



CAPÍTULO I

Programas 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 cual 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 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 mmHg) y/o diastólica (PAD \geq 90 mmHg) en una persona bajo condiciones estándares para la medición¹. Para ello, se realiza al menos dos mediciones completas, cada una de ellas 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 el **Perú**, en el 2019, el **14,1%** de personas de 15 y más años presentó **presión arterial alta**, según medición de la ENDES.



10,9% Los **hombres fueron más afectados** que las mujeres.



17,5%

Asimismo, según región natural, la presión arterial alta fue mayor en Lima Metropolitana con 16,6%, seguido por el Resto Costa con 14,3%. La menor prevalencia se registró en la Sierra y en la Selva con 11,1% y 12,0%, respectivamente.

GRÁFICO N° 1.1
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
(Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.1 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

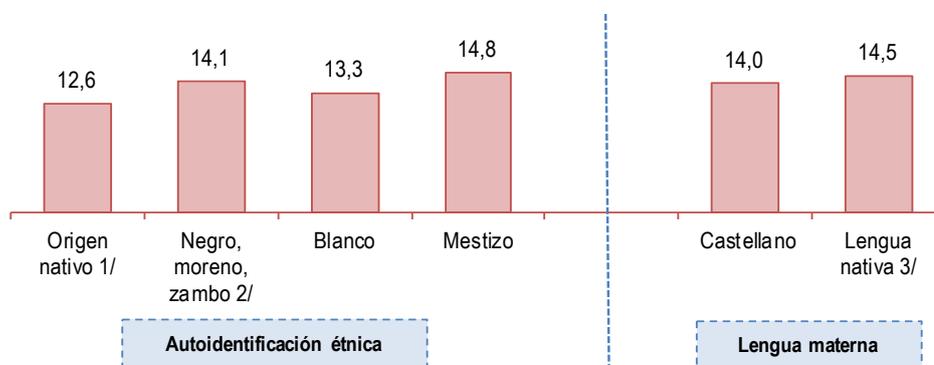
¹ En la ENDES, se consideró la clasificación de la presión arterial según RM 031-2015/MINSA. Bajo criterios de reposo y otros factores previos que puedan afectar la medición. La posición para la toma es con la persona sentada y el brazo derecho apoyado en una superficie plana que lo mantuviera a la altura del corazón. Luego de transcurridos cinco minutos en estado de reposo se realiza la primera medición, e inmediatamente después de transcurridos dos minutos la segunda medición. El tensiómetro utilizado es automático de la marca OMRON, modelo HEM-7113, con monitor digital, inflado automático por bomba eléctrica; rango de medición de la presión de "0 a 299" mmHg, con una precisión de ± 3 mmHg y calibrado. Dependiendo de la contextura del entrevistado, se empleó dos tipos de brazaletes: Uno para el brazo estándar (220 a 320 mm) y otro para los brazos más gruesos (320 a 420 mm). Esta información se encuentra con mayor detalle en el Manual de la Entrevistadora del Cuestionario de Salud.

• **Etnicidad**

Los indicadores de etnicidad, dan cuenta que el porcentaje de presión arterial alta fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (14,8%), seguido de las que se consideran parte del grupo negro, moreno, zambo (14,1%).

Según lengua materna, la proporción de personas con presión arterial alta fue mayor en aquellas que aprendieron alguna lengua nativa en su niñez (14,5%).

GRÁFICO N° 1.2
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

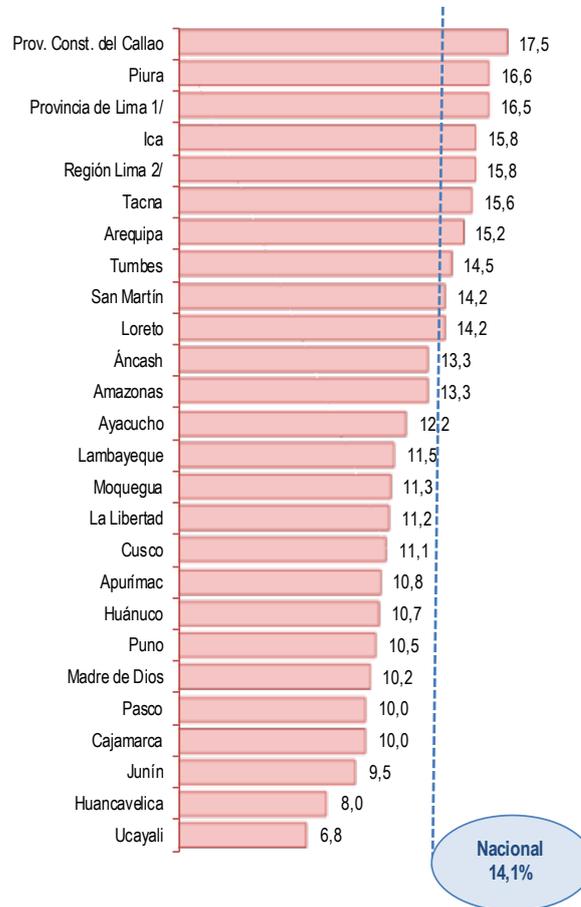
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.1 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, de acuerdo a la medición efectuada en el 2019, 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 Constitucional del Callao (17,5%), Piura (16,6%), provincia de Lima (16,5%), Ica y Región Lima (15,8%, en cada caso) y Tacna (15,6%). Los menores porcentajes se presentaron en Ucayali (6,8%), Huancavelica (8,0%) y Junín (9,5%).

GRÁFICO N° 1.3
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

Se considera hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) es ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) es ≥ 90 mmHg.

Excluye a mujeres gestantes.

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

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

Cuadro base: Cuadro 1.1 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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 médico, se refiere a la información reportada por la persona encuestada de haber recibido un diagnóstico de hipertensión arterial alguna vez en su vida.



En el Perú, el **10,2%** de personas de 15 y más años fue **diagnosticado con hipertensión arterial** por un médico.

11,7%



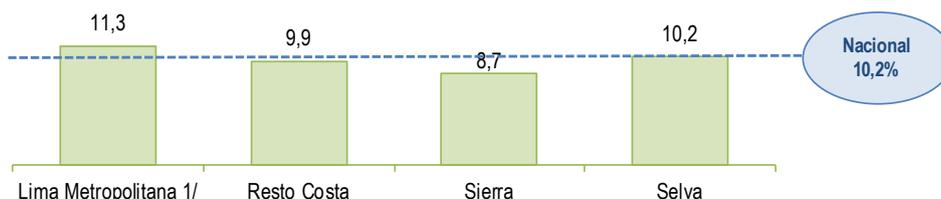
Las **mujeres fueron más afectadas** que los hombres.

8,5%



A nivel de región natural, en el 2019, los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial se presentaron en Lima Metropolitana con 11,3%, seguido de la Selva con 10,2%; y, los menores porcentajes en la Sierra y Resto Costa, con 8,7%, y 9,9%, respectivamente.

GRÁFICO N° 1.4
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN,
SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.2 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

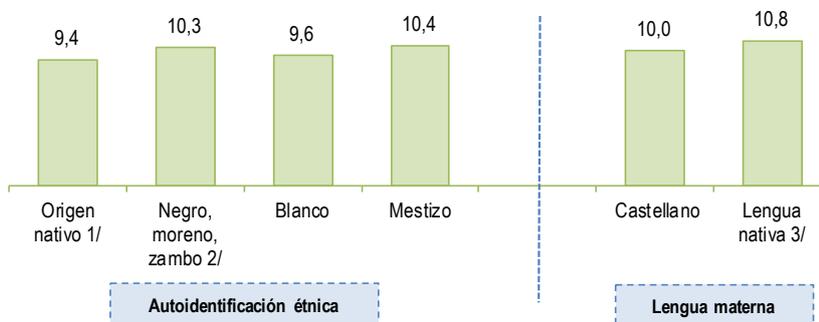
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, la población con diagnóstico de hipertensión fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con los grupos étnicos mestizo (10,4%) y negro, moreno, zambo (10,3%), seguido de las que se consideran parte del grupo blanco (9,6%) y nativo (9,4%).

Según lengua materna, fue mayor en aquellas personas que aprendieron una lengua nativa en su niñez (10,8%).

GRÁFICO N° 1.5
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN,
SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.2 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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 Perú, el **68,1%** de personas de 15 y más años **con diagnóstico de hipertensión arterial**, recibió y/o compró medicamentos con receta médica, en los últimos 12 meses.

70,2%



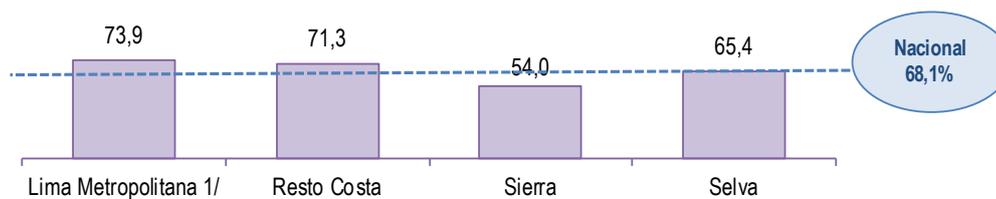
La proporción de **mujeres hipertensas con tratamiento** fue mayor que en los hombres.

65,0%



La mayor proporción de hipertensos con tratamiento, en el 2019, fueron los residentes en Lima Metropolitana (73,9%) y Resto Costa (71,3%); seguido de la Selva y Sierra con 65,4% y 54,0%, respectivamente.

GRÁFICO N° 1.6
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.3 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

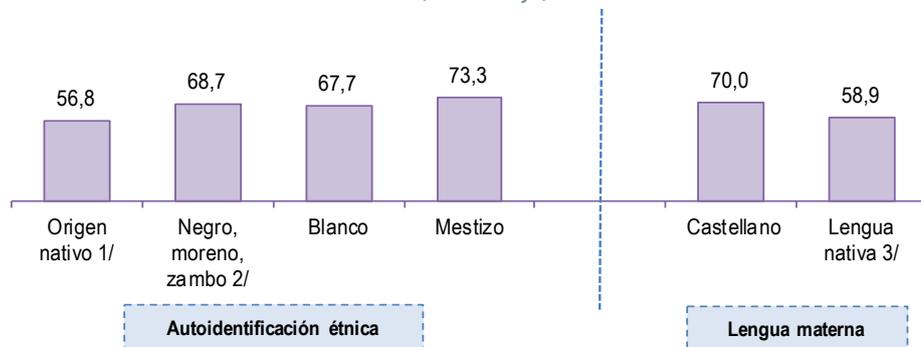
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, el porcentaje de hipertensos con tratamiento fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (73,3%), seguido de las que se consideran parte de los grupos negro, moreno, zambo (68,7%), blanco (67,7%) y nativo (56,8%).

Según lengua materna, la proporción de hipertensos con tratamiento, fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (70,0%).

GRÁFICO N° 1.7
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.3 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

b) Prevalencia de hipertensión arterial

La prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 y más años de edad, se describe de acuerdo a la medición de la presión arterial efectuada por el personal de campo y/o por autoreporte de la persona entrevistada de haber sido diagnosticada como hipertensa por un médico.



En el **Perú**, la **prevalencia de hipertensión arterial** fue **19,7%** en personas de 15 y más años.



17,8%

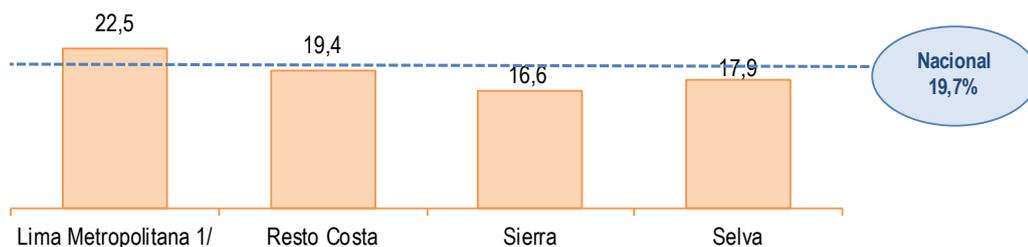
Los **hombres** fueron más afectados que las mujeres.



21,7%

La mayor proporción fueron residentes de Lima Metropolitana con 22,5%, Resto Costa con 19,4%, seguido de la Selva y Sierra con 17,9% y 16,6%, respectivamente.

GRÁFICO N° 1.8
PERÚ: PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y DIAGNÓSTICO, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.4 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

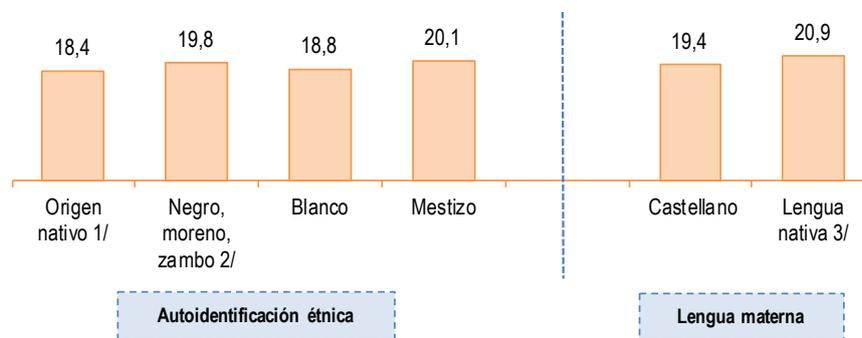
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, la prevalencia de hipertensión fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (20,1%), seguido de las que se consideran parte de los grupos negro, moreno, zambo (19,8%), blanco (18,8%) y nativo (18,4%).

Según lengua materna, la prevalencia de hipertensión, fue mayor en aquellas personas que aprendieron una lengua nativa en su niñez (20,9%).

GRÁFICO N° 1.9
PERÚ: PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y DIAGNÓSTICO, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

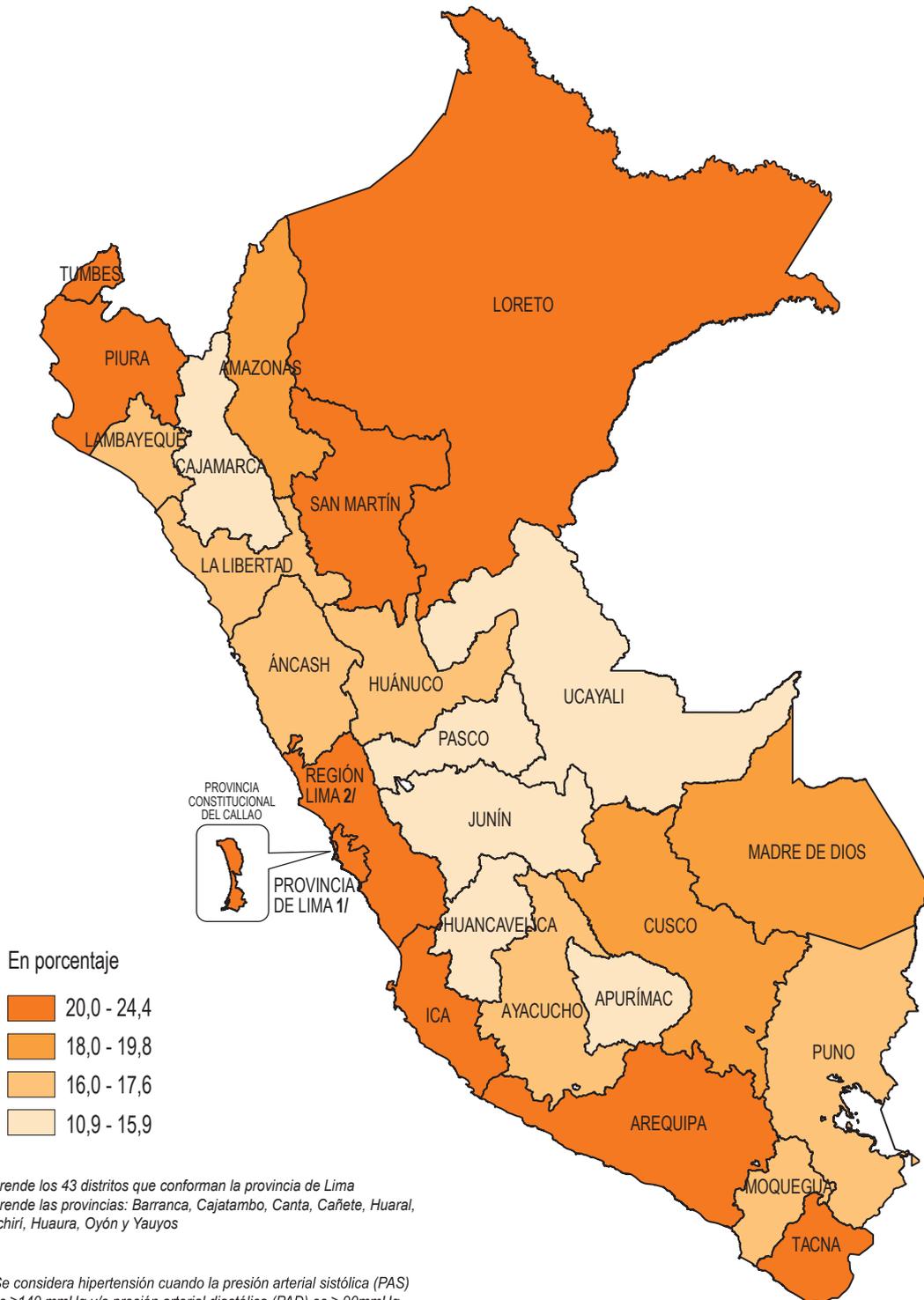
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.4 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad con prevalencia de hipertensión arterial, se ubicaron en la Provincia Constitucional del Callao (24,4%), provincia de Lima (22,3%), Loreto y Tumbes (cada uno con 22,0%). Y entre los menores porcentajes destacaron Ucayali (10,9%), Junín (13,7%), Pasco (14,1%), Huancavelica (14,3%), Cajamarca (15,3%) y Apurímac (15,9%).

