

Documento Técnico

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



1902 - 2012

Documento Técnico

Perfil de la
Salud Materno Neonatal
y de la Niñez en el Perú con
Enfoque de Curso de Vida



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



1902 - 2012

Catalogación hecha por Centro de Gestión de Conocimiento y Comunicación OPS/OMS Perú

Organización Panamericana de la Salud

Documento técnico: Perfil de la salud materno neonatal y de la niñez en el Perú con enfoque de curso de vida. / Organización Panamericana de la Salud. Lima: OPS, 2013.

168 pág.

PERFIL DE SALUD / SALUD MATERNO-INFANTIL / SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO / SALUD DE LA MUJER / CALIDAD DE VIDA / PERÚ

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-06602
ISBN

Documento Técnico. Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

© Organización Panamericana de Salud

Los Pinos 251, Urb. Camacho, La Molina - Lima 12, Perú

Teléfono: (511) 319-5700

Elaborado por:

Elaborado por: Guisella Magali Ascate K'ana; bajo contrato de servicios con OPS/OMS PE/CNT/1200084.001

Equipo revisores MINSA:

Fernando David Gonzales Ramírez

Juan Carlos Arrasco Alegre

Luis Vicente Revilla Tafur

Mirtha Maguiña Guzmán

Luis Robles Guerrero

Rosa Vilca Bengoa

Equipo revisor CLAP/SRM, OPS/OMS:

Pablo Duran

Adrian Díaz

Miguel Dávila

Primera edición, abril de 2013

Tiraje 500 ejemplares

Diseño e impresión: SINCO editores SAC

Jr. Huaraz 449 - Breña / Telf: 433-5974

sincoeditores@yahoo.com

Versión digital disponible en: Versión digital disponible en: www.paho.org/per. La producción de este Documento Técnico ha sido posible gracias a la cooperación técnica y financiera del CLAP/SMR y OPS/OMS. Los criterios expresados, las recomendaciones formuladas y los términos empleados en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni las políticas actuales de la OPS/OMS ni de sus Estados Miembros.

El presente documento ha sido elaborado gracias a la información y/o aportes de las siguientes instancias:

Dirección General de Epidemiología (DGE)-MINSA

Oficina General de Estadística e Informática (OGEI)-MINSA

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR)-MINSA

Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud (DISA y DIRESA)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Colectivo de Salud Neonatal

La salud materno neonatal ha sido uno de los principales ejes de intervención a nivel mundial, a nivel de América Latina y a nivel del Estado peruano, sobre todo porque esta población se encuentra en situación de especial vulnerabilidad debido a los riesgos a los que están expuestos.

En concordancia con las directrices establecidas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio el Perú viene invirtiendo en la salud materno neonatal y aunando esfuerzos con otros actores para garantizar la efectividad de las intervenciones públicas, las mismas que requieren ser evaluadas. Una forma de evaluar los avances de estas intervenciones es identificando el estado de la salud materno neonatal actual y comparándolo con el estado de su salud en años previos.

Conocedores de esta necesidad de evaluación y en el marco de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, el Ministerio de Salud en alianza con la Organización Panamericana de la Salud consideraron pertinente elaborar un Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú teniendo en cuenta también los determinantes sociales influyentes; así como el curso de vida, lo que implica una lectura de la data cuantitativa considerando los aspectos socio demográficos y/o de otra índole que influyen en el desarrollo de las personas generando continuidad o discontinuidad en su trayectoria vital¹. En este marco el perfil aborda el estado de salud de las mujeres en edad fértil, de las gestantes, del neonato y de los niños menores de 5 años, y es por ello, que el presente documento contiene no solo información de la salud materno neonatal sino también información del estado de los determinantes sociales, así como de la salud de la mujer en edad fértil, y de la población menor de 5 años de edad.

Pese a que aún persisten limitantes para acceder a una información completa y de la más alta calidad, en el presente documento se ha recopilado información relevante que consideramos servirá de brújula a todos los actores sociales cuyo quehacer cotidiano guarda estrecha relación con la salud y el desarrollo materno neonatal, contribuyendo así al fortalecimiento de las intervenciones que se vienen desarrollando a favor de este grupo poblacional desde los diferentes escenarios.

¹ Mercedes Blanco. *The life course perspective: origins and development*. *Revista Latinoamericana de Población*. Número 8, Enero, 2011.

Acrónimos

CIE	Calificación Internacional de Enfermedades
DGE	Dirección General de Epidemiología
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ESNSSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FFAA	Fuerzas Armadas
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IRA	Infección Respiratoria Aguda
MINSA	Ministerio de Salud
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PACFO	Programa de Complementación Alimentaria para Grupos en Mayor Riesgo
PANFAR	Programa de Alimentación y Nutrición a Familias en Alto Riesgo
PNP	Policía Nacional del Perú
RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
RENIEC	Registro Nacional de Identidad y Estado Civil
SIS	Seguro Integral de Salud
Vacuna BCG	Vacuna (Bacilo Calmette Guerin), Vacuna contra la tuberculosis
Vacuna HVB	Vacuna contra la Hepatitis B

INTRODUCCIÓN	11
1. FINALIDAD	13
2. OBJETIVO	13
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	13
4. PERFIL DEMOGRÁFICO	15
5. CONDICIONANTES DE LA SALUD	20
a. Población menor de 5 años con Documento Nacional de Identidad	20
b. Situación de los servicios básicos	23
b.1 Vivienda de los hogares donde habitan niños	23
b.2 Abastecimiento de agua en los hogares donde habitan niños	24
b.3 Servicios higiénicos en los hogares donde habitan niños	25
b.4 Hacinamiento en los hogares donde habitan niños	26
c. Situación de la educación	27
c.1 Analfabetismo en las mujeres en edad fértil	27
c.2 Nivel educativo de las mujeres en edad fértil	28
c.3 Motivos por los que se produce la deserción educativa en las mujeres en edad fértil	29
c.4 Escolaridad en la niñez	30
d. Índice de Desarrollo Humano de la población menor de 5 años	31
e. Desempleo en las mujeres en edad fértil	32
6. SALUD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL	35
a. Fecundidad	35
b. Uso de anticoncepción	37
c. Insatisfacción de las mujeres en edad fértil con los servicios de planificación familiar	41
d. Estado nutricional de las mujeres en edad fértil	43
e. Anemia en mujeres en edad fértil	47
f. VIH/SIDA en mujeres en edad fértil	50
7. SALUD MATERNA	55
a. Gestantes con primer control prenatal en el primer trimestre de gestación	55
b. Gestantes controladas	58
c. Gestantes controladas y a las que se les entregó sulfato ferroso en dosis completa para la prevención de la anemia	63
d. Gestantes protegidas contra el Tétanos Neonatal	64
e. Gestantes con tamizaje para la detección de VIH	66
f. VIH en gestantes	69

g.	Gestantes con tamizaje para la detección de Sífilis	71
h.	Sífilis en gestantes	73
i.	Parto institucional	75
j.	Parto por cesárea	78
k.	Parto pretérmino	81
l.	Espaciamiento del embarazo	86
8.	SALUD NEONATAL	91
a.	Recién nacidos con bajo peso al nacer	91
b.	Cobertura de inmunización neonatal	96
c.	VIH en neonatos	98
d.	Anemia en neonatos	101
e.	Morbilidad neonatal	103
9.	SALUD EN LA NIÑEZ	105
a.	Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 5 años	105
b.	Inmunizaciones en menores de 5 años	107
c.	Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses	110
d.	Anemia en la niñez	114
e.	Administración de sulfato ferroso en la niñez	117
f.	Infecciones Respiratorias Agudas-IRA en la niñez	120
g.	Enfermedades Diarreicas Agudas-EDA en la niñez	123
h.	Desnutrición en la niñez	127
i.	Morbilidad en la niñez	133
10.	MORTALIDAD MATERNA	135
a.	Razón de mortalidad materna	135
b.	Causas de mortalidad materna	137
c.	Momento de la muerte materna	138
11.	MORTALIDAD NEONATAL	138
a.	Tasa de mortalidad neonatal	138
b.	Causas de mortalidad neonatal	141
c.	Momento de la muerte fetal	142
d.	Momento de la muerte neonatal	142
12.	MORTALIDAD EN LA NIÑEZ	143
a.	Tasa de mortalidad en la niñez	143
b.	Causas de mortalidad en la niñez	145
13.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	147
a.	Aseguramiento en Salud para la población menor de 5 años	147
b.	Oferta de servicios para la atención materno neonatal	148
14.	ACCESO A PROGRAMAS SOCIALES	151
15.	CONCLUSIONES	153
16.	RECOMENDACIONES	160
17.	BIBLIOGRAFÍA	162

Introducción

En el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Perú viene implementando una serie de intervenciones a favor de la salud materno neonatal que contribuyan al alcance de las metas planteadas como País.

El Estado peruano ha incorporado también desde el año 2008 en su Programación Presupuestaria por Resultado, el Programa Materno Neonatal, y para realizar un seguimiento de los avances actualmente el país cuenta con diferentes fuentes de información nacional anuales tales como: las Encuestas Nacionales Demográficas y de Salud Familiar, las Encuestas Nacionales de Hogares y Viviendas, entre otras.

Gracias a la disponibilidad de las bases de datos de las fuentes de información en mención así como a la información obtenida de la Dirección General de Epidemiología, de la Oficina General de Estadística e Informática y de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, ha sido posible elaborar el presente perfil de la salud materno neonatal y de la niñez teniendo en cuenta el enfoque de curso de vida. No obstante aún persisten limitantes para el recojo y análisis de información de la oferta de servicios de salud pública.

Se han considerado como variables de análisis en todo el documento, las edades, los quintiles de riqueza, las regiones y los departamentos.

El presente perfil parte de la situación demográfica así como de las condicionantes sociales que podrían influir en la salud materno neonatal y del niño(a) en todo su curso de vida, posteriormente se presenta el estado de la salud de la mujer en edad fértil, teniendo en cuenta su salud física y nutricional y su salud sexual y reproductiva.

También se presenta el estado de la salud materna y del neonato, seguido de la salud en la población menor de 5 años de edad.

Así mismo, el documento presenta el estado de la mortalidad materna, mortalidad en población neonatal y en la niñez.

Se concluye el perfil con la presentación del estado de la oferta de los servicios para la atención materno neonatal y al final se presentan las conclusiones y recomendaciones respectivas.

1. Finalidad
2. Objetivo
3. Ámbito de aplicación





Documento Técnico

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

1. Finalidad

Contribuir a direccionar las políticas públicas relacionadas con la salud materno neonatal teniendo en cuenta el enfoque de curso de vida.

2. Objetivo

Proporcionar a los diferentes actores involucrados con la salud materno neonatal, información relevante que permita identificar las necesidades de intervención teniendo en cuenta el enfoque de curso de vida.

3. Ámbito de aplicación

La difusión del presente documento es de referencia obligada para todas las entidades de salud pública desde sus diferentes niveles de intervención y para otros actores y/o sectores cuyo quehacer cotidiano guarda estrecha relación con la salud materno-neonatal.



4. | Perfil demográfico
5. | Condicionantes de la salud

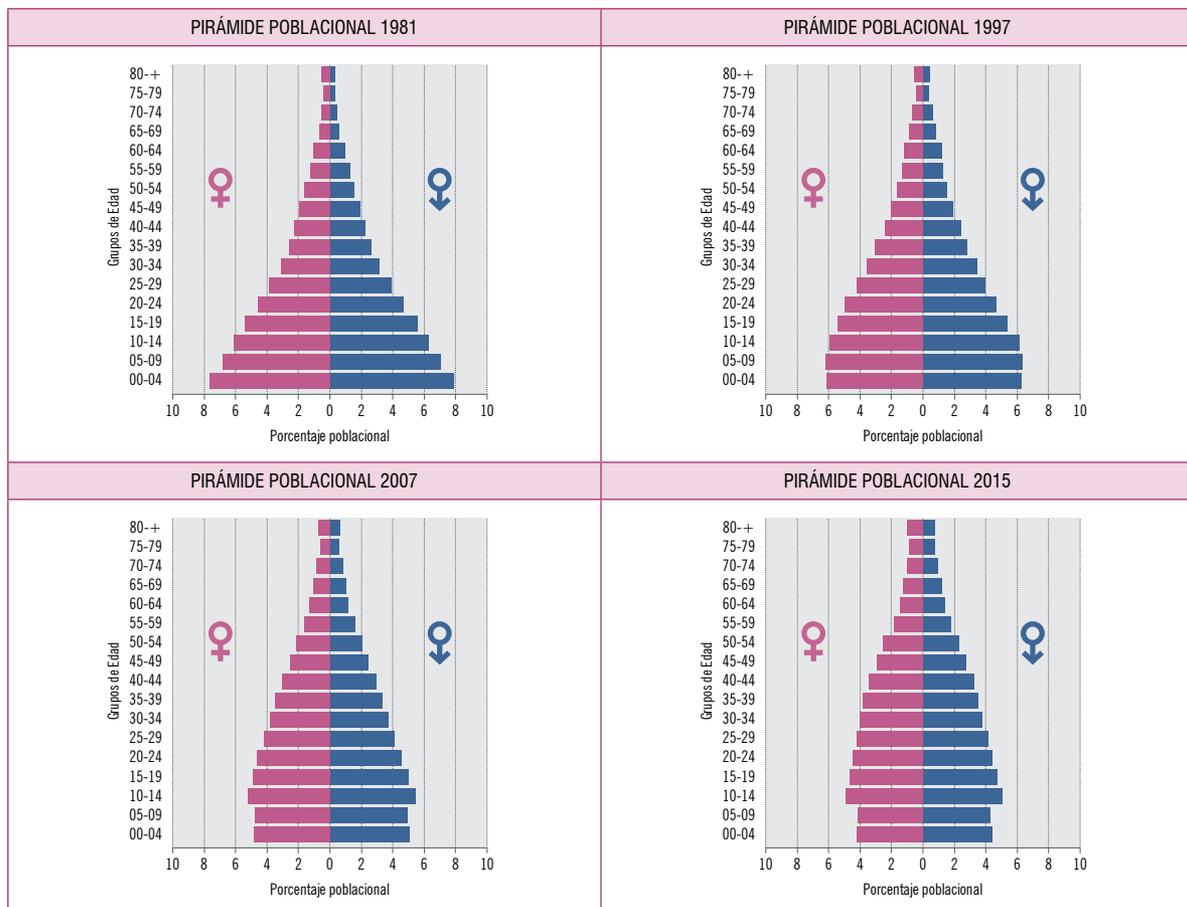
Documento técnico

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

4. Perfil demográfico

De acuerdo al gráfico 1, las pirámides poblacionales de los años 1981 y 1997 evidencian una base amplia, lo cual implicaba que la población menor de 5 años era en ese entonces la preponderante en el país.

Gráfico 1
Pirámides poblacionales



Fuente: INEI-Estimaciones DGE

En el año 2007 se observa que la situación varió, la base de la pirámide se estrechó y presentó un ensanchamiento en las barras correspondientes al grupo de edad de 10 -19 años, lo que implica una mayor proporción de población adolescente en comparación con los demás grupos de edades, situación asociada al descenso de la tasa global de fecundidad entre otros factores.

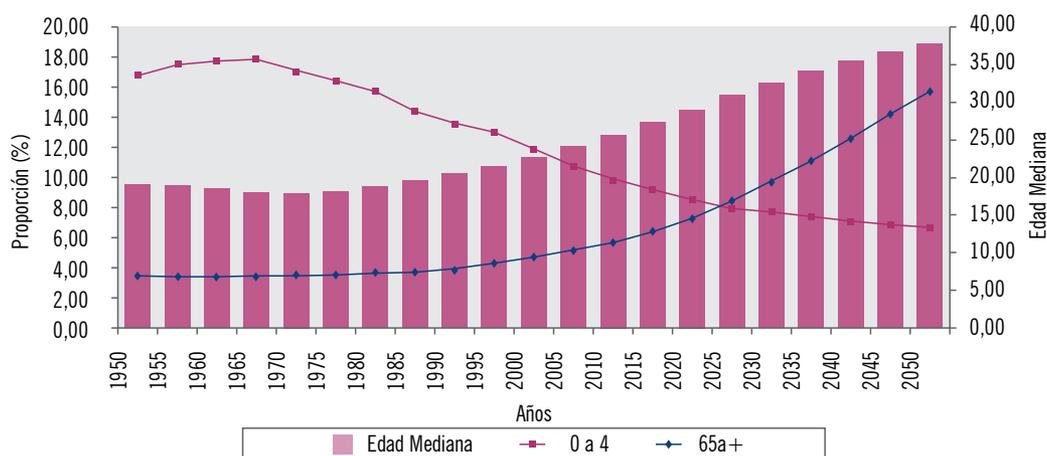
Así como se evidencia un incremento de la población adolescente en la pirámide poblacional del año 2007, también se evidencia un incremento de la población adulta joven, lo cual implica que el país a partir del año 2007 empezó a contar con una mayor proporción de población en edad independiente en relación a la población en edad dependiente, fenómeno denominado por algunos expertos como "Bono Demográfico"².

De acuerdo a la proyección poblacional presentada en el gráfico 2, en el año 2015 la pirámide irá tomando una forma romboide, propia de los países en etapas avanzadas de la transición demográfica lo que implica que aumentaría aún más la cohorte de población adolescente y adulta joven.

