



## CAPÍTULO 13

► **INDICADORES:**  
OBJETIVOS DE  
DESARROLLO  
SOSTENIBLE



## INDICADORES: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

**E**l Estado peruano ha reforzado sus compromisos, incorporando los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las principales políticas y estrategias nacionales de desarrollo. Por ello, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar da cuenta de importantes progresos en varios indicadores, especialmente en lo referente al cumplimiento de las metas de reducción de la mortalidad neonatal y de la niñez; así como en el descenso de la desnutrición crónica que a menudo es “invisible” e imperceptible para las personas que la padecen, lo cual limita su potencial de desarrollo físico e intelectual y a la vez restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez.

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

Acerca de la meta de los ODS relacionada con el acceso universal a la salud sexual y reproductiva para el año 2030, aunque el uso de métodos modernos de planificación familiar se está incrementando, aún es necesario mayor acceso a los servicios de información y planificación familiar, especialmente en los grupos jóvenes, para prevenir los embarazos en adolescentes, así como para evitar las ITS y el VIH SIDA.

Con relación a la violencia familiar, se asumió reducir significativamente todas las formas de violencia, eliminar todas las prácticas nocivas como la unión precoz, fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas como el consumo nocivo de alcohol y el control del tabaco.

### 13.1 NUTRICIÓN DE LAS NIÑAS Y NIÑOS

La salud de la población infantil constituye un componente básico del desarrollo humano y de la sociedad. Conocer las consecuencias de la desnutrición en niñas y niños es nuestro compromiso, para lograr las metas de los ODS, entre los años 2015 y 2030.

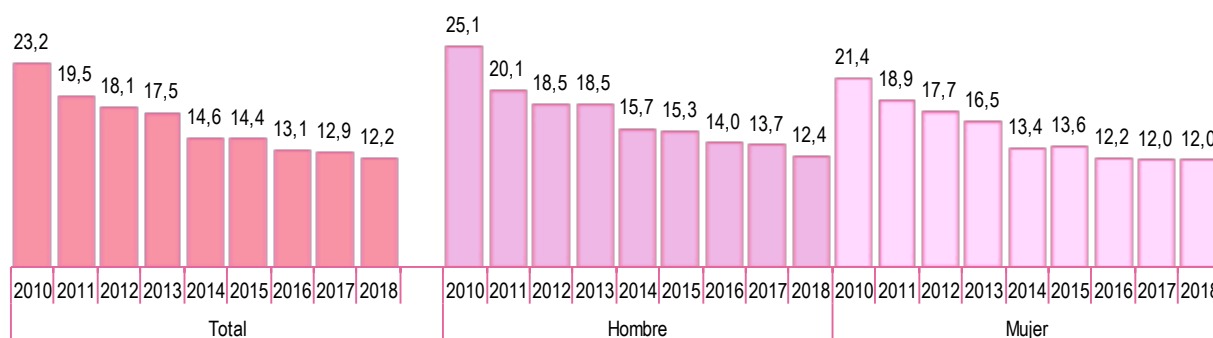
La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar brinda información sobre la desnutrición crónica por el indicador antropométrico talla para la edad, y la desnutrición aguda por peso para la talla. En ambos casos, la clasificación del estado nutricional ha sido hecha con el patrón de referencia OMS, con el fin de tener información comparable con los resultados presentados en los informes anteriores de las encuestas.

#### *Desnutrición crónica*

En el año 2018, el 12,2% de las niñas y niños menores de cinco años de edad padecía de desnutrición crónica, es decir, presentaron retardo en el crecimiento de la talla para la edad. Con respecto al 2017 tendió a la disminución (en 0,7 puntos porcentuales) representando un desafío para cumplir la meta de poner fin a todas las formas de malnutrición.

Entre los años 2010 y 2018, el porcentaje de menores con déficit alimenticio se redujo en 11,0 puntos porcentuales, como consecuencia de las intervenciones entre sectores y niveles de gobierno y de la aplicación del Programa Articulado Nutricional (PAN). En los últimos 5 años la desnutrición crónica de niñas y niños menores de 5 años de edad, disminuyó en 5,3 puntos porcentuales, en mayor porcentaje en los niños (6,1 p.p) que en las niñas (4,5 p.p).

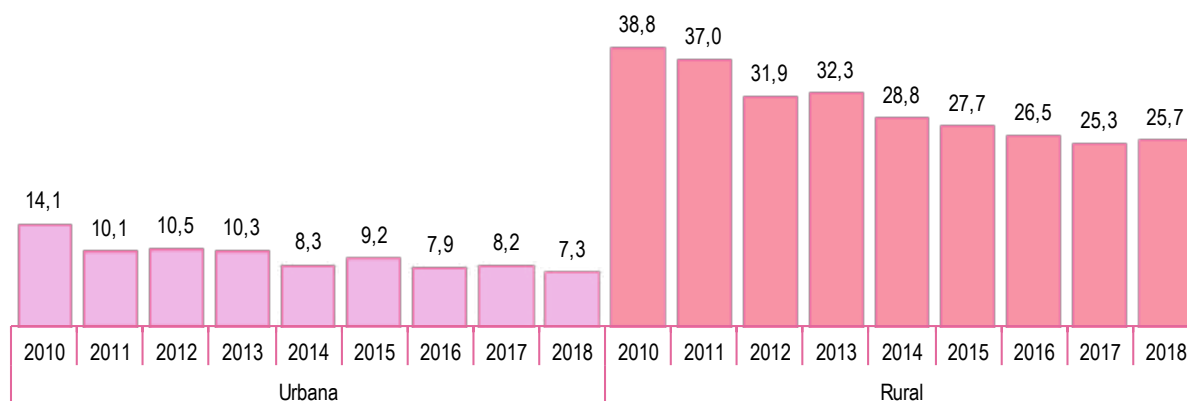
**GRÁFICO N° 13.1**  
**PERÚ: DESNUTRICIÓN CRÓNICA ENTRE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN SEXO, 2010-2018**  
(Porcentaje)



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

Según el área de residencia, en los últimos 5 años el porcentaje en niñas y niños con retraso en el crecimiento se redujo 6,6 puntos porcentuales en el área rural y en el área urbana 3,0 puntos porcentuales.

