



INSTITUTO NACIONAL DE
ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA



Perú



Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996



RESUMEN

REPÚBLICA DEL PERÚ

**Encuesta Demográfica
y de Salud Familiar
1996**

RESUMEN

Instituto Nacional de Estadística e Informática
Lima, Perú

Lima, 1997

Preparado : Por la Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales
Impreso en los talleres de la Oficina de Impresiones de la Oficina Técnica de
Difusión Estadística y Tecnología Informática del Instituto Nacional de Estadística e
Informática(INEI)

Edición : 250 ejemplares
Domicilio y Redacción : General Garzón 658 Lima 11 , Perú
Orden : 669-97-OTEDETI-INEI

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR 1996

RESUMEN

Antecedentes	3
Características Generales	4
Fecundidad	5
Determinantes de la Fecundidad	7
Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo.....	7
Infertilidad	8
Preferencias Reproductivas	8
Planificación Familiar	10
Conocimiento y Uso de Métodos	10
Necesidades de Planificación Familiar.....	12
Mortalidad Infantil y en la Niñez	13
Niveles y Diferenciales de Mortalidad.....	13
Alto Riesgo Reproductivo	14
Salud Materno-infantil	16
Cuidado Prenatal.....	16
Vacunación	16
Infecciones Respiratorias Agudas	17
Diarrea y Rehidratación Oral.....	17
Lactancia y Nutrición	18
Lactancia.....	18
Nutrición.....	19
Conocimientos sobre el SIDA	20
Conclusiones y Recomendaciones	21



Créditos

Texto: Luis Ulloa J.

Revisión: Gloria Loza, Flor Suarez

Este informe hace una presentación resumida de los resultados de la Encuesta Demográfica y de salud Familiar(ENDES 1996) realizada recientemente en el Perú por el Instituto Nacional de Estadística e Informática(INEI) con la asistencia técnica de Macro International Inc., a través del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud(DHS). La encuesta fue financiada principalmente por la Misión en Perú de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). Contribuyeron también a la financiación el Fondo de Población de las Naciones Unidas(UNFPA) , el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Ministerio de Salud.

Para información adicional sobre el programa DHS favor dirigirse al Programa DHS/Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton Maryland 20705 USA, (Teléfono 301-572-0200, Telefax 301-572-0999) .

Información adicional sobre ENDES 1996 se puede obtener en el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Av. General Garzón N° 658, Jesús María, Lima 11, Perú, (Teléfono 511-433-8284, 511-433-3104, Fax 511-433-3159)

Antecedentes

ENDES 1996 se desarrolló dentro del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (**DHS**) con el fin primordial de proporcionar a quienes diseñan y administran programas de salud y planificación familiar, información actualizada, para el país y sus departamentos, sobre los niveles actuales de fecundidad y mortalidad; el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y fuentes de obtención; la salud materno-infantil, la nutrición y SIDA. Los resultados de **ENDES 1996** pueden compararse con los provenientes de otras encuestas como la Encuesta Demográfica Nacional (EDEN Perú) de 1975-76, la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF 1977-78); la Encuesta de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos (ENPA) de 1981 y las Encuestas Demográficas y de Salud de 1986 y 1991 (ENDES 1986, ENDES 1991).



La población en estudio está constituida por todos los hogares asentados en las viviendas particulares del país, y todas las mujeres entre 15 y 49 años, así como todos sus hijos, con énfasis en los menores de 5 años y los varones de 15 a 59 años de edad.

La muestra es probabilística, autoponderada por departamentos y áreas, estratificada, multietápica e independiente para cada departamento. Consta de 28,122 hogares, 28,951 mujeres en edad fértil y para el estudio de hombres se tiene 2,474 hogares y 2,487 entrevistas individuales. La operación de campo tuvo lugar entre el 07 de Agosto y el 30 de Noviembre de 1996. Los resultados se pueden analizar a diferentes niveles de desagregación geográfica: 24 departamentos, 3 regiones naturales y 4 niveles de urbanización.

Gráfico 1

Proporción de Hogares con Conexión a Servicios Básicos

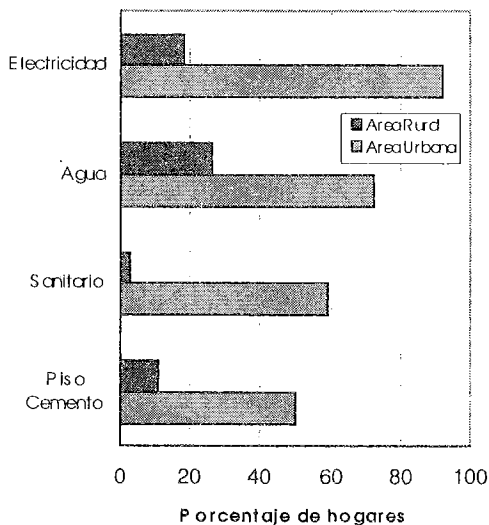
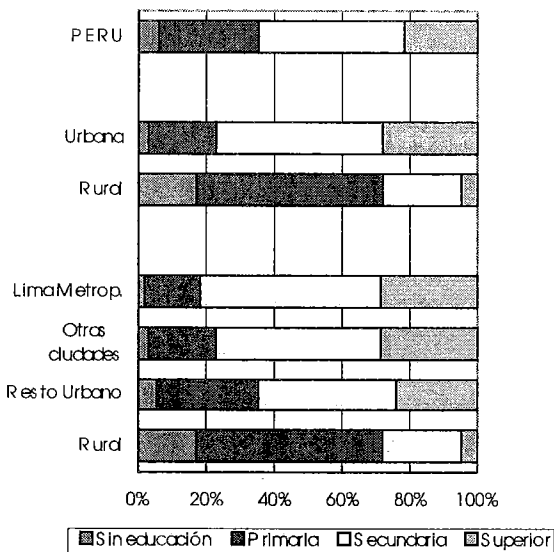


Gráfico 2

Nivel de Educación de las Mujeres en Edad Fértil



Características Generales

El Perú, con una superficie de 1 285 216 km² tiene en 1997 una población estimada en 24 millones 400 mil habitantes, y aumenta a un ritmo anual del 1,77 por ciento. De seguir esta tendencia, la población se duplicaría en 40 años.

Alrededor del 30 por ciento de la población total del Perú reside en el Area Metropolitana de Lima y Callao y el 51 por ciento en la Costa. Por otro lado, el 67 por ciento de la población vive en áreas urbanas (centros poblados de mas de 2 000 habitantes).

El acceso a los servicios educativos sigue mejorando en el nivel de primaria, manteniéndose aún la brecha entre hombres y mujeres a nivel post-primario; así mientras que el 52 por ciento de la población masculina de 6 años o más tiene por lo menos algún grado de instrucción secundaria, en la población femenina el 45 por ciento alcanzó ese nivel. Asimismo el 15 por ciento de hombres tiene estudios superiores, en tanto que en las mujeres llega a 13 por ciento; siendo prácticamente los mismos niveles de hace 5 años. La proporción de mujeres en edad reproductiva con estudios post-primarios es de 65 por ciento.