El garantizar el acceso a la educación, salud y empleo en la población que forma parte del Bono Demográfico contribuiría enormemente al desarrollo del país. Para aprovechar de este Bono, la inversión en salud y educación debe realizarse con un enfoque de curso de vida, es decir que se debe garantizar la salud y educación de la población no solo en la etapa de vida niño, sino en todas las etapas de vida, de manera que cuando la población dependiente se convierta en población independiente, esta tenga mayores oportunidades de un empleo digno que le permita mejores ingresos económicos contribuyendo así a una mejora en su calidad de vida y la de su familia.

Gráfico 2

Proyección de la población menor de 5 años y mayor de 65 años, Perú 1950-2050



Fuente: Estimaciones DGE/DGSP-MINSA

² Bloom, David E., y David Canning. *Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance*. Washington DC. 2004.

En virtud de las proyecciones previamente presentadas sería esperable que al 2025 se acentuará la caída de la proporción de población infantil acompañado de un incremento de la población adulta mayor.

Por todo lo expuesto es relevante tener en consideración que son en estos años hasta el año 2025 en donde debe haber una mayor inversión en los niños, adolescentes y jóvenes del país teniendo en cuenta el enfoque de curso de vida que permita garantizar el bien común para todos los grupos de edades.

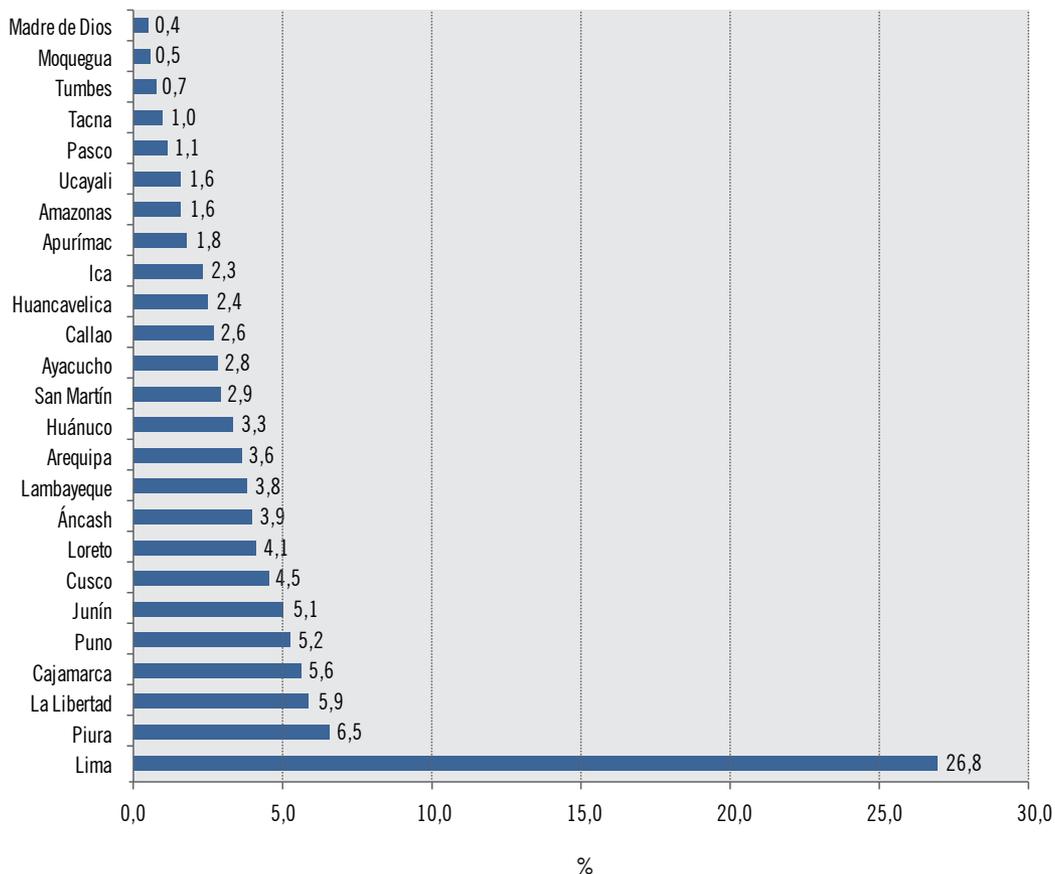
» **Distribución porcentual de la Población Neonatal a nivel nacional**

Al igual que sucede en otros grupos de edades, la mayor proporción de neonatos a nivel nacional reside en los departamentos de: Lima (26,8%), seguido de Piura (6,5%), La Libertad (5,9%), Cajamarca (5,6%) y Puno (5,2%).

En menor proporción se encuentran en los departamentos de Madre de Dios (0,4%), Moquegua (0,5%) y Tumbes (0,7%).

Gráfico 3

Distribución porcentual de la población neonatal en el Perú



Fuente: Proyección población INEI-OGEI (MINSa)

A nivel nacional la población neonatal representa el 2% de la población total. Los departamentos que tienen una concentración de población neonatal mayor al promedio nacional son: Huancaavelica (2,9%), Ayacucho (2,5%), Apurímac y Loreto (2,4% cada uno respectivamente), Amazonas, Huánuco y Junín (2,3% cada uno respectivamente), Cajamarca, Pasco y Puno (2,2% cada uno respectivamente), y Áncash, Madre de Dios, Piura y San Martín (2,1% cada uno respectivamente).

Cuadro 1
Concentración de población neonatal por región

Región	Población total	Población neonatal	Porcentaje
HUANCAVELICA	483 580	14 153	2,9
AYACUCHO	666 029	16 345	2,5
APURÍMAC	451 881	10 704	2,4
LORETO	1 006 953	24 020	2,4
AMAZONAS	417 508	9 493	2,3
HUÁNUCO	840 984	19 658	2,3
JUNÍN	1 321 407	29 769	2,3
CAJAMARCA	1 513 892	32 829	2,2
PASCO	297 591	6 484	2,2
PUNO	1 377 122	30 749	2,2
ÁNCASH	1 129 391	23 231	2,1
MADRE DE DIOS	127 639	2 636	2,1
PIURA	1 799 607	38 348	2,1
SAN MARTÍN	806 452	16 904	2,1
CUSCO	1 292 175	26 306	2,0
UCAYALI	477 616	9 357	2,0
LA LIBERTAD	1 791 659	34 700	1,9
ICA	763 558	13 695	1,8
LAMBAYEQUE	1 229 260	22 353	1,8
TACNA	328 915	5 782	1,8
TUMBES	228 227	4 074	1,8
AREQUIPA	1 245 251	21 060	1,7
LIMA	9 395 149	157 892	1,7
CALLAO	969 170	15 533	1,6
MOQUEGUA	174 859	2 738	1,6
TOTAL	30 135 875	588 813	2,0

Fuente: Estimaciones de población 2012, INEI-OGEI (MINSA)

» Población menor de 5 años

A nivel nacional la población menor de 5 años de edad representa el 9,7% de la población total. Los departamentos que tienen una concentración de población menor de 5 años mayor al promedio nacional son: Huancavelica (14%), Ayacucho (11,9%), Loreto (11,9%), Apurímac (11,6%), Huánuco (11,5%), Amazonas (11,2%), Junín, Pasco y Puno (10,9% cada uno), Cajamarca (10,8%), Piura (10,5%), Madre de Dios y San Martín (10,4% cada uno), Ancash, Cusco y Ucayali (10,1% cada uno).

La Libertad, Lambayeque, Ica, Tumbes, Tacna, Lima, Arequipa, Callao y Moquegua son las regiones que tienen una concentración de población menor de 5 años de edad, menor al promedio nacional.

Cuadro 2

Concentración de población menor de 5 años por región

Región	Población	Edad 0-5 Años	Porcentaje
HUANCAVELICA	483 580	67 463	14,0
AYACUCHO	666 029	79 123	11,9
LORETO	1 006 953	119 918	11,9
APURÍMAC	451 881	52 514	11,6
HUÁNUCO	840 984	96 946	11,5
AMAZONAS	417 508	46 837	11,2
JUNÍN	1 321 407	143 585	10,9
PASCO	297 591	32 475	10,9
PUNO	1 377 122	149 992	10,9
CAJAMARCA	1 513 892	162 942	10,8
PIURA	1 799 607	188 850	10,5
MADRE DE DIOS	127 639	13 218	10,4
SAN MARTÍN	806 452	83 496	10,4
ÁNCASH	1 129 391	113 717	10,1
CUSCO	1 292 175	130 057	10,1
UCAYALI	477 616	48 194	10,1
LA LIBERTAD	1 791 659	174 136	9,7
LAMBAYEQUE	1 229 260	112 453	9,1
ICA	763 558	69 548	9,1
TUMBES	228 227	20 514	9,0
TACNA	328 915	28 910	8,8
LIMA	9 395 149	792 965	8,4
AREQUIPA	1 245 251	103 537	8,3
CALLAO	969 170	78 590	8,1
MOQUEGUA	174 859	13 705	7,8
TOTAL	30 135 875	2 923 685	9,7

Fuente: Estimación de población 2012, INEI-OGEI (MINSA)

5. Condicionantes de la salud

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre ellos constituyen la principal preocupación de la comunidad mundial³. Se presenta una oportunidad sin precedentes para mejorar la salud si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales reflejan la posición de las personas en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales⁴.

Por todo lo expuesto, se ha considerado pertinente abordar en el presente documento la situación de las condicionantes sociales que influyen en la salud de la población neonatal y menor de 5 años en todo el curso de su vida, teniendo en cuenta las condicionantes del entorno en el cual se encuentra.

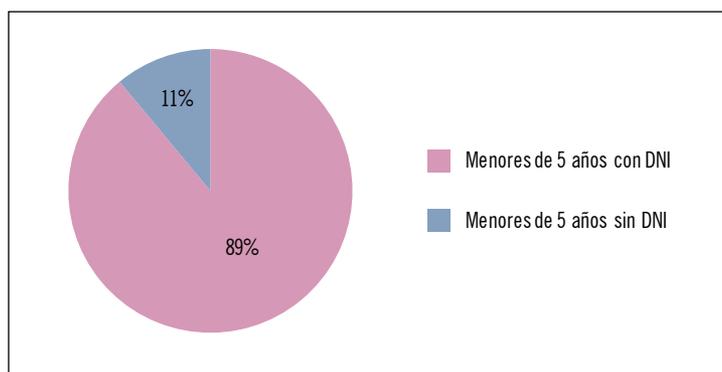
Uno de los principales condicionantes necesarios para que la población neonatal o menor de 5 años de edad acceda a los beneficios de los programas sociales es el acceso al Documento Nacional de Identidad - DNI.

a. Población menor de 5 años con Documento Nacional de Identidad

De acuerdo a la información del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil-RENIEC tal y como se aprecia en el gráfico 4; 11% del total de la población menor de 5 años no cuenta aún con un Documento Nacional de Identidad-DNI, pese a que desde el año 2008 el Estado ha incorporado en la Programación Presupuestaria por Resultados el Programa Estratégico: Acceso de la Población a la Identidad, el mismo que fue establecido bajo la Ley N° 28927.

Gráfico 4

Población menor de 5 años con Documento Nacional de Identidad - DNI



Fuente: RENIEC 2012

³ WHO. 2003. World Health Report 2003: *Shaping the future*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

⁴ McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman J. 2002. *The case for more active policy attention to health promotion*. *Health Affairs* 21(2): 78-93.

La indocumentación tiene como consecuencia el ejercicio de una ciudadanía restringida considerando que el DNI es un requisito indispensable para el ejercicio de derechos básicos como: El acceso a la educación y a los servicios de salud entre otros programas de carácter social.

El Programa Estratégico “Acceso de la Población a la Identidad”, mencionado en párrafos anteriores, plantea en su modelo lógico cinco productos de los cuales cuatro están estrechamente relacionados con la población neonatal, los mismos que son: Identificación de personas con el DNI de 0-3 años-Apoyo Social, población con Documento Nacional de Identidad, población cuenta con acta de nacimiento-Apoyo Social, población cuenta con acceso al certificado digital.

Para lograr la implementación de los productos previamente mencionados el RENIEC ha considerado en su Programación Presupuestaria por Resultados el desarrollo de las siguientes actividades:

- Proceso de emisión del DNI a población entre los 0 a 3 años en campañas de documentación.
- Tramitación y entrega del DNI en agencias.
- Procesamiento del DNI.
- Tramitación y entrega de actas de nacimiento.
- Generación y entrega del Certificado Digital.

Cuadro 3

Porcentaje de población menor de 5 años con DNI según región

Región	Menores de 5 años con DNI	Menores de 5 años	%
ICA	75 766	69 548	109
CALLAO	85 700	78 590	109
TUMBES	21 140	20 514	103
AREQUIPA	105 316	103 537	102
UCAYALI	48 831	48 194	101
LAMBAYEQUE	111 421	112 453	99
LIMA	779 927	792 965	98
MOQUEGUA	13 273	13 705	97
SAN MARTÍN	80 054	83 496	96
PIURA	178 123	188 850	94
LA LIBERTAD	160 731	174 136	92
LORETO	108 371	119 918	90
MADRE DE DIOS	11 618	13 218	88
ÁNCASH	98 611	113 717	87
CAJAMARCA	137 060	162 942	84
TACNA	24 168	28 910	84
AMAZONAS	38 117	46 837	81
CUSCO	105 489	130 057	81
PASCO	23 897	32 475	74
AYACUCHO	58 083	79 123	73
JUNÍN	103 379	143 585	72
APURÍMAC	37 517	52 514	71
HUÁNUCO	66 908	96 946	69
PUNO	96 288	149 992	64
HUANCAVELICA	38 617	67 463	57
TOTAL	2 608 405	2 923 685	89

Fuente: RENIEC, mayo 2012/ Proyección población INEI-OGEI (MINSa)

En el cuadro 3 se puede apreciar que las regiones que han sobrepasado al 100% de cobertura de niños menores de 5 años con DNI son: Ica, Callao, Tumbes, Arequipa y Ucayali (109%, 103%, 102% y 101% respectivamente), probablemente porque las estimaciones de proyección de población menor de 5 años para esas regiones ha sido inferior a la población actual real.

Las regiones con un porcentaje menor de niños menores de 5 años con DNI son paradójicamente algunas de las más pobres: Huancavelica, Puno, Huánuco y Apurímac (57%, 64%, 69% y 71% respectivamente). Es importante resaltar que son estas regiones las que tiene más problemas de salud y no contar con DNI limita el acceso a los servicios públicos.

La información de nacidos vivos con certificado de nacimiento, ha sido difícil de consignar en el presente perfil debido a que a la fecha el RENIEC no cuenta con información actualizada de todas las regiones, la misma que es remitida desde los municipios en formatos que en ocasiones llegan con información incompleta y a destiempo. Por lo expuesto, el RENIEC viene implementando progresivamente oficinas a nivel de las regiones.

b. Situación de los servicios básicos

b.1 Vivienda de los hogares donde habitan niños

De acuerdo al cuadro 4, a nivel nacional la mayor proporción de las viviendas, en donde habitan las mujeres en edad fértil así como sus niños, están construidas de material noble como ladrillo y cemento (83,9%). Sin embargo si se analiza la información por región se identifican las siguientes diferencias;

Mientras que el material predominante en las viviendas de la costa es el ladrillo y cemento (57%), en la Sierra es el adobe (50,2%) y en la Selva es la madera (41,6%).

Estos resultados evidencian las diferencias culturales de cada región e igualmente importantes inequidades, las cuales influyen en los estilos de vida de los niños que habitan en dichos hogares.

Cuadro 4

Distribución porcentual de las viviendas según material de las paredes en donde habitan las mujeres en edad fértil y niños según región

Material de paredes de la vivienda	Costa	Sierra	Selva	Lima Metropolitana
Ladrillo o bloque de cemento	57,0	24,6	27,3	83,9
Piedra o sillar con cal o cemento	0,3	1,4	0,4	0,2
Adobe	31,3	50,2	12,9	4,2
Tapia	0,1	19,6	2,5	0,0
Quincha (caña con barro)	3,5	0,2	4,9	0,6
Piedra con barro	0,0	2,4	0,3	0,0
Madera	1,0	0,5	41,6	5,9
Estera	1,9	0,2	0,2	0,5
Otro material	4,9	0,8	9,9	4,7
Total	100	100	100,0	100,0

Fuente: ENAHO 2011-INEI

Según el cuadro 5, a nivel nacional la mayor proporción de las viviendas en donde habitan las mujeres en edad fértil y sus niños son propias y totalmente pagadas (53,1%). El 18,6% de las viviendas son cedidas por otro hogar o institución, el 14,6% son alquiladas y el 12% son propias por invasión.

La proporción entre tipos de condición de vivienda no presenta diferencias entre Costa, Sierra y Selva, aunque es importante mencionar que la mayor proporción de viviendas propias por in-

vasión se presenta en la Costa (9,1%) en comparación con la Sierra (0,7%) y Selva (2,1%), lo cual puede estar asociado a la alta inmigración en Lima Metropolitana.

Cuadro 5

Distribución porcentual según condición de vivienda en donde habitan las mujeres en edad fértil y niños según región

Condición de vivienda	Costa	Sierra	Selva	Lima Metropolitana
Alquilada	6,0	7,1	7,6	14,6
Propia, totalmente pagada	67,6	75,8	78,8	53,1
Propia, por invasión	9,1	0,7	2,1	12,0
Propia, comprándola a plazos	0,6	0,3	0,5	1,5
Cedida por el centro de trabajo	0,4	0,6	0,3	0,3
Cedida por otro hogar o institución	16,3	15,3	10,6	18,6
Otra forma	0,0	0,3	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: ENAHO 2011-INEI

b.2 Abastecimiento de agua en los hogares donde habitan niños

De acuerdo a los datos del cuadro 6, a nivel nacional la mayor proporción de viviendas en donde habitan las mujeres en edad fértil y sus niños cuentan con una red pública dentro la vivienda que les abastece de agua (69,5%). El 14,8 % de las viviendas se abastecen de agua por medio del río, acequia o manantial.