**GRÁFICO N° 13.2**  
**PERÚ: DESNUTRICIÓN CRÓNICA ENTRE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2010-2018**  
(Porcentaje)

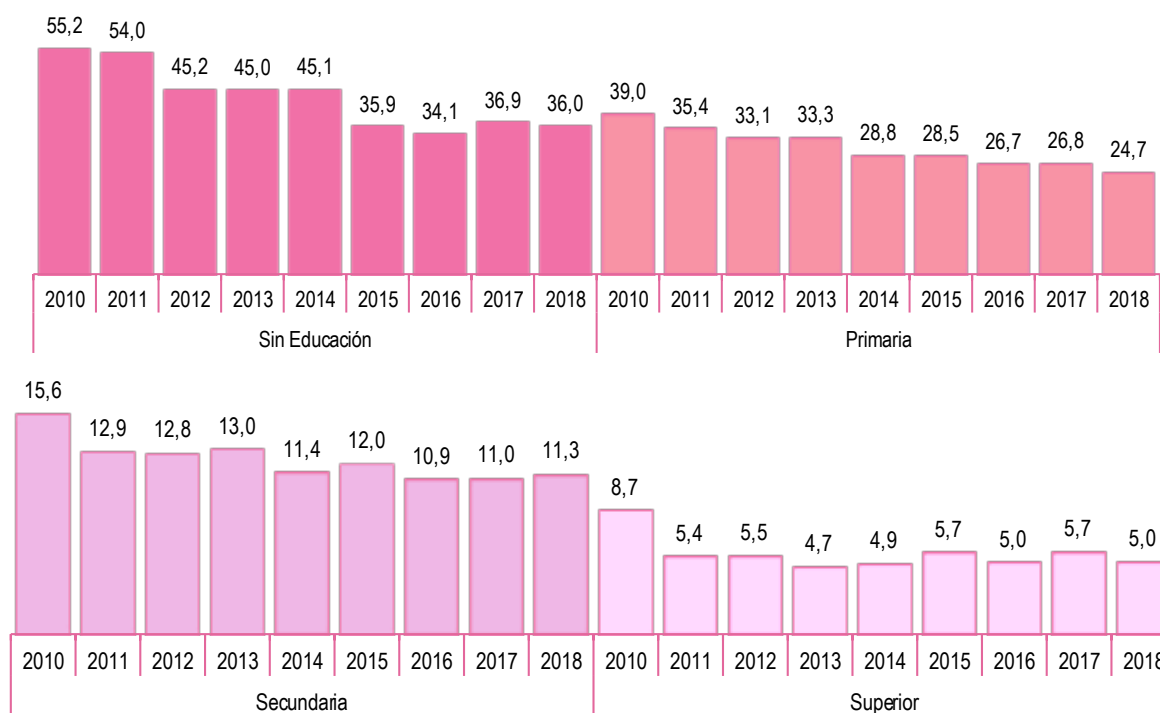


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

El nivel de educación de la madre, permite advertir que, entre los menores de cinco años de edad de madres sin educación, ha disminuido de 55,2% en el 2010 a 36,0% en el año 2018. Cabe destacar, que, a pesar del descenso en este grupo, aún el nivel del indicador es elevado, lo que representa mayor reto para la erradicación de la desnutrición infantil.

Así mismo, en los últimos 5 años, la desnutrición crónica de niñas y niños menores de 5 años de edad, ha disminuido en menores porcentajes en aquellas/os de madres que tienen los niveles de primaria o menos (alrededor de 9 puntos porcentuales menos), en comparación con los de madres que han alcanzado secundaria (1,7 p.p menos) o superior (0,3 p.p. menos).

**GRÁFICO N° 13.3**  
**PERÚ: DESNUTRICIÓN CRÓNICA ENTRE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE, 2010-2018**  
(Porcentaje)



**Nota:** Para las mujeres que no fueron entrevistadas, la información fue tomada del Cuestionario de Hogar. Excluye niñas y niños cuyas madres no fueron listadas en el cuestionario de hogar.  
**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

## 13.2 MORTALIDAD NEONATAL Y EN LA NIÑEZ

Los estudios realizados, sobre la mortalidad de las niñas y niños menores de cinco años de edad evidencian que aún se concentran en los segmentos más pobres, residentes en el área rural, los cuales presentan la mayor carga de enfermedad y el menor acceso a los servicios.

### *Mortalidad neonatal*

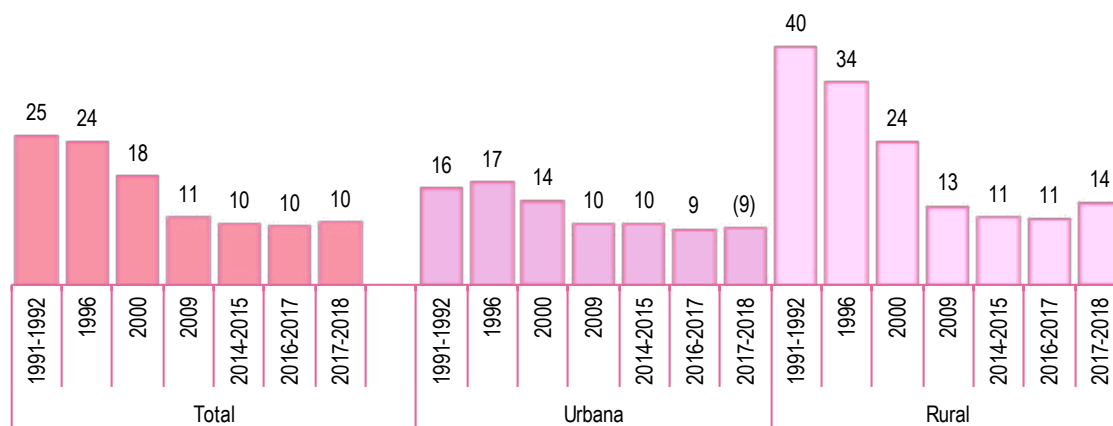
La mortalidad neonatal (probabilidad de morir durante el primer mes de vida) en promedio fue 10 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos durante los cinco años anteriores a la ENDES 2017-2018, en tanto que la Encuesta 1991-1992 reportó 25 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, observándose una reducción de 15 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos en el periodo analizado.