MAPA N° 1.1
PERÚ: PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS
DE EDAD CON MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y DIAGNÓSTICO, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



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

Nota:
 • Se considera hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) es ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) es ≥ 90 mmHg. 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".

1.2 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 **Perú**, el **3,9%** de personas de 15 y más años **fue diagnosticado con diabetes mellitus** por un médico alguna vez en su vida.

4,3%



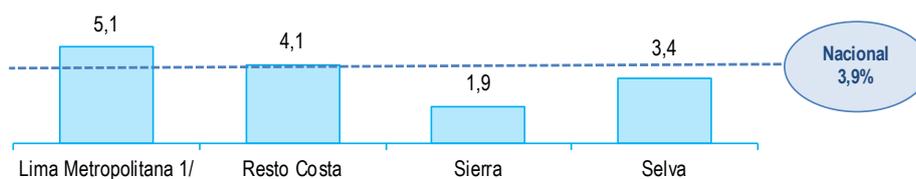
Las **mujeres** fueron **más afectadas** que los hombres.

3,4%



Asimismo, por región natural, en el 2019, el mayor porcentaje de personas con diabetes mellitus se encuentra en Lima Metropolitana (5,1%) y Resto Costa (4,1%), y en menor porcentaje en la Sierra (1,9%) y Selva (3,4%).

GRÁFICO N° 1.10
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
(Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.5 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

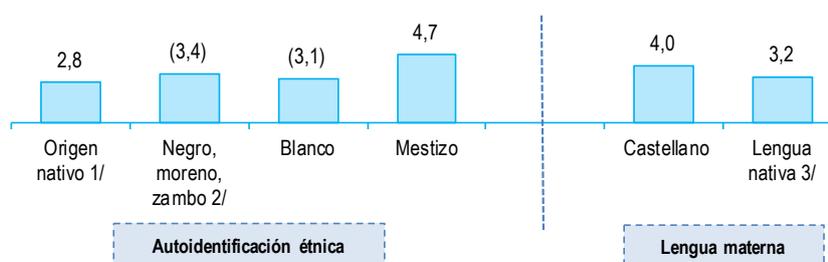
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, la proporción de personas con diabetes mellitus fue mayor en aquellas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (4,7%).

Según lengua materna, la prevalencia de diabetes mellitus fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (4,0%).

GRÁFICO N° 1.11
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
(Porcentaje)



Nota:

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

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.5 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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 a la información reportada de haber recibido y/o comprado medicamentos con receta para tratar la diabetes mellitus diagnosticada por un médico.



En el **Perú**, el **77,7%** de la población con **diagnóstico de diabetes mellitus** refirió que llevó **tratamiento médico**, en los últimos 12 meses.

78,1%



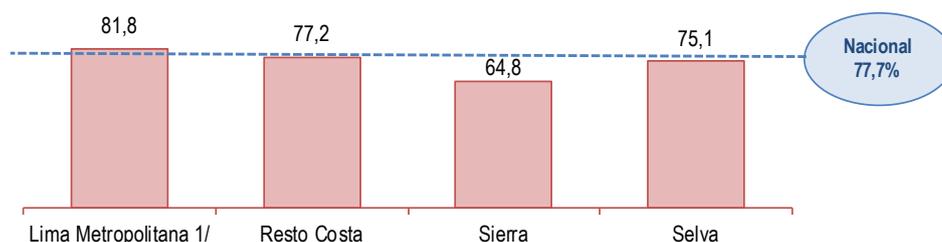
El porcentaje fue similar en **mujeres** y **hombres**.

77,2%



Por región natural, el mayor porcentaje de la población de 15 y más años de edad que accedió a medicamentos para tratar la diabetes fue residente en Lima Metropolitana (81,8%); seguido de Resto Costa con 77,2%, Selva con 75,1%; y en menor porcentaje en la Sierra con 64,8%.

GRÁFICO N° 1.12
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.6 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

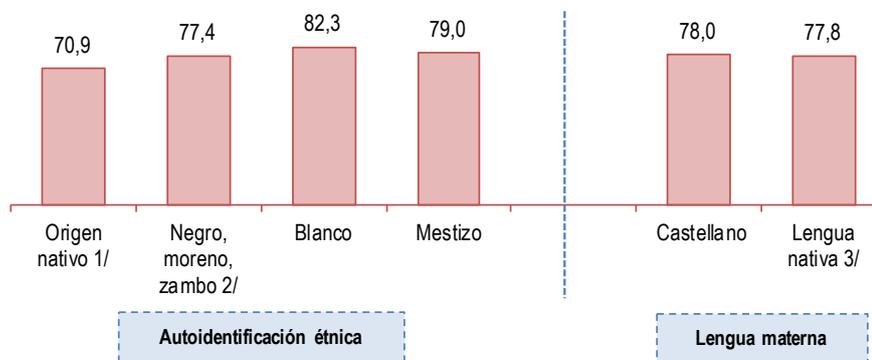
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

La población que accedió a medicamentos para tratar la diabetes fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con los grupos de origen étnico blanco (82,3%), mestizo (79,0%), seguido de las que se consideran parte del grupo negro, moreno, zambo (77,4%) y nativo (70,9%).

Según lengua materna, fue similar entre aquellas personas que aprendieron en su niñez el castellano (78,0%) y alguna lengua nativa (77,8%).

GRÁFICO N° 1.13
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.6 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

1.3 FACTORES DE RIESGO

Las enfermedades crónicas se desarrollan por un conjunto de factores de riesgo² 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 que afecta a los vasos sanguíneos y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades que alteran el flujo sanguíneo del corazón. 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 el **Perú**, el **18,4%** de la población de 15 y más años de edad **fumó al menos un cigarrillo** en los últimos 12 meses.

7,9%



El consumo de cigarrillo fue **más frecuente en los hombres** que en las mujeres.

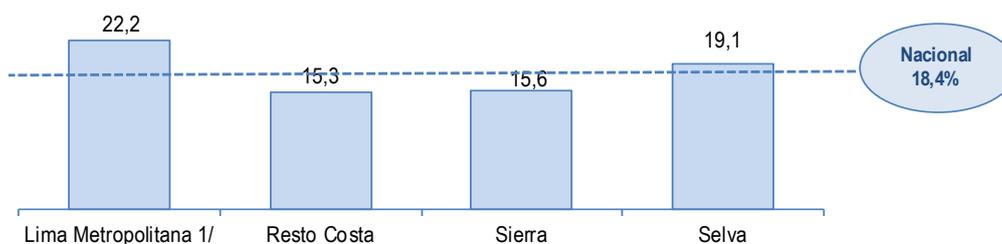
29,7%



² Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer una enfermedad. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014

Según región natural, Lima Metropolitana (22,2%) y la Selva (19,1%) presentaron los mayores porcentajes de población de 15 y más años de edad que consumieron cigarrillos en los últimos 12 meses. Los menores porcentajes, en Resto Costa (15,3%) y Sierra (15,6%).

GRÁFICO N° 1.14
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMARON CIGARRILLOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.7 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

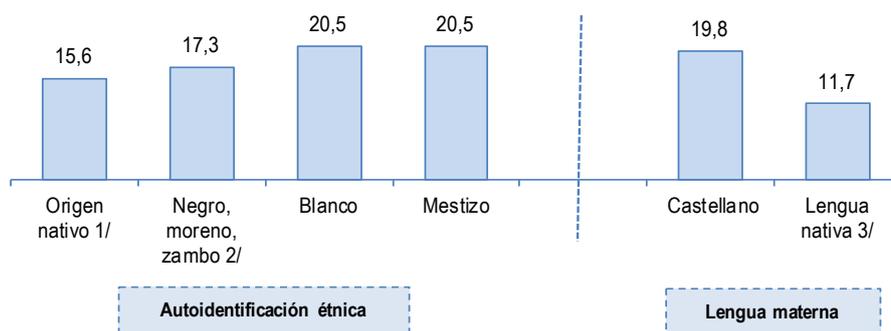
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• **Etnicidad**

Según los indicadores de etnicidad, el consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses, fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con los grupos étnicos mestizo y/o blanco (20,5%), seguido de las que se consideran parte del grupo negro, moreno, zambo (17,3%) y nativo (15,6%).

Según lengua materna, el consumo de cigarrillos fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (19,8%).

GRÁFICO N° 1.15
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMARON CIGARRILLOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

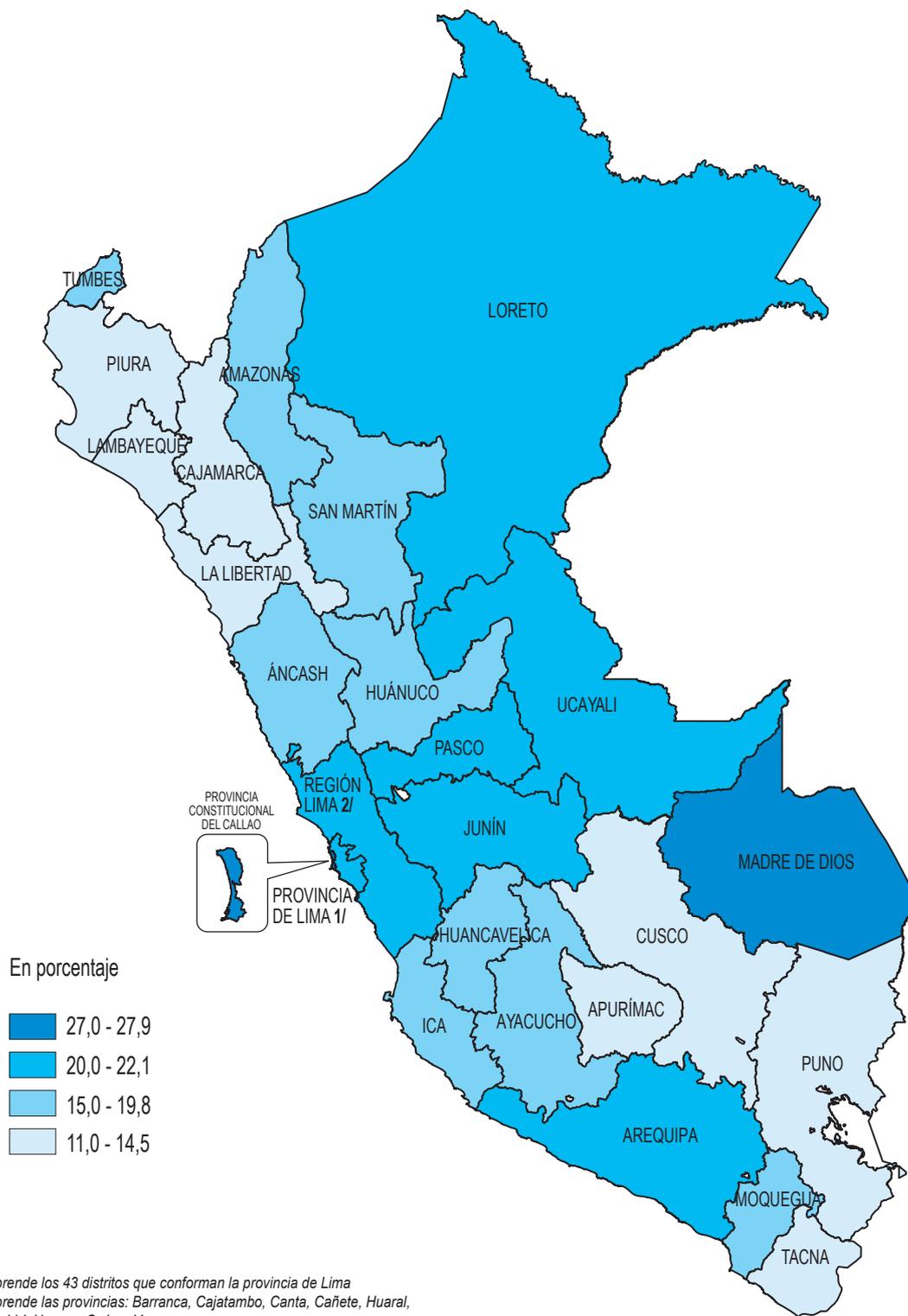
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.7 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, 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 (27,9%), Provincia Constitucional del Callao (27,1%), Pasco (22,1%), provincia de Lima (21,7%) y Loreto (21,2%). Y entre los menores porcentajes destacaron Piura (11,1%), Cajamarca (11,9%), Tacna (13,0%) y Apurímac (13,4%).

MAPA N° 1.2
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMARON CIGARRILLOS
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



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.

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

b) Consumo de cigarrillos actualmente (en los últimos 30 días)



A nivel **nacional**, el **10,6%** de la población de 15 y más años de edad reportó haber fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días.



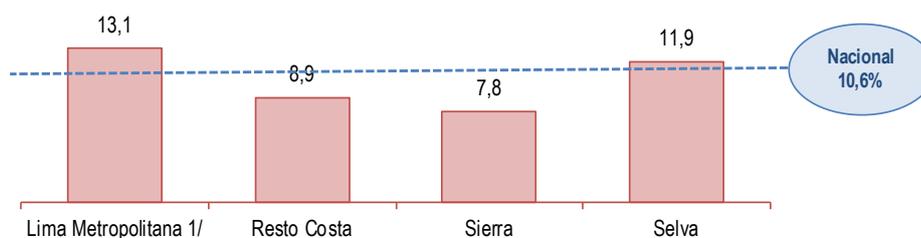
En el **área urbana** fue **11,2%**.



En el **área rural** fue **8,0%**.

Según región natural, los mayores porcentajes de personas que fumaron en los últimos 30 días, destacan en Lima Metropolitana (13,1%) y la Selva (11,9%); y los menores porcentajes en la Sierra (7,8%) y Resto Costa (8,9%).

GRÁFICO N° 1.16
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE ACTUALMENTE FUMAN CIGARRILLOS,
SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Fumador actual son las personas que fuman al menos un cigarrillo en los últimos 30 días.

Cuadro base: Cuadro 1.8 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, la proporción de personas que fumaron en los últimos 30 días, fue mayor en aquellas que se autoidentificaron con el grupo étnico blanco (13,0%), seguido de las que se consideran parte del grupo mestizo (12,3%), negro, moreno, zambo (10,8%) y nativo (7,4%).

Según lengua materna, la proporción de personas que fumaron en los últimos 30 días fue mayor en aquellas que aprendieron el castellano en su niñez (11,6%).

GRÁFICO N° 1.17
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE ACTUALMENTE FUMAN CIGARRILLOS,
SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Fumador actual son las personas que fuman al menos un cigarrillo en los últimos 30 días.

Cuadro base: Cuadro 1.8 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

c) Consumo de cigarrillos diariamente



En el **Perú**, el **1,6%** de la población de 15 y más años de edad **fumó al menos un cigarrillo diariamente**, en los últimos 30 días.

(0,8%)



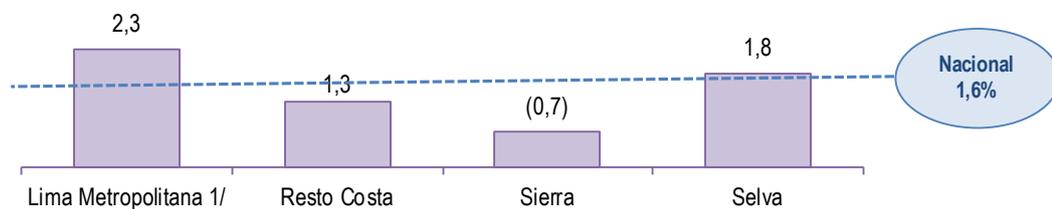
El consumo diario de cigarrillos fue **más frecuente en los hombres**.

2,4%



Según región natural, Lima Metropolitana (2,3%) presenta la mayor prevalencia en el consumo diario de cigarrillos, seguido de la Selva (1,8%) y Resto Costa (1,3%).

GRÁFICO N° 1.18
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE REPORTARON FUMAR CIGARRILLOS DIARIAMENTE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS,
SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

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

Cuadro base: Cuadro 1.9 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

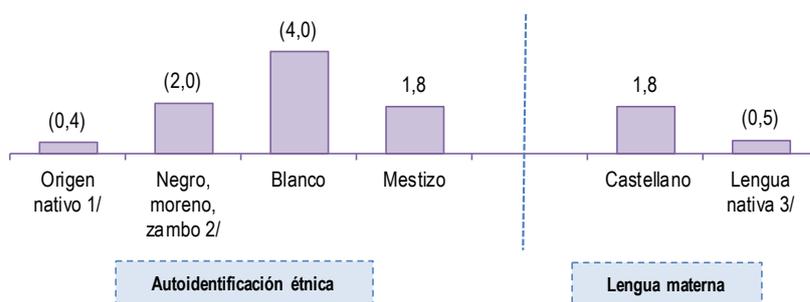
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según autoidentificación de la persona con un grupo étnico, el consumo diario de cigarrillos en aquellas personas que se incluyen en el grupo mestizo fue 1,8%. En los que se autoidentificaron con los otros grupos, los porcentajes son referenciales.