Cuadro 6

Distribución porcentual de hogares en donde habitan las mujeres en edad fértil y niños según abastecimiento de agua y por región

Fuente de abastecimiento de agua	Porcentaje								
	Costa Norte	Costa Centro	Costa Sur	Sierra Norte	Sierra Centro	Sierra Sur	Selva	Lima Metropolitana	Nacional
Red pública, dentro de la vivienda	79,3	79,3	85,0	55,1	55,6	51,6	47,5	86,7	69,5
Red pública, fuera de la vivienda	1,1	1,1	4,3	3,3	7,8	16,5	3,6	4,0	5,5
Pilón de uso público	2,1	2,1	1,6	0,8	1,5	1,2	1,3	2,5	1,8
Camión - cisterna u otro similar	1,7	1,7	3,6	0,0	0,3	1,9	0,9	3,8	2,0
Pozo	3,3	3,3	1,0	8,1	0,3	5,8	8,1	0,9	3,5
Río, acequia, manantial o similar	5,2	5,2	3,4	31,2	32,1	20,6	34,5	0,6	14,8
Otra	7,4	7,4	1,2	1,5	2,4	2,5	4,1	1,5	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: ENAHO 2011-INEI

Las regiones que cuentan con una menor proporción de hogares con abastecimiento de agua a través de una red pública dentro de la vivienda, en comparación con el promedio nacional, son: La Selva (47,5%) y la Sierra: (Sierra Norte: 55,1%), (Sierra Centro: 55,6%), (Sierra Sur: 51,6%).

b.3 Servicios higiénicos en los hogares donde habitan niños

A nivel nacional la mayor proporción de viviendas en donde habitan las mujeres en edad fértil y sus niños cuentan con una red pública dentro la vivienda que les sirve de fuente de conexión del servicio higiénico (60%); el 12,4 % de las viviendas tiene como fuente de conexión del servicio higiénico un pozo séptico (12,4%), el 11,5% tiene pozo ciego o letrina y 9,3% no cuenta con servicio higiénico.

Las regiones que cuentan con una mayor proporción de hogares que no cuentan con un servicio higiénico, en comparación con el promedio nacional, son: la Selva (19,8%) y la Sierra: (Sierra Norte: 14,6%), (Sierra Centro: 17,7%), (Sierra Sur: 12,7%).

Es importante tener en cuenta que son justo estas mismas regiones quienes no cuentan con una red segura para el abastecimiento de agua en sus hogares, lo cual predispone a sus habitantes a contraer un mayor número de enfermedades por contaminación.

Cuadro 7

Distribución porcentual de hogares en donde habitan las mujeres en edad fértil y niños según tipo de servicio higiénico y por región

Fuente de conexión del servicio higiénico	Costa Norte	Costa Centro	Costa Sur	Sierra Norte	Sierra Centro	Sierra Sur	Selva	Lima Metrop	Nacional
Red pública, dentro de la vivienda	68,2	74,2	80,3	26,0	40,0	40,0	32,9	87,0	60,0
Red pública, fuera de la vivienda pero dentro del edificio	1,2	1,0	4,0	3,0	7,5	15,2	3,1	4,1	5,2
Pozo séptico	8,1	5,7	4,3	37,4	26,1	12,3	19,1	2,4	12,4
Pozo ciego o negro/letrina	13,4	10,5	8,0	17,5	7,5	19,2	18,3	4,7	11,5
Río, acequia o canal	0,2	2,5	0,1	1,5	1,2	0,6	6,9	0,5	1,6
No tiene	8,9	6,2	3,3	14,6	17,7	12,7	19,8	1,2	9,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

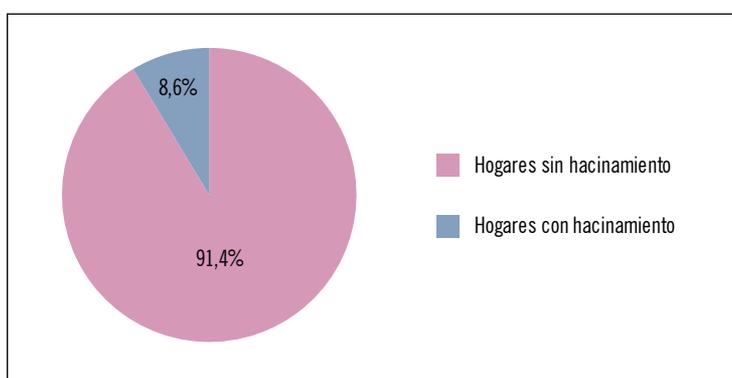
Fuente: ENAHO 2011-INEI

b.4 Hacinamiento en los hogares donde habitan niños

Según la Encuesta Nacional de Hogares y Vivienda del 2011 representada en el gráfico 5, el 8,6% de los hogares de las mujeres en edad fértil en donde habitan niños se encuentran hacinados, por ende es probable que los niños de estos hogares tengan que compartir una misma habitación con sus padres y/o demás miembros de su familia.

Gráfico 5

Hacinamiento en hogares de las mujeres en edad fértil en los que habitan niños

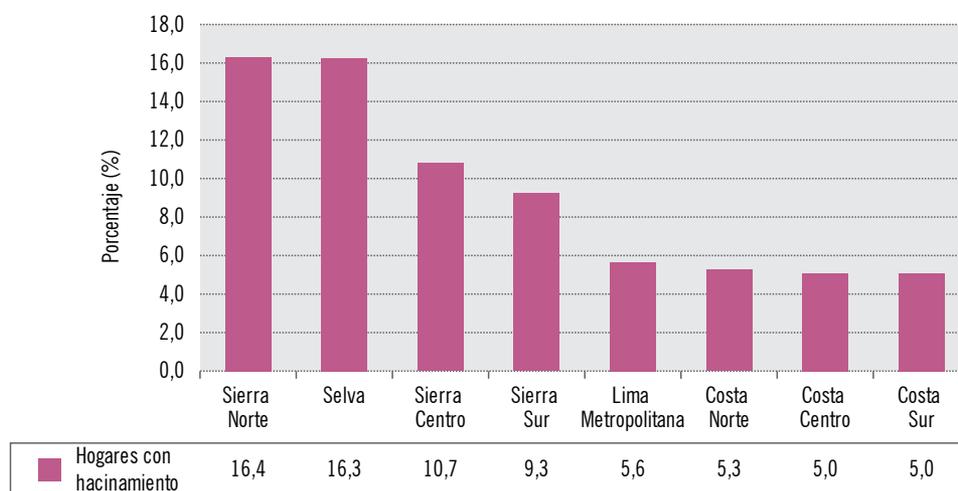


Fuente: ENAHO 2011-INEI

Esta situación los expone a riesgos en su salud, no sólo física en caso haya posibilidad de transmisión de alguna enfermedad, sino también mental dado que los niños estarían más expuestos a todo tipo de vivencias y comportamientos que podrían no ser adecuados.

Gráfico 6

Hacinamiento en hogares de las mujeres en edad fértil donde habitan niños



Fuente: ENAHO 2011-INEI

Las regiones que presentan un mayor porcentaje de hogares con hacinamiento, son: la Sierra Norte (16,4%) y la Selva (16,3%), siendo importante mencionar que coincidentemente son en estas regiones en donde se ha identificado un mayor porcentaje de casos de violencia familiar física y sexual según datos de la ENDES 2011 (42,8% y 40,6% respectivamente).

Aunque no existe ningún tipo de estudio que asocie al hacinamiento con los actos violentos, es necesario tener en cuenta que los niños que habitan en estos hogares estarían expuestos a vivencias que podrían repercutir en su salud mental.

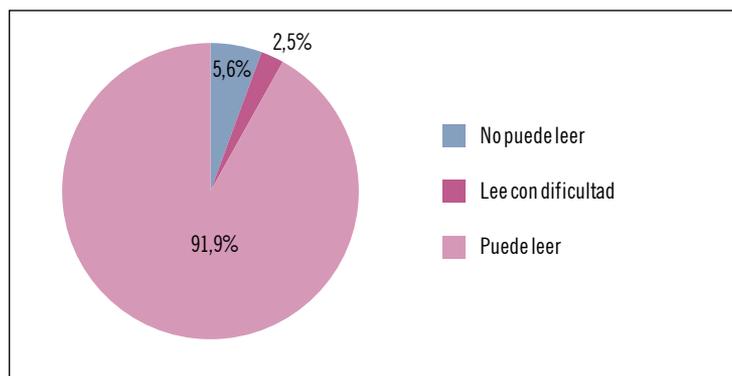
c. Situación de la educación

c.1 Analfabetismo en las mujeres en edad fértil

Según la información de la ENDES 2011 representada en el gráfico 7, el 5,6% de las mujeres en edad fértil no pueden leer y el 2,5% lo hace con dificultad.

Gráfico 7

Analfabetismo en las mujeres en edad fértil



Fuente: ENDES 2011-INEI

Cuadro 8:

Cambios en los niveles de analfabetismo en las mujeres en edad fértil según ámbito geográfico

ENDES	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2004-2006	ENDES 2009	ENDES 2010	ENDES 2011
ÁMBITO GEOGRÁFICO							
Urbana	2,6	2,5	1,7	1,2	1,0	1,0	0,9
Rural	17,2	16,5	13,2	9,1	7,9	6,3	7,9
REGIÓN							
Lima Metropolitana	0,9	1,5	0,8	0,4	0,4	0,6	0,4
Resto Costa	4,6	3,5	2,6	1,6	1,5	1,4	1,3
Sierra	12,6	12,3	11,2	7,8	5,7	4,5	5,5
Selva	6,7	7,8	5,4	4,1	3,4	2,5	3,2
Total	5,9	6,2	5,1	3,5	2,8	2,4	2,6

Fuente: ENDES 1991-2011-INEI

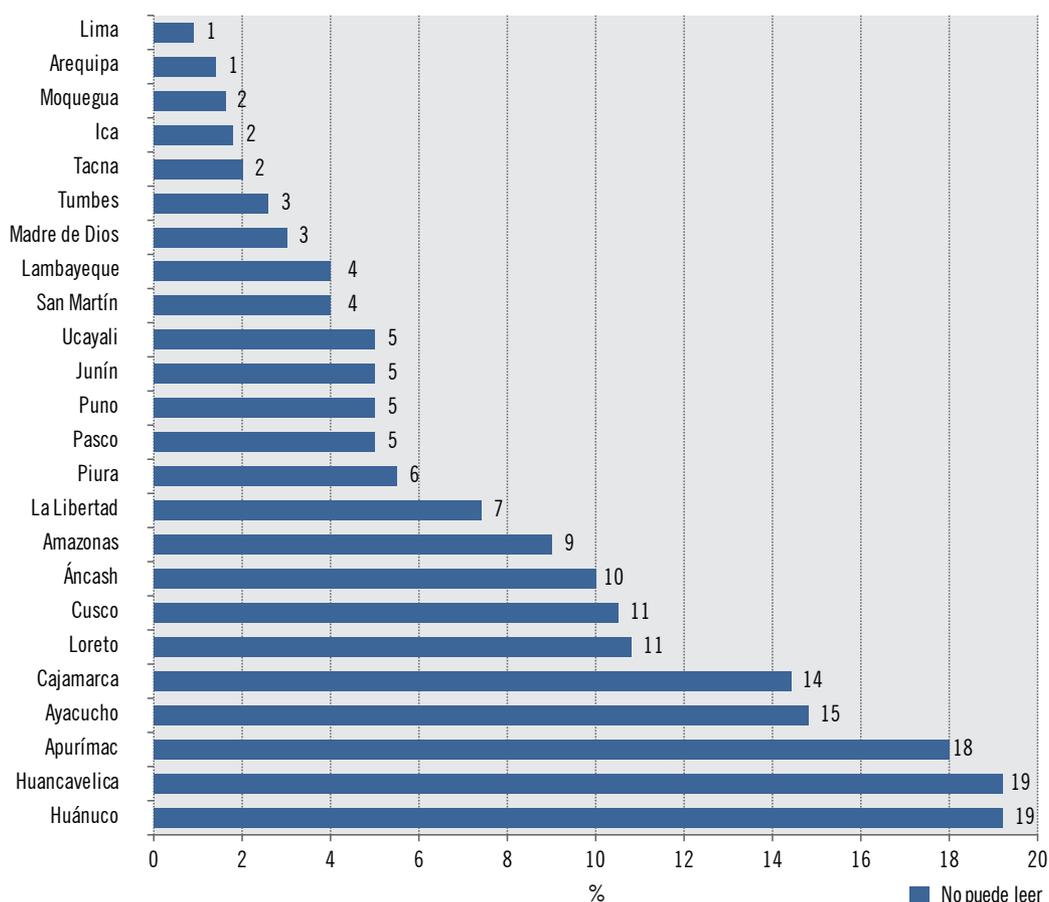
Si bien el porcentaje de mujeres que no saben leer ni escribir ha ido disminuyendo desde 1991 al 2010, tal y como se aprecia en el cuadro 8, se observa que del 2010 al 2011 hubo un ligero incremento, sobre todo para el caso de las mujeres en edad fértil del área rural, de la Sierra y de la Selva.

Cabe mencionar que en estas regiones es donde los indicadores sanitarios en neonatos y niños son los peores en comparación con el promedio nacional, tal y como se apreciará en los capítulos posteriores.

Los departamentos que tienen una mayor tasa de analfabetismo de mujeres en edad fértil son: Huánuco (19%), Huancavelica (19%), Apurímac (18%), Ayacucho (15%), y Cajamarca (14%).

Gráfico 8

Tasa de analfabetismo de las mujeres en edad fértil según departamento



Fuente: ENDES 2011-INEI

c.2 Nivel educativo de las mujeres en edad fértil

A nivel nacional la mayor proporción de mujeres en edad fértil cuenta con secundaria completa (26,4%), el 10,3% con superior no universitaria completa, y el 9,2% con primaria completa.

La mayor proporción de mujeres en edad fértil que no cuentan con un nivel educativo son las que residen en la Sierra Norte (10,6%), luego la Sierra Centro (6,1%), la Sierra Sur (3,1%) y las que residen en la Selva (3,6%).

Cuadro 9

Nivel educativo de las mujeres en edad fértil

Nivel educativo	Costa Norte	Costa Centro	Costa Sur	Sierra Norte	Sierra Centro	Sierra Sur	Selva	Lima Metrop	Total
Sin nivel	2,2	0,8	1,9	10,6	6,1	3,1	3,6	0,8	2,9
Educación inicial	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Primaria incompleta	9,6	5,6	7,1	27,0	16,5	13,4	16,3	4,6	10,9
Primaria completa	10,7	6,0	6,7	18,9	10,7	9,7	15,7	4,4	9,2
Secundaria incompleta	20,0	19,9	21,0	15,1	20,1	19,3	24,0	16,9	19,1
Secundaria completa	27,5	28,5	28,9	11,2	19,3	24,3	20,1	33,9	26,4
Superior no universitaria incompleta	5,0	5,3	4,5	2,9	4,5	5,6	4,2	8,6	6,0
Superior no universitaria completa	11,0	12,1	13,0	8,0	8,0	8,2	7,3	12,6	10,3
Superior universitaria incompleta	6,9	9,9	7,4	2,5	6,9	8,4	4,8	8,1	7,2
Superior universitaria completa	6,2	11,2	7,5	2,9	6,7	6,8	3,4	8,7	7,0
Post-grado universitario	0,9	0,6	2,0	0,8	1,2	1,1	0,5	1,5	1,1
Total	100	100	100	100	100,0	100	100	100	100

Fuente: ENAHO 2011-INEI

c.3 Motivos por los que se produce la deserción educativa en las mujeres en edad fértil

En el cuadro 10 se puede apreciar que a nivel nacional, la mayor proporción de mujeres dejó de asistir a un centro de educación básica regular debido a problemas económicos (24,8%). Las regiones en donde se identifica una mayor proporción de mujeres con deserción educativa debido a problemas económicos en relación al promedio nacional son: la Sierra Norte (32,1%), Costa Norte (32%), Selva (29,8%) y Sierra Sur (25,1%).

El segundo motivo de deserción educativa es por tener que trabajar (16%), lo cual está muy relacionado con los problemas económicos. En Lima Metropolitana se aprecia una mayor proporción de mujeres con deserción educativa debido a motivos laborales (25,6%), en comparación con el promedio nacional (16%).

En la Sierra Norte es donde se identifica que una mayor proporción de mujeres en edad fértil desertaron del sistema educativo debido a que no les interesa estudiar (17,3%), en comparación con las demás regiones.