La tasa de mortalidad neonatal en el área rural fue 14 y en la urbana 9 defunciones durante el primer mes de vida por cada 1 000 nacidos vivos. A pesar de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad durante el primer mes de vida, aún se mantienen las brechas al interior del país.



De acuerdo con los resultados de la ENDES 2017-2018, la tasa de mortalidad en niñas y niños en el primer mes de vida superó la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, estimada para el año 2030 (10 frente a 12 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, respectivamente).

**GRÁFICO N° 13.4**  
PERÚ: TASA DE MORTALIDAD NEONATAL<sup>1/</sup>, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA,  
1991-1992, 1996, 2000, 2009, 2014-2015, 2016-2017 Y 2017-2018



( ) Datos referenciales, coeficiente de variación superior a 15%.

1/ Para los cinco años anteriores a la encuesta

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

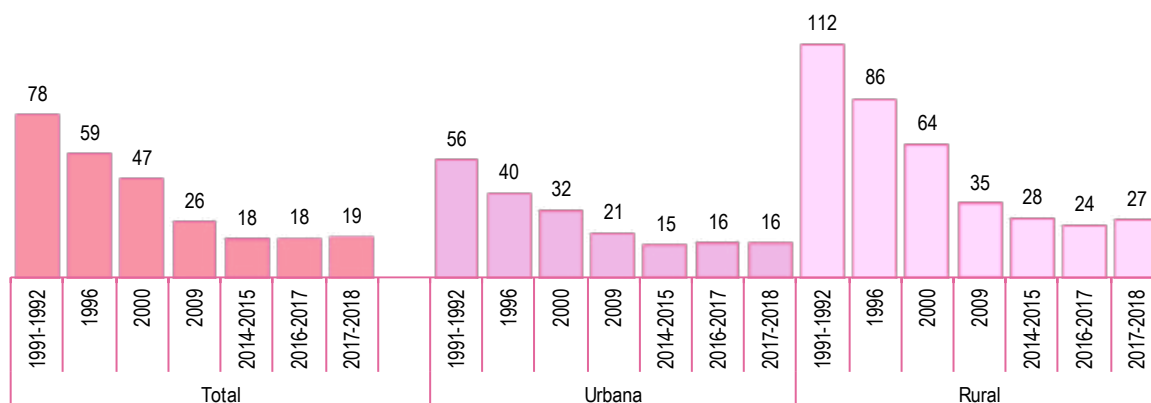
### *Mortalidad en niñas y niños menores de cinco años de edad*

La mortalidad en menores de cinco años de edad, durante los cinco años anteriores a la ENDES 2017-2018, en promedio fue 19 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos (4,2 veces menos que en el periodo 1991-1992).

Esta tasa de mortalidad en la niñez superó la meta de los ODS para el año 2030 (19 frente a 25 defunciones por cada 1000 nacidos vivos).

Según área de residencia, la ENDES 2017-2018 muestra que en el área rural la mortalidad en la niñez ha disminuido, de manera sostenida desde 1991-1992 de 112 defunciones a 28 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos. En el área urbana pasó de 56 a 16 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, entre los años mencionados.

**GRÁFICO N° 13.5**  
PERÚ: TASA DE MORTALIDAD<sup>1/</sup> DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE  
RESIDENCIA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009,  
2014-2015, 2016-2017 Y 2017-2018



1/ Para los cinco años anteriores a la encuesta

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

### 13.3 MORTALIDAD MATERNA Y ATENCIÓN DEL PARTO

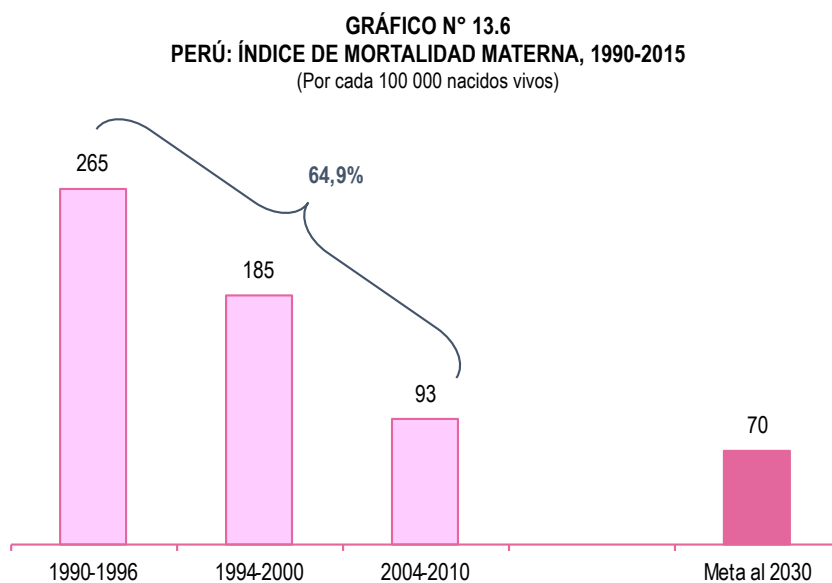
La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después del parto, disminuyó en un 64,9%, entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos; cifra algo distante de la meta para el año 2030 (70 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos).

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

En esta perspectiva, el reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos es uno de los principales Objetivos de Desarrollo Sostenible, debido a la incidencia de muertes maternas ocasionadas por complicaciones del embarazo, parto o postparto. Por esta razón, se monitorea el avance de los resultados obtenidos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, como consecuencia de políticas y estrategias nacionales de desarrollo.