Los servicios esenciales todavía no están disponibles para toda la población. El 67 por ciento de hogares dispone de luz eléctrica; el agua potable es asequible para el 67 por ciento y sólo el 48 por ciento de los hogares cuenta con inodoro. Sin embargo, el 85 por ciento de hogares cuenta con aparatos de radio y el 65 por ciento con televisión.

Fecundidad

Desde los años 70 la fecundidad ha venido disminuyendo en forma apreciable como resultado de la concentración de la población en áreas urbanas, la mejora de los niveles educativos, y la difusión y oferta de anticonceptivos. En los últimos 20 años la fecundidad descendió en 34 por ciento, 13 por ciento en los últimos 5 años. De mantenerse invariables los niveles actuales de reproducción, las mujeres tendrían 3.5 hijos en promedio durante toda su vida fértil, en comparación con 5.3 a mediados de los años 70.

Existen, sin embargo, notables diferencias por educación y lugar de residencia. Quienes tienen instrucción superior terminarían con 2 hijos en contraste con 7 entre quienes no accedieron a la escuela, y en el área rural las mujeres tendrían el doble de hijos que en el área urbana. En algunos departamentos (Huancavelica, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca) el promedio esperado al completar la vida reproductiva es todavía superior a 5 hijos por mujer.

Las mujeres sin educación tienen 5 hijos más que las de educación superior y las que residen en el área rural, el doble de hijos que aquellas del área urbana.

Gráfico 3
Tasas Específicas de Fecundidad según Varias Encuestas

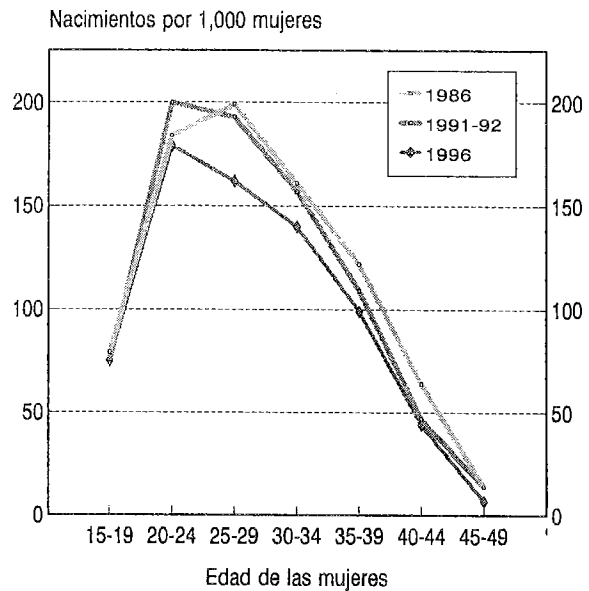


Gráfico 4
Tasa Global de Fecundidad (TGF) y Paridez por Lugar de Residencia

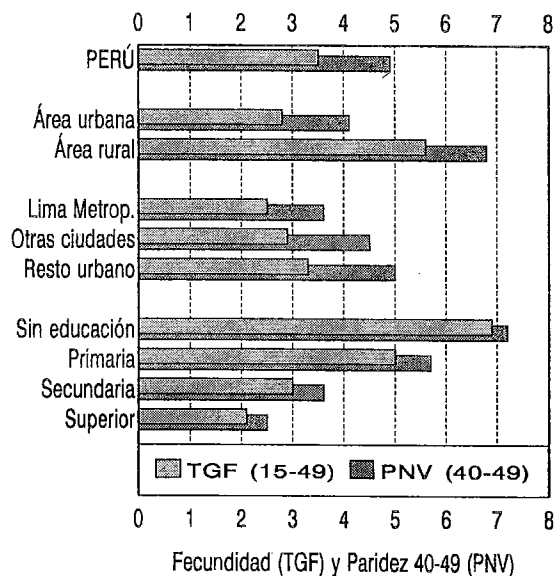
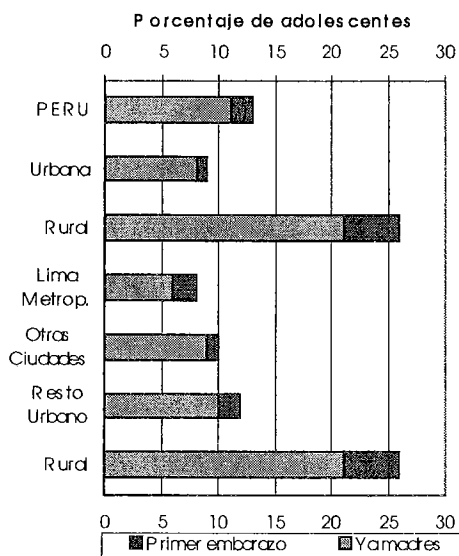


Gráfico 5

Porcentaje de Adolescentes que son Madres o que Están Embarazadas por Primera Vez



Muchas parejas todavía no tienen una clara percepción de la importancia del espaciamiento prudencial entre un nacimiento y otro para reducir los riesgos de mortalidad de los niños y de las madres. El 24 por ciento de los nacimientos ocurren antes que el hijo anterior haya cumplido 2 años de edad.

La fecundidad de adolescentes es un aspecto de preferente atención por la profunda repercusión que tiene en la vida de las jóvenes. **ENDES 1996** encuentra que el 13 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas por primera vez. A los 19 años ya son madres una de cada cuatro y entre ellas hay un 6 por ciento que tiene por lo menos 2 hijos. La alta fecundidad de adolescentes se hace más evidente en la región natural de la Selva donde la proporción es dos veces más alta que para el total del Perú.



Determinantes de la Fecundidad

En ENDES 1996 se recolectó información sobre diversos factores determinantes de los niveles y tendencias de la fecundidad en el Perú: (1) la nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo; (2) preferencias reproductivas; y (3) uso de métodos anticonceptivos.

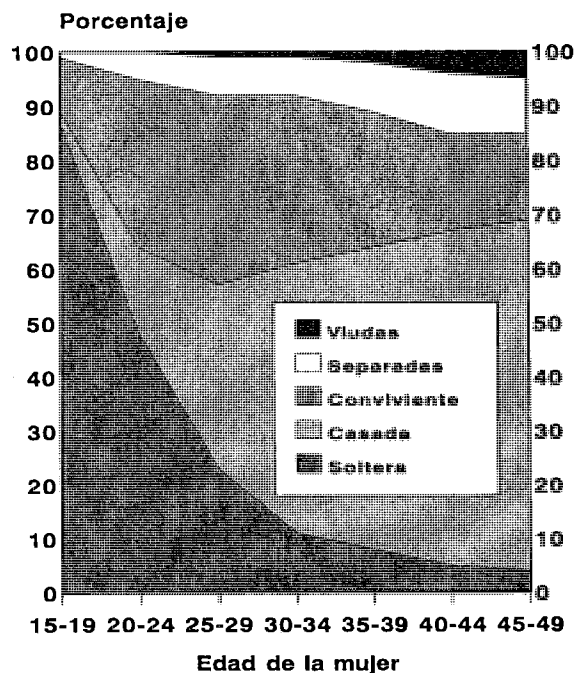
Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo

El 58 por ciento de las mujeres de 15-49 años vive en unión conyugal y de éstas, el 59 por ciento están casadas, si bien la forma más común de iniciar una vida en pareja es la unión consensual o convivencia, de tal manera que hasta los 29 años la proporción de convivientes supera a la de casadas.