En la Selva es donde se aprecia una mayor proporción de mujeres en edad fértil que desertaron del sistema educativo debido a problemas familiares en comparación con las demás regiones (20,1%),

Cuadro 10

Motivos de deserción educativa por región

Motivos	Costa Norte	Costa Centro	Costa Sur	Sierra Norte	Sierra Centro	Sierra Sur	Selva	Lima Metrop	Total
Cumple el servicio militar	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,2	0,1	0,5	0,2
Estoy trabajando	10,5	15,3	18,3	8,8	10,5	13,9	8,9	25,6	16,0
No existe centros de enseñanza para adultos	0,0	0,0	0,4	0,6	0,4	0,0	0,5	0,0	0,2
No existe centro de enseñanza en el centro poblado	0,0	0,0	0,6	2,5	0,6	0,4	0,5	0,0	0,4
No me interesa/no me gusta el estudio	3,8	2,6	1,1	17,3	4,6	2,2	5,7	2,0	4,2
No tiene la edad suficiente (para el grupo 3-5 años)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Por enfermedad o accidente	2,3	3,9	0,7	2,3	1,7	1,3	1,7	2,8	2,3
Problemas económicos	32,0	18,5	21,3	32,1	21,2	25,1	29,8	21,0	24,8
Problemas familiares	15,7	17,9	8,2	11,4	17,3	14,1	20,2	10,0	14,2
Sacaba bajas notas (desaprobó)	0,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5	0,3
Se dedica a los quehaceres del hogar	7,2	10,5	10,0	6,1	7,6	8,0	9,1	9,3	8,6
Terminó sus estudios: secundarios / superiores / asiste a academia preuniversitaria	15,3	16,8	24,9	9,9	18,3	17,7	11,5	17,1	15,9
Lo que se enseña en el centro o programa educativo no tiene utilidad para conseguir trabajo	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,6	0,0
Otra razón	12,2	14,2	13,7	9,0	17,7	17,0	11,6	10,6	12,8
Total	100,0	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: ENAHO 2011-INEI

c.4 Escolaridad en la niñez

Tal y como se aprecia en el cuadro 11, a nivel nacional la proporción de hogares con menores de edad que no asisten a alguna institución educativa es 0,9%.

Las regiones que tienen una mayor proporción de hogares con niños que no asisten a alguna institución educativa en comparación con el promedio nacional son: la Selva (2,5%) y la Sierra Norte (1,3%). Coincidentemente estas regiones son las que tienen menos acceso a saneamiento básico, un mayor porcentaje de analfabetismo en mujeres en edad fértil y además un mayor porcentaje de hogares con hacinamiento; condiciones que hacen aún más vulnerables a la población gestante y menor de 5 años.

Cuadro 11

Proporción de hogares con asistencia escolar de niños por región

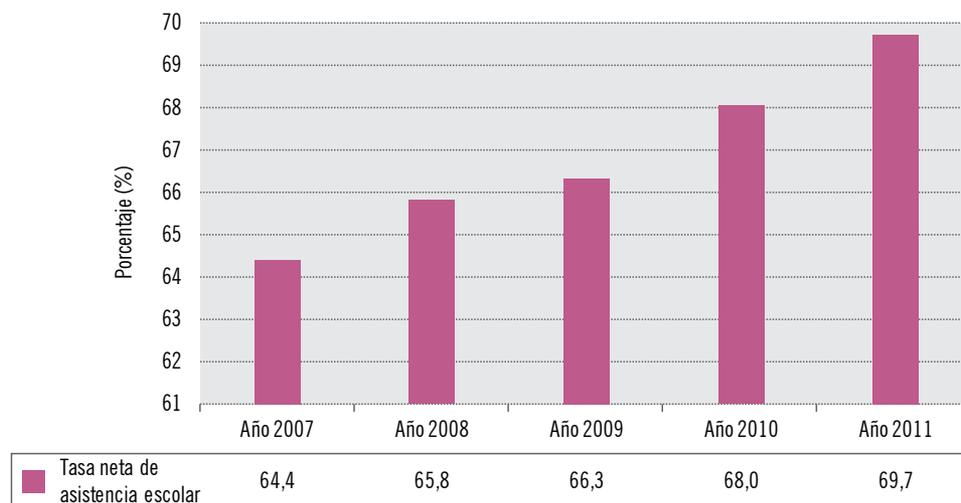
Calificación de vivienda	Costa Norte	Costa Centro	Costa Sur	Sierra Norte	Sierra Centro	Sierra Sur	Selva	Lima Metrop	Total
Hogares con niños que asisten	99,1	99,5	99,7	98,7	99,3	99,6	97,5	99,4	99,1
Hogares con niños que no asisten	0,9	0,5	0,3	1,3	0,7	0,4	2,5	0,6	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: ENAHO 2011-INEI

De acuerdo a la información de la Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO representada en el gráfico 9, desde el año 2007 al 2011 el porcentaje de niños entre los 3 a 5 años de edad que asisten a centros de educación inicial ha aumentado, lo cual implica que ha mejorado el acceso a la educación para este grupo poblacional.

Gráfico 9

Tendencia de la tasa neta de asistencia escolar a educación inicial de niños y niñas de 3 a 5 años



Fuente: ENAHO 2007-2011-INEI

d. Índice de Desarrollo Humano de la población menor de 5 años

Para determinar el desarrollo de una persona, el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF considera la necesidad de abordar algunos de los determinantes sociales de la salud a partir de un índice compuesto. Si bien es cierto son muchos los determinantes sociales que juegan un papel relevante en el desarrollo de la población menor de 5 años, UNICEF ha considerado tres dimensiones que limitan o potencian su desarrollo integral: la salud y la nutrición; el aprendizaje y la educación, y; el entorno y el cumplimiento de sus derechos.

En este sentido a continuación se presenta el cuadro 13, en el cual se establece el índice de Desarrollo Humano para los menores de 5 años de edad según departamento:

Cuadro 12

Índice de Desarrollo Humano en población menor de 5 años según departamento

Departamento	Índice de desarrollo	Grupos
Callao	0,85	1
Tumbes	0,82	
Lima	0,81	
Tacna	0,81	
Ica	0,80	
Moquegua	0,78	
Arequipa	0,72	2
Lambayeque	0,66	
Madre de Dios	0,63	
Piura	0,62	
Puno	0,60	3
Junín	0,60	
La Libertad	0,59	
Pasco	0,59	
Áncash	0,59	
San Martín	0,58	4
Ucayali	0,57	
Amazonas	0,56	
Apurímac	0,55	
Loreto	0,55	5
Cusco	0,53	
Ayacucho	0,49	
Cajamarca	0,49	
Huánuco	0,46	
Huancavelica	0,42	

Fuente: UNICEF-2008

En el cuadro previo se identifica que Lima y Callao así como Ica, Tacna y Moquegua cuentan con un mejor Índice de Desarrollo Humano en comparación con los demás departamentos. Coincidentemente es en estos departamentos donde la concentración de niños es menor en relación al promedio nacional.

Por otro lado; Cusco, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco y Huancavelica son las regiones con un menor Índice de Desarrollo Humano.

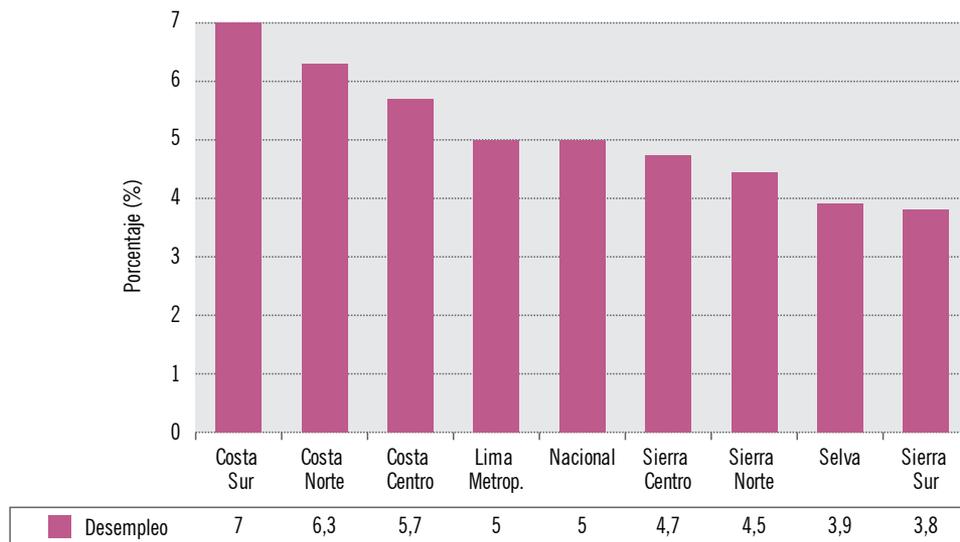
e. Desempleo en las mujeres en edad fértil

De acuerdo al gráfico 10, la región que tiene un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil desempleadas son: la Costa Sur (7%), seguido de la Costa Norte (6,3%) y la Costa Centro (5,7%).

Es muy probable que el alto porcentaje de mujeres desempleadas en la Costa se deba a la elevada demanda laboral por parte no solo de las mujeres propiamente de la Costa sino también de las que inmigran de la Sierra y la Selva en relación a la aún insuficiente oferta laboral.

Gráfico 10

Tasa de desempleo en las mujeres en edad fértil según región



Fuente: ENAHO 2011-INEI

De acuerdo al cuadro 13 el 65,6% de las mujeres en edad fértil forma parte de la Población Económicamente Activa, el 3,4% es desocupada abierta, es decir que estando desempleada en el momento de la encuesta se encontraba buscando empleo activamente y el 1,6% de las mujeres es desocupada oculta, lo que significa que este grupo queriendo trabajar y estando desempleada, en el momento de la encuesta no estaba buscando empleo activamente.

Cuadro 13

Indicador de la población mujer en edad fértil económicamente activa según región

Indicador PEA	Costa Norte	Costa Centro	Costa Sur	Sierra Norte	Sierra Centro	Sierra Sur	Selva	Lima Metrop	Total
Ocupado	59,3	61,3	60,6	69,8	70,9	73,5	65,5	64,2	65,6
Desocupado abierto	3,0	3,5	4,8	1,9	3,0	2,9	2,0	4,5	3,4
Desocupado oculto	3,3	2,2	2,2	2,6	1,7	0,9	1,9	0,5	1,6
No PEA	34,4	33,0	33,0	25,7	24,4	22,7	30,6	30,8	29,4

Fuente: ENAHO 2011-INEI

Como se puede apreciar en el cuadro 13 es en Lima en donde hay un mayor porcentaje de mujeres desocupadas abiertas (4,5%), y en la Selva en donde hay un mayor porcentaje de mujeres desocupadas ocultas (1,9%), en comparación al promedio nacional.



6. | Salud de las mujeres en edad fértil

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

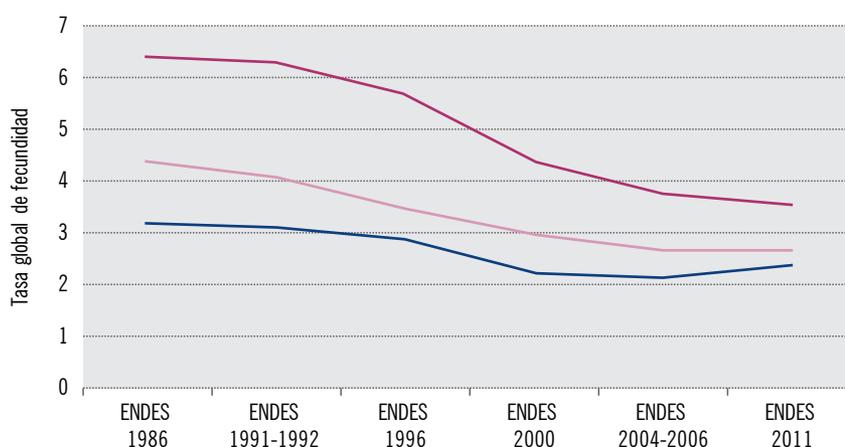
6. Salud de las mujeres en edad fértil

a. Fecundidad

Tal y como se aprecia en el gráfico 11 desde 1986 al 2011, el número promedio de hijos que tiene una mujer en el Perú ha descendido de 4,3 a 2,6. Este descenso se ha presentando tanto en el área urbana como en el área rural, aunque de manera más notoria para el caso del área rural en comparación con el área urbana, observándose que la brecha de la diferencia entre la tasa global de fecundidad de las mujeres del área urbana y rural se está acortando.

Gráfico 11

Tendencia de la tasa global de fecundidad según área geográfica



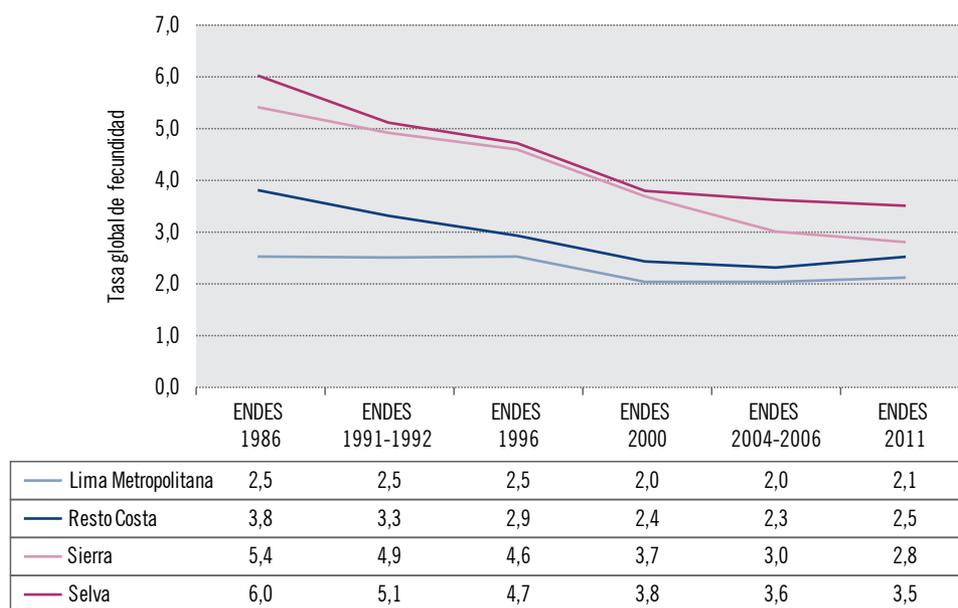
— Tasa global	4,3	4,0	3,5	2,9	2,6	2,6
— Tasa global en área urbana	3,1	3,0	2,8	2,2	2,1	2,3
— Tasa global en área rural	6,3	6,2	5,6	4,3	3,7	3,5

Fuente: ENDES-INEI

La tasa global de fecundidad ha descendido en todas las regiones, sin embargo en el caso de Lima Metropolitana y en el resto de la Costa aparentemente está empezando a presentar un ligero incremento desde el 2006 al 2011, tal y como se aprecia en el gráfico 12.

Gráfico 12

Tendencia de la tasa global de fecundidad según región



Fuente: ENDES-INEI

De acuerdo al cuadro 14 el número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres de casi todos los grupos de edades ha disminuido desde 1986 al 2011. Sin embargo del 2006 al 2011 se observa un ligero incremento para el caso de las mujeres de los siguientes grupos quinquenales: (15-19 años), (30-34 años) y (35-39 años).

Cuadro 14

Tendencia de la tasa específica de fecundidad por grupo etario

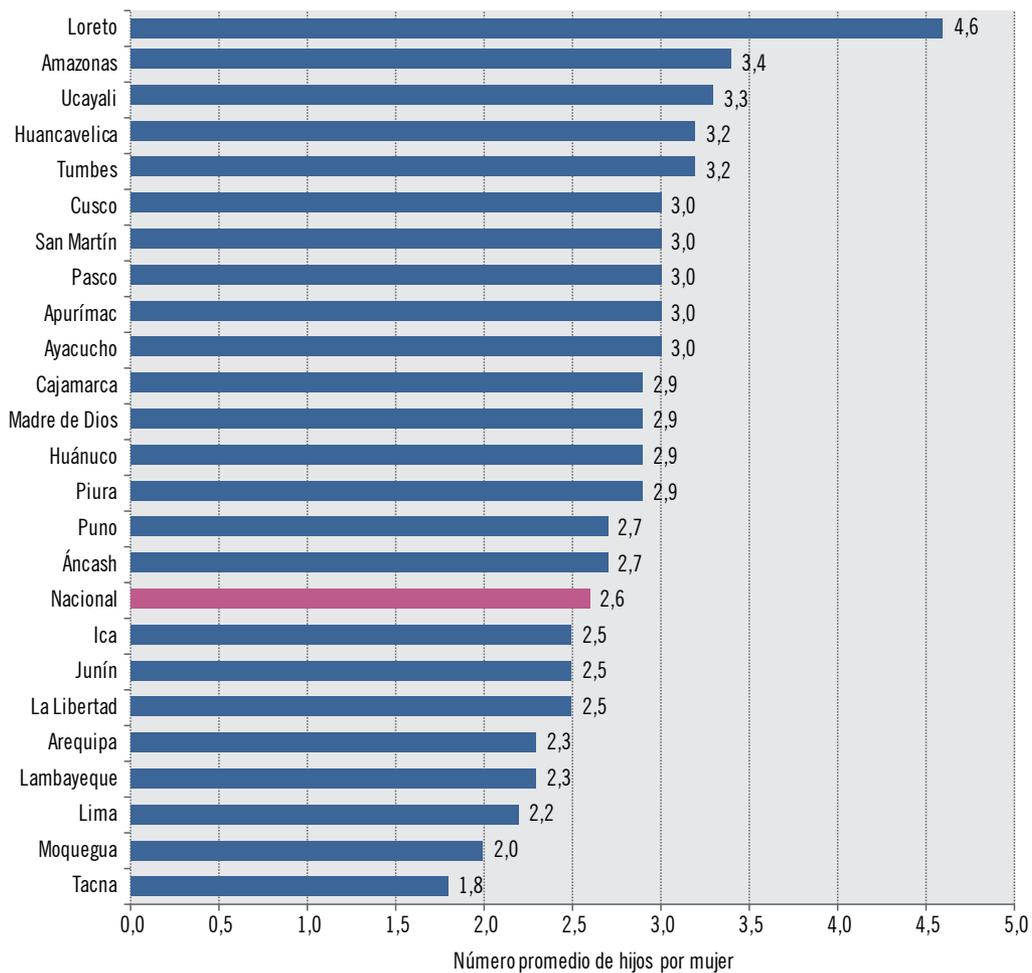
Grupo de edad	ENDES 1986	ENDES 1991-1992	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2004-2006	ENDES 2011
15-19	79	74	75	66	59	61
20-24	184	200	179	140	125	124
25-29	199	193	162	134	121	124
30-34	161	157	140	112	107	108
35-39	122	109	99	79	70	72
40-44	64	47	44	32	25	25
45-49	14	14	7	6	5	3

Fuente: ENDES-INEI

Los departamentos que tienen una tasa global de fecundidad mayor al promedio nacional son: Loreto (4,6), Amazonas (3,4), Ucayali (3,3), Huancavelica y Tumbes (3,2 cada uno), Cusco, San Martín, Pasco, Apurímac y Ayacucho (3,0 cada uno), Cajamarca, Madre de Dios, Huánuco y Piura (2,9 cada uno), Puno y Ancash (2,7 cada uno). Casi todos los departamentos son predominantemente de la Selva y Sierra.