Según lengua materna, el consumo diario de cigarrillos, en las personas que aprendieron el castellano en su niñez fue 1,8%.

GRÁFICO N° 1.19
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE REPORTARON FUMAR CIGARRILLOS DIARIAMENTE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.9 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

d) Consumo promedio diario de cigarrillos



A nivel **nacional**, el **consumo promedio** de la población de 15 y más años de edad fue **3,8 cigarrillos por día**.



En el **área urbana** fue **3,9 cigarrillos**.



En el **área rural** fue **3,0 cigarrillos**.

e) Edad promedio de inicio de consumo diario de cigarrillos



La población de 15 y más años de edad, manifestó que **empezó a fumar diariamente** a los **23,2 años** de edad en promedio.

26,0 años



Las mujeres iniciaron el consumo diario a mayor edad que los hombres.

22,2 años



En el **área urbana** fue **22,7 años**.



En el **área rural** fue **29,0 años**.

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.



En el **Perú**, el **92,6%** de la población de 15 y más años de edad **consumió alguna bebida alcohólica**, alguna vez en su vida.

89,8%



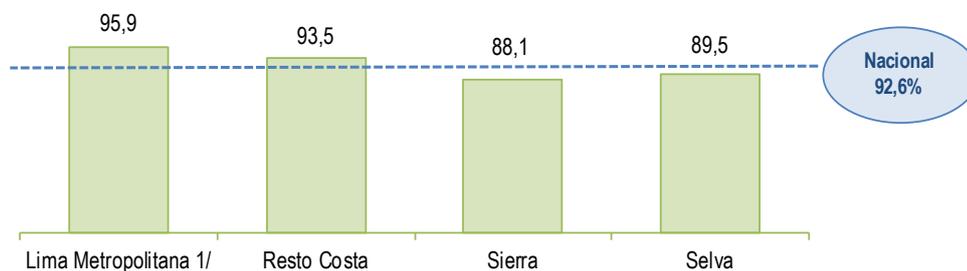
El consumo de bebidas alcohólicas fue **más frecuente en los hombres**.

95,5%



El mayor porcentaje de personas que tomaron algún tipo de licor, alguna vez en su vida, son residentes en Lima Metropolitana (95,9%), seguido del Resto Costa (93,5%). Los menores porcentajes se hallaron en la Sierra (88,1%) y la Selva (89,5%).

GRÁFICO N° 1.20
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMIERON ALGUNA VEZ ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.12 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

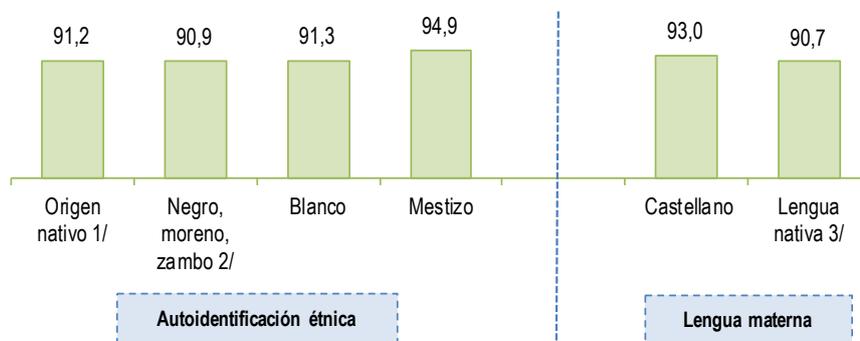
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, las personas que alguna vez tomaron algún tipo de licor, se encuentran en mayor porcentaje entre las que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (94,9%), seguido de las que se consideran parte del grupo blanco (91,3%), nativo (91,2%) y/o negro, moreno, zambo (90,9%).

Según lengua materna, el porcentaje fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (93,0%).

GRÁFICO N° 1.21
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMIERON ALGUNA VEZ ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA,
SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.12 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

b) Consumo de bebida alcohólica en los últimos 12 meses



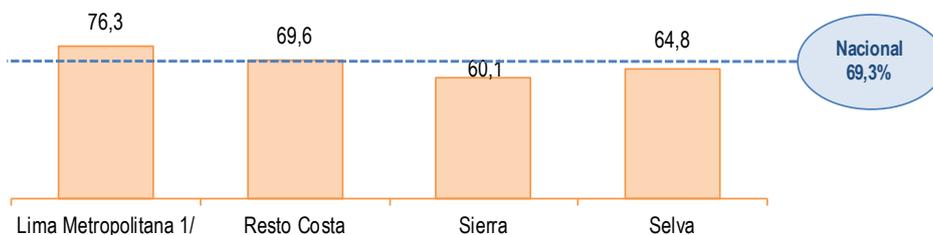
A nivel **nacional**, el **69,3%** de la población de 15 y más años de edad **consumió alguna bebida alcohólica**, en los últimos 12 meses.



En el **área urbana 72,9%** fue mayor que en el **área rural 54,1%**.

Por región natural, los mayores porcentajes de personas que consumieron alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, fueron residentes en Lima Metropolitana (76,3%) y Resto Costa (69,6%).

GRÁFICO N° 1.22
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMIERON ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.13 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

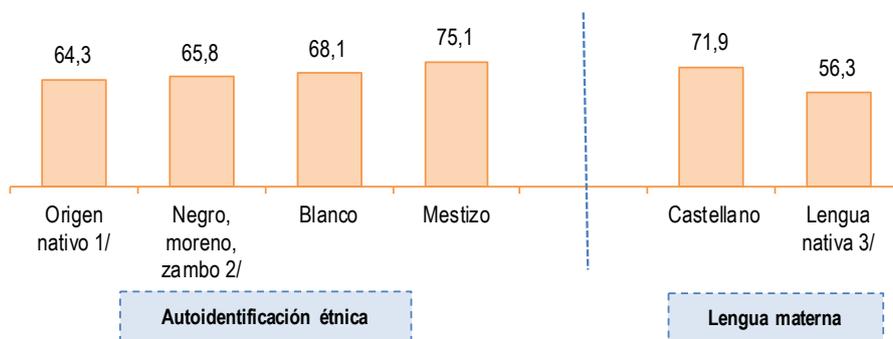
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, el consumo de alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (75,1%), seguido de las que se consideraron parte del grupo blanco (68,1%).

Según lengua materna, el consumo de alguna bebida alcohólica, en el tiempo de referencia, fue mayor en aquellas que aprendieron el castellano en su niñez (71,9%).

GRÁFICO N° 1.23
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMIERON ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

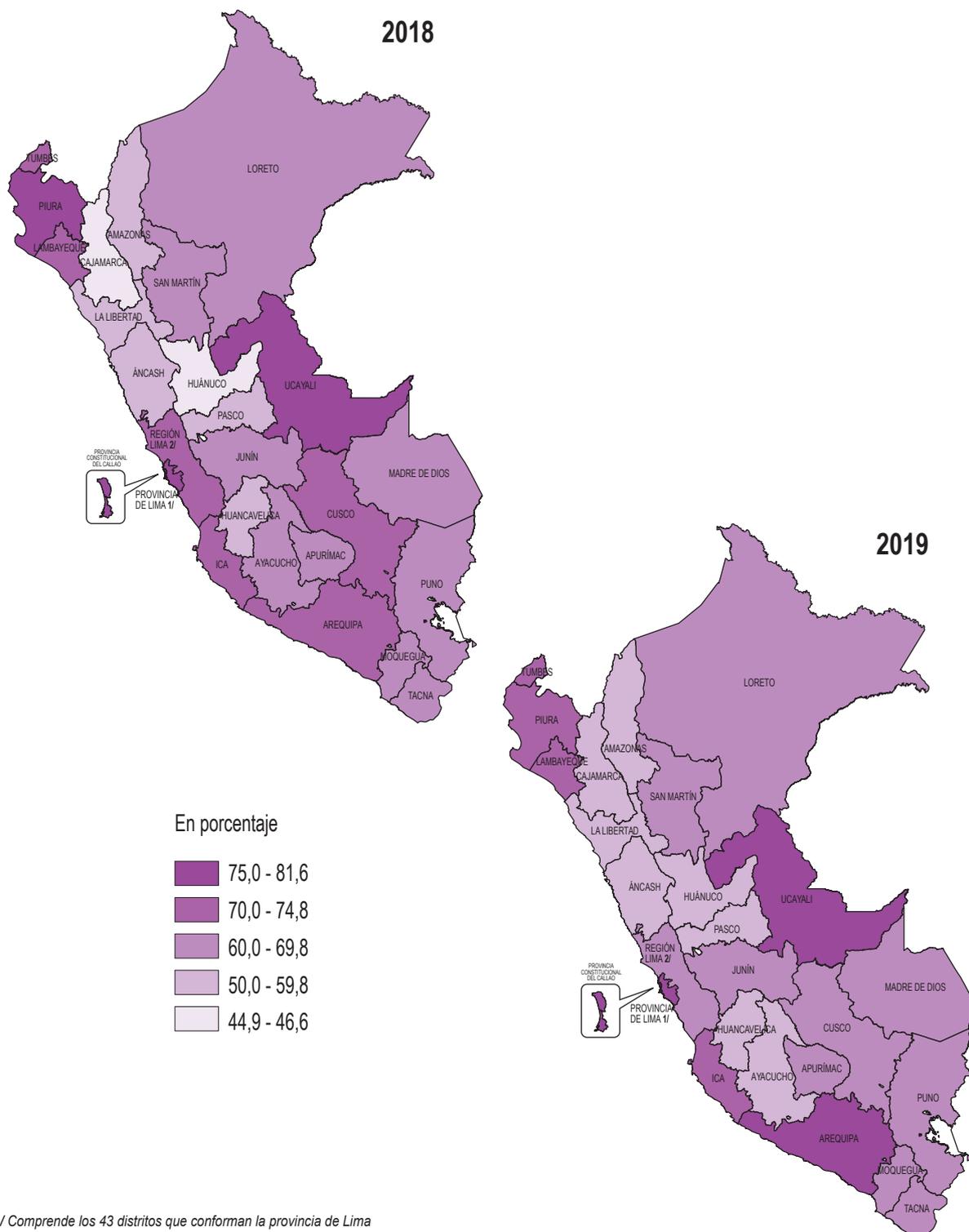
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.13 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

A nivel de departamento, en el 2019, 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 Ucayali (81,6%), Arequipa (77,3%), Provincia Constitucional del Callao (76,7%) y provincia de Lima (76,3%). Y los de menor porcentaje en Cajamarca (50,1%), Huánuco (50,3%), Huancavelica (50,6%), Pasco (54,1%) y Amazonas (58,0%).

MAPA N° 1.3
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMIERON ALGUNA BEBIDA
ALCOHÓLICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2018 Y 2019
 (Porcentaje)



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.

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 o otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

c) Consumo de bebida alcohólica en los últimos 30 días



En el **Perú**, el **35,5%** de personas de 15 y más años de edad **manifestó que ha consumido bebidas alcohólicas** en los últimos 30 días.

27,5%



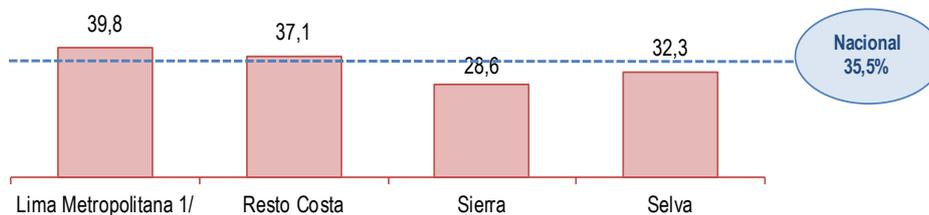
El consumo de bebidas alcohólicas fue **más frecuente en los hombres**.

44,0%



Según región natural, el mayor consumo de bebidas alcohólicas, en los últimos 30 días, se registró en Lima Metropolitana (39,8%) y Resto Costa (37,1%); y, el menor consumo fue en la Sierra (28,6%) y Selva (32,3%).

GRÁFICO N° 1.24
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS CONSUMIERON ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.14 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

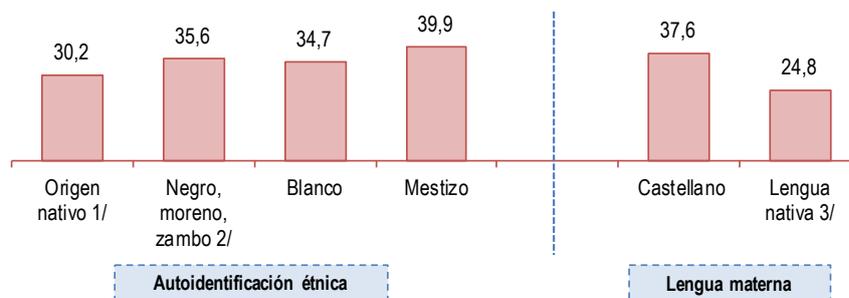
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, el consumo de bebidas alcohólicas, en el tiempo de referencia, fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (39,9%), seguido de las que se consideraron parte del grupo negro, moreno, zambo (35,6%).

Según lengua materna, el consumo de bebidas alcohólicas fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (37,6%).

GRÁFICO N° 1.25
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS CONSUMIERON ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.14 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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 excesivo³ de alcohol se refiere a que la persona, en los últimos 30 días, presentó alteraciones significativas en la conducta y el raciocinio como resultado de dicho consumo.



En el **Perú**, el **21,6%** de personas de 15 y más años **tuvo eventos de consumo excesivo de bebidas alcohólicas** en los últimos 30 días.

12,9%



El consumo excesivo de bebidas alcohólicas fue **más frecuente en los hombres.**

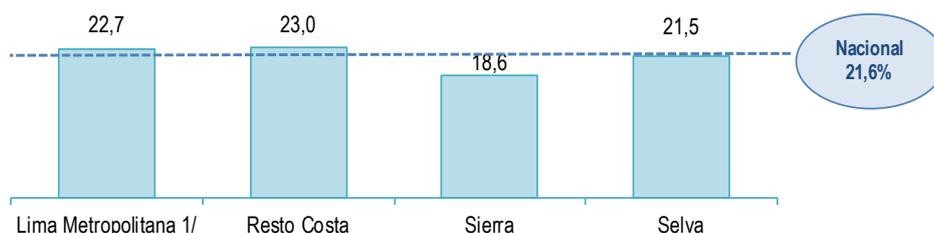
30,9%



El mayor porcentaje de personas, que manifestaron eventos de consumo excesivo de licor, fueron residentes en el Resto Costa, 23,0%; mientras que el menor se registró en la Sierra, 18,6%.

GRÁFICO N° 1.26

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 REGIÓN NATURAL, 2019
(Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.15 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

• Etnicidad

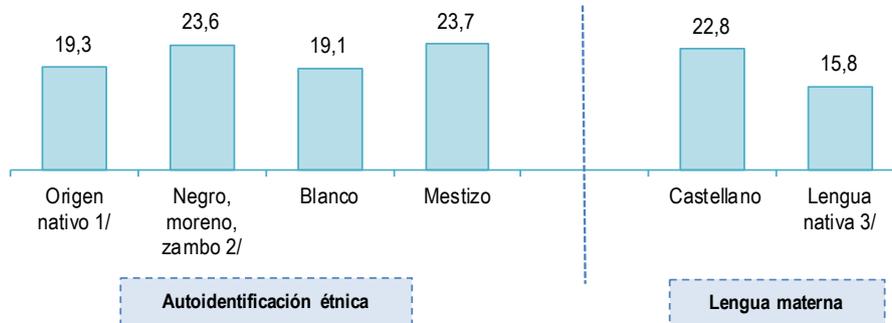
Según los indicadores de etnicidad, el consumo excesivo de licor en los últimos 30 días, fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con los grupos étnicos mestizo (23,7%) y negro, moreno, zambo (23,6%).

Según lengua materna, el consumo excesivo de licor, fue mayor en las personas que aprendieron el castellano en su niñez (22,8%).

³ Para el indicador, se considera consumo excesivo de alcohol en el caso de los hombres- de al menos cinco vasos, copa o unidad similar. Y en las mujeres, cuatro vasos, copa o unidad similar como mínimo. Se empleó como material de apoyo una cartilla de imágenes adaptado del Laminario de medidas caseras elaborado por AB Prisma.

GRÁFICO N° 1.27

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 AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019 (Porcentaje)

**Nota:**

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.15 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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 contribuye con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes u obesidad. El consumo insuficiente de estos productos es considerado entre los principales factores de riesgos comportamentales⁴. 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



A nivel **nacional**, el **consumo de frutas**, entera o en trozos, fue **4,5 días a la semana**, de las personas de 15 y más años de edad.

4,9 días



El consumo fue **mayor en mujeres** que en hombres.

4,1 días



En el **área urbana** fue **4,6 días**.



En el **área rural** fue **4,2 días**.