Entre las mujeres que alguna vez han tenido relaciones sexuales, la mitad ha tenido su primera experiencia a los 19 años, en promedio dos años antes del establecimiento del hogar.

La edad a la que se inicia la vida reproductiva se ha mantenido invariable en los últimos 25 años. La mitad de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 22 años, aunque en ciertos grupos sociales ya se observa una tendencia a demorar este inicio: La mitad de las mujeres de 35 años o más y con estudios superiores, por ejemplo, tienen su primer hijo a los 27 años.

Gráfico 6
Estado Civil de las Mujeres en Edad Fértil



La mitad de las mujeres ha tenido su primera experiencia sexual a los 19 años



Infertilidad Postparto

La amenorrea postparto dura en promedio 10.5 meses y las mujeres se mantienen en abstinencia sexual por 5.6 meses en promedio. En consecuencia, el período de insusceptibilidad al riesgo de un nuevo embarazo es de 12 meses. Sin embargo una de cada cinco mujeres queda expuesta nuevamente a partir del quinto mes; la mediana se sitúa hacia los 9 meses y medio.

A partir de cierta edad, la exposición al riesgo de embarazo disminuye rápidamente como resultado de la menopausia, infertilidad o abstinencia prolongada. En el Perú, el 65 por ciento de las mujeres de 42-43 años se clasificarían como en Infertilidad terminal y el 12 por ciento como menopausicas. Entre las mujeres de 48-49 años, las proporciones correspondientes son 95 y 64.

Preferencias Reproductivas

Casi el 60 por ciento de las mujeres en unión indicaron su deseo de no tener más hijos en el futuro. Si se agregan las usuarias de esterilización, dicha proporción asciende al 69 por ciento.

Casi el 60 por ciento de las mujeres en unión indicaron su deseo de no tener más hijos en el futuro.

Si las parejas hubieran tenido sólo los hijos que deseaban, la tasa global de fecundidad en el Perú sería 37 por ciento más baja que la observada: 2.2 hijos por mujer en lugar de 3.5. De implementarse las acciones que ayuden a las parejas para alcanzar un número de hijos acordes con sus preferencias de fecundidad, en el departamento de Huancavelica la fecundidad se reduciría en 3.6 hijos y la reducción también sería notable en: Apurímac 3.2 hijos , 2.5 en Huánuco y 2.4 en Pasco,

Los resultados de la ENDES III confirman lo observado sobre el fuerte deseo de las mujeres peruanas de limitar los nacimientos, aún desde edades tempranas. Entre las mujeres en unión de 15-19 años ya el 43 por ciento manifiesta su deseo de no querer más hijos y, consistente con el tamaño ideal entre 2 y 3 hijos, el 68 por ciento de las mujeres que ya tienen 2 hijos no desean tener más.

Si se pudiesen evitar los hijos no deseados, la tasa de fecundidad se reduciría en 37 por ciento, de 3.5 a 2.2.

Gráfico 7
Fecundidad Deseada y Observada



Gráfico 8
Preferencias de Fecundidad entre las Mujeres en Unión

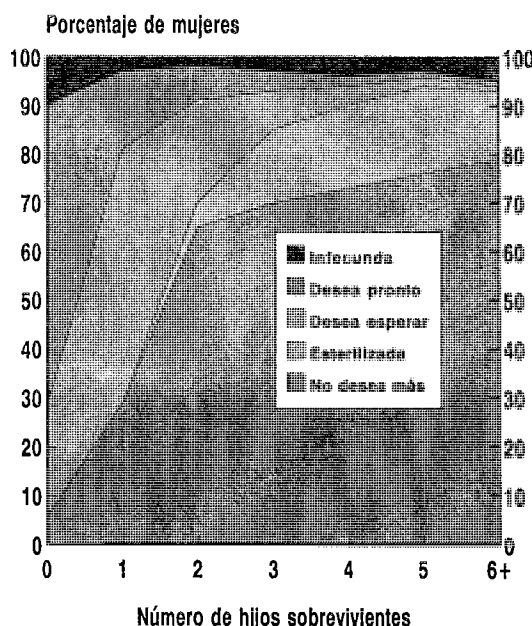


Gráfico 9

Conocimiento y Uso de Métodos de Planificación Familiar

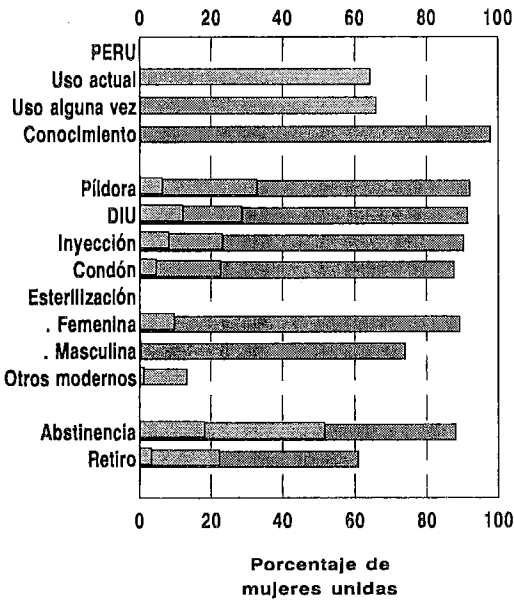
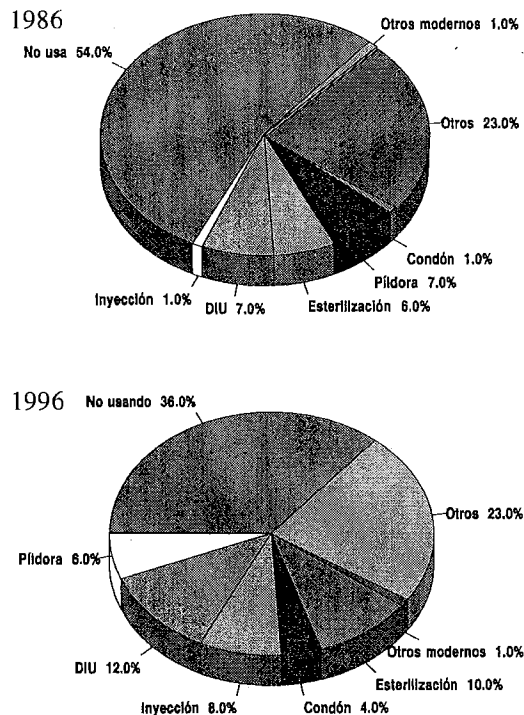


Gráfico 10

Cambio en la Mezcla de Métodos entre 1986 y 1996



Planificación Familiar

Conocimiento y Uso de Métodos

El conocimiento de métodos anticonceptivos se ha generalizado entre las mujeres y hombres en edad reproductiva. El 97 por ciento de las mujeres y el 98% de los hombres han oído hablar de por lo menos un método de regulación de la fecundidad. Los métodos más conocidos por las mujeres son la píldora con 91 por ciento y el dispositivo intrauterino con 90 por ciento. En cambio entre los hombres son: el condón con 94 por ciento y la píldora con 87 por ciento. Entre las mujeres unidas, el conocimiento de métodos modernos ha aumentado de 93 por ciento en 1991 a 96 por ciento en 1996.