Gráfico 13

Tasa global de fecundidad según departamento



Fuente: ENDES 2011

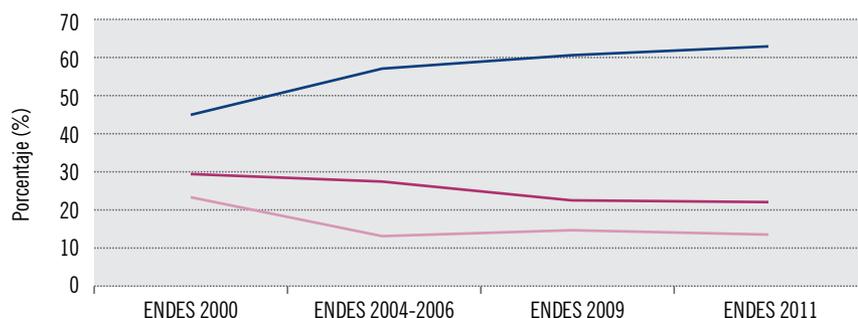
b. Uso de anticoncepción

Según el gráfico 14 a nivel nacional, la prevalencia de uso de anticoncepción moderna en las mujeres sexualmente activas ha ido incrementándose desde el 2000 al 2011 en 18,4 puntos porcentuales y la prevalencia de uso de la anticoncepción tradicional ha presentado un ligero descenso de 7,9 puntos porcentuales.

El porcentaje de mujeres sexualmente activas que no usa ningún método anticonceptivo presentó un notorio descenso desde el año 2000 al 2006, sin embargo desde el 2006 al 2011, se ha mantenido casi estático; con ligeras alzas y descensos.

Gráfico 14

Tendencia de la prevalencia de uso de anticoncepción en mujeres sexualmente activas



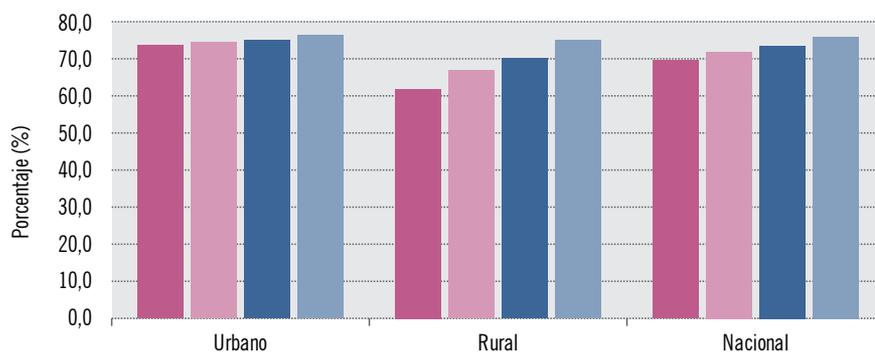
	ENDES 2000	ENDES 2004-2006	ENDES 2009	ENDES 2011
No usa	23,6	13,6	15,3	13,9
Usa métodos modernos	45,3	57,8	61,5	63,7
Usa métodos tradicionales	30,1	27,6	23,2	22,4

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

Si se analiza la prevalencia actual de uso de anticoncepción según área geográfica en el gráfico 15 se observa que si bien tanto en el área urbana como en el área rural ha habido un incremento desde el año 2000 al 2011, este ha sido más significativo para el caso del área rural en comparación con el área urbana. Cabe mencionar que la prevalencia de uso actual de anticoncepción en el momento de la encuesta en el área urbana fue mayor que en el área rural, pero por una corta diferencia, lo cual impresiona ya que las brechas se han ido acortando.

Gráfico 15

Tendencia de la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos según área geográfica



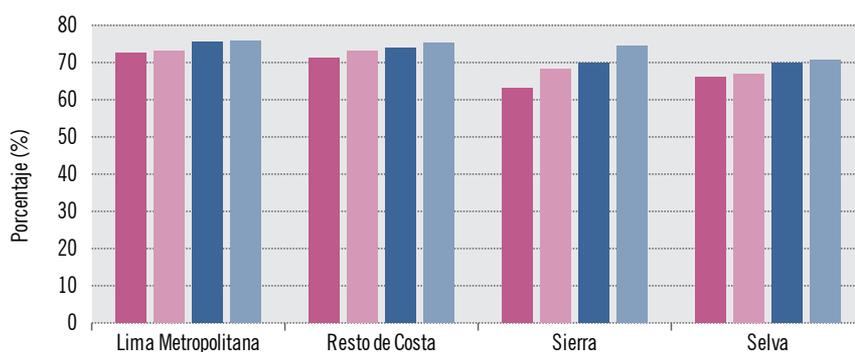
	Urbano	Rural	Nacional
ENDES 2000	73,0	61,5	68,9
ENDES 2004-2006	74,2	66,3	71,3
ENDES 2009	74,6	70,0	73,2
ENDES 2011	75,9	74,2	75,4

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

La prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos en el momento de la encuesta ha aumentado desde el año 2000 al 2011 en todas las regiones tal y como se aprecia en el gráfico 16, aunque de manera más significativa en el caso de la Sierra.

Gráfico 16

Tendencia de la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos según región



ENDES 2000	73,4	72,1	63,9	66,9
ENDES 2004-2006	73,9	73,6	69,2	67,6
ENDES 2009	76,6	74,8	70,6	70,5
ENDES 2011	76,8	76,1	75,3	71,8

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

En el gráfico 17 se puede apreciar que el porcentaje de No uso de métodos anticonceptivos es mayor en las mujeres adolescentes (14,1%), en comparación con el promedio nacional de mujeres en general (13,9%) aunque la diferencia no es muy significativa, además este grupo etario usa en mayor porcentaje los métodos tradicionales (27,8%) en comparación con el promedio nacional (22,4%). Esta situación puede estar relacionada a múltiples factores como: el desconocimiento de los métodos, la percepción de invulnerabilidad propia de los adolescentes o a la imposibilidad de acceder a los métodos anticonceptivos debido a que para acceder a los mismos las personas incapaces absolutas y relativas deben acudir al servicio en compañía de sus apoderados de acuerdo a lo establecido en el artículo 4 de la Ley general de Salud, siendo importante mencionar que de acuerdo al código civil son considerados incapaces absolutos los menores de 16 años e incapaces relativos los adolescentes entre los 16 y 18 años de edad.

Al respecto, el Estado peruano viene evaluando la posibilidad de modificar la redacción del artículo en mención, y los sustentos para su modificación son los siguientes:

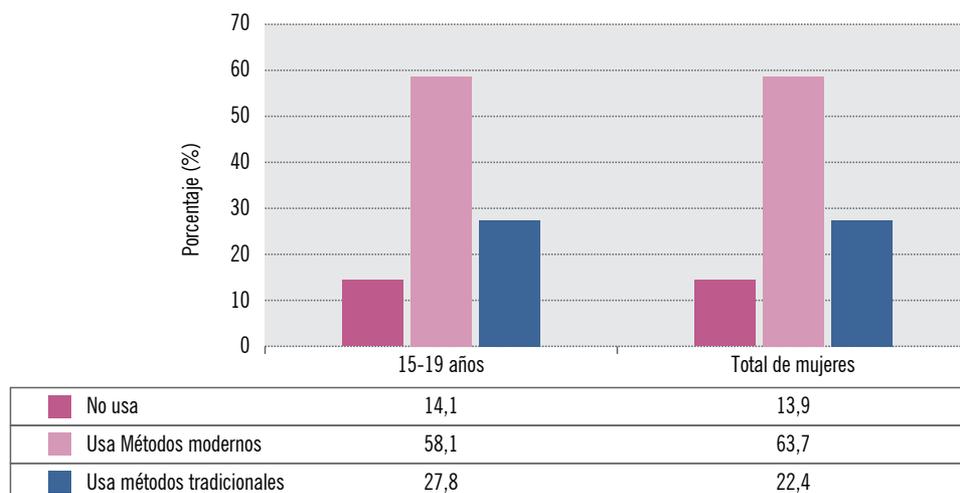
- La tasa de embarazo adolescente se ha mantenido casi estática los últimos años, siendo al 2011, de 12,5%.
- Según estudios realizados por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, alrededor del 80% de las relaciones sexuales en la adolescencia, son consentidas⁵.

⁵ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Unidad de Investigación de ETS/SIDA. Diagnóstico en adolescentes en el PERÚ. 2005, pág. 31. Lima.

- Existe un marco legal internacional y nacional que indica la necesidad de garantizar el acceso de adolescentes a servicios e insumos de salud sexual y reproductiva⁶.

Gráfico 17

Prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas según grupos de edad



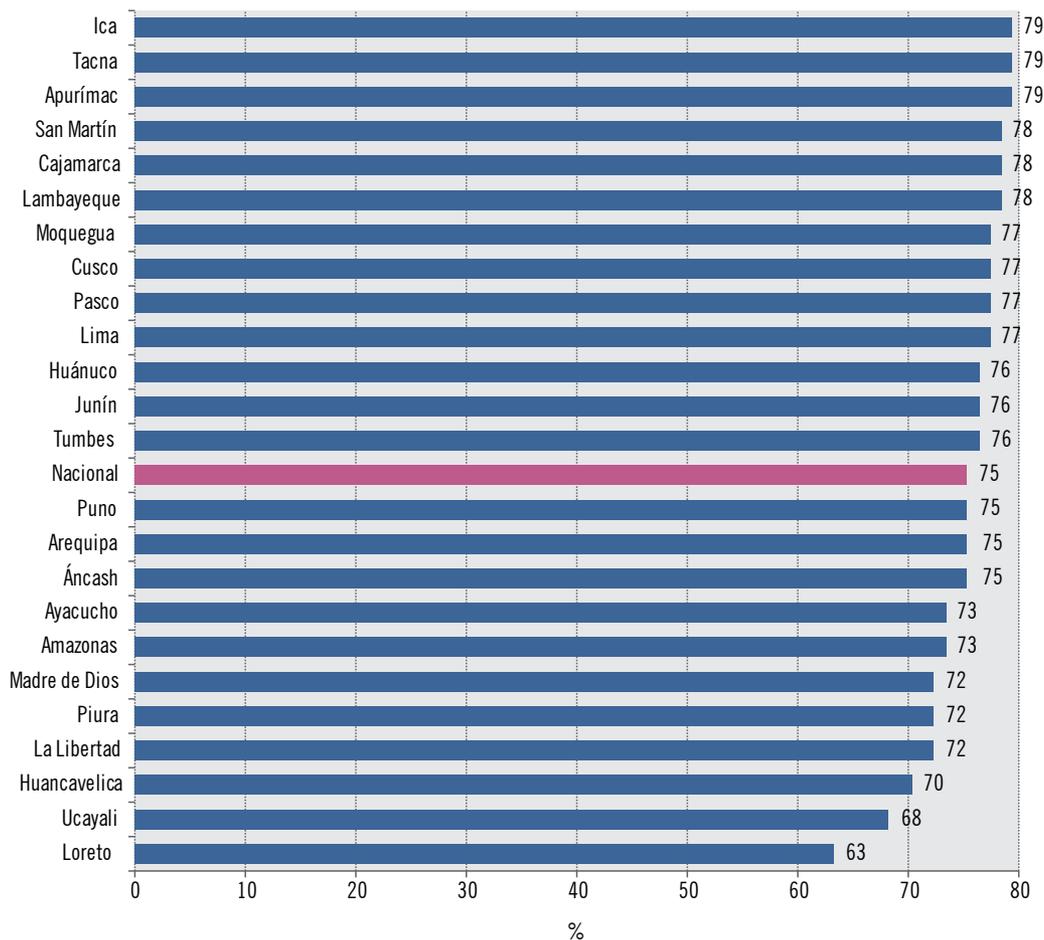
Fuente: ENDES 2011

De acuerdo al gráfico 18 las regiones que tienen una menor prevalencia de uso de anticoncepción en relación al promedio nacional (75%) son: Loreto (63%), Ucayali (68%), Huancavelica (70%), La Libertad, Piura y Madre de Dios (72% cada uno), Amazonas y Ayacucho (73% cada uno). En su mayoría son los departamentos de la Selva.

⁶ Artículo: *El Perú a 10 años de la Conferencia de Población y Desarrollo. Situación y compromisos pendientes*. Flora Tristán. Lima-Perú. En internet <http://www.flora.org.pe/cairo10.htm>. Fecha de visita 7 de enero 2009.

Gráfico 18

Prevalencia de uso actual de anticoncepción en mujeres según departamento



Fuente: ENDES 2011

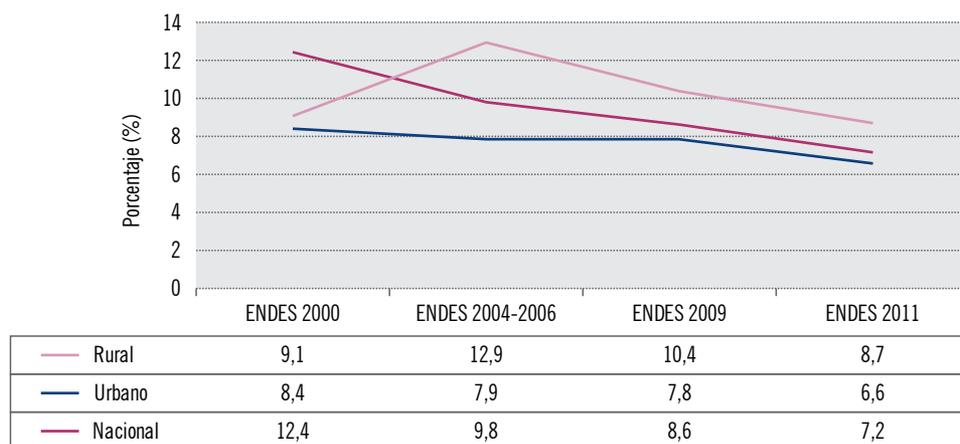
c. Insatisfacción de las mujeres en edad fértil con los servicios de planificación familiar

De acuerdo al gráfico 19 desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional ha habido un descenso del porcentaje de mujeres insatisfechas con los servicios de planificación familiar.

Lo particular del gráfico es que se observa también que en el año 2006 el porcentaje de mujeres insatisfechas con los servicios de planificación familiar del área rural tuvo un significativo incremento, y ya para el 2009 empezó a descender nuevamente.

Gráfico 19

Tendencia del porcentaje de mujeres insatisfechas con los servicios de planificación familiar según área geográfica

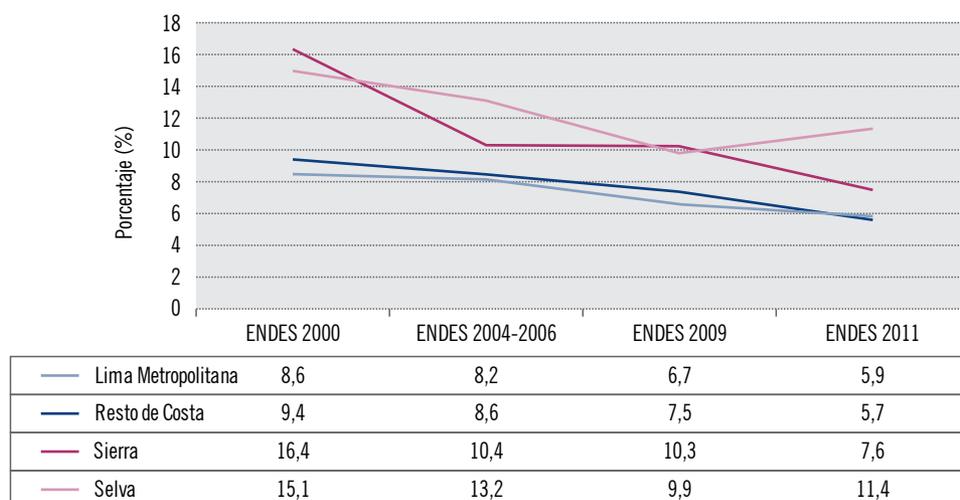


Fuente: ENDES-INEI

En Lima Metropolitana y el resto de la Costa y la Sierra, el porcentaje de mujeres insatisfechas con los servicios de planificación familiar ha ido disminuyendo; sin embargo del 2009 al 2011 la Selva ha presentado un incremento. Dicha situación podría estar asociada a diferentes factores: menor disponibilidad de métodos anticonceptivos, mayor falla de los métodos o inconformidad con los proveedores de salud, lo cual amerita una investigación.