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



En el **Perú**, el **consumo de ensalada de verduras** fue **3,3 días a la semana**, de las personas de 15 y más años de edad.

3,4 días



El consumo fue **mayor en mujeres** que en hombres.

3,2 días



⁴ Organización Mundial de la Salud: "Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles", 2010. Pág v.

Según región natural, el promedio de días a la semana de consumo de verduras fue mayor en la Selva y Lima Metropolitana (3,5 días), seguido de Resto Costa y Sierra (3,1 días).

GRÁFICO N° 1.28
PERÚ: PROMEDIO DE DÍAS A LA SEMANA DE CONSUMO DE ENSALADA DE VERDURAS EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.17 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

c) Promedio diario de consumo de porciones de fruta⁵



En el Perú, el **consumo** promedio de las personas de 15 y más años de edad fue **2,0 porciones de frutas al día**.



1,9 frutas

El consumo **fue mayor en hombres** que en mujeres.



2,1 frutas

Según región natural, en Lima Metropolitana, Resto Costa y Selva el consumo promedio de frutas fue 2,0 porciones diarias y en la Sierra fue 1,9 porciones.

GRÁFICO N° 1.29
PERÚ: PROMEDIO DIARIO DE CONSUMO DE PORCIONES DE FRUTAS EN LA SEMANA POR PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.18 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

⁵ Para el consumo de frutas, se preguntó en base a porciones, cuyo equivalente en medidas caseras es la unidad, tajada, rodaja, racimo o puñado. Para las conversiones a porciones se empleó el apoyo de una cartilla de imágenes adaptada del Laminario de medidas caseras elaborado por AB Prisma, en caso una respuesta fue diferente a una medida estándar (ej. kilogramos) o preparación (en jugo o ensalada de frutas).

d) Promedio diario de consumo de porciones de ensalada 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 1,16 porciones diarias de ensalada de verdura⁶. Dicho promedio es similar según cada una de las características seleccionadas (sexo, área de residencia y región natural). (Ver Anexo, Cuadro N° 1.19)

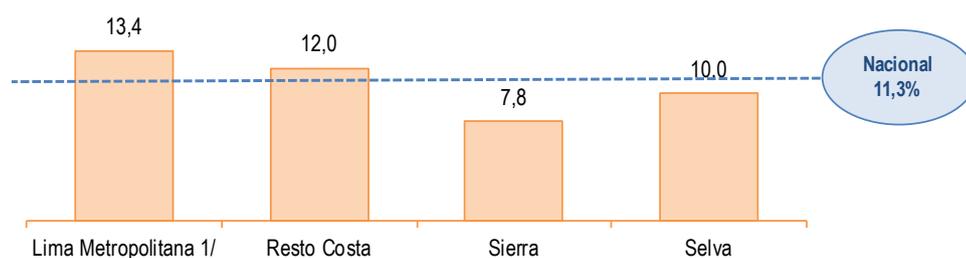
e) Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras

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.



Por región natural, las personas residentes en Lima Metropolitana (13,4%), Resto Costa (12,0%) y Selva (10,0%) presentaron mayor porcentaje de consumo al día, de al menos cinco porciones de frutas y verduras. El menor consumo fue en la Sierra, 7,8%.

GRÁFICO N° 1.30
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 NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.20 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, en el 2019, los mayores porcentajes de consumo de frutas y verduras, se ubican en Arequipa (15,4%), provincia de Lima (13,8%), Piura (13,8%), Loreto (13,2%) y La Libertad (13,1%). Entre los menores porcentajes destacaron Ucayali (4,6%) y Pasco (5,5%).

⁶ Para el consumo de verduras, se preguntó en base a porciones, cuyo equivalente en medidas caseras es un plato pequeño. Para las conversiones a porciones se empleó el apoyo de una cartilla de imágenes adaptada del Laminario de medidas caseras elaborado por AB Prisma, en los casos de una respuesta diferente a una medida estándar (jarras, tazones, platos grandes, etc.), o si responde en medidas más pequeñas, se pide al entrevistado que lo exprese en cucharadas (4 cucharadas=1 porción).

⁷ La recomendación estándar es consumir al menos cinco porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales, o su equivalente en 35 porciones semanales. Para el indicador, se determina el porcentaje de personas que siguen la recomendación estándar en base al número de porciones por día y número de días por semana (en los últimos 7 días) que consume frutas o verduras reportado por los entrevistados. No se ha incluido el consumo de refresco de frutas (por ejemplo, limonada) ni el consumo de fruta en sopas (por ejemplo, chapo) o segundos (por ejemplo, patacones). Además, se está preguntando solo por el consumo de verduras bajo la forma de ensalada, ya que en otras formas como guisos y sopas es difícil de estimar, por lo que el indicador podría estar ligeramente subestimado.

MAPA N° 1.4
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 DEPARTAMENTO, 2018 Y 2019
 (Porcentaje)

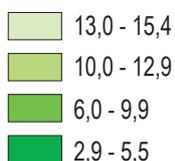


2018



2019

En porcentaje



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.

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 o tros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

1.3.4 Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. Incrementándose el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles como, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (como la osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, etc.)⁸.

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/m²). Según grupo de edad, se clasifica a las personas con sobrepeso y obesidad de acuerdo a la magnitud de su IMC.

Grupo de edad ⁹	Sobrepeso	Obesidad	IMC (kg/m ²)
adolescentes (15 a 17 años) ¹⁰	IMC para la edad > 1DE ¹¹	IMC para la edad > 2 DE	$IMC = \frac{\text{peso}}{(\text{talla})^2}$
adultos (18 a 59 años) ^{12 13}	25 kg/m ² ≤ IMC < 30 kg/m ²	IMC ≥ 30 kg/m ²	
adulto mayor (60 a más) ¹⁴	28 kg/m ² ≤ IMC < 32 kg/m ²	IMC ≥ 32 kg/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 se correlaciona con el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólicas-endocrinológicas.



A nivel **nacional**, en el año 2019, el **índice de masa corporal** de las personas de 15 y más años de edad fue **27,0 kg/m²**.



27,5 kg/m²

No se aprecian diferencias relevantes entre mujeres y hombres.



26,6 kg/m²



En el **área urbana** fue **27,4 kg/m²**.



En el **área rural** fue **25,5 kg/m²**.

Según región natural, en Resto Costa (27,6 kg/m²) y Lima Metropolitana (27,5 kg/m²) residen las personas con mayor IMC en promedio. Este promedio disminuye ligeramente en la Sierra y Selva, 26,0 kg/m² y 26,3 kg/m² de IMC, respectivamente.

⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

⁹ R.M. 538-2009/MINSA, que modifica la clasificación de los grupos objetivos para los programas de atención integral de salud. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/RM538-2009EP.pdf>

¹⁰ <http://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/214/CENAN-0056.pdf?sequence=1> (pág. 22). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

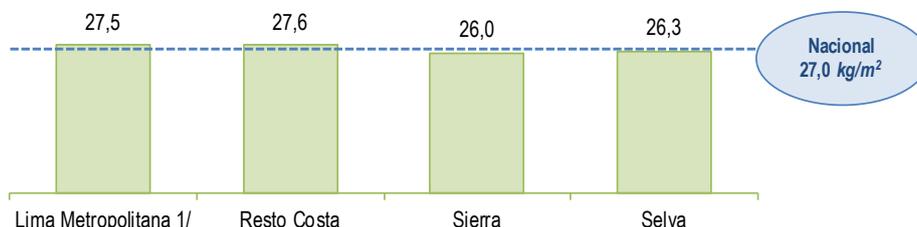
¹¹ Desviación estándar (DE) respecto a la mediana del patrón de crecimiento de 5 a 19 años de la OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

¹² <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3788.pdf> (pág. 16).

¹³ http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5jer/otros_lamejo_cenani/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto.pdf (pág. 18)

¹⁴ http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5jer/otros_lamejo_cenani/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf (pág. 24)

GRÁFICO N° 1.31
PERÚ: ÍNDICE DE MASA CORPORAL PROMEDIO EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.21 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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.



En el **Perú**, el **37,8%** de personas de 15 y más años de edad, presentó **sobrepeso**.



37,0% **No se aprecian diferencias relevantes entre mujeres y hombres.**



38,5%



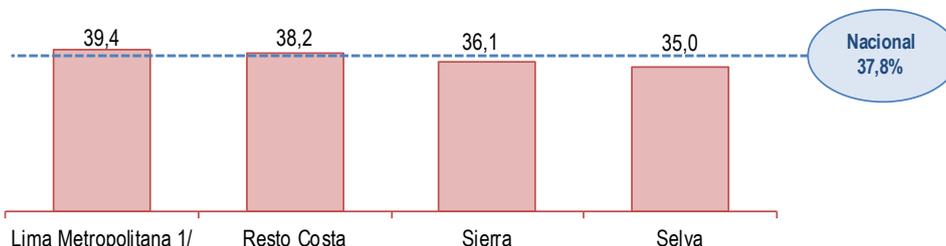
En el **área urbana** **38,9%** fue mayor



que en el **área rural** **32,9%**.

Según región natural, las personas de 15 y más años de edad que resultaron con mayor porcentaje de sobrepeso residen en Lima Metropolitana (39,4%) y Resto Costa (38,2%), seguido de la Sierra (36,1%) y Selva (35,0%)

GRÁFICO N° 1.32
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.22 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

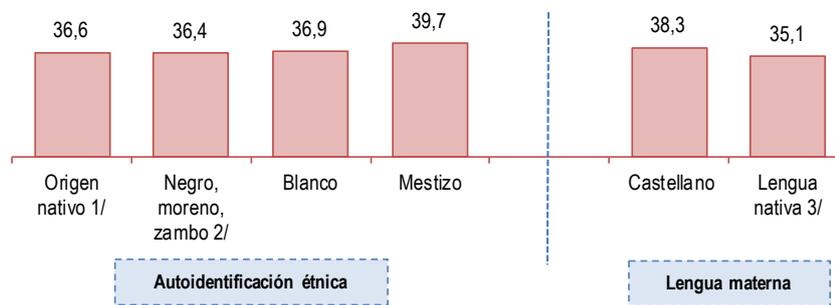
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, el sobrepeso fue ligeramente mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (39,7%), seguido de las que se consideran parte de cada uno del resto de grupos, entre los que no hay mayor diferencia (grupo blanco 36,9%, nativo 36,6% y negro, moreno, zambo 36,4%).

Según lengua materna, el sobrepeso fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (38,3%).

GRÁFICO N° 1.33
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

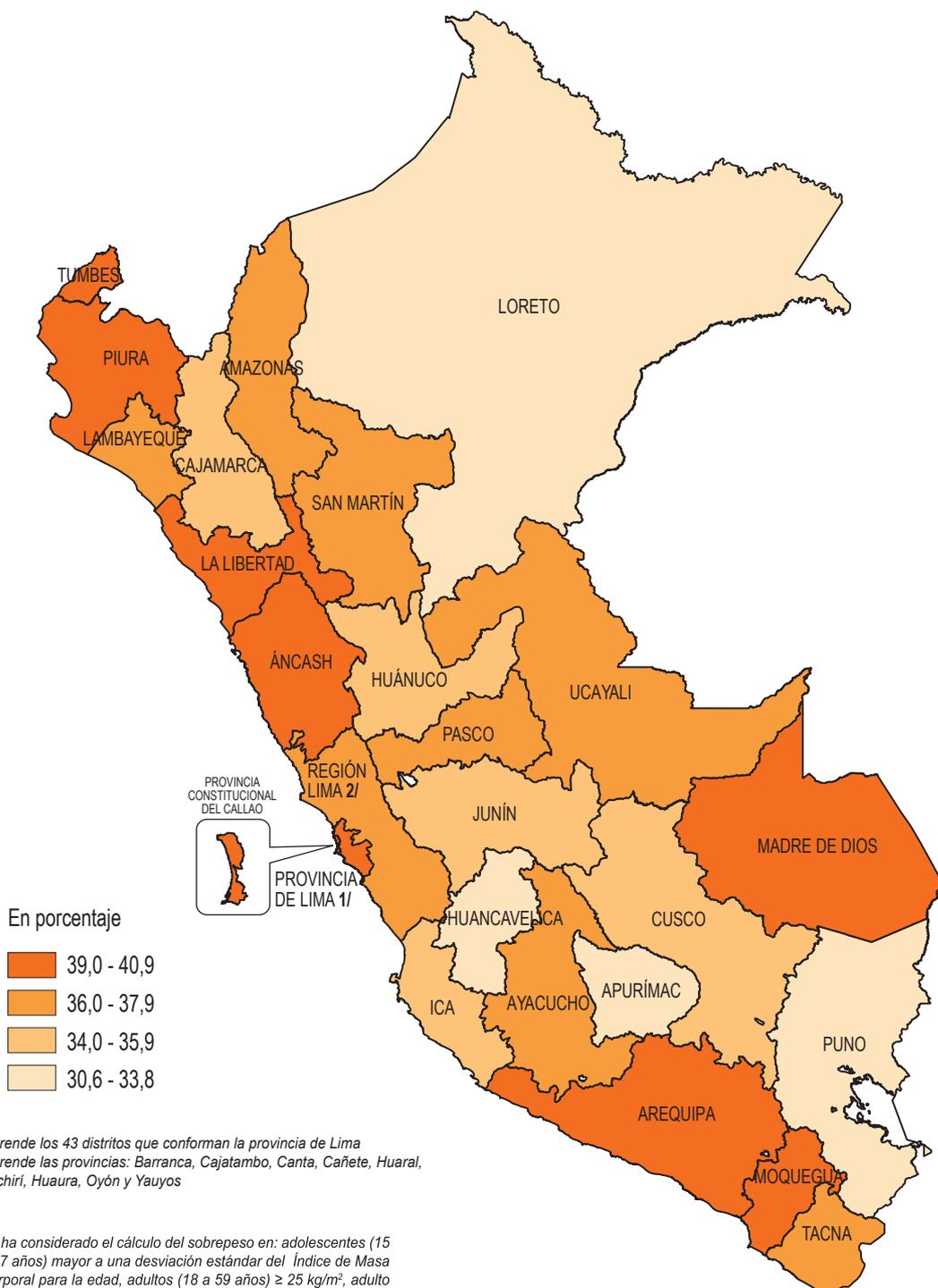
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.22 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad con sobrepeso residen en Moquegua (40,9%), Tumbes (40,1%), Arequipa (39,7%), La Libertad y Madre de Dios (39,5%, en cada caso). Los menores porcentajes de personas con sobrepeso residen en Huancavelica (30,6%), Puno (33,6%) y Loreto (33,7%).

MAPA N° 1.5
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



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

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 e l 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. Asimismo, para el cálculo del indicador no se incluyó a las mujeres embarazadas.



A nivel **nacional**, en el año 2019, **22,3%** de personas de 15 y más años de edad sufren de **obesidad**.

25,8%



La **obesidad** fue mayor en **mujeres** que en hombres.

18,7%



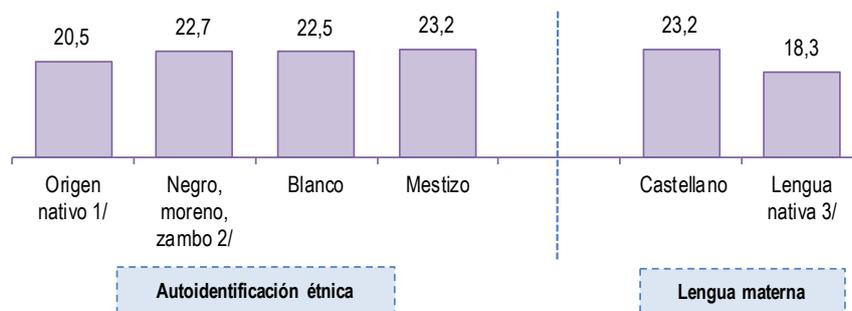
En el **área urbana** **24,6%** fue mayor que en el **área rural** **13,0%**.

• Etnicidad

Los indicadores de etnicidad, dan cuenta que la obesidad, fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (23,2%), seguido de las personas que se consideraron parte de los grupos negro, moreno, zambo (22,7%), blanco (22,5%) y nativo (20,5%).

Según lengua materna, la obesidad fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (23,2%).