La experiencia en el uso de la planificación familiar también es notable: el 86 por ciento de las mujeres actualmente unidas manifiesta que ha usado en alguna oportunidad algún método anticonceptivo, especialmente el ritmo. En la actualidad el 64 por ciento de las mujeres unidas usa métodos anticonceptivos en comparación con el 57 por ciento en 1991. El aumento en el uso ha sido generalizado en todos los métodos, pero los modernos han aumentado más rápidamente y sus usuarias han pasado a constituir el 64 por ciento de toda la demanda en 1996, en cambio en 1977 constituían la tercera parte del total de usuarias. Entre 1991 y 1996 el uso de la inyección se cuadruplicó al pasar del 2 al 8 por ciento y el de la esterilización aumentó en 43 por ciento.

En la actualidad, el 64 por ciento de las mujeres unidas usa métodos, en comparación con el 57 por ciento en 1991.

Aunque la abstinencia periódica sigue siendo el método más utilizado al ser empleado por el 18 por ciento de las mujeres unidas, el 44 por ciento de quienes lo usan no saben en que momento del ciclo menstrual es mayor el riesgo de embarazo. Además, el 48 por ciento de casos de uso de este método fueron discontinuados en los cinco años anteriores a la encuesta por falla del método (quedaron embarazadas).

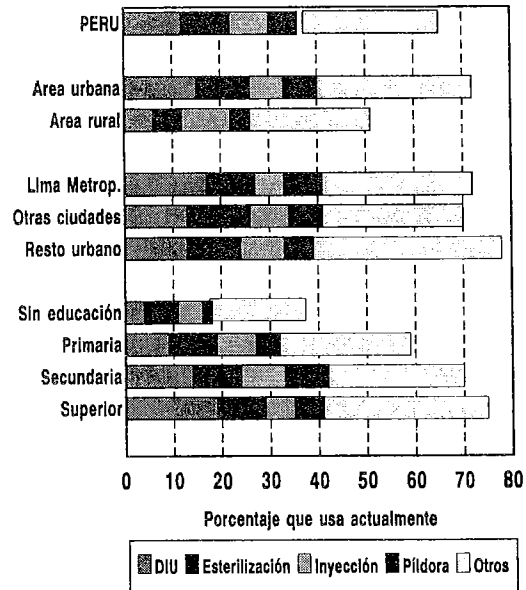
La abstinencia periódica sigue siendo el método mas utilizado al ser empleado por el 18 por ciento de las mujeres unidas.

Existen diferenciales importantes en el uso de métodos por departamento de residencia. Entre las mujeres unidas de Arequipa, Ica, Lambayeque, Lima, Moquegua y Tacna los niveles de uso son superiores al 70 por ciento, pero en Ayacucho y Huancavelica no llegan al 50 por ciento. Por otra parte, en dos departamentos, Junín y Puno, el 41 y 35 por ciento respectivamente, emplean el ritmo o el retiro.

El sector público es el proveedor más importante de métodos anticonceptivos modernos (70 por ciento), el 30 por ciento restante cubierto por el sector privado. Se destacan en éste último, las farmacias, las cuales atienden al 15 por ciento de las usuarias de métodos modernos. Suministran al 55% de usuarias de métodos vaginales y al 68% del condón.

Como era de esperarse, dadas las preferencias reproductivas de la población peruana, el propósito fundamental del uso de métodos, manifestado por las tres cuartas partes de las usuarias es el de *limitar* la descendencia, en contraste con el uso para *espaciar* los nacimientos.

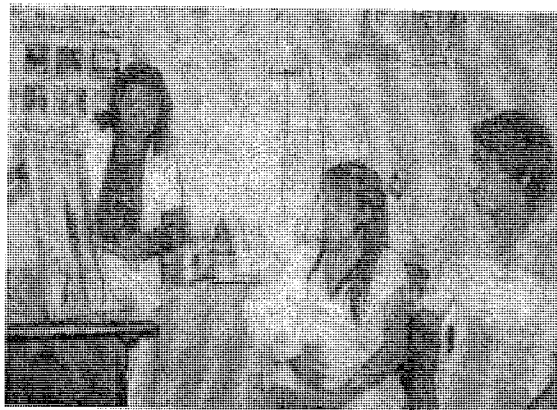
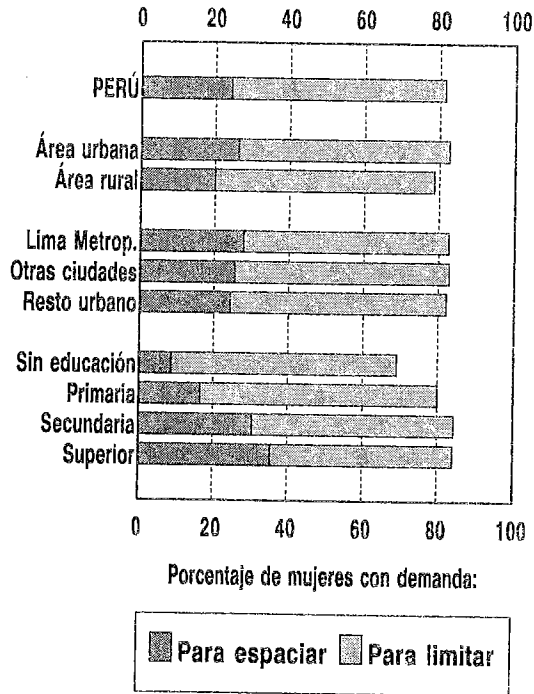
Gráfico 11
Uso de Métodos entre Mujeres en Unión por Lugar de Residencia y Educación



Más de dos terceras partes de las mujeres de los departamentos Arequipa, Ica, Lima y Tacna usan métodos, pero en Ayacucho y Huancavelica no llegan al 50 por ciento.

Gráfico 12

Demanda de Planificación Familiar



Necesidades de Planificación Familiar

Dados los patrones de preferencia reproductiva en el Perú hacia la limitación del tamaño de la familia es de esperarse que continúe el incremento en el uso de anticonceptivos y que la esterilización siga ganando importancia como método anticonceptivo. Por ejemplo, el 37 por ciento de esterilizaciones ocurren entre los 30 a 34 años de edad, siendo la mediana de edad a la esterilización 32 años. Por otro lado, el 58 por ciento de quienes a la fecha de la encuesta no usaban métodos manifestaron su intención de hacerlo en el futuro y el 63 por ciento de ellas se inclinarían por un método moderno.

