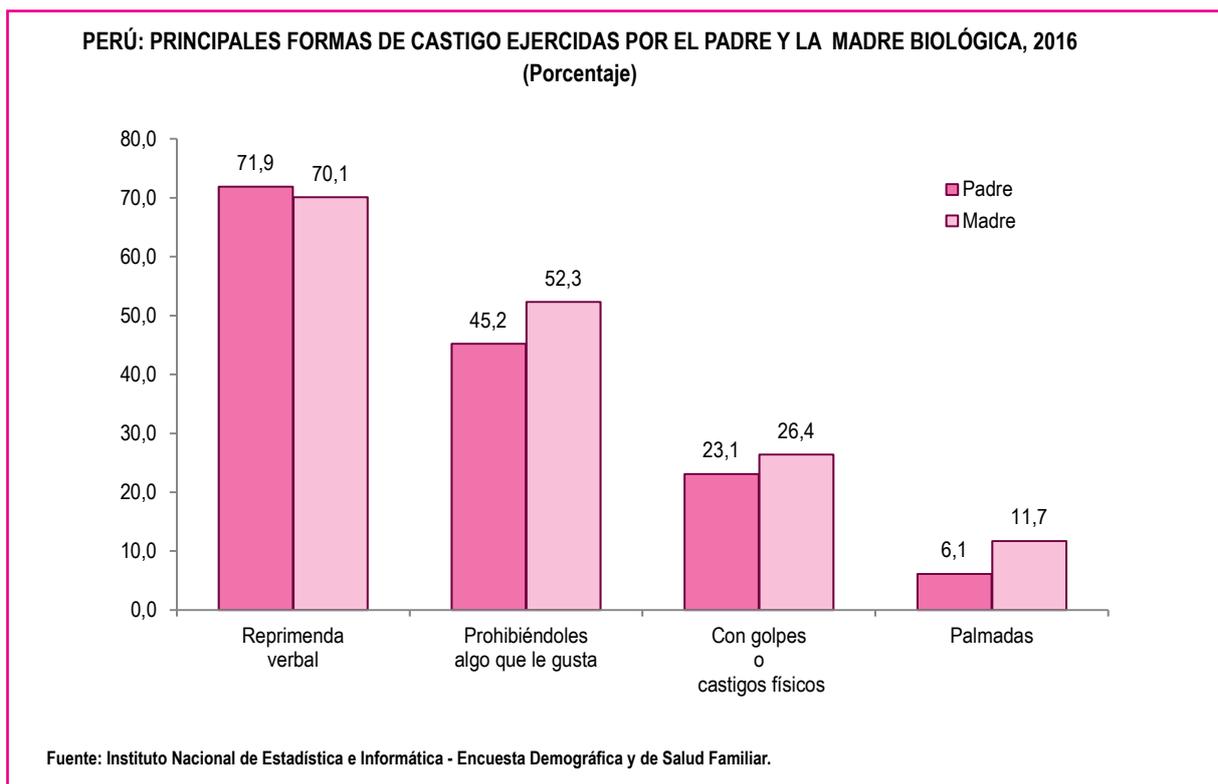


El 44,5% de las mujeres agredidas físicamente, consideraron que no era necesario buscar ayuda, el 16,0% manifestó sentir vergüenza y el 11,6% no sabía a donde ir o no conoce servicios, entre otras razones.

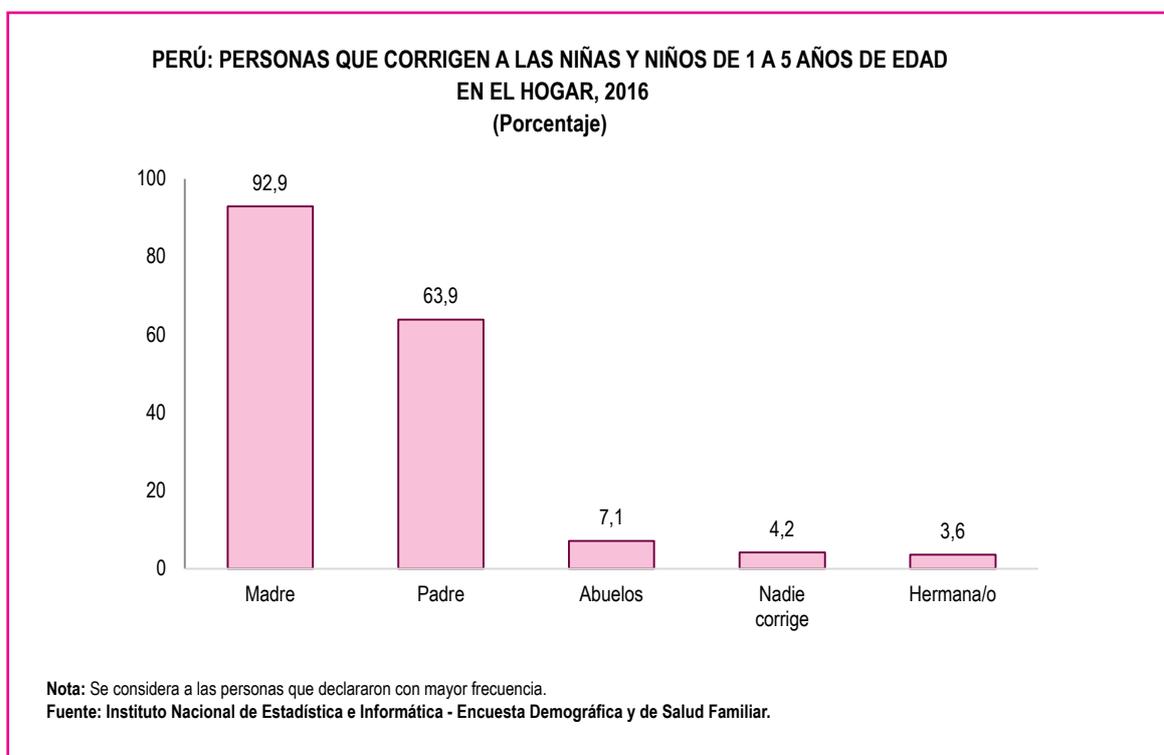


### Violencia a hijas e hijos

Los padres biológicos utilizan con mayor frecuencia la reprimenda verbal para castigar a sus hijas/os (padre 71,9% y madre 70,1%); en tanto que, prohibirles de algo que les gusta, golpes o castigos físicos y palmadas son ejercidas en mayor porcentaje por la madre frente a los porcentajes observados en el padre.



En el hogar, la madre es la persona que generalmente corrige a las niñas/os de 1 a 5 años de edad (92,9%); sin embargo, el padre también corrige en un porcentaje importante (63,9%).



Entre las formas para corregir a sus hijas/os, el padre tiene mayor propensión en reprenderlos verbalmente cuando se porta mal, no hace caso o muestra falta de respeto (53,9%) a diferencia de la madre (52,8%); otro comportamiento que también alcanzaron altos porcentajes fue en la madre, fue en hablar con él o ella y explicar su conducta (48,4%).