#### *Mortalidad materna*

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



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

#### *Partos con asistencia de personal de salud calificado*

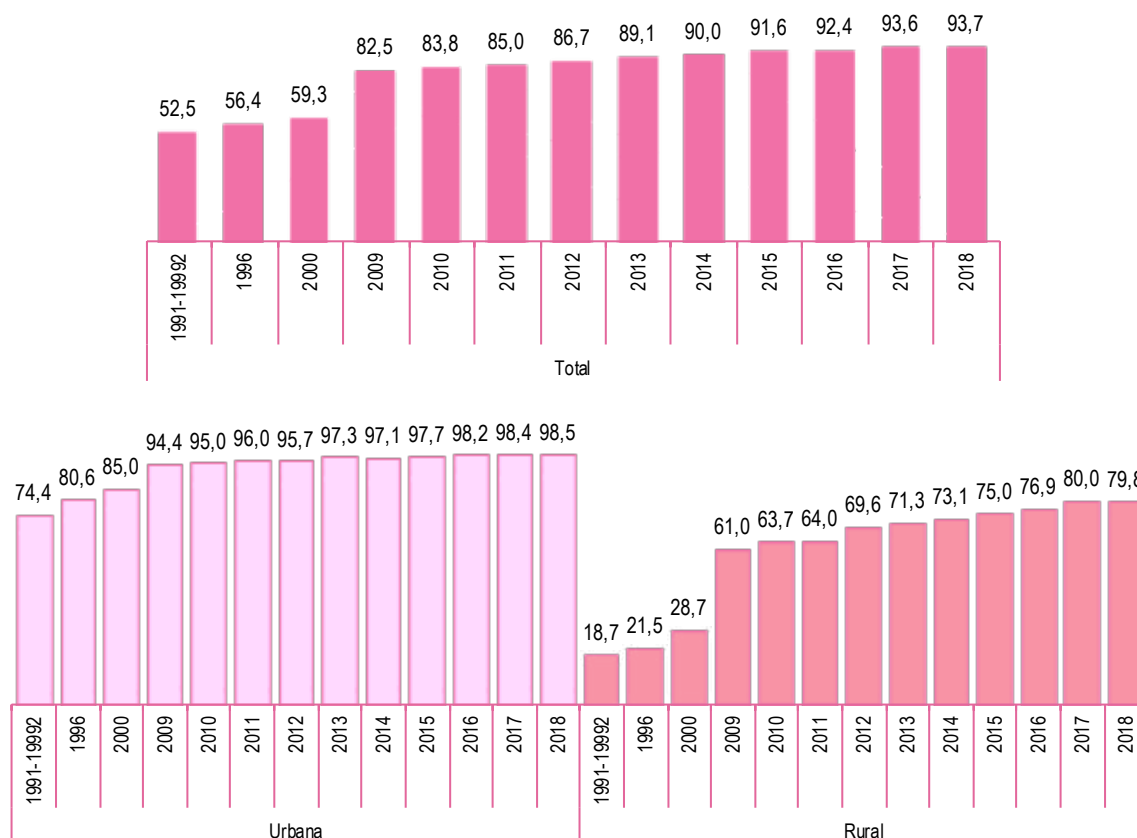
A pesar de las mejoras significativas de la salud materna durante los últimos años, todavía se encuentran grandes desigualdades por lugar de residencia y nivel de educación, sobre todo entre las mujeres que viven en la región de la Selva y en el área rural. La atención calificada en el parto hace la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

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 señaló que el 93,7% de partos fueron asistidos por personal de salud calificado, es decir, por un médico, obstetra o enfermera; cobertura que incrementó sobre el 52,5% desde el periodo 1991-1992.

A nivel nacional, se han logrado avances importantes en la asistencia del parto, así, el porcentaje de mujeres que recibieron atención de personal calificado se incrementó en 8,7 puntos porcentuales, entre los años 2011 y 2018. Entre 1996 y 2011 aumentó en 28,6 puntos porcentuales; y en el periodo 1991-92 y 1996 en 3,9 puntos porcentuales. Esta tendencia refleja un mayor acceso de la atención en el parto por un profesional de la salud; así como un acercamiento a la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relativos a la mortalidad materna.

Después de 26 años, en el área rural, el porcentaje de partos atendidos por profesional de salud calificado se incrementó en 61,1 puntos porcentuales al pasar de 18,7% a 79,8%, y en el área urbana en 24,1 puntos porcentuales (de 74,4% a 98,5%). En los últimos 5 años se incrementó en el área rural 8,5 puntos porcentuales y en el área urbana 1,2 puntos porcentuales. Asimismo, en los últimos 18 años (2000 y 2018), este aumento fue 51,1 puntos porcentuales en el área rural y 13,5 puntos porcentuales en el área urbana.

**GRÁFICO N° 13.7**  
**PERÚ: PARTOS CON ASISTENCIA DE PERSONAL DE SALUD CALIFICADO, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 1991-1992, 1996, 2000, 2009-2018**  
 (Porcentaje)



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



Las encuestas realizadas en los años 1991-1992, 1996, 2011 y 2016, mostraron una tendencia al incremento progresivo de partos atendidos por personal calificado, en cada una de las regiones naturales. En el periodo 1991-1992 y 1996 aumentó en el Resto Costa (6,2 puntos porcentuales) y en la Sierra (3,6 puntos porcentuales). Entre los años 1996 y 2011, las regiones naturales más beneficiadas con la atención recibida durante el parto fueron la Sierra (34,2% a 79,3%) y Selva (36,6% a 63,1%). Entre los años 2011 y 2018, también destacan la Sierra y la Selva con 11,7 y 20,1 puntos porcentuales respectivamente.