El 34 por ciento de las mujeres que no usan métodos actualmente (12 por ciento del total de mujeres unidas entrevistadas), tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar, fundamentalmente para limitar la familia. La reducción de 6 puntos en la necesidad insatisfecha con respecto a 1991 ha sido aparentemente causada por el aumento en el uso de métodos entre las dos encuestas.

Los niveles de necesidad insatisfecha varían considerablemente por lugar de residencia: desde el 8 por ciento en Lima Metropolitana hasta el 32 por ciento en el departamento de Huancavelica.

El 34 por ciento de las mujeres que no usan métodos actualmente, tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Mortalidad Infantil y en la Niñez

La mortalidad en la niñez sigue en descenso en el Perú; pero, aún así sigue siendo alta en comparación con otros países vecinos.

Los datos de la ENDES 1996 para varios quinquenios anteriores permite concluir que la probabilidad de muerte antes del primer año ha disminuido de 57 a 43 por mil entre 1986-1991 y 1991-1996, significando ello una reducción del 25 por ciento.

Los diferenciales por departamento son notables. La mortalidad durante el primer año de vida entre los niños de las áreas rurales es el doble de los que nacen en las áreas urbanas, y los niños de Puno y Huancavelica tienen más de tres veces la probabilidad de morir durante el primer año de vida que aquellos de Lima o Tacna.

De cada mil niños nacidos vivos en Perú, 24 mueren antes de cumplir 1 mes de vida, y 43 antes del año.

Gráfico 13

Evolución de la Mortalidad Infantil y en la Niñez según ENDES 1996

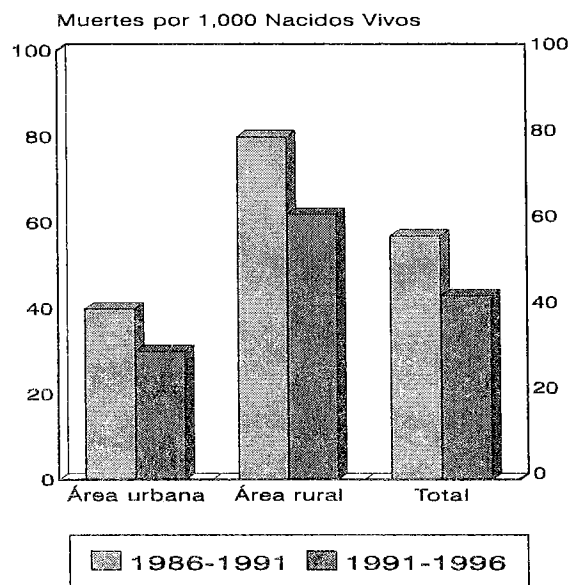


Gráfico 14

Evolución de la Mortalidad Infantil según Varias Encuestas

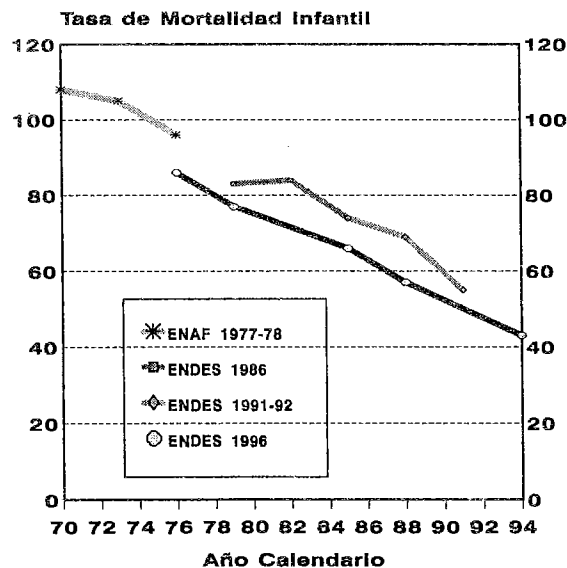
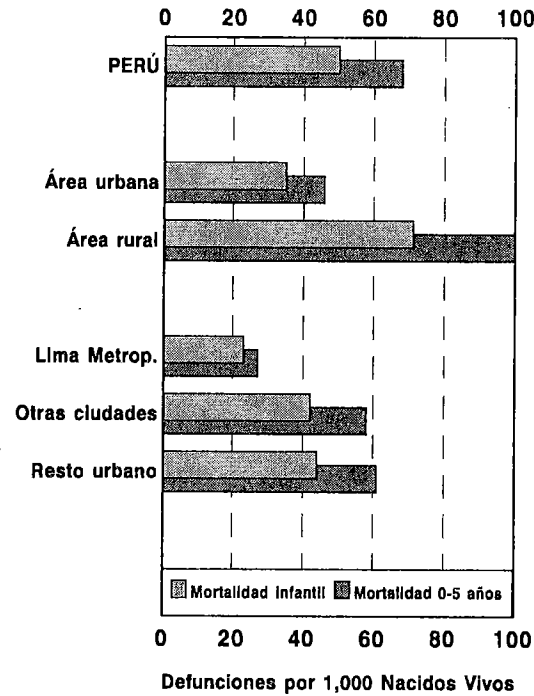


Gráfico 15
Diferenciales de la Mortalidad de Niños por
Lugar de Residencia (Periodo 1986-1996)



El 53 por ciento de los nacimientos ocurren en condiciones de riesgo elevado de mortalidad.

Alto Riesgo Reproductivo

ENDES 1996 permite estimar en qué medida la mortalidad en el Perú es sensible a los patrones reproductivos de la población. Particularmente, el alto riesgo reproductivo tiene que ver con la edad de la madre al nacimiento de los hijos (menores de 18 ó de 35 o más años); intervalos cortos entre nacimientos (menos de 24 meses); y orden de nacimiento mayor de 3.

El 53 por ciento de los nacimientos de los 5 años que precedieron la encuesta ocurrieron en condiciones de riesgo elevado de mortalidad. En el caso del Perú éstos niños, en promedio, tendrían el doble de riesgo de morir en el primer año de vida de lo que se esperaría para niños de madres que no están en ninguna categoría de riesgo elevado.

De los resultados, se desprende que en el Perú la edad materna igual o superior a 35 años no está asociada por sí sola con riesgos elevados de mortalidad en la niñez, mas bien lo está en combinación con otros factores de riesgo obstétrico, especialmente cuando el nacimiento es de orden 3 o mayor. En esta última categoría de *alta edad-alto orden* (35 ó mas años de edad y orden 3 ó mayor) se encuentra el 26 por ciento de las mujeres en unión.