GRÁFICO N° 1.34
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON OBESIDAD,
SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
(Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

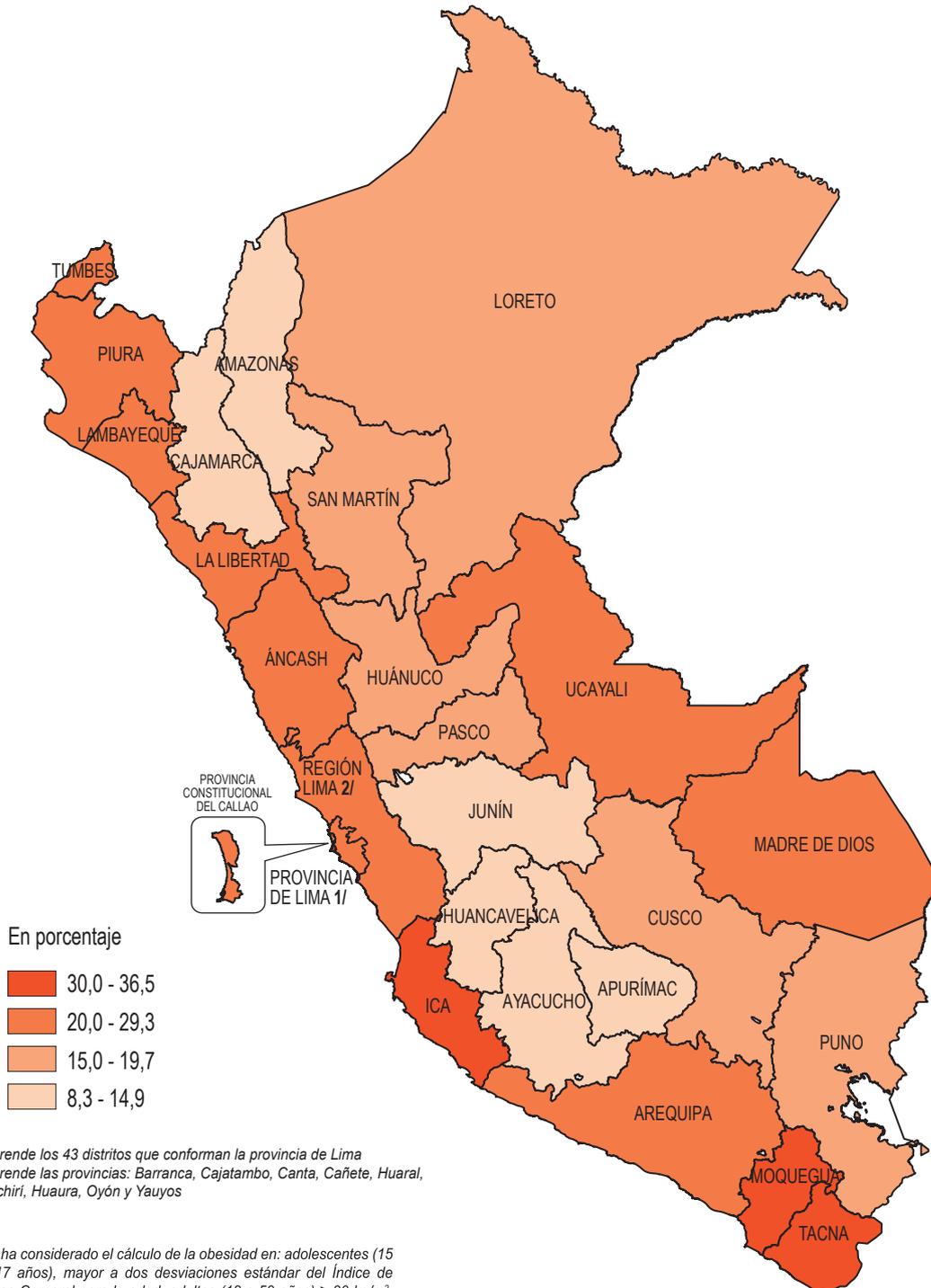
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.23 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad con obesidad residen en Tacna (36,5%), Ica (31,9%), Moquegua (31,7%), Madre de Dios (29,3%), Región Lima (28,8%) y Provincia Constitucional del Callao (26,8%). Los menores porcentajes, residen en Huancavelica (8,3%), Cajamarca (11,8%), Apurímac (12,2%) y Amazonas (12,3%).

MAPA N° 1.6
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON OBESIDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



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

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 e l 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".

d) Exceso de peso

El exceso de peso¹⁵ incluye las situaciones de sobrepeso y de obesidad, se definen como una acumulación de grasa anormal o excesiva que puede ser perjudicial para la salud que, en general, se ven ocasionados por un aumento del consumo energético y de alimentos de elevado contenido energético, junto a una disminución del gasto por actividad física y el aumento del sedentarismo.

En el **Perú**, el **60,1%** de personas de 15 y más años de edad padece de **exceso de peso**.

62,9%



El **exceso de peso** fue mayor en **mujeres** que en hombres.

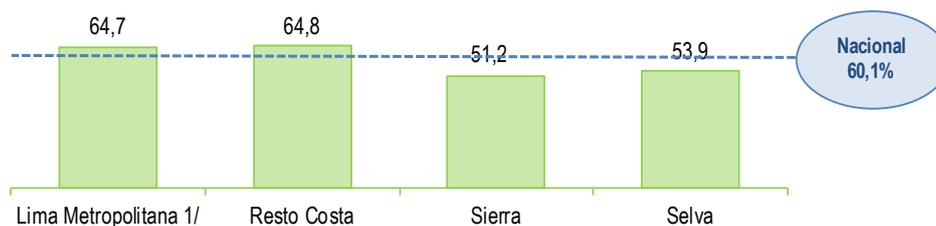
57,2%



En el **área urbana** **63,5%** fue mayor que en el **área rural** **45,9%**.

Por región natural, fue más elevado el porcentaje de personas con exceso de peso en Resto Costa (64,8%) y Lima Metropolitana (64,7%) que en la Selva (53,9%) y la Sierra (51,2%).

GRÁFICO N° 1.35
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON EXCESO DE PESO, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.24 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

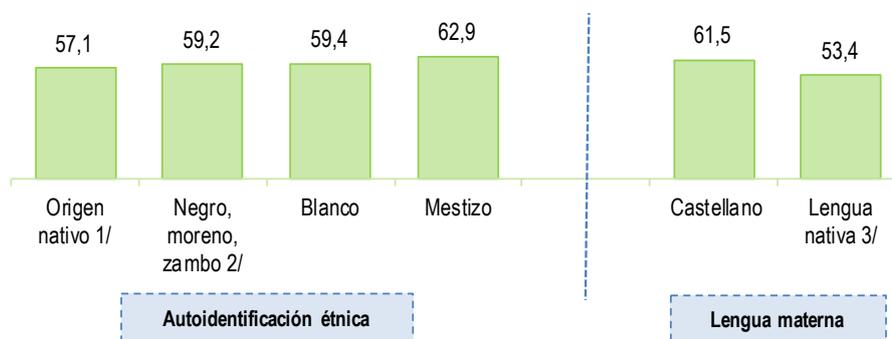
• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, el exceso de peso fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (62,9%), seguido de las personas que se consideraron parte de los grupos blanco (59,4%), negro, moreno, zambo (59,2%) y nativo (57,1%).

Según lengua materna, el exceso de peso fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (61,5%).

¹⁵ <http://dx.doi.org/10.20960/nh.988>

GRÁFICO N° 1.36
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON EXCESO DE PESO, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.24 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

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 visual¹⁶.

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 corregidos¹⁷.

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 pobreza¹⁸.

En el marco de la implementación del Programa Presupuestal de Enfermedades no Transmisibles, se incorporó en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019, 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.

¹⁶ Salud visual. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/visual/definicion/salud-visual.html>

¹⁷ 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/FIPPage/2013/PlanENSOPC-RD-6julio2013_1v.pdf

¹⁸ 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>

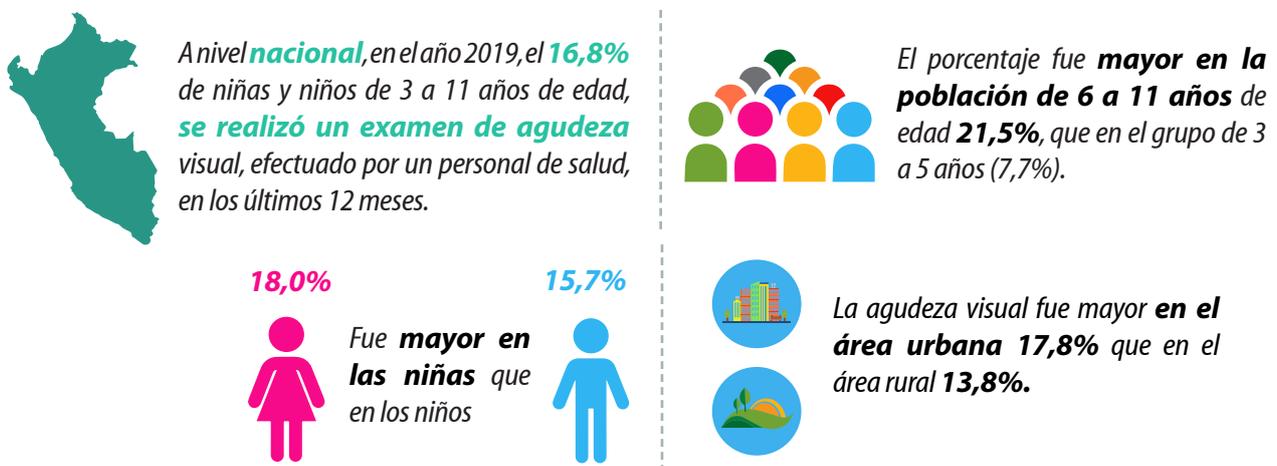
1.4.1 Niñas y niños de 3 a 11 años de edad

a) Valoración de agudeza visual realizada por personal de salud

Estos resultados se refieren a la información reportada por la persona responsable de la salud de la niña o niño de 3 a 11 años, generalmente la madre, sobre el examen administrado por personal de salud para medir la agudeza visual del menor.

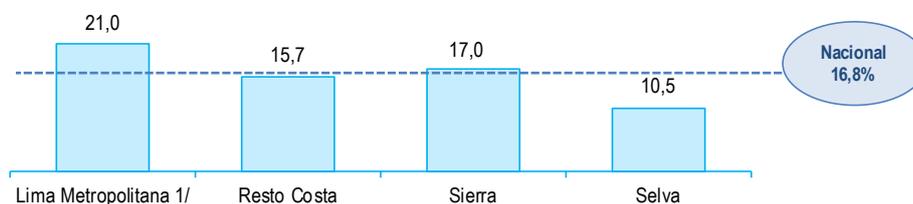
La agudeza visual es la capacidad para discriminar claramente los detalles finos en objetos que están situados a una distancia determinada¹⁹. Esta capacidad oscila entre la visión completa y la falta de visión. Así, para una distancia constante al objeto, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña, 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).



Por región natural, la frecuencia de este examen, en niñas y niños de 3 a 11 años de edad, fue mayor en Lima Metropolitana (21,0%), le sigue, la Sierra (17,0%) y Resto Costa (15,7%) y, fue menor en la Selva (10,5%).

GRÁFICO N° 1.37
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL REALIZADA POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

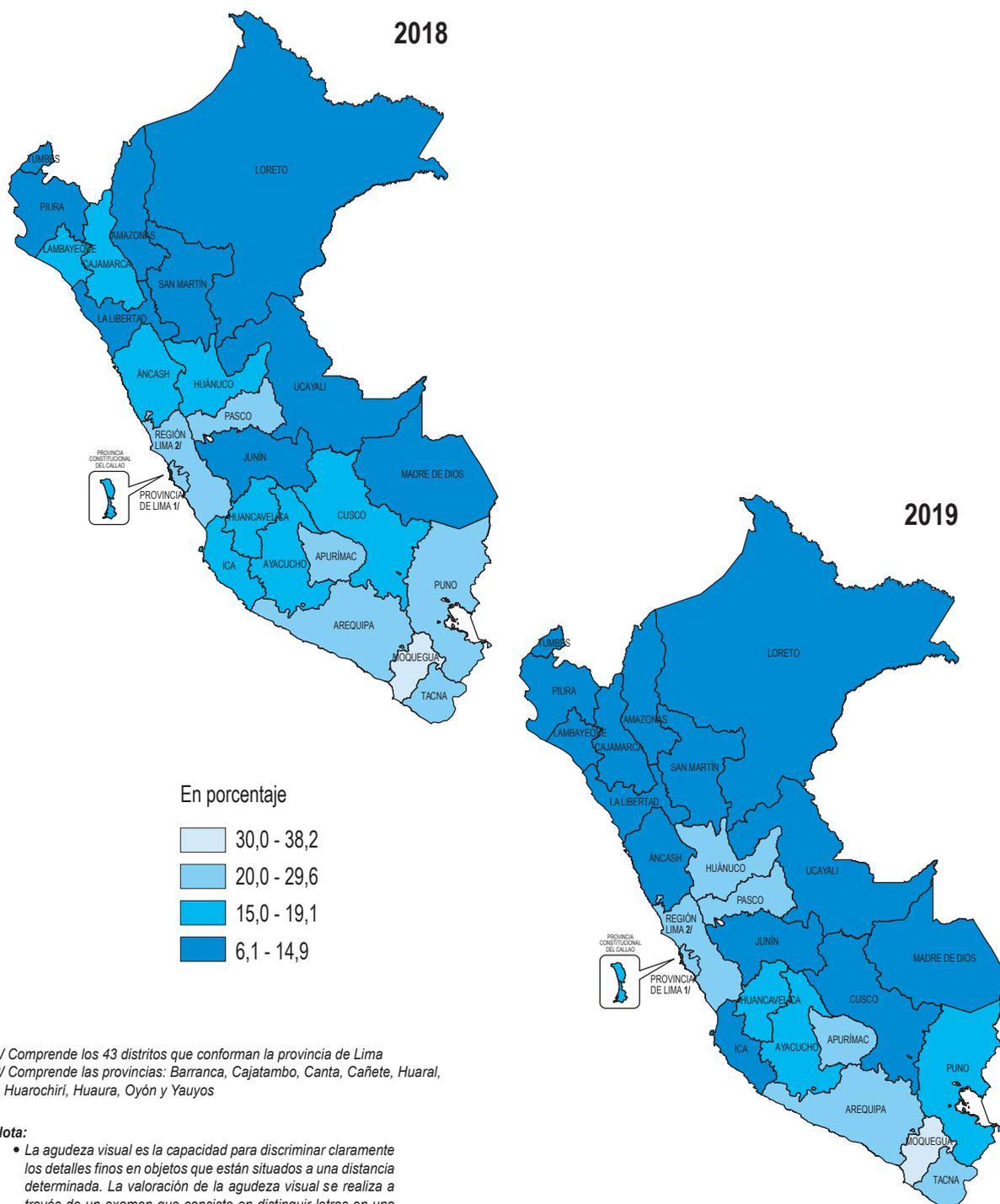
Cuadro base: Cuadro 1.25 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Con respecto a la valoración de agudeza visual de la población mencionada, a nivel departamental destacaron Moquegua (38,2%), Tacna (27,8%) y Arequipa (24,2%). En contraste, Loreto y Ucayali presentaron los porcentajes más bajos (6,8% y 7,6%, respectivamente).

¹⁹ La deficiencia visual. definición y tipologías. Disponible en: <http://apsd.wikispaces.com/file/view/Deficiencia+visual+tipos.pdf>

MAPA N° 1.7
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL
REALIZADA POR UN PERSONAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2018 Y 2019
 (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 e l saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u o tros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

b) Diagnóstico de 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 visual²⁰.

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. Estos se distinguen de los otros trastornos asociados 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.



A nivel **nacional**, en el año 2019, el **8,0%** de las niñas y niños de 3 a 11 años de edad recibió **diagnóstico de errores refractivos** en establecimiento de salud²¹.



El porcentaje fue **mayor en la población de 6 a 11 años de edad 11,2%**, que en el grupo de 3 a 5 años (1,8%).

8,5%



Fue **mayor en las niñas** que en los niños.

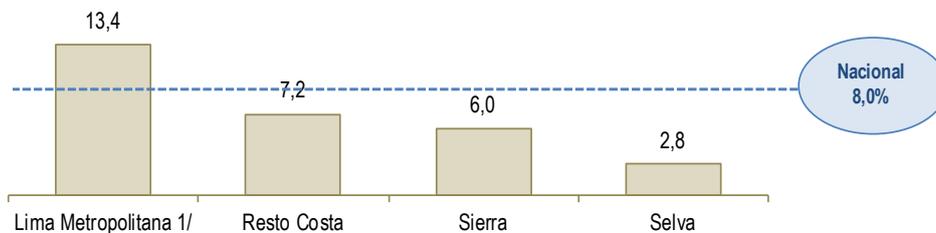
7,5%



Los errores refractivos mostraron una diferencia sustancial entre el área **urbana 9,9%** y el **área rural 2,4%**.

El diagnóstico de errores refractivos fue mayor entre las niñas y niños residentes en Lima Metropolitana (13,4%) y en menor porcentaje en aquellos residentes en la Selva (2,8%).

GRÁFICO N° 1.38
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
(Porcentaje)



Nota:

Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Cuadro base: Cuadro 1.26 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

²⁰ Qué son los errores de refracción. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/45/es/>

²¹ Niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorados en establecimiento de salud, reportado por el responsable de la salud de la niña o niño.

c) Tratamiento correctivo con lentes



A nivel **nacional**, en el año 2019, el **63,7%** de la población de 3 a 11 años de edad, con algún diagnóstico de error refractivo, **recibió tratamiento correctivo con lentes**.



El porcentaje fue **mayor en el grupo de 6 a 11 años de edad 63,8%**, que en el grupo de 3 a 5 años (62,3%).

63,9%



Fue **similar en ambos sexos**.