**GRÁFICO N° 13.8**  
**PERÚ: PARTOS CON ASISTENCIA DE PERSONAL DE SALUD CALIFICADO, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 1991-1992,**  
**1996, 2000, 2009-2018**  
 (Porcentaje)

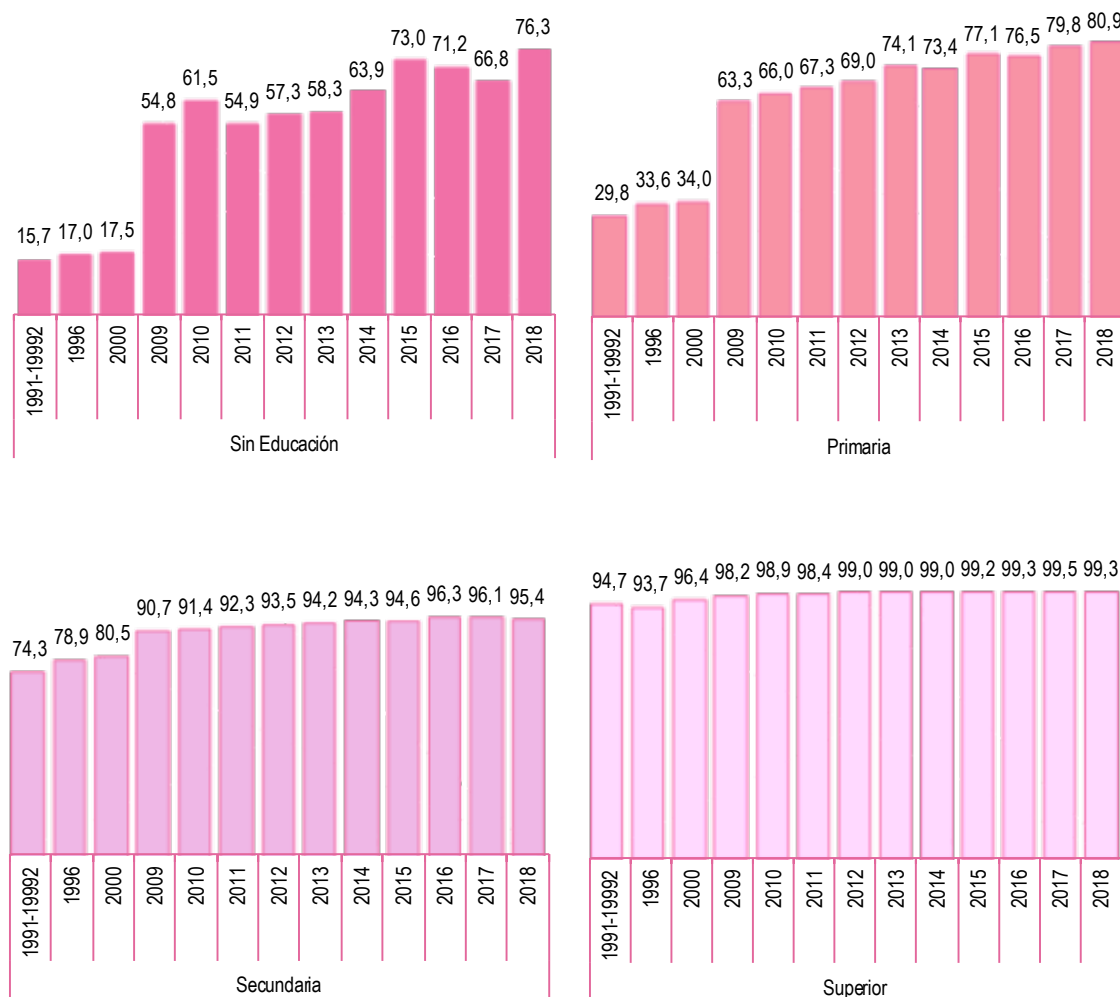


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Se lograron avances en cada uno de los niveles de educación de las mujeres que dieron a luz y que fueron atendidas por personal de salud calificado; siendo el mayor incremento en las mujeres sin educación (21,4 puntos porcentuales en los años 2011 y 2018).

Sin embargo, a pesar del aumento de partos atendidos por personal de salud calificado, las mujeres sin educación (76,3%) presentan los menores porcentajes con respecto a los otros niveles de educación.

**GRÁFICO N° 13.9**  
**PERÚ: PARTOS CON ASISTENCIA DE PERSONAL DE SALUD CALIFICADO, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN, 1991-1992, 1996, 2000, 2009-2018**  
 (Porcentaje)



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

### 13.4 PREVALENCIA DE USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS

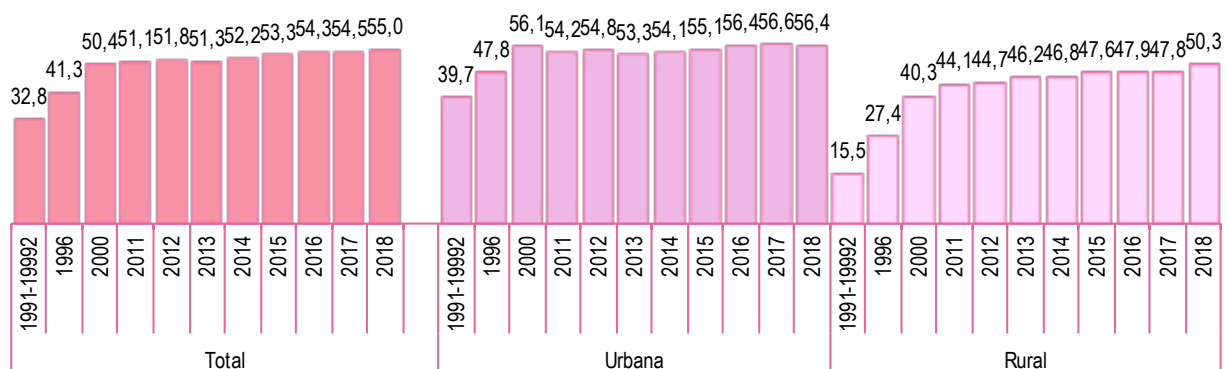
Una de las metas de los ODS para el 2030 es lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, en lo cual es importante el uso de anticonceptivos y la satisfacción de la demanda por servicios específicos.

#### *Uso actual de métodos anticonceptivos modernos*

El uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres en edades fértiles que son casadas y convivientes (actualmente unidas) presenta una tendencia ascendente de 22,2 puntos porcentuales en los últimos 27 años. Pero en los últimos 5 años, se ha incrementado en 3,7 puntos porcentuales

Según área de residencia, el uso de métodos modernos, que en los últimos 27 años se incrementó en el área urbana en 16,7 puntos porcentuales y en el área rural en 34,8 puntos porcentuales, en los últimos 5 años, se incrementó en el área urbana 3,1 puntos porcentuales y en el área rural 4,1 puntos porcentuales. En ambos casos, el acceso universal aún está distante.