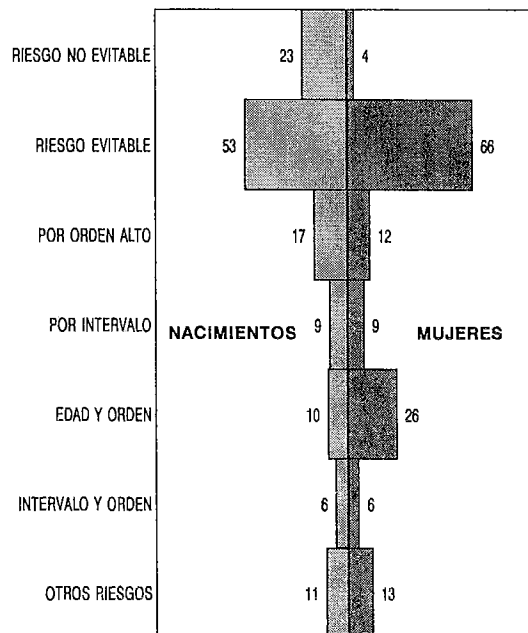
Los nacimientos de orden 3 ó mayor (17 por ciento del total) constituyen la categoría de riesgo elevado con mayor proporción de nacimientos. Siguen los nacimientos de orden 3 o mayor ocurridos a madres de 35 o más años (10 por ciento); y los nacimientos con intervalos menores de 24 meses (9 por ciento).

La interacción del intervalo menor de 24 meses con otros factores de riesgo obstétrico aumenta rápidamente los riesgos de mortalidad. Los nacimientos con intervalos menores de 24 meses y de orden 3 o mayor (6 por ciento del total) tienen riesgos de mortalidad 3 veces mayores que lo normal. Los riesgos de mortalidad de un niño de orden 3 o mayor, nacido con intervalo corto en una madre de 35 o más años, son 4 veces los riesgos normales.

Por otro lado, la mortalidad también depende de los cuidados recibidos por la madre durante la gestación y el parto. Cuando la atención proviene de profesionales de la salud en ambas etapas, la probabilidad de que el niño muera antes de cumplir un año se reduce a 25 por mil, en comparación con 70 por mil entre niños de madres que no reciben ninguna atención.



Gráfico 16
Mujeres y Niños en Categorías de Riesgo Elevado de Mortalidad



Los riesgos de mortalidad de un niño a partir del tercer nacimiento, nacido con intervalo corto en una madre de 35 o más años, son 4 veces los riesgos normales.

Gráfico 17

Atención Prenatal para Niños Menores de 5 Años

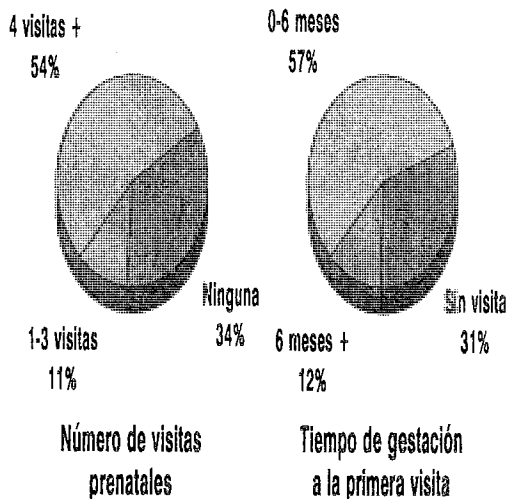
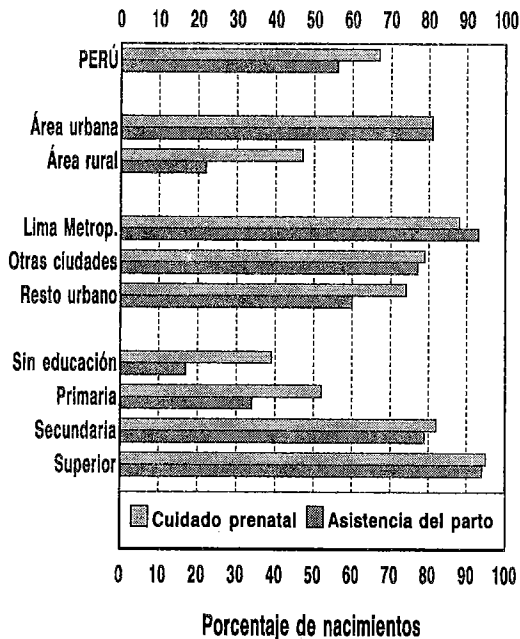


Gráfico 18

Atención Prenatal y del Parto por Personal Profesional



Salud Materno-infantil

Cuidado Prenatal

El cuidado prenatal por profesionales de la salud (médicos, obstetrices o enfermeras) se ha hecho más asequible a las gestantes. El 67 por ciento tuvo por lo menos una atención durante el embarazo. También es importante resaltar el incremento en la cobertura de la vacuna antitetánica, que alcanzó el 70 por ciento de los niños menores de cinco años a nivel nacional, duplicando al encontrado en 1991/92. Hay que remarcar que todavía se observa que casi la mitad de los nacimientos son domiciliarios y que el 44 por ciento tiene lugar sin atención profesional.

casi la mitad de los nacimientos son domiciliarios y el 44 por ciento tiene lugar sin atención profesional.

Vacunación

La cobertura de vacunación en la niñez sigue mejorando. Entre quienes tienen un año de edad, se constató que el 94% tiene una protección adecuada contra la tuberculosis. La protección contra el sarampión llega al 86 por ciento. En aquellas vacunas que requieren dosis repetidas, polio y DPT, la cobertura es menor y llega al 71 y 77 por ciento respectivamente, por la falta de aplicación de todas las dosis.

A pesar de las intensas campañas de vacunación en el Perú, sólo el 63 por ciento de los niños de un año tiene las vacunas completas, y, en buena parte, ellas han sido aplicadas con retraso. Sin embargo, esta cifra muestra una mejoría en comparación con el año 1991, en el que se reportó que el 58 por ciento tenían vacunas completas.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas afectan al 20 por ciento de los niños menores de 5 años en las dos semanas que precedieron al día de la entrevista, es decir, tuvo tos y respiración agitada. Entre éstos, el 46 por ciento fueron llevados a un establecimiento o proveedor de salud para su atención.

Las infecciones respiratorias agudas afectan al 20 por ciento de los niños menores de 5 años.



Diarrea y Rehidratación Oral

La prevalencia de la diarrea, en cualquier forma, todavía afecta al 18 los niños menores de 5 años.

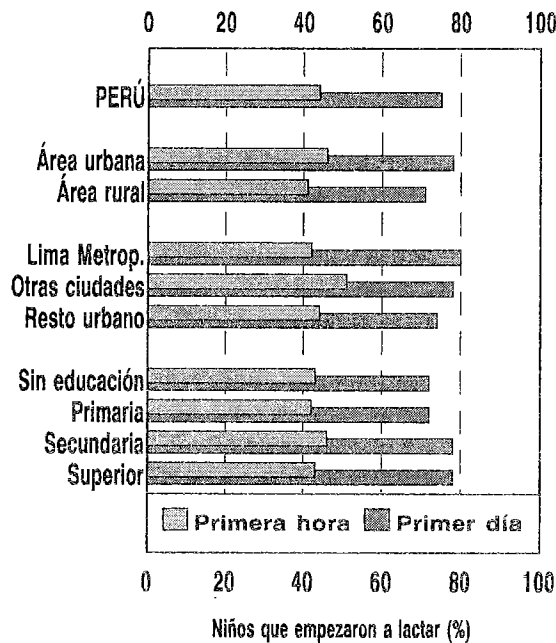
El 80 por ciento de los niños con diarrea recibió algún tratamiento para controlar la diarrea, siendo el incremento de los líquidos (60%) el tratamiento más frecuente. Un 30 por ciento fue llevado a un establecimiento o proveedor de salud y sólo a un 16 por ciento de los niños le dieron antibióticos

La prevalencia de la diarrea todavía afecta al 18 por ciento de los niños.