63,6%

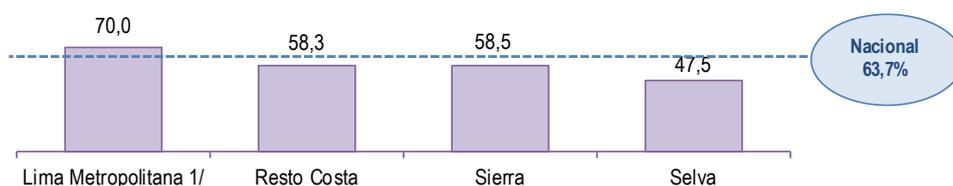


En el tratamiento correctivo con lentes se mostró una diferencia sustancial entre el **área urbana 66,0%** y el **área rural 36,4%**.

En el tratamiento correctivo con lentes se mostró importantes diferencias, según región natural, el mayor porcentaje se registra en Lima Metropolitana (70,0%), seguido por la Sierra (58,5%), Resto Costa (58,3%) y la Selva (47,5%).

GRÁFICO N° 1.39

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 REGIÓN NATURAL, 2019 (Porcentaje)



Nota:

Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.

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

Cuadro base: Cuadro 1.27 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

d) Tratamiento con lentes de forma permanente



En el **Perú**, el **68,1%** de niñas y niños con diagnóstico de errores refractivos, **recibió tratamiento con lentes de forma permanente**.

66,5%



Fue **mayor en los niños** que en las niñas.

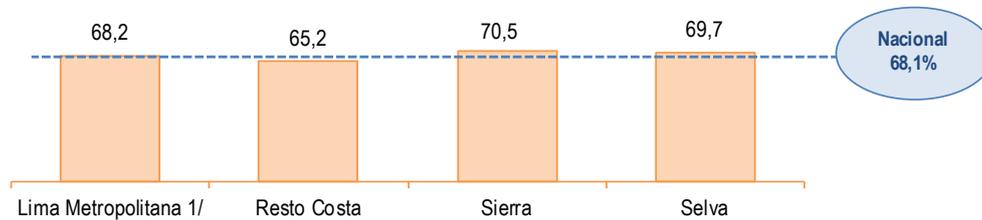
69,8%



El porcentaje fue **mayor en el grupo de 6 a 11 años de edad 68,6%**, que en el grupo de 3 a 5 años (61,4%).

Según región natural, el tratamiento con lentes de manera permanente en niñas y niños de 3 a 11 años de edad, fue en mayor porcentaje en los que residen en la Sierra (70,5%), le sigue el 69,7% en la Selva, el 68,2% en Lima Metropolitana; en tanto que, el menor acceso al tratamiento se observa en el Resto Costa, 65,2%.

GRÁFICO N° 1.40
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 REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

Errores refractivos comprende miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.

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

Cuadro base: Cuadro 1.28 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

e) Prácticas adecuadas de salud ocular

Prácticas adecuadas de salud ocular²² 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 correctas o incorrectamente ejecutadas. Sin embargo, es posible que exista un sesgo de deseabilidad social con un subsecuente sobre reporte de buenas prácticas.



A nivel **nacional**, en el año 2019, el **10,3%** de las niñas y niños de 3 a 11 años de edad, **ejecutó prácticas adecuadas de salud ocular**, reportadas por la persona responsable del cuidado de las niñas y niños.

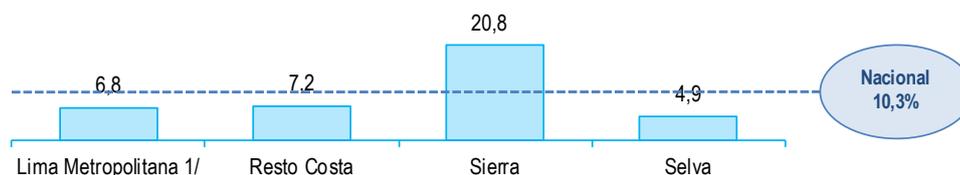


En el grupo de niñas y niños **de 3 a 5 años** fue mayor en **6,0 p.p.** comparado con el grupo de 6 a 11 años (14,3% frente a 8,3%).

²² 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).

Por región natural, la ejecución de prácticas adecuadas de salud ocular fue mayor en la región Sierra (20,8%) que en el resto de regiones naturales. El menor porcentaje se observa en la Selva con 4,9%.

GRÁFICO N° 1.41
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD OCULAR,
SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

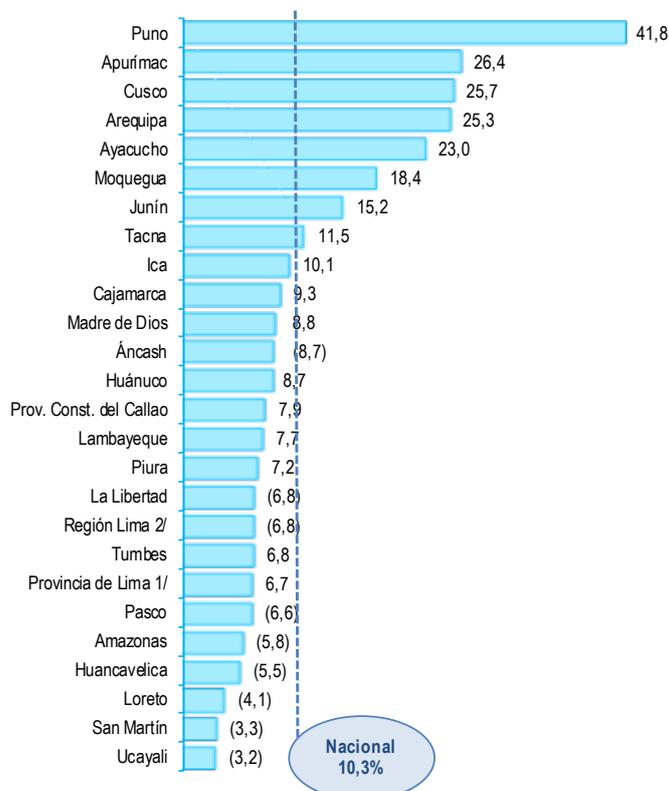
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Cuadro base: Cuadro 1.29 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

En la ejecución de buenas prácticas de salud ocular, analizada por departamento, destacaron Puno (41,8%), Apurímac (26,4%), Cusco (25,7%) y Arequipa (25,3%). Y entre los valores más bajos se observa la provincia de Lima (6,7%) y el departamento de Tumbes (6,8%).

GRÁFICO N° 1.42
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD OCULAR,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

() 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.

Cuadro base: Cuadro 1.29 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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) Valoración de agudeza visual realizada por personal de salud²³



A nivel **nacional**, el **28,8%** de personas de 50 y más años de edad **acudió al examen de valoración de agudeza visual** realizada por el personal de salud.



El **32,7%** de adultos de 70 a más años de edad **recibió valoración de agudeza visual**; mayor al grupo de 60 a 69 años (28,9%).

29,0%



No se aprecian **diferencias relevantes** entre mujeres y hombres.

28,7%



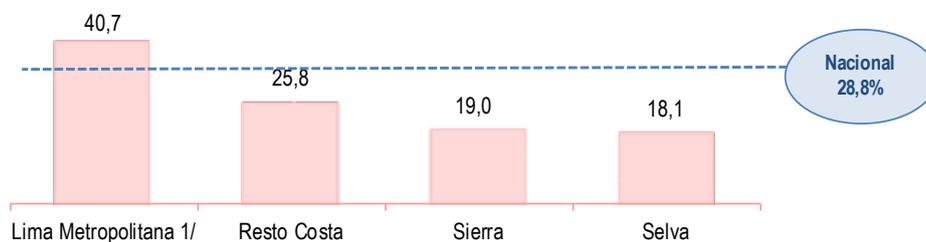
En el **área urbana** **33,3%** fue mayor que en el **área rural** **12,5%**.



Por región natural, la aplicación al examen de agudeza visual muestra importantes diferencias, siendo más frecuente entre los residentes en Lima Metropolitana (40,7%) y menor entre los residentes en la Selva (18,1%).

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 REGIÓN NATURAL, 2019
(Porcentaje)



Nota:

() 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.

Cuadro base: Cuadro 1.30 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Destacan las diferencias según capacidad económica; así, el 10,8% de aquellos que se ubican en el quintil inferior aplicaron al examen de valoración visual, frente al 46,3% del quintil superior.

²³ Para el indicador se requiere entrevistar directamente a la persona de 50 y más años y mostrarles una versión pequeña de la cartilla de Snellen esperando que la recordación inequívoca de este correlacione bien con el examen visual realizado.

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 QUINTIL DE BIENESTAR, 2019
 (Porcentaje)



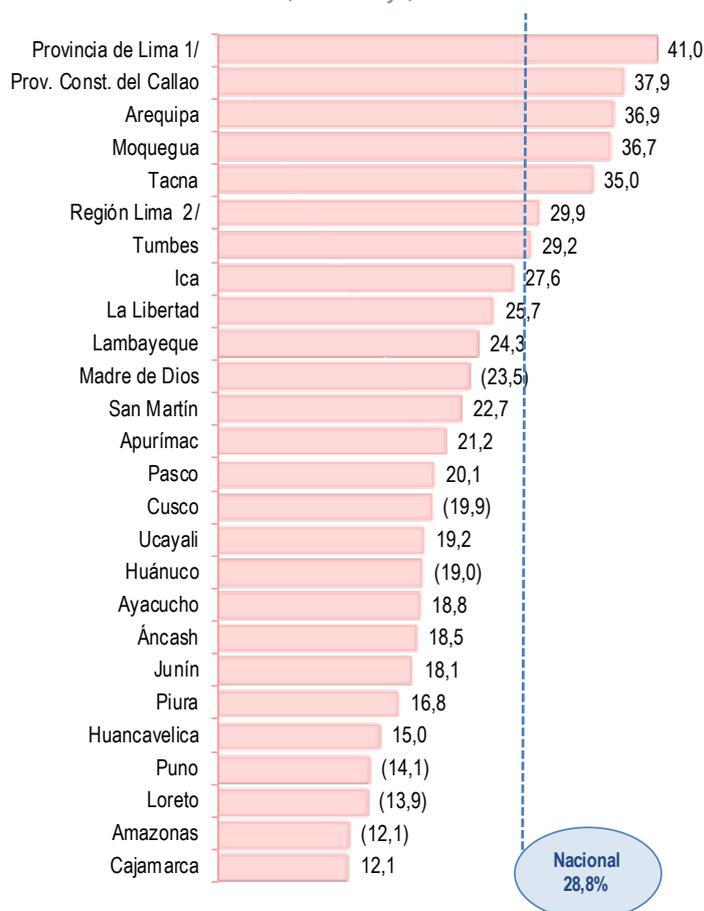
Nota:

Cuadro base: Cuadro 1.30 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, la valoración de agudeza visual alcanzó los porcentajes más altos en la provincia de Lima (41,0%), Provincia Constitucional del Callao (37,9%) y Arequipa (36,9%); en tanto que Cajamarca (12,1%), Huancavelica (15,0%) y Piura (16,8%), mostraron bajos porcentajes.

GRÁFICO N° 1.45
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 DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

() 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.

Cuadro base: Cuadro 1.30 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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 opacidad total o parcial del cristalino. A nivel mundial, se estima que el 35% de los casos de ceguera (12,6 millones) y el 25% de los casos con discapacidad visual moderada a grave (54,2 millones) se deben a cataratas no operadas. El 81% de los casos con ceguera o discapacidad visual moderada a grave (205 millones) son personas mayores de 50 años. Con una población de edad avanzada en aumento, más personas estarán en riesgo de sufrir discapacidad visual por enfermedades oculares crónicas²⁴. La operación de cataratas constituye una de las intervenciones sanitarias con más alto costo-beneficio²⁵.



A nivel **nacional**, el **16,7%** de personas de 50 y más años de edad recibió el **diagnóstico de cataratas**, realizada por el personal de salud.



El **34,0%** de adultos de 70 a más años de edad **recibió el diagnóstico de cataratas**; mayor que en el grupo de 60 a 69 años (14,1%).

17,8%



El diagnóstico **fue mayor en mujeres** que en hombres.

15,4%

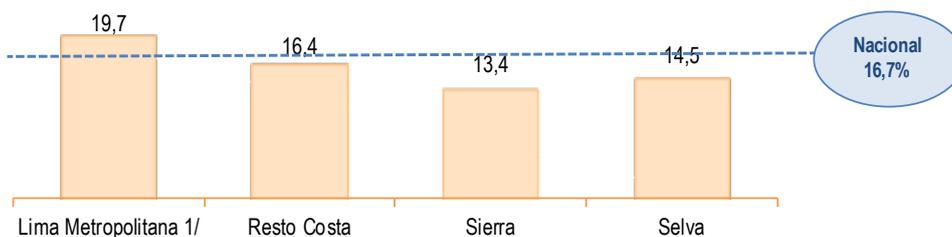


En el **área urbana** **18,2%** fue mayor que en el **área rural** **11,2%**.



Según región natural, la prevalencia de catarata fue mayor entre los residentes en Lima Metropolitana (19,7%) y Resto Costa (16,4%), resultados que muestran marcadas diferencias respecto a la región natural Sierra (13,4%). Sin embargo, estos porcentajes podrían indicar menor 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 REGIÓN NATURAL, 2019
(Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.31 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

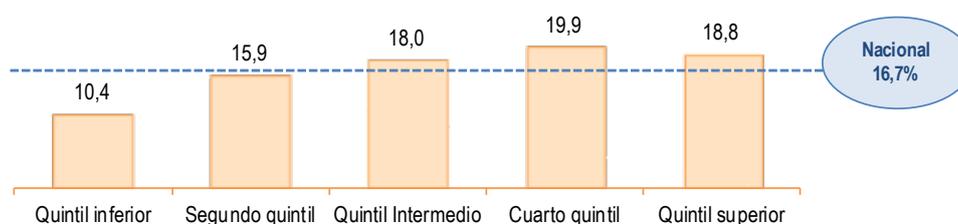
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

²⁴ Ceguera y discapacidad visual Nota descriptiva N° 282 Octubre de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

²⁵ 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 mayor porcentaje en personas ubicadas en el cuarto quintil (19,9%), en contraste con el quintil inferior (10,4%).

GRÁFICO N° 1.47
PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON EL DIAGNÓSTICO DE CATARATAS, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2019
 (Porcentaje)



Cuadro base: Cuadro 1.31 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

c) Dificultad para ver de lejos



A nivel **nacional**, el **21,3%** de personas de 50 y más años de edad **reportó dificultad para ver de lejos**²⁶.



Esta **dificultad** fue más frecuente en los adultos de 70 a más años de edad, **33,9%**, que en el grupo de 60 a 69 años (21,7%).

24,4%



Este problema fue **mayor en las mujeres** que en los hombres.

17,8%



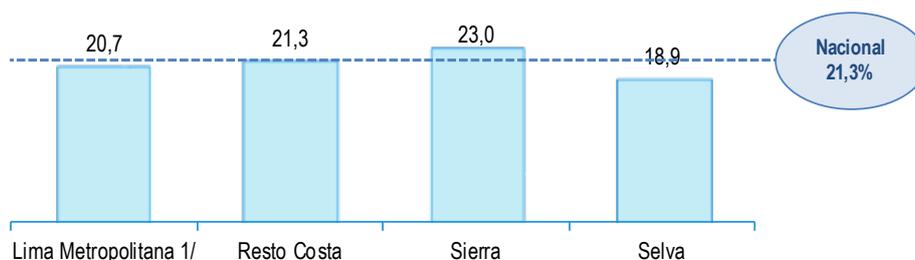
En el **área urbana** **20,6%**.



En el **área rural** fue **23,7%**.

Por región natural, se observa menor frecuencia en los residentes en la Selva (18,9%) frente a las demás regiones que superan el 20,0%.

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 REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

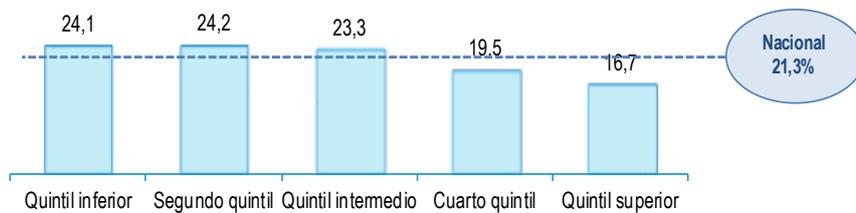
Cuadro base: Cuadro 1.32 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

²⁶ Se refiere si la persona ha tenido dificultad para ver y reconocer el rostro de alguna persona a una distancia aproximada de 6 metros. En caso el entrevistado utilice lentes, se consideró la dificultad para ver usando sus lentes.

Asimismo, la dificultad para ver de lejos afecta en mayor porcentaje a la población de 50 y más años de edad, ubicadas en el segundo quintil (24,2%), y en menor proporción entre los que se ubican en el quintil superior (16,7%).