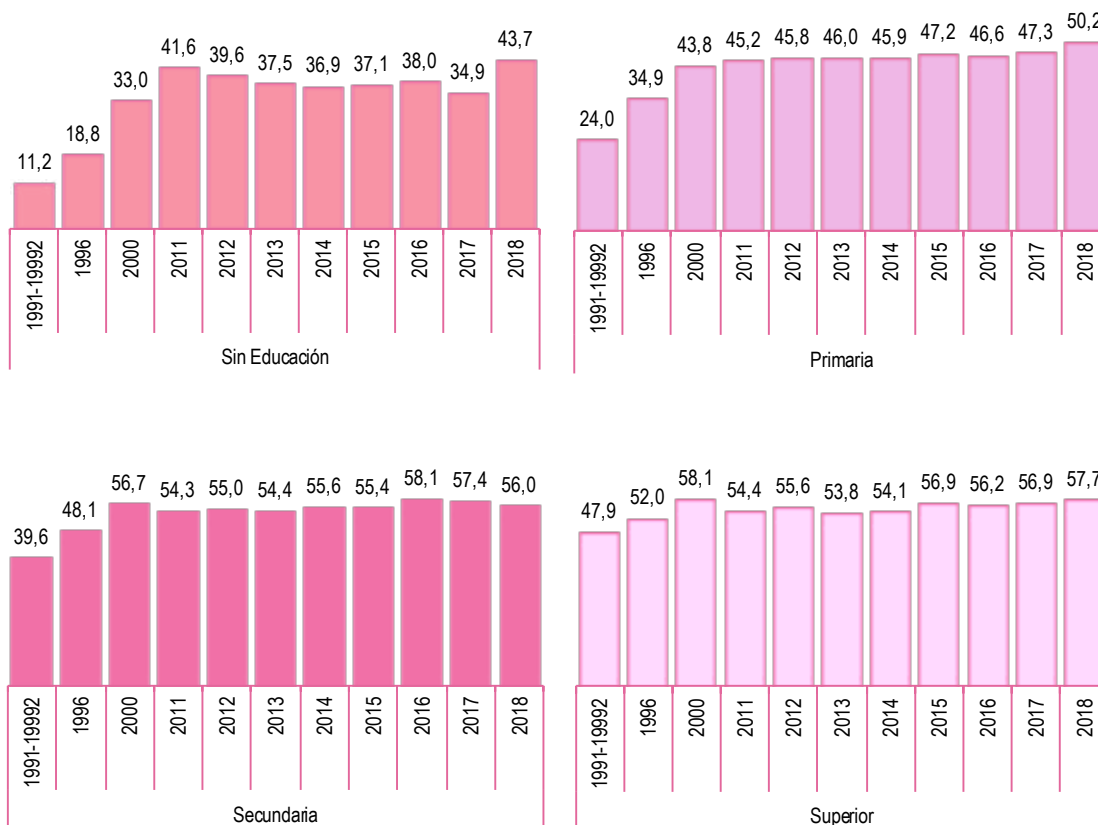
**GRÁFICO N° 13.10**  
**PERÚ: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE PRACTICAN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON MÉTODOS MODERNOS,**  
**SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA,**  
**1991-1992, 1996, 2000, 2011-2018**  
 (Porcentaje)



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

Según nivel de educación, el mayor incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos hace 27 años, fue en las mujeres en edad fértil sin nivel de educación (32,5 puntos porcentuales) seguido de las mujeres con nivel educativo primaria (26,2 puntos porcentuales). En los últimos 5 años (del 2013 al 2018) el mayor incremento en el uso de métodos modernos, ha sido similarmente en las mujeres sin nivel educativo (6,2 punto porcentuales) y en aquellas con educación primaria (4,2%).

**GRÁFICO N° 13.11**  
**PERÚ: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE PRACTICAN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON MÉTODOS MODERNOS,**  
**SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN**  
**1991-1992, 1996, 2000, 2011-2018**  
 (Porcentaje)



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

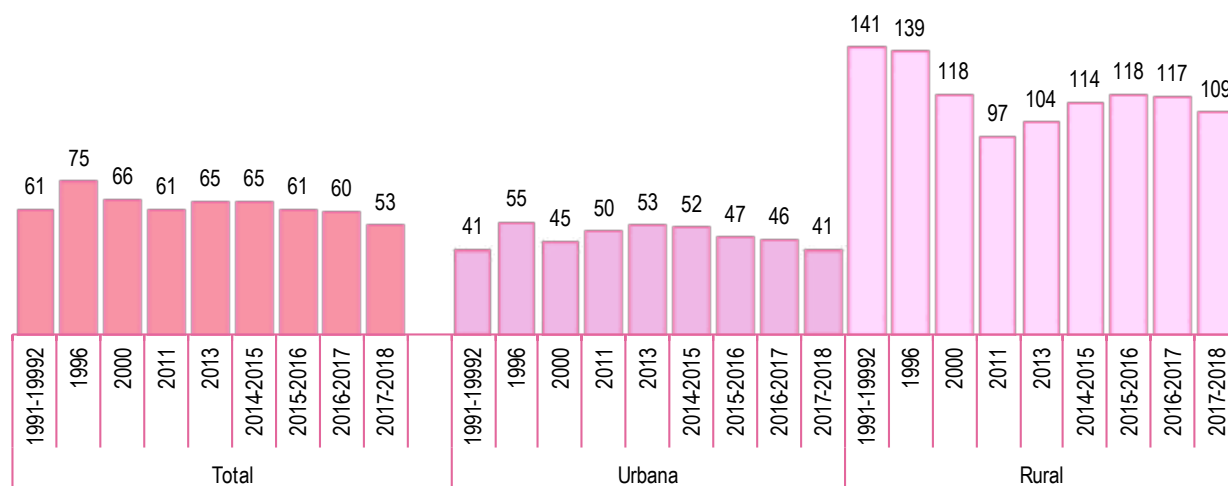
### Fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad

A nivel nacional, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, mostraron que la tasa de fecundidad adolescente se mantuvo en el mismo nivel entre el periodo 1991-92 y 2017-2018 (53 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años de edad). Esta situación refleja la necesidad de fortalecer el acceso universal a la salud reproductiva, y además muestra la vulnerabilidad de la población femenina adolescente.