Gráfico 21

Diferenciales en la Iniciación de la Lactancia por Lugar de Residencia y Educación



Lactancia y Nutrición

Lactancia

La lactancia es una práctica generalizada en el Perú, pues el 97 por ciento de los niños nacidos en los últimos cinco años ha recibido el pecho materno alguna vez. El 75 por ciento de los niños empieza a lactar en el primer día de nacido.

Entre los niños de 10 y 11 meses de edad, el 88 por ciento de ellos todavía continuaba lactando. Al momento de la encuesta casi la totalidad (99%) de los menores de 4 meses estaban siendo amamantados, pero sólo el 54% tenía lactancia exclusiva. La lactancia dura en promedio 19.2 meses, y el promedio de la lactancia exclusiva es de 4.1 meses pero el 50% de los niños reciben lactancia exclusiva durante 2.7 meses debido a la introducción de complementos alimenticios. La intensidad de la lactancia es adecuada: el 91 por ciento de los menores de 6 meses recibe el pecho por lo menos 6 veces al día.

La suplementación alimenticia se inicia a muy temprana edad poniendo al niño en riesgo de contraer gérmenes por el empleo de agua que generalmente no es de buena calidad. Más del 19 por ciento empieza a recibir leche maternizada, o otras leches u otros líquidos, antes de cumplir 2 meses de vida; y antes del cuarto mes más del 35 por ciento han recibido alguno de esos suplementos. En este último grupo, más de un 3 por ciento también recibe sólidos o semisólidos.

Más del 19 por ciento de los niños reciben leche maternizada, otras leches u otros líquidos antes de cumplir 2 meses de vida.



Nutrición

La desnutrición de los niños ha disminuido en relación a la ENDES 1991-92. El 26 por ciento de los niños menores de 5 años padece de desnutrición crónica; es decir, retardo en el crecimiento para su edad. La desnutrición crónica afecta con mayor intensidad a los niños del área rural y a los residentes en los departamentos de Huancavelica, Pasco, Apurímac, Ayacucho y Cusco, con más del 40 por ciento. Este nivel es cuatro veces mayor que el observado en Lima Metropolitana, y los departamentos de Tacna y Moquegua (10%). La falta de peso para la talla o desnutrición aguda, sólo afecta al 1 por ciento de los niños en el país, siendo su nivel similar al observado en años anteriores.

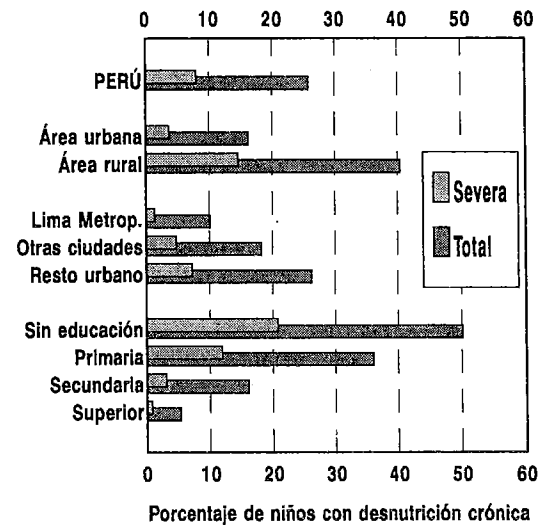
Las madres peruanas tienen, en promedio, 1,51 metros. Existe además un 15 por ciento de madres que está por debajo de 1,45 metros, lo que las caracteriza como un grupo de mayor riesgo en cuanto al desarrollo del feto y complicaciones potenciales en el parto.

El peso promedio de las madres es de 57 kg, lo que es aceptable en comparación con su estatura.

El 26 por ciento de los niños menores de 5 años padece de desnutrición crónica. En los departamentos de Huancavelica, Pasco, Apurímac, Ayacucho y Cusco, más del 40 por ciento de los niños padecen retardo en el crecimiento.

Gráfico 22

Desnutrición Crónica para Niños Menores de 5 Años



Conocimiento sobre el SIDA

El 89 por ciento de mujeres y 96 por ciento de hombres, manifiesta conocer o haber escuchado hablar del SIDA. Sin embargo, casi una tercera parte de las mujeres que declararon conocer o haber oído hablar del SIDA: no sabe que puede hacer una persona para evitar contraerlo (22 por ciento) o , peor aún, manifiesta que no hay forma de evitar contraer el SIDA(7 por ciento) o responde con información incorrecta(6 por ciento) como lo es evitar los besos o las picaduras de zancudos, entre otros. Entre los hombres el 14 por ciento no sabe que hacer para evitar contraer el SIDA, 3 por ciento dijo que no hay forma de evitar contraerlo.

Un 22 por ciento de las mujeres y un 14 por ciento de hombres que declararon conocer o haber oído hablar del SIDA; No sabe que hacer para evitar contraerlo



DATOS BÁSICOS

Indicadores Demográficos, 1996 (Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática)

Población total (en miles)	23.947
Mujeres en edad fértil (en miles)	6.259
Tasa de crecimiento de la población (porcentaje)	1.8
Años requeridos para que se duplique la población	40
Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes)	25.7
Tasa de mortalidad (por 1.000 habitantes)	6.5
Esperanza de vida al nacer (años)	67.9

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996

Población de la muestra

Mujeres de 15 a 49 años	28.951
Niños nacidos en últimos 5 años	15.639
Sobrevivientes menores de 5 años	14.877
Niños vivos de 12-23 meses	2.973

Características básicas¹

Porcentaje urbano	73.5
Porcentaje con secundaria o más	64.5

Matrimonio y otros determinantes de la fecundidad

Porcentaje de mujeres actualmente unidas	58.3
Porcentaje que han estado unidas alguna vez	63.6
Para mujeres 25-49 años:	
Edad mediana a la primera unión	20.9
Edad mediana al primer nacimiento	21.5
Duración media de la amenorrea postparto (en meses) ²	10.5
Duración media de la abstinencia postparto (en meses) ²	5.6

Fecundidad

Tasa total de fecundidad ³	3.5
Número medio de niños nacidos vivos de mujeres 40 a 49 años	4.9

Preferencias reproductivas

Porcentaje de mujeres actualmente unidas:	
Que no desea tener más hijos (excluyendo las mujeres esterilizadas)	59.4
Que desea postergar el nacimiento siguiente más de 2 años	17.5
Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años	2.5