Gráfico 20

Tendencia del porcentaje de mujeres insatisfechas con los servicios de planificación familiar según región



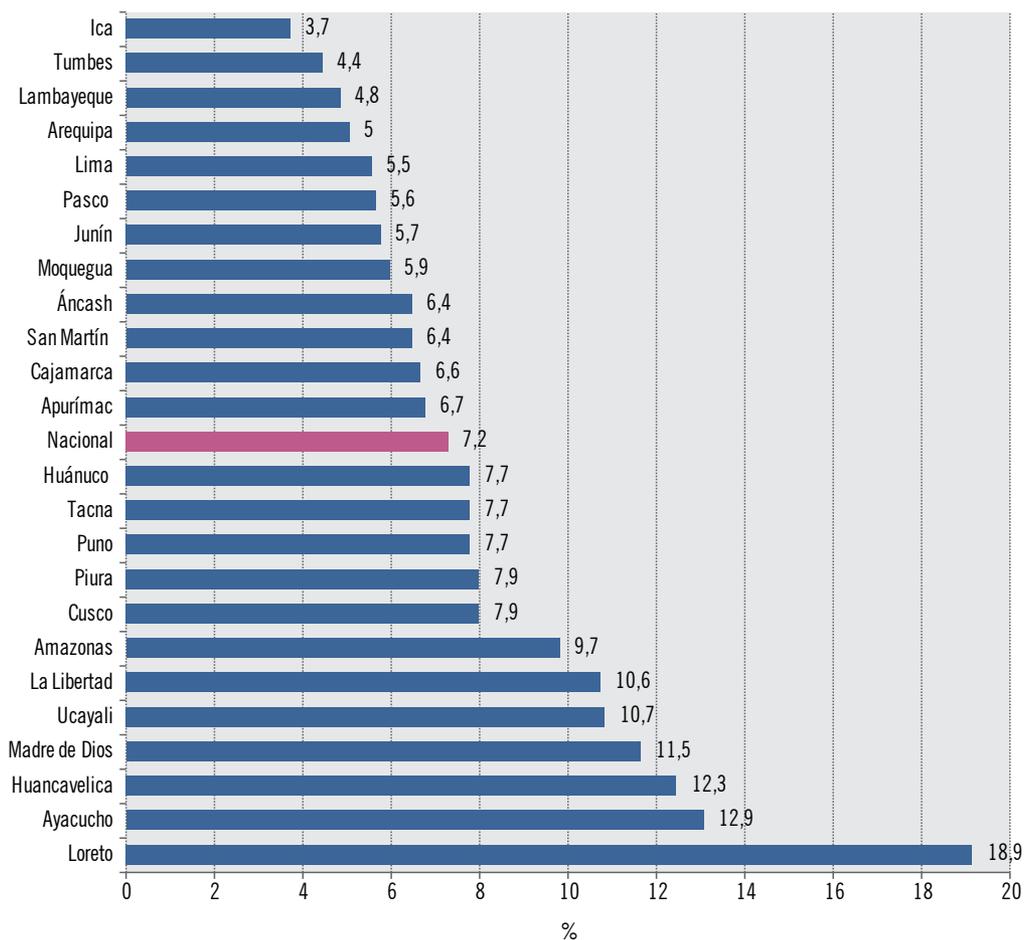
Fuente: ENDES-INEI

Las regiones que tienen un mayor porcentaje de mujeres insatisfechas con los servicios de planificación familiar son precisamente las regiones que tienen una menor prevalencia de uso de anticoncepción y además tienen una tasa global de fecundidad mayor al promedio nacional: Lo-

reto (18,9%), Ayacucho (12,8%), Huancavelica (12,3%), Madre de Dios (11,5%), Ucayali (10,7%), La Libertad (10,6%) y Amazonas (9,7%), siendo relevante identificar las causas de insatisfacción para implementar mejoras en los servicios de salud.

Gráfico 21

Porcentaje de mujeres insatisfechas con los servicios de planificación familiar según departamento



Fuente: ENDES 2011

d. Estado nutricional de las mujeres en edad fértil

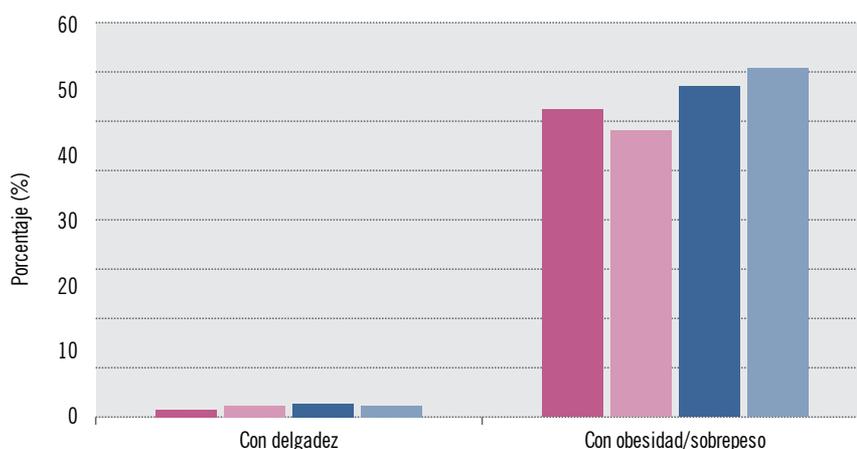
El estado físico y nutricional de las mujeres en edad fértil es un factor clave para contribuir al óptimo curso de la gestación en el caso de quedar embarazadas y es por ello que es importante garantizar un adecuado índice de su masa corporal.

De acuerdo al gráfico 22 desde el año 2000 al 2011 el porcentaje de mujeres con delgadez ha presentado un ligero incremento, de 0,6 puntos porcentuales. El incremento del porcentaje de mujeres en edad fértil con obesidad/ sobrepeso ha sido más significativo (6,2 puntos porcentuales).

Es importante tener en cuenta que según los resultados de algunos estudios recientemente realizados; el sobrepeso y la obesidad están asociados a un mayor riesgo de hipertensión y de macrosomía fetal para el caso de las mujeres que cursan un embarazo⁷. Este riesgo podría repercutir no solo en la salud neonatal sino que también podría aumentar el riesgo para la salud materna.

Gráfico 22

Tendencia de la delgadez y obesidad/sobrepeso de las mujeres en edad fértil



	Con delgadez	Con obesidad/sobrepeso
ENDES 2000	1,2	46,7
ENDES 2004-2006	1,6	43,4
ENDES 2009	2,0	50,4
ENDES 2011	1,8	52,9

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

Por otro lado, las mujeres con delgadez extrema pueden tener mayor riesgo de sufrir un parto pre-término, tener un recién nacido con bajo peso al nacer e incluso presentar mayor riesgo de aborto⁸.

El porcentaje de mujeres en edad fértil con delgadez es casi igual para el área rural (1,7%) como para el área urbana (1,8%).

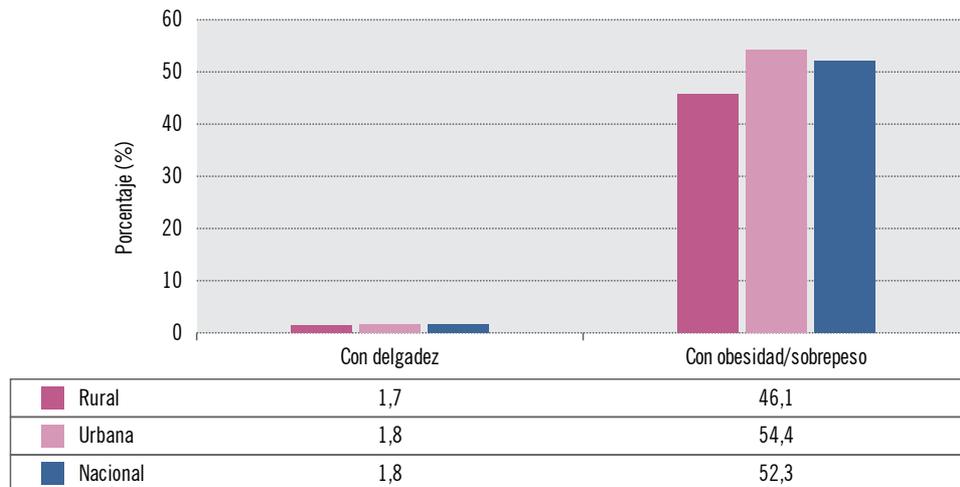
Para el caso de sobrepeso y obesidad; el área urbana presenta un mayor porcentaje (54,4%) en comparación con el promedio nacional (52,3%), tal y como se aprecia en el gráfico 23.

⁷ Jimenez Acosta Santa, Rodriguez Suarez Armando. *Overweight and obesity in Cuban pregnant women. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Infanta 1158, La Habana, Cuba. Nutr. clin. diet. hosp. 2011; 31(3):28-34*

⁸ Sebastián Manzanares Galán, Ángel Santalla Hernández, Irene vico Zúñiga, M. Setefilla López Criado, Alicia Pineda Lloréns y José Luis Gallo Vallejo. *Abnormal maternal body mass index and obstetric and neonatal outcome. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 1-5, marzo de 2012.*

Gráfico 23

Porcentaje del índice de delgadez y obesidad/sobrepeso de las mujeres en edad fértil según área geográfica



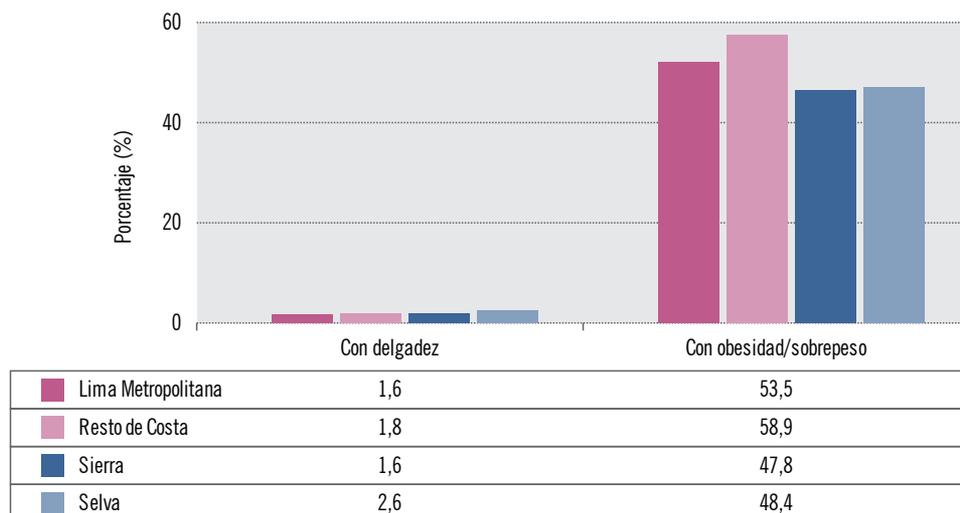
Fuente: ENDES 2011

De acuerdo al gráfico 24, a nivel de las regiones; Lima y el resto de la Costa presentan un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil con obesidad y sobrepeso (53,5% y 58,9% respectivamente) en comparación con las demás regiones.

La región con un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil delgadas es la Selva (2,6%) en comparación con las otras regiones.

Gráfico 24

Porcentaje del índice de delgadez y obesidad/sobrepeso de las mujeres en edad fértil según región

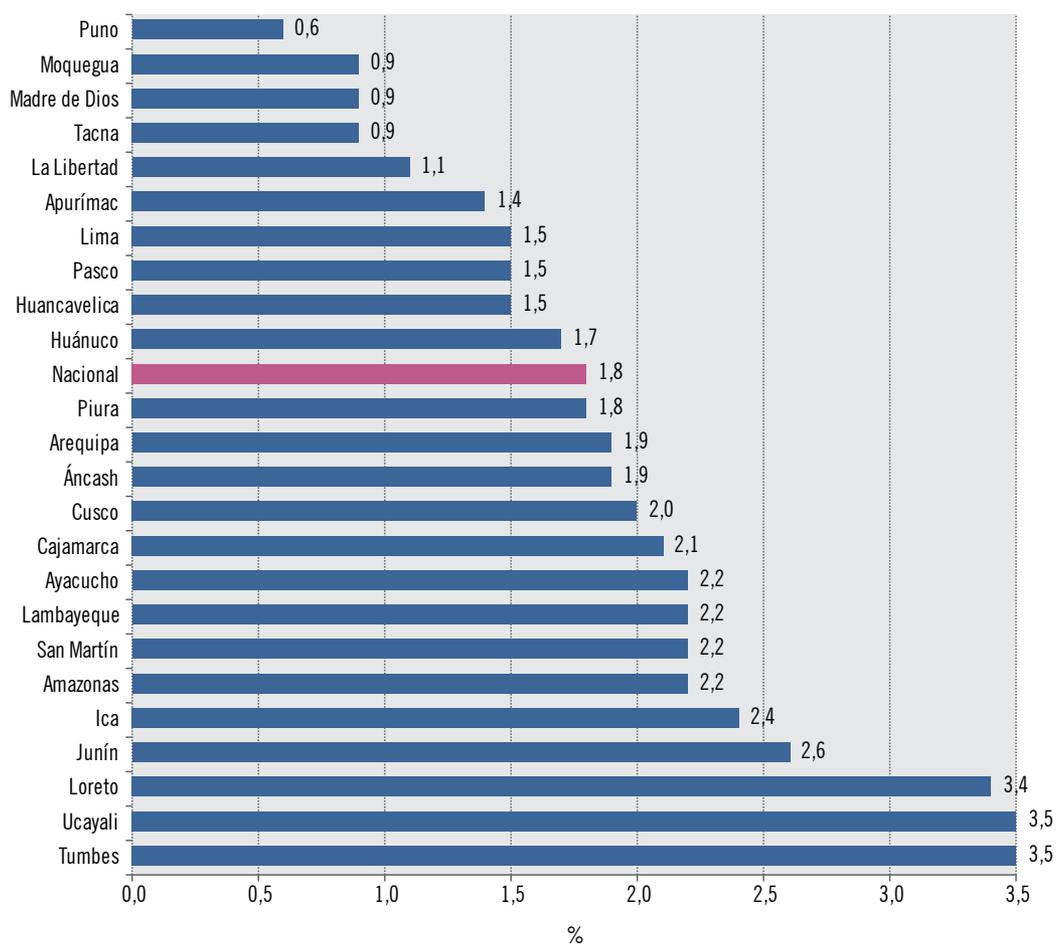


Fuente: ENDES 2011

De acuerdo al gráfico 25 los departamentos que tienen un mayor porcentaje de mujeres con delgadez son: Tumbes y Ucayali (3,5% cada uno), Loreto (3,4%), Junín (2,6%) e Ica (2,4%).

Gráfico 25

Porcentaje de mujeres con delgadez según departamento

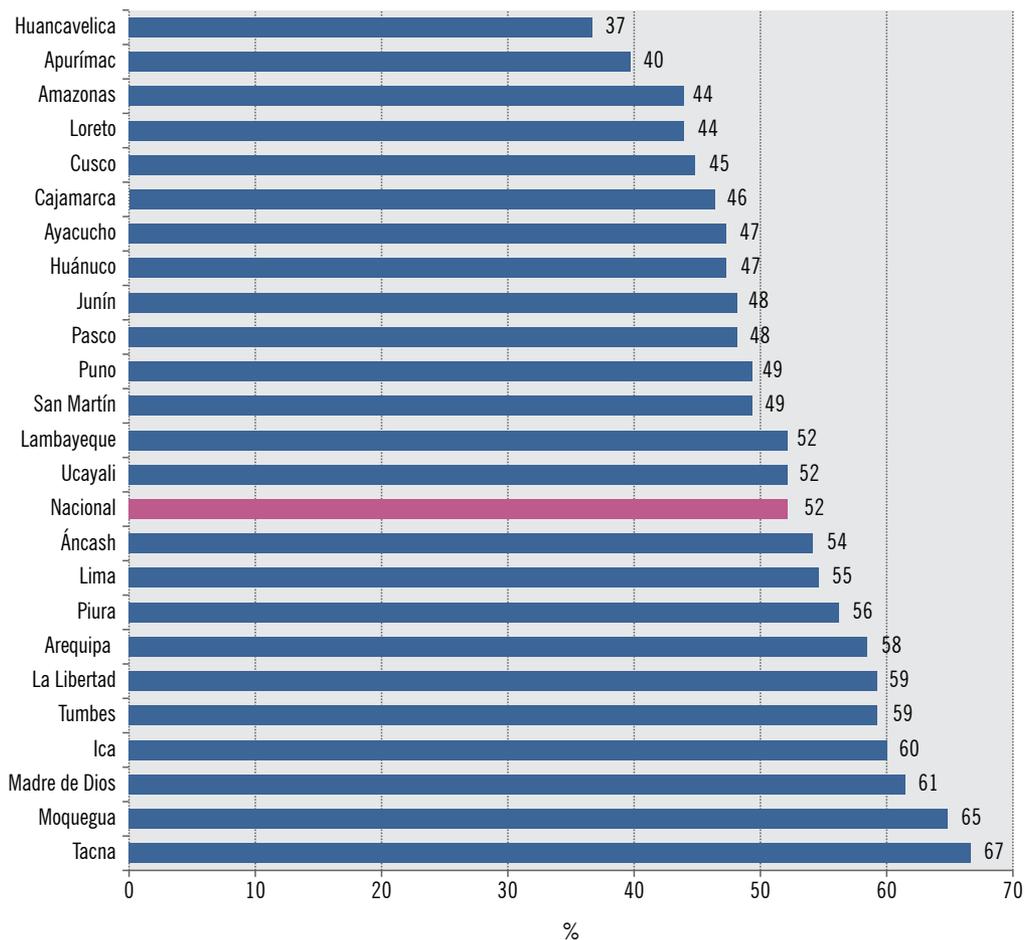


Fuente: ENDES 2011

Los departamentos con un porcentaje mayor de mujeres en edad fértil con obesidad/sobrepeso en relación al promedio nacional son: Tacna (67%), Moquegua (65%), Madre de Dios (61%), Ica (60%), Tumbes (59%), La Libertad (59%), Arequipa (58%), Piura (56%), Lima (55%) y Áncash (54%).