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 QUINTIL DE BIENESTAR, 2019
(Porcentaje)



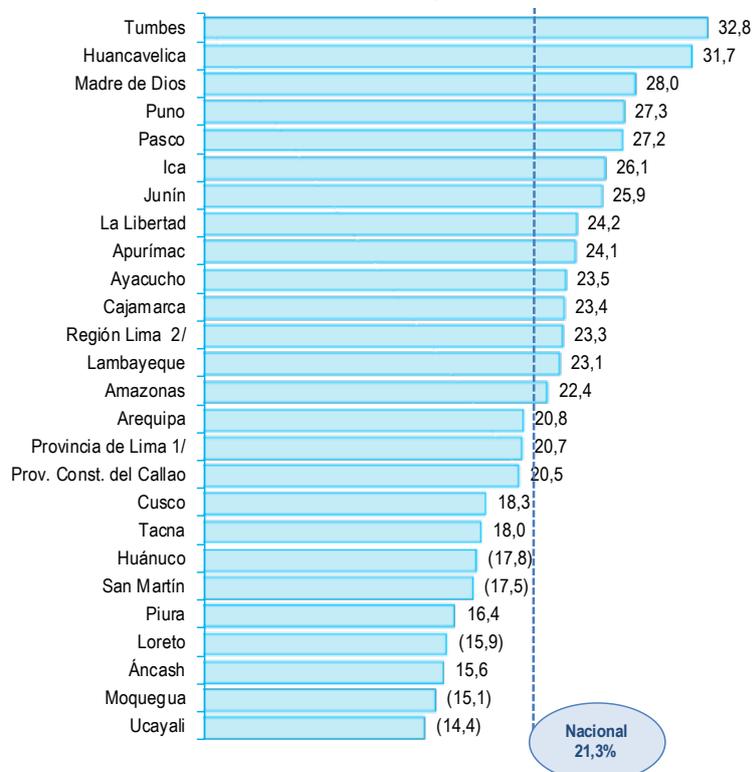
Nota:

Cuadro base: Cuadro 1.32 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, la población con mayor dificultad para ver de lejos, reside en Tumbes (32,8%), Huancavelica (31,7%) y Madre de Dios (28,0%). En contraste, se mostró menor prevalencia en Áncash (15,6%), Piura (16,4%), Tacna (18,0%) y Cusco (18,3%).

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 DEPARTAMENTO, 2019
(Porcentaje)



Nota:

() 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.

Cuadro base: Cuadro 1.32 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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/o pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal²⁷.

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 deficiente²⁸.

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**, el **26,9%** de niñas y niños de 1 a 11 años de edad realizó **buenas prácticas de salud bucal**.



El **31,4%** de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad **realizó buenas prácticas de higiene bucal**; mayor al grupo de 3 a 5 años (26,4%).

27,8%



Esta buena práctica **fue mayor en las niñas** que en los niños.

26,0%



En el **área urbana 29,2%**.



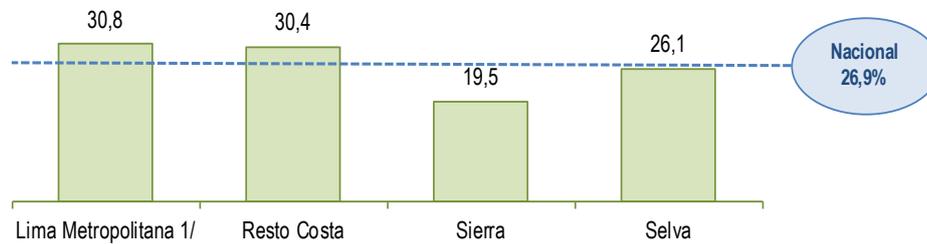
En el **área rural 20,0%**.

Según región natural, la frecuencia de ejecución de estas buenas prácticas de los niños y niñas, de 1 a 11 años de edad, mostró importantes diferencias entre los residentes en Lima Metropolitana (30,8%) y en Resto Costa (30,4%), frente a las regiones Selva (26,1%) y Sierra (19,5%).

²⁷ Salud Bucodental. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

²⁸ Salud Bucal. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13

GRÁFICO N° 1.51
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

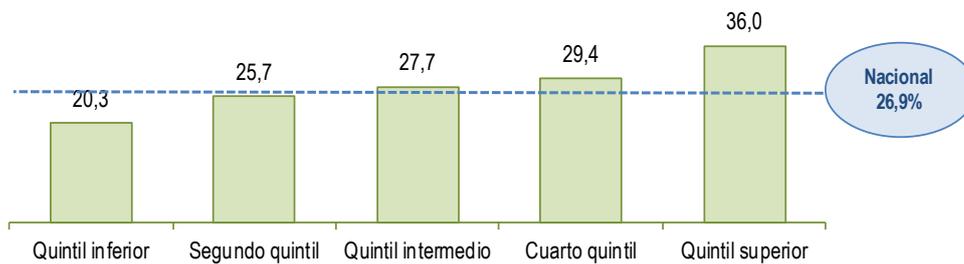
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Cuadro base: Cuadro 1.33 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

De igual modo, el ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal de los niños y niñas fue mayor entre los ubicados en el quintil superior (36,0%), y menor entre aquellos ubicados en el quintil inferior (20,3%).

GRÁFICO N° 1.52
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2019
 (Porcentaje)



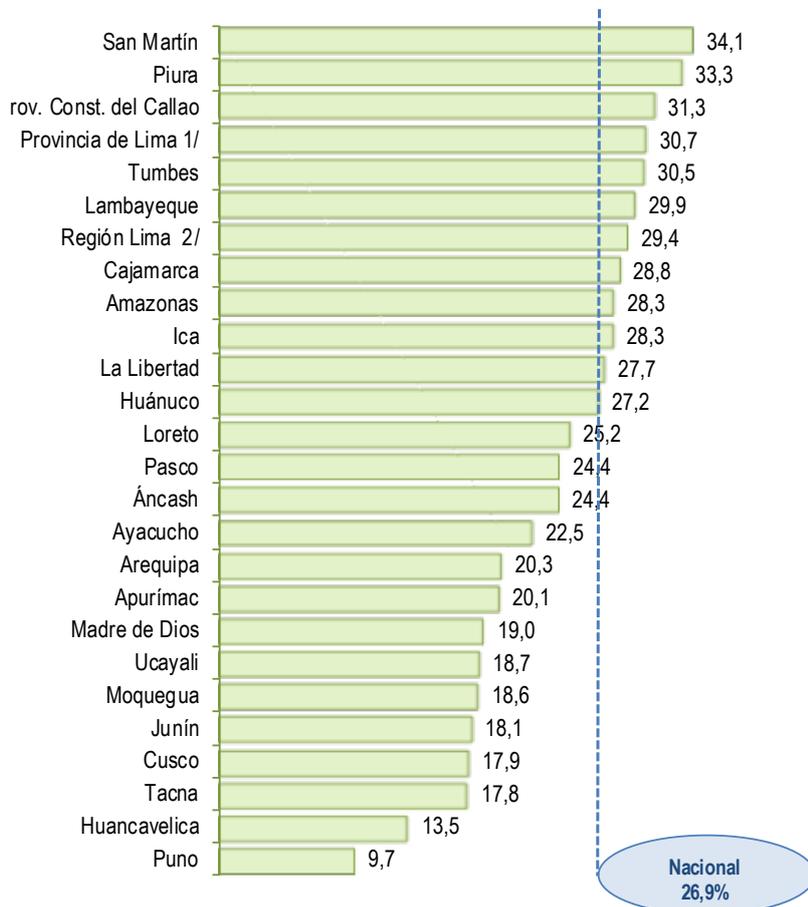
Nota:

Cuadro base: Cuadro 1.33 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Por departamento, el mayor ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal fue mayor en San Martín (34,1%), Piura (33,3%) y Provincia Constitucional del Callao (31,3%). Por el contrario, el menor ejercicio de prácticas adecuadas se encuentra en Puno (9,7%) y Huancavelica (13,5%).

GRÁFICO N° 1.53
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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.

Cuadro base: Cuadro 1.33 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2019.

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

b) Atención en un servicio odontológico



A nivel **nacional**, el **31,0%** de niñas y niños menores de 12 años de edad **se atendió en un servicio odontológico** en los últimos seis meses.



En el grupo de 6 a 11 años de edad fue **34,7%** y en el grupo de 3 a 5 años fue **33,4%**.

31,5%



La atención **fue mayor en las niñas** que en los niños.

30,5%

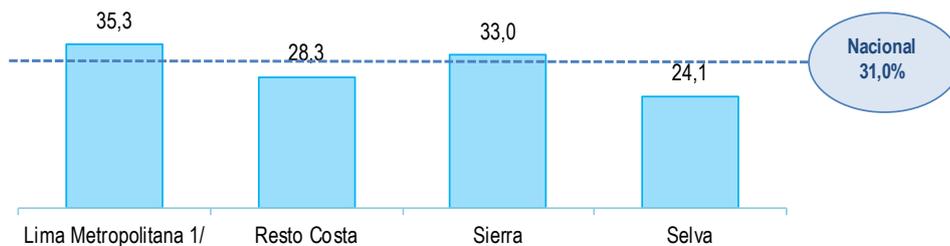


En el **área urbana** **32,9%** fue **mayor** que en el **área rural** **25,5%**.



Entre los menores de 12 años de edad, los residentes en Lima Metropolitana muestran el mayor porcentaje (35,3%), seguido de la Sierra (33,0%). El menor porcentaje se encontró en la Selva (24,1%).

GRÁFICO N° 1.54
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 NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

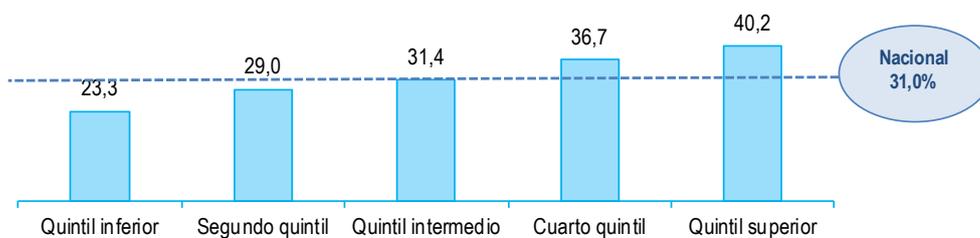
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Cuadro base: Cuadro 1.34 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Por quintil de bienestar, se observó notables diferencias. Así, el 40,2% de los menores de 12 años del quintil superior recibió atención odontológica en los últimos seis meses; el menor porcentaje se encuentra entre aquellos ubicados en el quintil inferior (23,3%).

GRÁFICO N° 1.55
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, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

Cuadro base: Cuadro 1.34 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

El porcentaje de menores de 12 años de edad que recibieron atención en un servicio odontológico fue mayor al 40,0% en los departamentos de Apurímac (45,8%), Ayacucho (44,0%), Huancavelica (42,5%), Moquegua (42,4%), Región Lima (42,2%) y Tacna (40,7%). Mientras que, en el otro extremo, los menores porcentajes se registraron en Ucayali (16,0%), Piura (21,1%) y San Martín (21,3%).

MAPA N° 1.8
PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE HAN SIDO ATENDIDOS
EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



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.

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina e l saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u o tros 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 la persona responsable de los menores para el cuidado bucal de ellos, independientemente de la fuente o medio de donde proviene esta información.



En el **Perú**, el **61,0%** de responsables del cuidado niñas y niños menores de 12 años de edad **recibió información sobre prácticas de salud bucal** en los últimos doce meses.



El **63,4%** de los **informados sobre prácticas de salud bucal** tiene de 30 a 39 años; el 61,2% tiene de 15 a 29 años; y, el 60,5% tiene de 40 a 49 años.

61,8%



El porcentaje **fue mayor en mujeres** que en hombres.

45,1%



En el **área urbana** fue el **62,5%**.

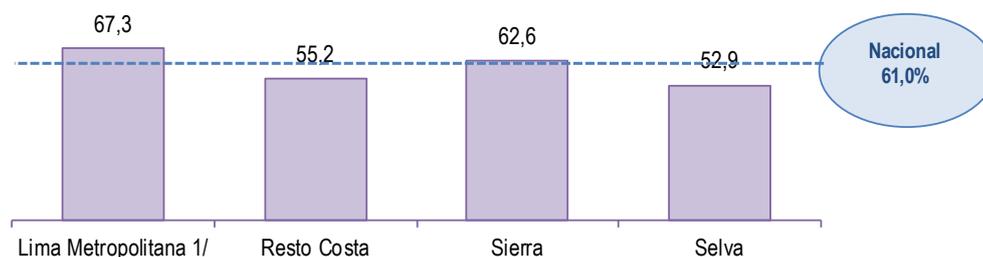


En el **área rural** fue el **55,1%**.

Por región natural, el mayor porcentaje de los responsables del cuidado de niñas y niños menores de 12 años de edad, que recibieron información sobre prácticas de salud bucal, fueron residentes de Lima Metropolitana (67,3%), seguida por la Sierra (62,6%). Mientras que, la Selva mostró el menor porcentaje (52,9%).

GRÁFICO N° 1.56

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 NATURAL, 2019
(Porcentaje)



Nota:

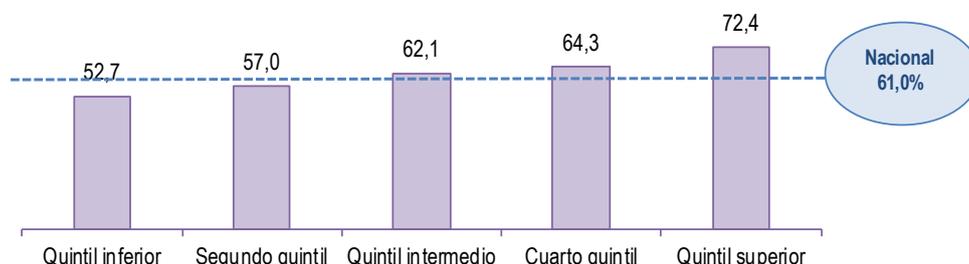
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Cuadro base: Cuadro 1.35 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

El 52,7% de responsables del cuidado de niñas y niños menores de 12 años de edad, ubicados en el quintil inferior recibieron información sobre prácticas de salud bucal, en los últimos 12 meses, frente al mayor porcentaje de aquellos que se ubican en el quintil superior (72,4%).

GRÁFICO N° 1.57
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 QUINTIL DE BIENESTAR, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

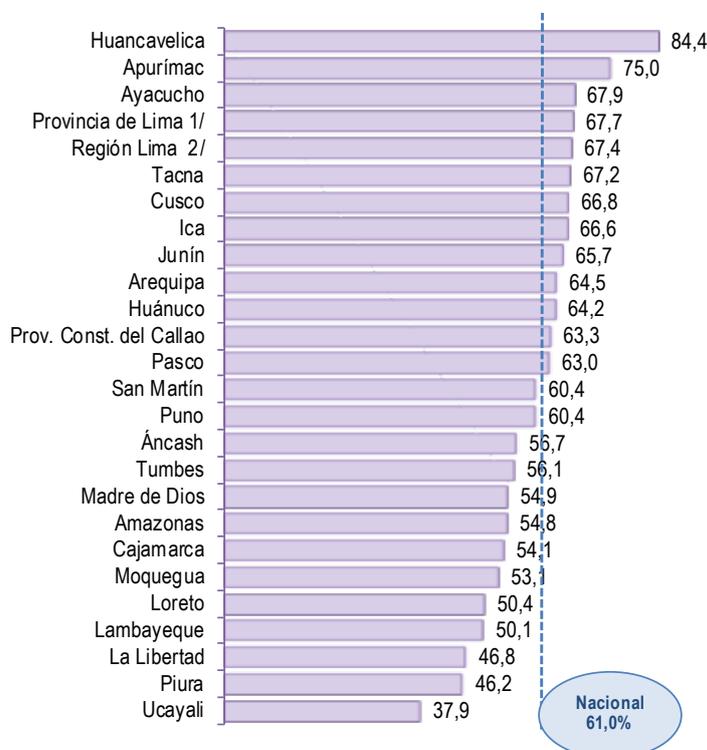
Prácticas adecuadas de higiene bucal se refiere a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

Cuadro base: Cuadro 1.35 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, un alto porcentaje de responsables de menores de 12 años recibieron información sobre prácticas de salud bucal. Destacan Huancavelica (84,4%), Apurímac (75,0%) y Ayacucho (67,9%). Los niveles más bajos se encontraron en Ucayali (37,9%), Piura (46,2%) y La Libertad (46,8%).

GRÁFICO N° 1.58
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 DEPARTAMENTO, 2019
 (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.

Cuadro base: Cuadro 1.35 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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 requiere tratamiento. La concurrencia a servicios odontológicos es una actividad poco frecuente entre la población de 60 y más años de edad.



A nivel **nacional**, el **21,8%** de la población de 60 y más años de edad **recibió atención en un servicio odontológico** en los últimos seis meses.



La atención fue mayor entre aquellos de **60 a 69 años de edad (24,3%)** que en los de mayor edad, **70 y más años (19,0%)**.

21,6%



El porcentaje fue similar en hombres y mujeres.

22,0%



En el **área urbana 24,2%** fue mayor que en **área rural 13,4%**.



Se halló diferencias entre las regiones naturales, con mayor porcentaje en Lima Metropolitana (29,1%), en comparación con el resto de regiones que registraron los menores porcentajes, Selva (14,5%), Resto Costa (17,7%) y Sierra (18,2%).