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Porcentaje de las mujeres actualmente unidas:	
Que conoce algún método moderno	97.8
Que actualmente usa un método	64.2
Píldora	6.2
Esterilización femenina	9.5
Esterilización masculina	0.2
DIU	12.0
Condón	4.4
Inyecciones	8.0
Métodos vaginales	0.7
Abstinencia periódica	18.0
Retiro	3.2
Otros métodos tradicionales	1.6

Mortalidad y salud materno-infantil

Tasa de mortalidad infantil ⁴	43
Tasa de mortalidad de menores de cinco años ⁴	59
Mortalidad materna ⁵	265

Atención materna

Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron: ⁶	
Atención de un médico, enfermera, auxiliar, o sanitario durante el embarazo	67.3
Atención de un médico, enfermera, auxiliar, o sanitario durante el parto	56.4

Vacunación

Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad con tarjeta de vacunación	52.6
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha tenido al menos una dosis de vacuna	98.3
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha recibido: ⁷	
BCG	94.3
DPT (las tres dosis)	77.0
Polio (las tres dosis)	71.4
Antisarampionosa	85.8
Todas las vacunas ⁸	63.0

Prevalencia de enfermedades en menores de 5 años

Porcentaje de niños con diarrea ⁹	17.9
Porcentaje de niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral (SRO)	26.0
Porcentaje de niños enfermos con IRA ¹⁰	20.4

Lactancia infantil y nutrición en la niñez

Duración media de la lactancia (en meses) ²	19.2
Porcentaje de niños de 0 a 1 meses amamantados	99.6
Porcentaje de niños de 4 a 5 meses amamantados	94.9
Porcentaje de niños de 10 a 11 meses amamantados	87.7
Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica ¹¹	25.8

Nutrición de las madres¹²

Porcentaje de madres con talla menor de 145 cms	15.4
---	------

¹ Mujeres en edad fértil

² Estimación con el método de prevalencia-incidencia con los nacimientos en los 36 meses anteriores a la encuesta

³ Tomando como base los partos de mujeres de 15 a 49 años durante los tres años que precedieron la encuesta (1991 a 1996 aproximadamente)

⁴ Defunciones por cada 1.000 nacidos vivos para el período de cinco años precedente a la encuesta (1991 a 1996 aproximadamente)

⁵ Las tasas (por 100.000 nacidos vivos) corresponden al período de siete años precedente a la encuesta (1990 a 1996 aproximadamente)

⁶ Tomando como base los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta

⁷ Información obtenida del carnet de vacunación y de la información proporcionada por la madre

⁸ Incluye BCG, tres dosis de polio, tres dosis de DPT, y antisarampionosa

⁹ Niños menores de cinco años cuyas madres declararon que aquellos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta

¹⁰ Niños enfermos con tos acompañada de respiración agitada, durante las dos semanas que precedieron la encuesta

¹¹ Porcentaje de niños con talla inferior a la esperada para su edad, basado en una distribución estándar

¹² Tomando como base a las mujeres con hijos nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta

Indicadores para la Cumbre Mundial sobre los Niños Perú 1996

Indicador	Valor
METAS BASICAS	
MORTALIDAD INFANTIL	
Tasa de mortalidad infantil 1990-1995	43
Tasa de mortalidad de menores de 5 años 1990-1995	59
MORTALIDAD MATERNA	
Razón de mortalidad por 100.000 nacimientos ¹	265
DESNUTRICIÓN EN LA NIÑEZ	
Niños menores de 5 años con desnutrición crónica ²	25.8
Niños menores de 5 años con desnutrición aguda (emaciación) ³	1.1
Niños menores de 5 años con desnutrición global ⁴	7.8
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	
Hogares con agua a menos de 15 minutos ⁵	71.9
Hogares con inodoro ⁶	47.5
EDUCACIÓN BÁSICA	
Mujeres 15-49 años con primaria completa	77.8
Hombres 15-49 años con primaria completa	87.2
Niñas 6-12 años que asisten a la escuela	89.0
Niños 6-12 años que asisten a la escuela	89.2
Mujeres 15-49 años alfabetas	90.4
NIÑOS EN CONDICIONES DIFÍCILES	
Menores de 5 años que son huérfanos	0.3
Niños que no viven con la madre	10.4
Niños en hogares con sólo un adulto	4.4
METAS DE APOYO	
SALUD DE LA MUJER	
Espaciamiento de los Nacimientos	
Nacimientos en últimos 5 años con intervalo de menos de 24 meses	24.3
Maternidad Segura	
Nacimientos en últimos 5 años con atención prenatal por médico	67.3
Nacimientos en últimos 5 años con atención prenatal en primeros 3 meses	43.8
Nacimientos en últimos 5 años con asistencia médica del parto	56.4
Nacimientos en últimos 5 años con parto en institución médica	49.6
Nacimientos en últimos 5 años con riesgo elevado de mortalidad ⁷	52.7
Planificación Familiar	
Uso de anticoncepción entre mujeres en unión	64.2
Necesidad insatisfecha de planificación familiar entre mujeres en unión ⁸	12.1
Necesidad insatisfecha para evitar un nacimiento de alto riesgo ⁹	9.6
NUTRICIÓN	
Madres con bajo índice de masa corporal ¹⁰	1.2
Niños con peso bajo al nacer	5.8
Niños menores de 4 meses con lactancia exclusiva	61.1
SALUD INFANTIL	
Vacunación	
Niños menores de 5 años cuya madre tuvo vacunación antitetánica	69.8
Niños de 12-23 meses vacunados contra el sarampión	85.8
Niños de 12-23 meses con todas las vacunas	63.0
Tratamiento de la Diarrea con Terapia de Rehidratación Oral (TRO)	
Niños menores de 5 años con diarrea en últimas 2 semanas tratados con TRO	60.2
Atención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en Servicios de Salud	
Niños menores de 5 años con IRA en últimas 2 semanas llevados a servicios de salud	45.7

Nota: Las tasas de mortalidad están expresadas en defunciones por mil nacidos vivos; los demás indicadores son porcentajes.

¹ Estimación de mortalidad materna con el método directo

² Talla deficiente para la edad

³ Peso deficiente para la talla

⁴ Peso deficiente para la edad

⁵ Excluye agua de río/acequia/manantial

⁶ Incluye inodoro de alcantarilla, inodoro conectado a pozo séptico y otros

⁷ Nacimientos a madres muy jóvenes, madres de 35 o más, madres con 3 o más hijos, nacimiento anterior hace menos de 24 meses

⁸ Mujeres que no usan anticoncepción y que no desean más hijos o cuyo último embarazo no fue deseado

⁹ Mujeres que no usan anticoncepción y que están a riesgo de concebir un hijo en una categoría de riesgo elevado de

mortalidad: madre muy joven, madre de 35 o más, madre con 3 o más hijos, nacimiento anterior hace menos de 24 meses

¹⁰ El índice de masa corporal mide la obesidad o delgadez controlando por la talla. El punto de corte para definir mujeres en riesgo es 18.5. Una mujer de 147 cms de estatura estaría en el grupo de riesgo si su peso fuera menor de 40 kgs y en el caso de quienes midieran 160 cms, estarían en riesgo aquéllas con peso inferior a 47.4 kgs.