Gráfico 26

Porcentaje de mujeres en edad fértil con obesidad/sobrepeso según departamento



Fuente: ENDES 2011

e. Anemia en mujeres en edad fértil

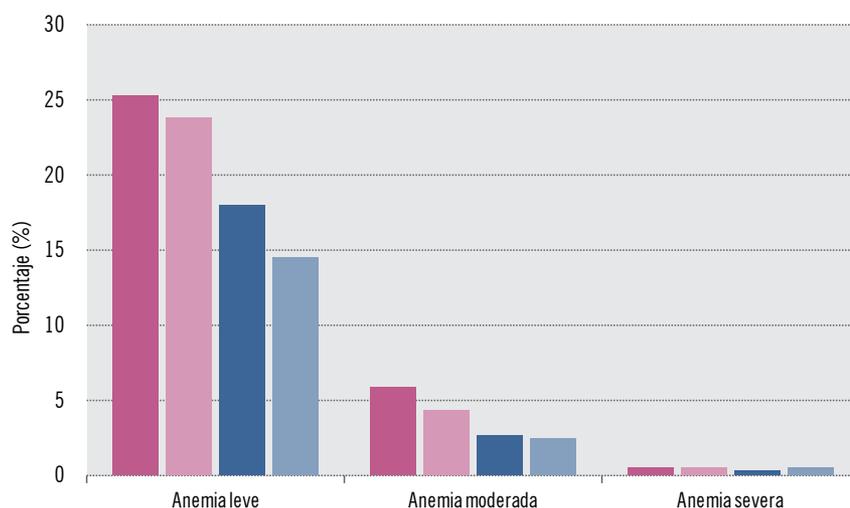
Una de las deficiencias nutricionales más comunes en el mundo es la deficiencia de hierro, que se manifiesta como anemia y de acuerdo a algunos estudios esta puede ocasionar diversas alteraciones fisiológicas tales, como: el compromiso de la función cardiovascular, mayor riesgo de recién nacidos con bajo peso al nacer, mayor riesgo de partos pretérminos y mayor riesgo de mortalidad materna⁹.

⁹ World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO Global database on anaemia Switzerland: World Health Organization, 2008.

Según el gráfico 27, en el Perú desde el año 2000 al 2011 el porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia leve ha descendido notoriamente (10,8 puntos porcentuales), lo mismo ha sucedido con el porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia moderada (3,4 puntos porcentuales), no así para el caso del porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia severa, dato porcentual que se ha mantenido estático.

Gráfico 27

Tendencia del porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia a nivel nacional



	Anemia leve	Anemia moderada	Anemia severa
ENDES 2000	25,4	5,9	0,3
ENDES 2004-2006	24,0	4,3	0,3
ENDES 2009	18,1	2,7	0,2
ENDES 2011	14,6	2,5	0,3

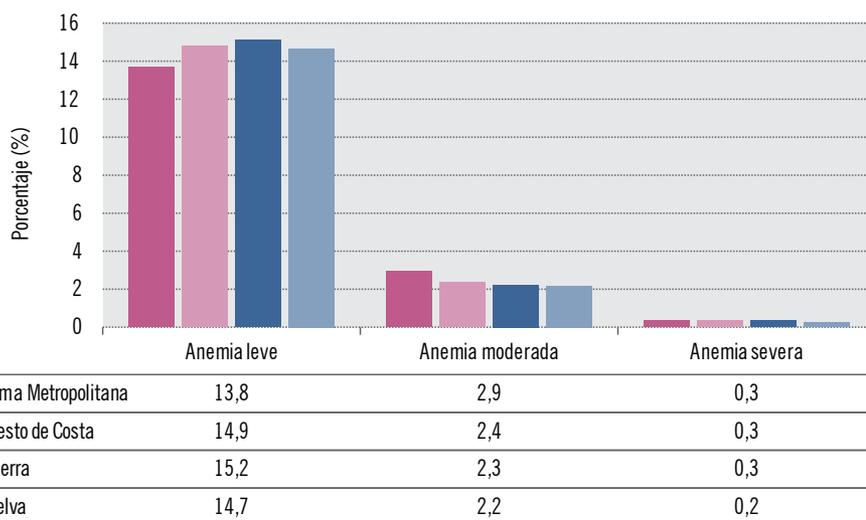
Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

La región con un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia leve es la Sierra (15,2%), en comparación con las otras regiones, con anemia moderada, Lima Metropolitana (2,9%).

El porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia severa es semejante para todas las regiones.

Gráfico 28

Porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia según región



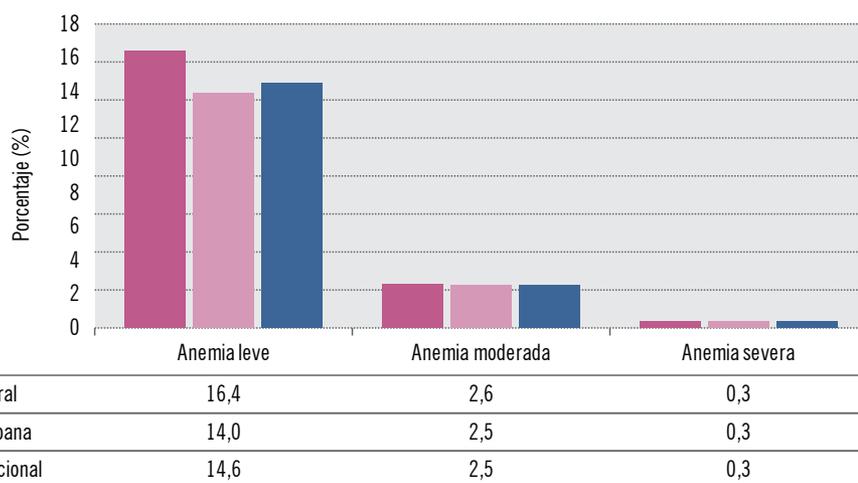
Fuente: ENDES 2011

Según lo identificado en el gráfico 29; el área rural es el área geográfica que presenta un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia leve (16,4%) y anemia moderada (2,6%).

La anemia severa se presenta en la misma magnitud tanto en el área urbana como en el área rural.

Gráfico 29

Porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia según área geográfica

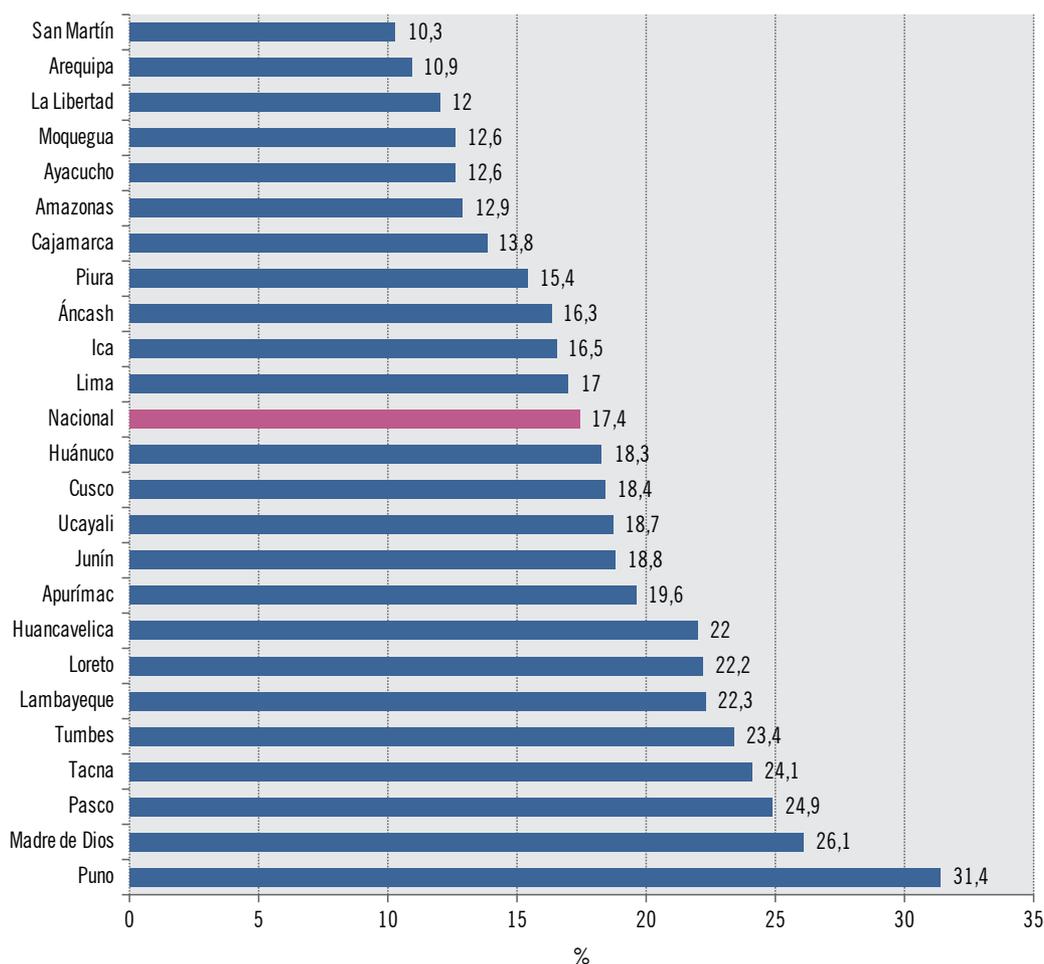


Fuente: ENDES 2011

Los departamentos con un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia son: Puno (31,4%), Madre de Dios (26,1%), Pasco (24,9%), Tacna (24,1%), Tumbes (23,4%), Lambayeque (22,3%), Loreto (22,2%), Huancavelica (22,0%), Apurímac (19,6%), Junín (18,8%), Ucayali (18,7%), Cusco (18,4%) y Huánuco (18,3%).

Gráfico 30

Porcentaje de mujeres con anemia según departamento



Fuente: ENDES 2011

f. VIH/SIDA en mujeres en edad fértil

Durante el año 2011 se presentaron 2 935 casos de VIH de los cuales el 23,6% fueron casos de VIH en mujeres en edad fértil.

Hay que tener en cuenta que los casos identificados son básicamente de las mujeres que acuden a los servicios de salud, por ende es probable que el número de casos pueda ser aún mucho mayor considerando que una gran parte de la población no acude a los servicios de salud por diversos motivos: inaccesibilidad geográfica, desconocimiento, percepción de invulnerabilidad, barreras legales, entre otros.

Las barreras legales han sido mencionadas básicamente para el grupo menor de 18 años de edad que siendo catalogados como personas incapaces por el Código Civil peruano, tienen que acudir con sus apoderados para acceder al tamizaje para la detección del VIH, tal y como se establece en el artículo 4° de la Ley General de Salud del Perú.

Tal y como se aprecia en el gráfico 31 desde el año 1987 hasta 1995 el número de casos de SIDA identificados en las mujeres en edad fértil era mayor en comparación al número de casos de VIH identificados, situación que se invierte desde el año 1996, probablemente porque es en este año cuando se aprueba la Ley 26626 "Ley CONTRASIDA", la misma que garantiza la confidencialidad de las personas infectadas por el VIH. Por otro lado también podría responder a cambios en los métodos diagnósticos y terapéuticos.

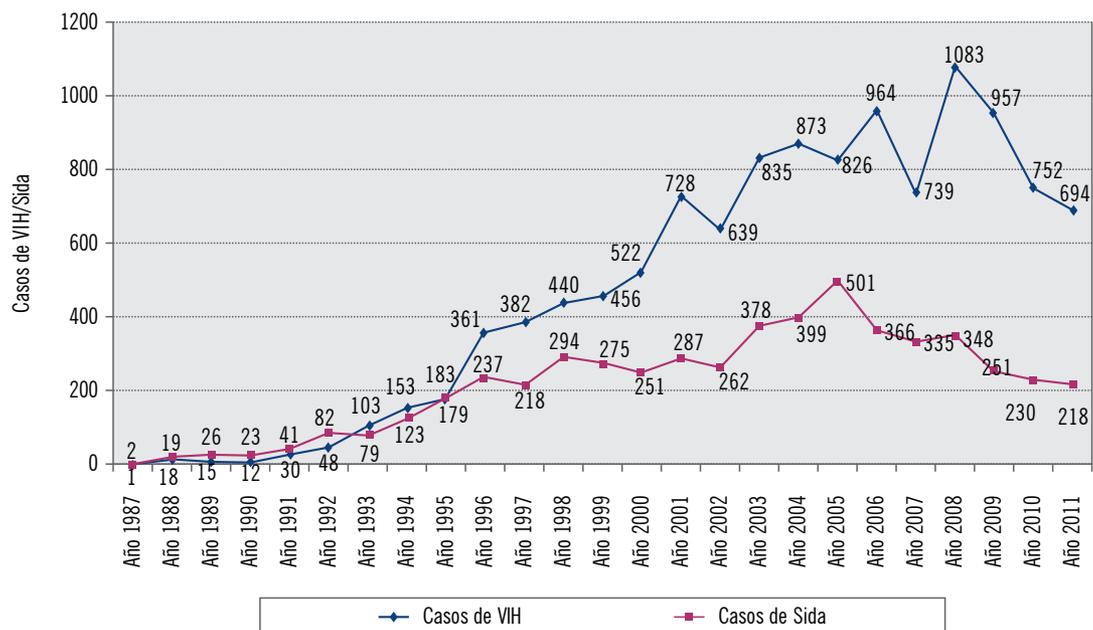
De acuerdo al gráfico 31, desde 1987 hasta el año 2008 ha habido un incremento de casos de VIH, esto probablemente por la mejora en el acceso a las pruebas para la detección de VIH, sin embargo desde el año 2008 al 2011 el número de casos de VIH identificados en las mujeres en edad fértil ha comenzado a descender.

Desde el año 2005 al 2011 también se evidencia un notorio descenso de los casos de SIDA identificados en las mujeres en edad fértil, lo cual puede estar asociado al mayor acceso a TARGA (Terapia Antiretroviral de Gran Amplitud).

Debido a que la información sobre el acceso de las personas infectadas con VIH al TARGA no es aún personalizada, no se podría afirmar la existencia de un acceso universal a TARGA para las personas que lo necesitan.

Gráfico 31

Tendencia de los casos nuevos de VIH/SIDA identificados en las mujeres en edad fértil

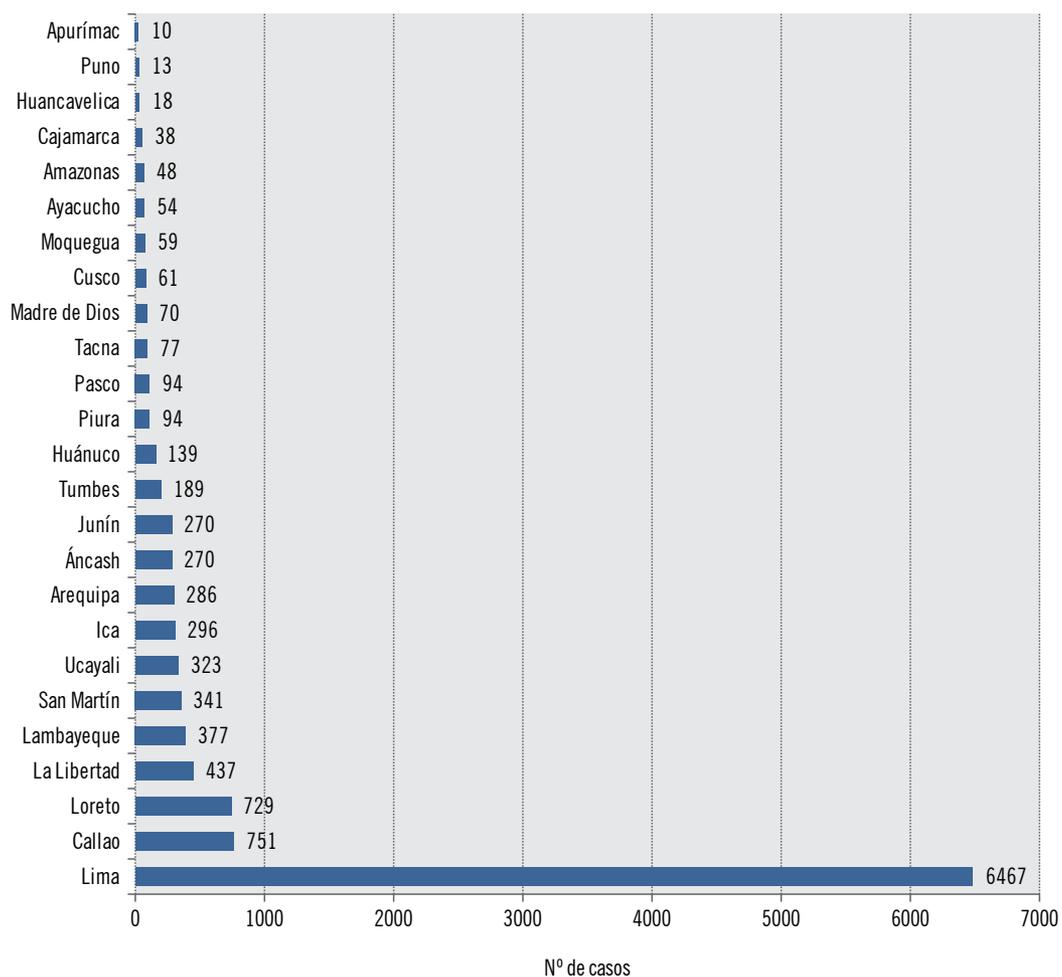


Fuente: Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología-MINSA

De acuerdo al gráfico 32, Lima es la región con un mayor número de casos identificados de VIH en mujeres en edad fértil, seguido de Callao, Loreto, La Libertad, Lambayeque, San Martín, Ucayali e Ica.