GRÁFICO N° 1.59
PERÚ: PERSONAS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

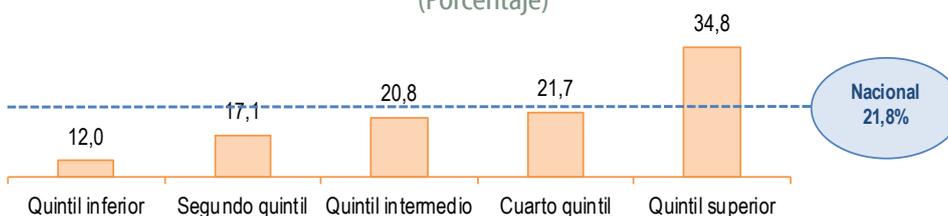
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Cuadro base: Cuadro 1.36 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Las diferencias se encuentran también según el nivel adquisitivo, siendo mayor entre los ubicados en el quintil superior (34,8%), y menor en los que se ubican en el quintil inferior de bienestar (12,0%).

GRÁFICO N° 1.60
PERÚ: PERSONAS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

Cuadro base: Cuadro 1.36 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

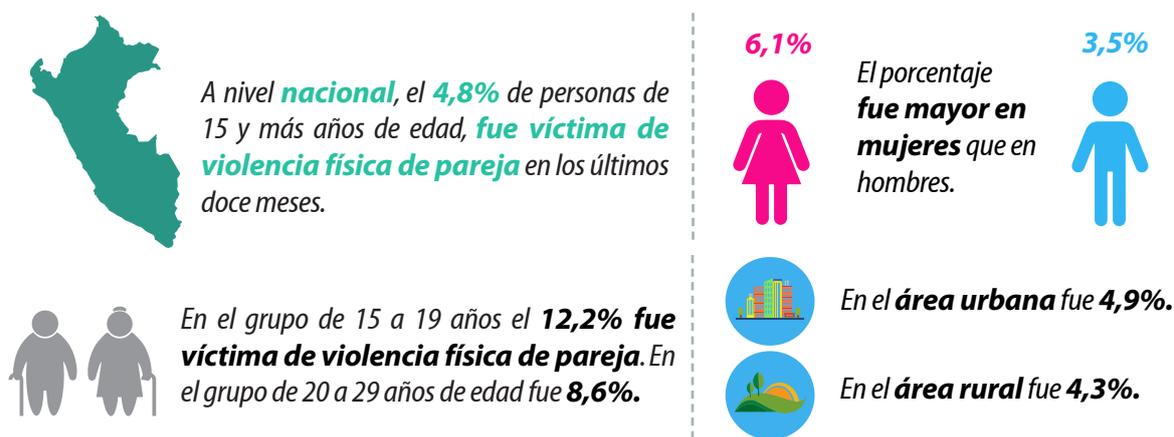
1.6 SALUD MENTAL

En el contexto de la implementación del Programa Presupuestal de Enfermedades No Transmisibles, se incorporó en el Cuestionario de Salud de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019, el Módulo de Salud Mental, focalizando la atención en dos problemas fundamentales: la violencia física de pareja y el consumo excesivo 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 comunidad²⁹.

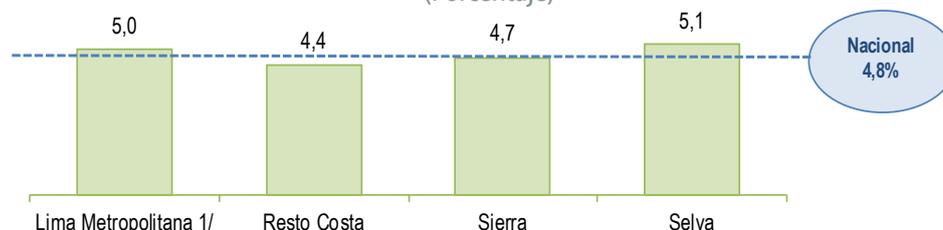
1.6.1 Violencia física de pareja

La violencia física de pareja³⁰ 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 psicósomáticos³¹. 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, el 40,0% fueron asesinadas por su pareja³².



Entre las regiones naturales la de mayor porcentaje en la declaración sobre violencia física de pareja, en los últimos 12 meses, fue la Selva (5,1%) y la de menor porcentaje el Resto Costa (4,4%).

GRÁFICO N° 1.61
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUERON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA DE PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
(Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.37 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

²⁹ OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [cited 2014 May 8]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

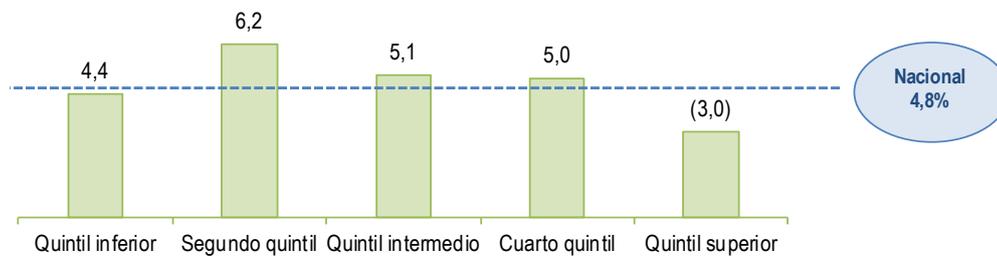
³⁰ En esta publicación se analiza la violencia contra la pareja (ejercida contra la mujer o el hombre). Para obtener información específica contra la mujer, revisar el Informe Principal de la ENDES, 2019.

³¹ 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.

³² ¿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 declaración sobre violencia de pareja muestra algunas diferencias por quintil de bienestar. Las víctimas se encontraron principalmente entre aquellos ubicados en el segundo quintil (6,2%).

GRÁFICO N° 1.62
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUERON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA DE PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

Cuadro base: Cuadro 1.37 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

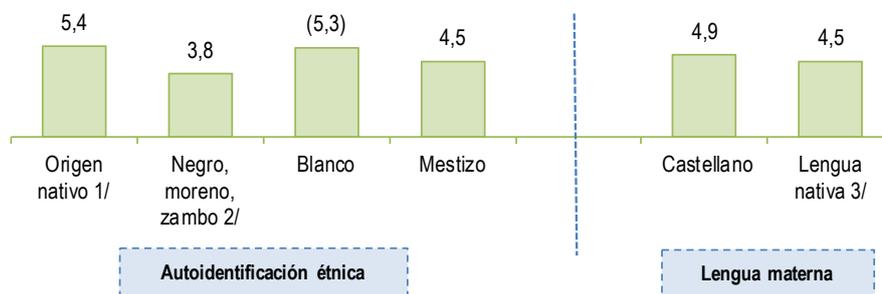
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Los indicadores de etnicidad, dan cuenta que las personas que fueron víctimas de violencia física de pareja, fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo de origen nativo (5,4%), seguido de las que se consideraron parte del grupo mestizo (4,5%) y/o negro, moreno, zambo (3,8%).

Según lengua materna, no hay diferencias relevantes, entre las personas que fueron víctimas de violencia física de pareja, en los últimos 12 meses.

GRÁFICO N° 1.63
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUERON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA DE PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonia, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.38 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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 edad³³. Resulta importante determinar el momento de inicio de patrones de ingesta de no solo un sorbo sino de una mayor cantidad de alcohol, como un vaso o copa.



A nivel **nacional**, la población de 15 y más años de edad, **inició el consumo de alguna bebida alcohólica a los 18,9 años**, en el 2019.



La población de 60 y más años de edad, **inició el consumo de alguna bebida alcohólica a los 21,4 años**. El grupo de 50 a 59 años inició a los **20,1 años**.

19,9 años



La edad de inicio **en mujeres** fue mayor que en hombres.

17,8 años



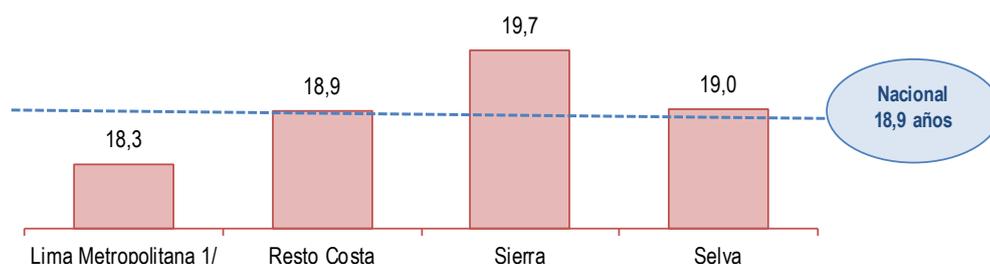
En el **área urbana** fue **18,7 años**.



En el **área rural** fue **19,5 años**.

Según región natural, la menor edad promedio de inicio del consumo de alguna bebida alcohólica, se observa en Lima Metropolitana (18,3 años). En el polo opuesto, en la Sierra (19,7 años).

GRÁFICO N° 1.64
PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019



Nota:

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

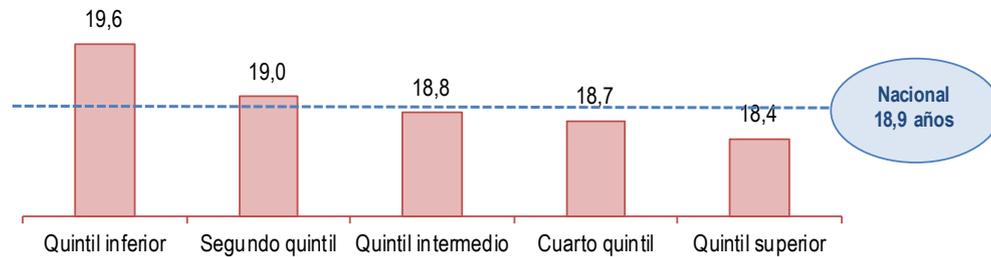
Cuadro base: Cuadro 1.38 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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 las personas ubicadas en el quintil inferior de bienestar (19,6 años).

³³DEVIDA. Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005.

GRÁFICO N° 1.65
PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2019



Nota:

Cuadro base: Cuadro 1.38 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

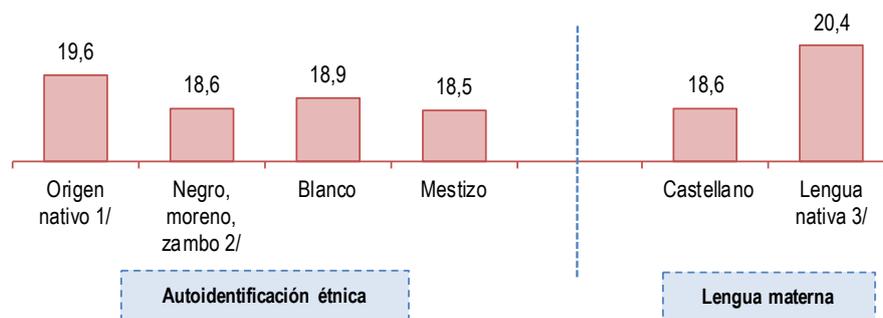
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Los indicadores de etnicidad, dan cuenta que la edad de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica, fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo de origen nativo (19,6 años), seguido de las que se consideran parte del grupo blanco (18,9 años).

Según lengua materna, la edad de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica, fue mayor en aquellas personas que aprendieron alguna lengua nativa en su niñez (20,4 años).

GRÁFICO N° 1.66
PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019



Nota:

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

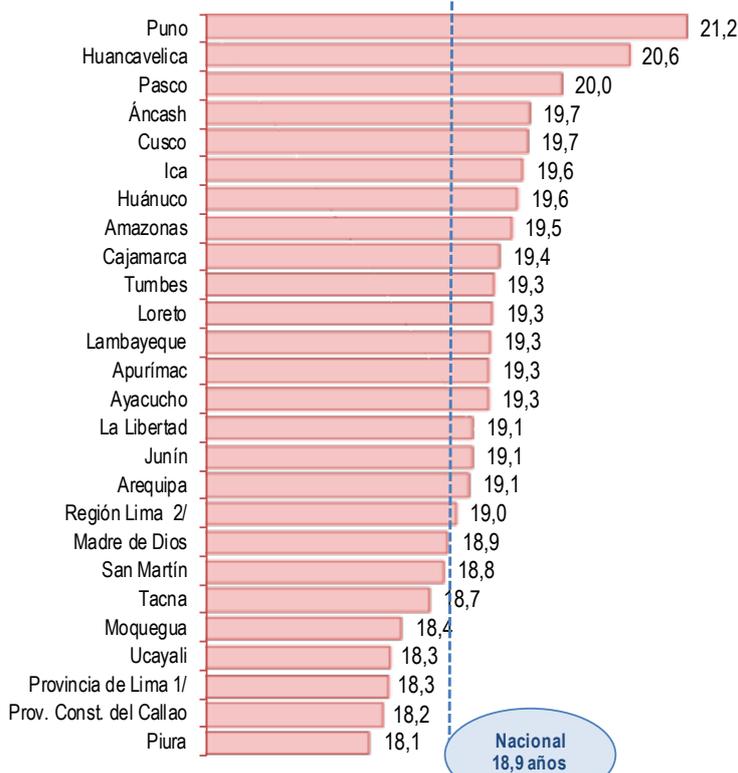
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.38 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según departamento, la edad promedio de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica fue más tardía en Puno (21,2 años), Huancavelica (20,6 años), Pasco (20,0 años), Áncash y Cusco (19,7 años, en cada caso). En contraste, el inicio temprano de consumo ocurre alrededor de los 18 años de edad en Piura, la Provincia Constitucional del Callao, provincia de Lima, Ucayali y Moquegua.

GRÁFICO N° 1.67
PERÚ: EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019



Nota:

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.

Cuadro base: Cuadro 1.38 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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.



A nivel **nacional**, el **3,9%** de personas de 15 y más años de edad **sufrió trastornos por consumo de alcohol** en los últimos 12 meses.



El **7,2%** de personas de 20 a 29 años de edad, **sufrió trastornos por consumo de alcohol** en los últimos 12 meses. En el grupo de 15 a 19 años fue 1,7%.

0,9%



El porcentaje **fue mayor en hombres** que en mujeres.

7,1%



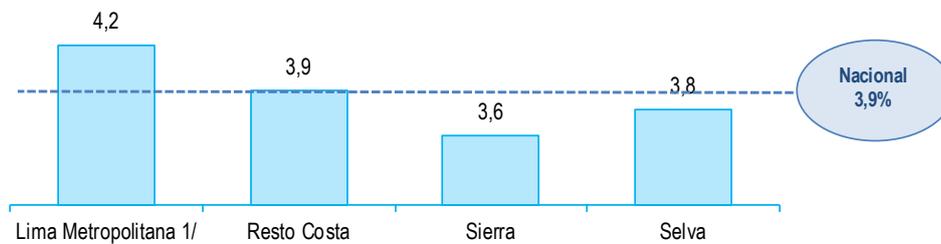
En el **área urbana** fue el **4,3%**.



En el **área rural** fue el **2,3%**.

A nivel de región natural, el mayor porcentaje de personas con trastornos por consumo de alcohol fue en Lima Metropolitana (4,2%), le siguen el Resto Costa (3,9%), la Sierra (3,6%) y la Selva (3,8%).

GRÁFICO N° 1.68
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

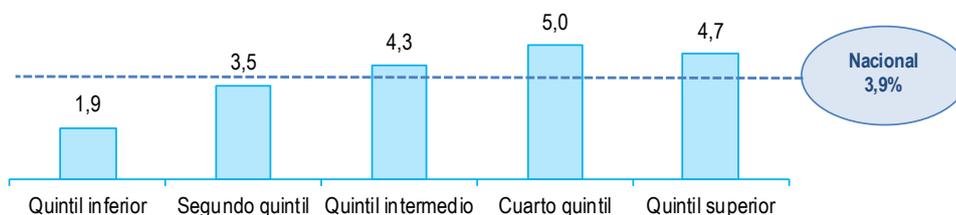
1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Cuadro base: Cuadro 1.39 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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

Según quintiles de bienestar, se observan los mayores porcentajes de trastorno por consumo de alcohol en el cuarto quintil (5,0%) y el quintil superior (4,7%). La prevalencia fue menor entre aquellos pertenecientes al quintil inferior de bienestar (1,9%).

GRÁFICO N° 1.69
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN QUINTIL DE BIENESTAR, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

Cuadro base: Cuadro 1.39 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

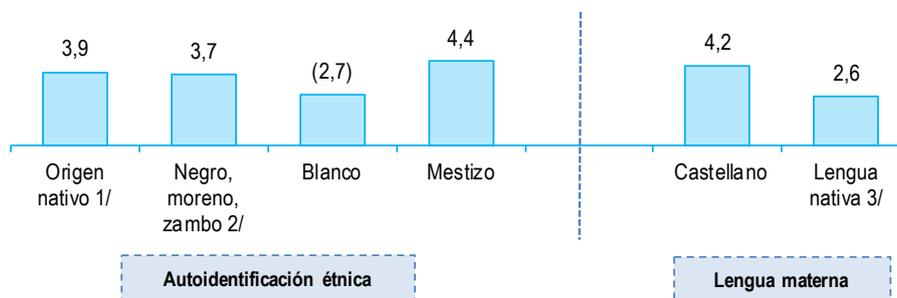
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, el trastorno de conducta por consumo de alcohol fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (4,4%), seguido de las que se consideran parte del grupo de origen nativo (3,9%).

Según lengua materna, el trastorno por consumo de alcohol, fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (4,2%).

GRÁFICO N° 1.70
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

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

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 1.39 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

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