Sin embargo, entre los años 2000 y 2011, esta pasó de 66 a 61 nacimientos por cada 1000 adolescentes, disminuyendo en 7,5%.

La tasa de fecundidad adolescente fue más alta en el área rural, 109 que en el área urbana 41 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años de edad. A pesar de los esfuerzos realizados para cumplir con la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aún se mantienen las brechas al interior del país, que se expresa en 68 nacimientos más en el área rural que en el área urbana.

GRÁFICO N° 13.12  
PERÚ: TASA DE FECUNDIDAD 1/ ADOLESCENTE DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 1991-1992, 1996, 2000, 2011, 2013, 2014-2015, 2015-2016, 2017-2018 Y 2017-2018



1/ Por Cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años de edad

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

### 13.5 UNIÓN PRECOZ

El matrimonio antes de los 18 años es una violación fundamental de los derechos humanos. El matrimonio infantil a menudo compromete el desarrollo de una niña al resultar en un embarazo precoz y un aislamiento social, limitación de oportunidades en el ascenso profesional y a exponerla con mayor riesgo a la violencia de pareja.

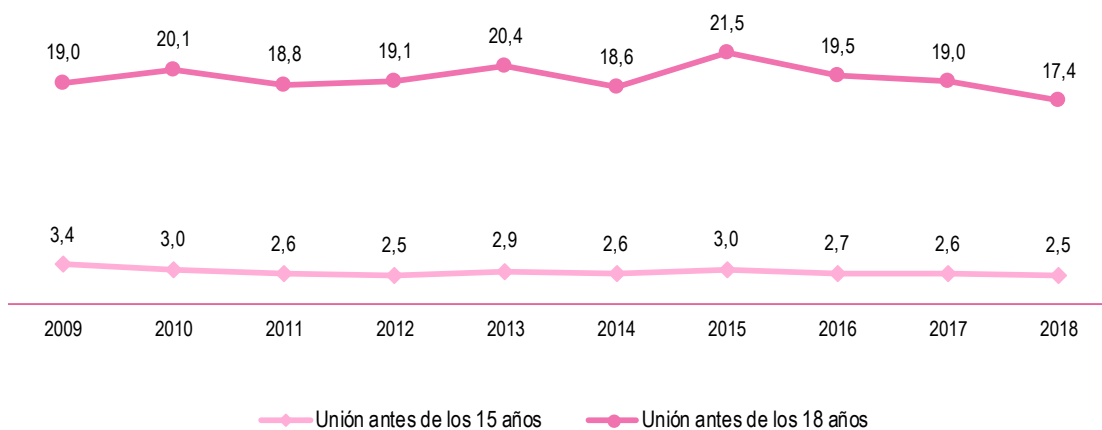
#### Unión antes de cumplir los 15 y 18 años

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 mostró que el 2,5% de mujeres entre 20 y 24 años estaban casadas o en convivencia antes de cumplir los 15 años y el 17,4 % antes de cumplir los 18 años de edad.

Al analizar las estimaciones de las encuestas anteriores se observa, que, a nivel nacional, el porcentaje de mujeres casadas o convivientes, antes de cumplir los 15 años disminuyó al pasar de 3,4% a 2,5% entre el periodo 2009 y 2018.

Entre los años 2010 y 2012, las mujeres que tenían este tipo de relación, antes de cumplir los 18 años disminuyó en 1,0 puntos porcentuales y en el periodo 2013 y 2018 en 3,0 puntos porcentuales al pasar de 20,4% a 17,4%.

**GRÁFICO N° 13.13**  
**PERÚ: MUJERES ENTRE 20 Y 24 AÑOS QUE ESTABAN CASADAS O CONVIVIENDO ANTES DE CUMPLIR LOS 15 AÑOS Y 18 AÑOS, 2009-2018**



**Nota:** La edad a la primera unión se define como la edad cuando comenzó a vivir con su primer esposo o compañero.  
**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

### 13.6 VIOLENCIA FÍSICA Y/O SEXUAL

La Declaración de las Naciones Unidas define la violencia contra la mujer «como todo acto de violencia basado en el género, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada».

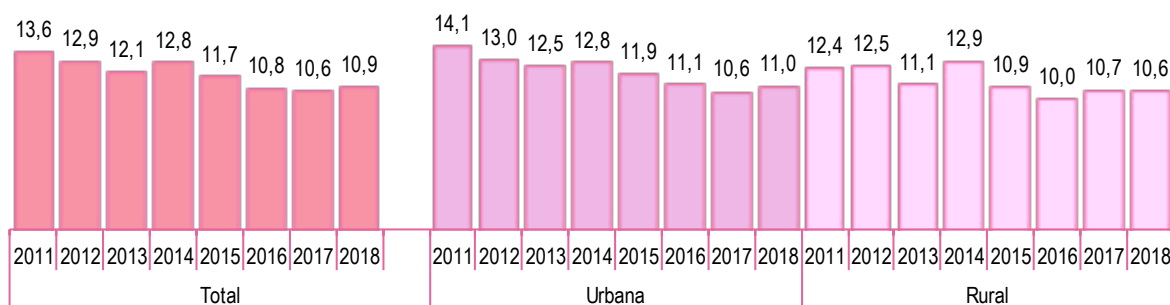
Los Objetivos del Desarrollo Sostenible con la finalidad de eliminar todas las formas de violencia planteó los siguientes indicadores para su medición: mujeres que han sufrido violencia física, sexual o psicológica; mujeres que han sufrido violencia sexual infligida por otra persona que no sea un compañero íntimo; proporción de personas víctimas de violencia física o acoso sexual y población sometida a violencia física, psicológica o sexual.

#### *Mujeres que han sufrido violencia física y sexual*

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 señaló que el 10,9% de mujeres entre 15 y 49 años de edad sufrieron violencia física y sexual en los últimos 12 meses por parte del esposo o conviviente.

Entre los años 2011 y 2018, la violencia física y sexual se redujo en 2,7 puntos porcentuales al pasar de 13,6% a 10,9%. Según área de residencia, la mayor reducción de violencia en mujeres en edad fértil se presentó en el área urbana (3,1 puntos porcentuales) al pasar de 14,1% a 11,0%.

**GRÁFICO N° 13.14**  
**PERÚ: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL INFLIGIDA POR EL ESPOSO O COMPAÑERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2011-2018**  
 (Porcentaje)



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

### 13.7 CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

Trastornos por uso de sustancias, ocurren cuando el uso recurrente de alcohol y/o drogas causa deficiencias funcionales significativas, como problemas de salud, discapacidad y falta de principales responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar.

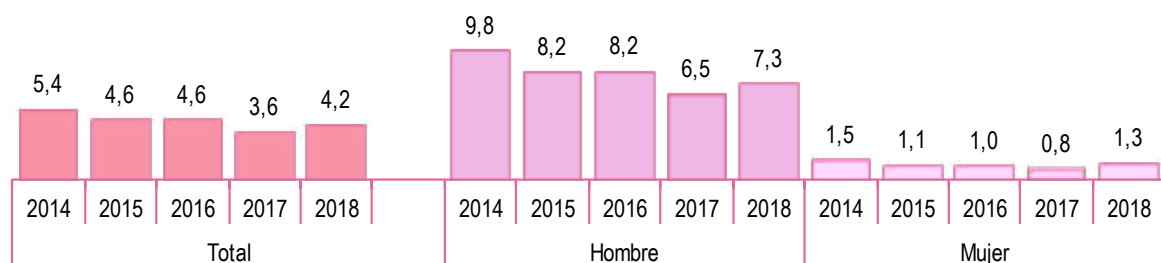
Reconociendo que la propagación de la epidemia de tabaquismo y el consumo de alcohol es un problema mundial con graves consecuencias para la salud pública, otra meta de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, es el de haber detenido y comenzando a reducir, para el año 2030, el abuso de sustancias adictivas.

#### *Personas con trastorno por consumo de alcohol*

De acuerdo con los resultados de la ENDES, el porcentaje de las personas de 15 años y más de edad con trastornos de conducta por consumo de alcohol disminuyó de 5,4% en el año 2014 a 4,2% en el 2018.

Como se observa, los hombres presentan el mayor porcentaje de trastorno por consumo de alcohol que las mujeres (6,0 puntos porcentuales más).

**GRÁFICO N° 13.15**  
**PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO, 2014-2018**  
 (Porcentaje)

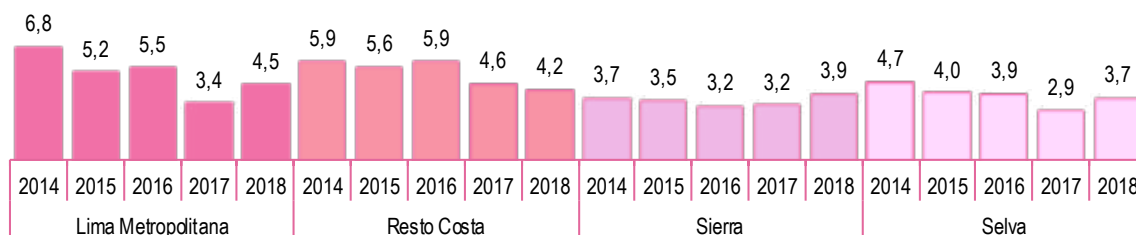


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según región natural, el Resto Costa (4,2%) y Lima Metropolitana (4,5%) presentan los mayores porcentajes de personas con trastorno por consumo de alcohol, mientras en la Selva y Sierra los porcentajes se reducen a 3,7% y 3,9%, respectivamente.



**GRÁFICO N° 13.16**  
**PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2014-2018**  
 (Porcentaje)



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

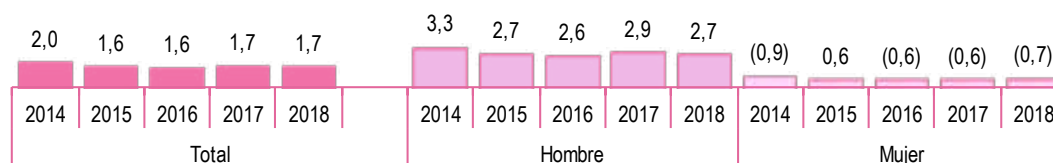
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

### Personas que fuman diariamente cigarrillos

A nivel nacional, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, mostraron que el porcentaje de personas que fuman cigarrillos diariamente fue de 1,7%, valor que no ha variado significativamente desde el año 2014.

El consumo diario de cigarrillos en los hombres fue 2,7%; prevalencia notablemente mayor en comparación con las mujeres (0,7%).

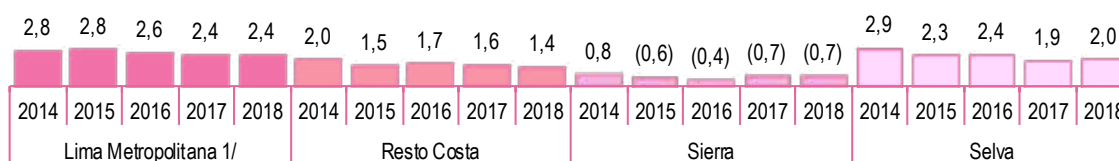
**GRÁFICO N° 13.17**  
**PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMAN DIARIAMENTE CIGARRILLOS, SEGÚN SEXO, 2014-2018**  
 (Porcentaje)



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

Según región natural, en el año 2018, Lima Metropolitana y la Selva presentaron mayores porcentajes de personas que fuman diariamente cigarrillos; 2,4% y 2,0%, respectivamente.

**GRÁFICO N° 13.18**  
**PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMAN DIARIAMENTE CIGARRILLOS, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2014-2018**  
 (Porcentaje)



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

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