Gráfico 32

Casos acumulados de VIH en las mujeres en edad fértil según Región-2011

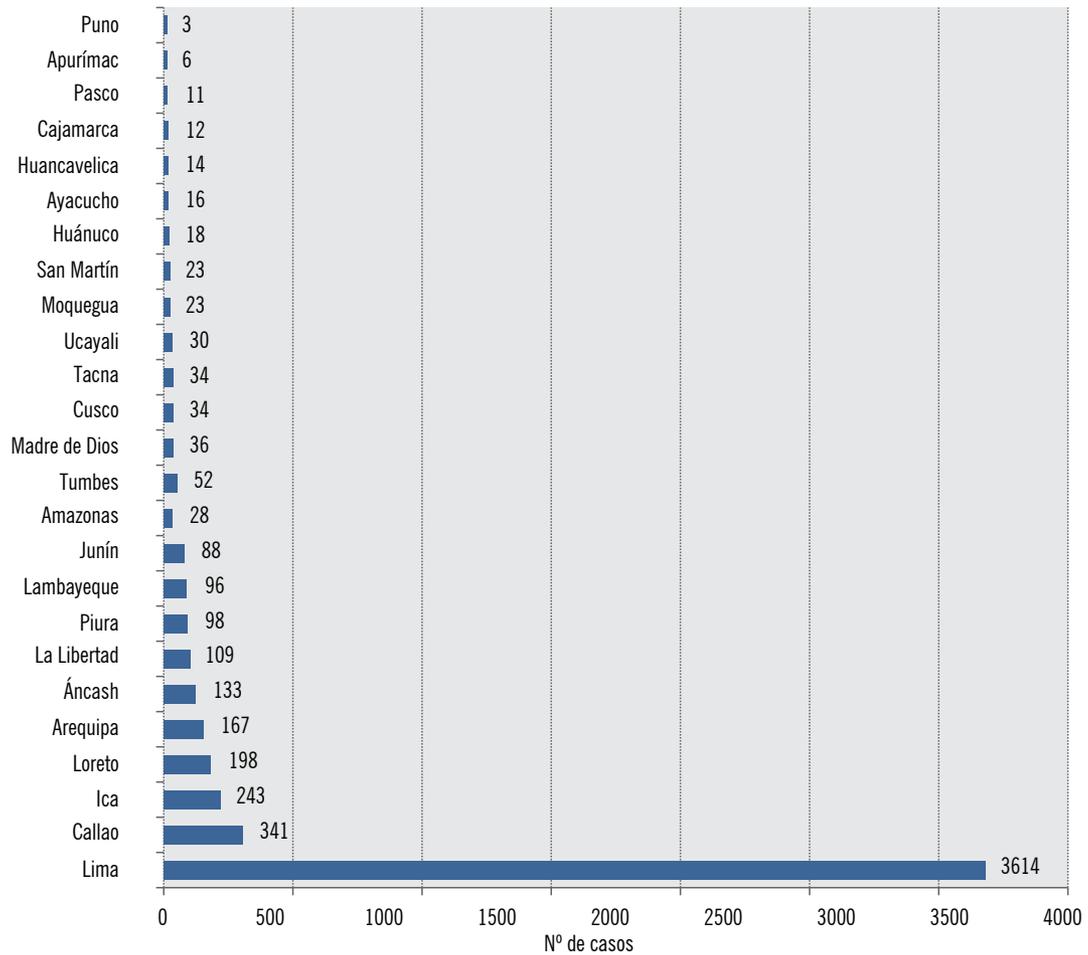


Fuente: Dirección General de Epidemiología-MINSA

Según el gráfico 33, la región con un mayor número de casos de SIDA es también Lima, seguido de Callao, Ica, Loreto, Arequipa, Áncash, La Libertad, Piura, Lambayeque y Junín.

Gráfico 33

Casos acumulados de SIDA en las mujeres en edad fértil según Región-2011



Fuente: Dirección General de Epidemiología-MINSA



7. | Salud materna

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

7. Salud materna

a. Gestantes con el primer control prenatal en el Primer trimestre de gestación, Perú 2000-2011

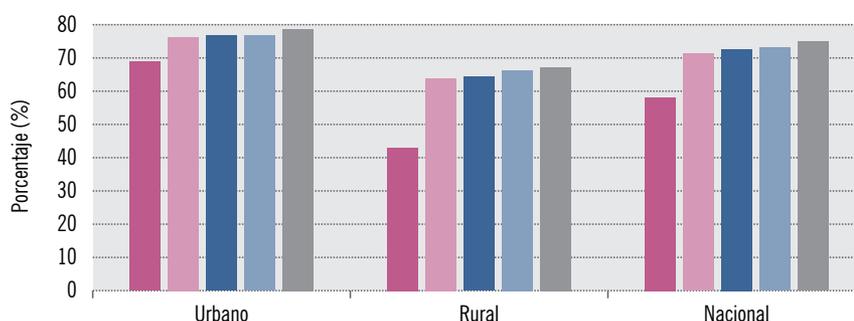
Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar-ENDES, el 74,9% del total de gestantes a nivel nacional que tuvieron control prenatal ha iniciado su control prenatal en el Primer trimestre de gestación, siendo este porcentaje mayor para el caso de las gestantes del área urbana (78,7%) y menor para el caso de las gestantes del área rural (67,1%).

En relación al control prenatal en el gráfico 34 se puede apreciar que desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional ha habido un incremento de 16,9 puntos porcentuales de gestantes que iniciaron su control durante el Primer trimestre, siendo este incremento mayor en el caso del área rural (24,4 puntos porcentuales) y menor en el caso del área urbana (10,2 puntos porcentuales).

Es importante tener en cuenta que si el control prenatal se realiza durante el primer trimestre de gestación las posibilidades de detección y atención oportuna de riesgos son mayores.

Gráfico 34

Tendencia del porcentaje de gestantes con primer control prenatal en el Primer trimestre de gestación según ámbito geográfico



■ Año 2000	68,9	42,7	58,0
■ Año 2007	76,2	63,8	71,3
■ Año 2009	76,6	64,0	72,4
■ Año 2010	76,5	66,3	73,0
■ Año 2011	78,7	67,1	74,9

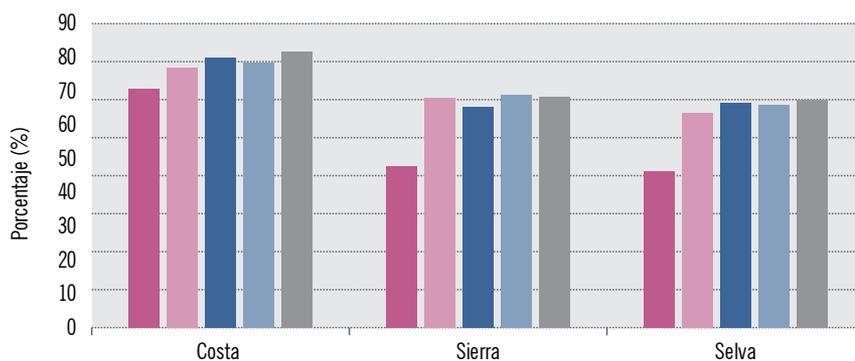
Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

La proporción de gestantes con primer control prenatal en el Primer trimestre de gestación a nivel de regiones presenta una variación, siendo esta mayor en la región de la Costa (81,9%), en comparación con la Sierra (68,3%) y la Selva (67,3%).

A nivel de la Costa se puede apreciar que desde el año 2000 al 2011 ha habido un incremento de 11,5 puntos porcentuales de gestantes que iniciaron su control durante el Primer trimestre de gestación. Siendo este incremento mayor en el caso de la Sierra y la Selva (20,9 puntos porcentuales cada uno respectivamente), lo cual implica un acortamiento de las brechas entre regiones.

Gráfico 35

Tendencia del porcentaje de gestantes con primer control prenatal en el Primer trimestre de gestación según región



■ Año 2000	70,4	47,4	46,4
■ Año 2007	77,0	67,7	63,3
■ Año 2009	79,9	65,1	66,5
■ Año 2010	78,6	68,8	65,8
■ Año 2011	81,9	68,3	67,3

Fuente: ENDES-INEI

De acuerdo al cuadro 15 los departamentos que han presentado un descenso en la cobertura de atención prenatal en el Primer trimestre de gestación desde el año 2009 al 2011 han sido: Apurímac, Cusco, Huánuco, Ica, Madre de Dios, Tacna y Tumbes, siendo importante identificar la causalidad de dicho suceso para implementar estrategias que permitan mejoras en el acceso de las gestantes a los servicios de salud pública.

Cuadro 15

Primer control prenatal en el Primer trimestre de gestación según departamento

DEPARTAMENTO	ENDES 2009	ENDES 2010	ENDES 2011
AMAZONAS	67,9	68,0	68,6
ÁNCASH	71,7	72,4	74,9
APURÍMAC	73,2	76,4	70,9
AREQUIPA	74,6	74,5	76,9
AYACUCHO	64,8	66,5	66,6
CAJAMARCA	70,1	68,3	71,1
CUSCO	74,9	78,6	70,6
HUANCAVELICA	64,7	72,6	64,9
HUÁNUCO	67,1	73,8	66,6
ICA	79,1	77,9	78,4
JUNÍN	63,9	66,8	68,8
LA LIBERTAD	68,7	71,8	70,9
LAMBAYEQUE	76,2	77,9	81,2
LIMA	82,1	79,0	84,9
LORETO	61,6	57,4	66,1
MADRE DE DIOS	73,4	67,8	69,8
MOQUEGUA	75,7	79,6	79,2
PASCO	69,9	71,8	70,8
PIURA	74,0	77,4	74,8
PUNO	48,9	54,0	53,6
SAN MARTÍN	69,0	73,2	71,0
TACNA	75,2	74,8	71,5
TUMBES	79,8	78,4	79,3
UCAYALI	56,4	63,6	66,9
NACIONAL	72,4	73,0	74,9

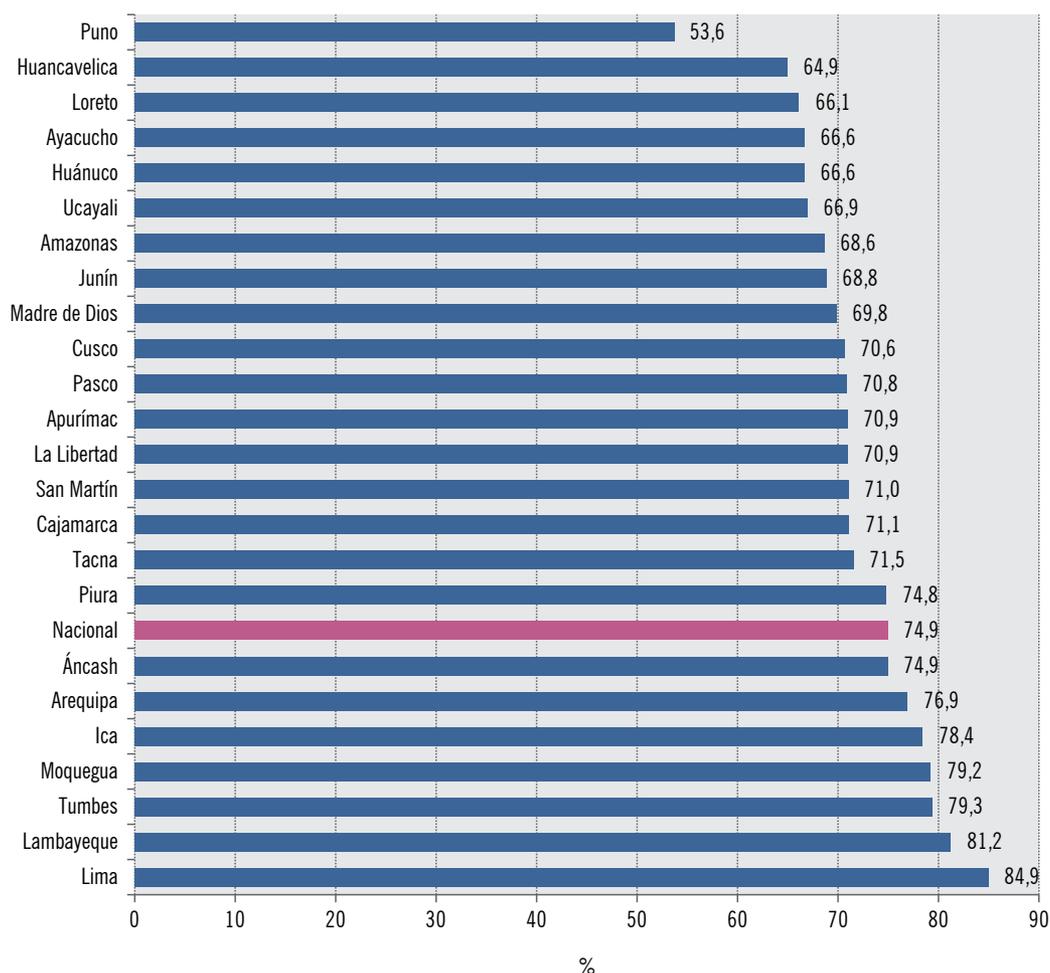
Fuente: ENDES-INEI

Según el gráfico 36 los departamentos que tienen un porcentaje mayor de gestantes que acuden a su primer control en el Primer Trimestre de gestación en relación al promedio nacional son: Lima (84,9%), Lambayeque (81,2%), Tumbes (79,3%), Moquegua (79,2%), Ica (78,4%) y Arequipa (76,9%), pese a que en algunos casos este promedio descendió en relación al porcentaje del año 2009.

Los departamentos que tienen un porcentaje inferior de gestantes que acuden a su primer control en el Primer trimestre de gestación son: Puno (53,6%), Huancavelica (64,9%), Loreto (66,1%), Ayacucho (66,6%), Huánuco (66,6%) y Ucayali (66,9%).

Gráfico 36

Porcentaje de mujeres con primer control prenatal en el Primer trimestre de gestación según departamento



Fuente: ENDES 2011-INEI

b. Gestantes controladas

En los establecimientos de salud pública del Estado peruano se considera gestante controlada a la gestante que ha cumplido con seis controles prenatales; no obstante ello no implica que necesariamente tenga todo el paquete del control prenatal como: los análisis de laboratorio completos, el tamizaje para detección de violencia, la administración suficiente de sulfato ferroso para la prevención de la anemia y las sesiones completas de psicoprofilaxis. A todo este paquete de atención el Ministerio de Salud del Perú lo denomina Atención Prenatal Reenfocada, el mismo que aún presenta limitaciones para su medición.

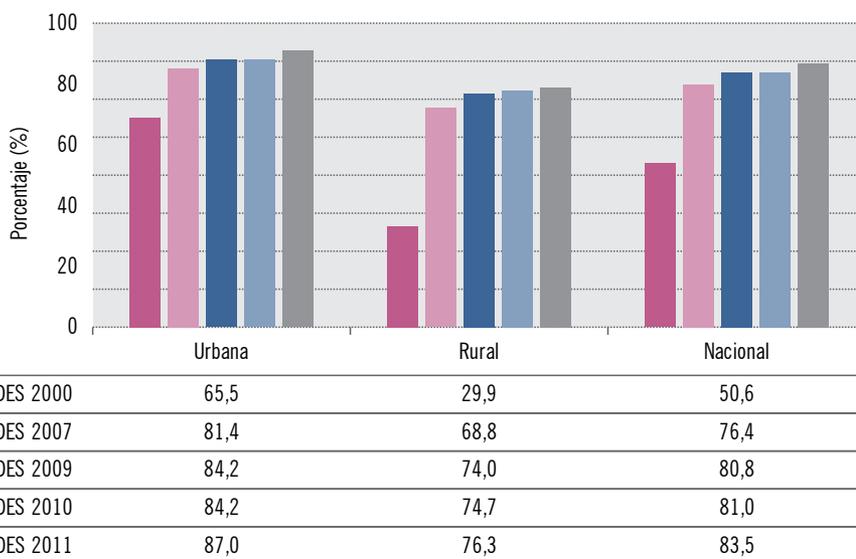
Sin embargo, se puede asumir que una gestante controlada debería contar con al menos sus análisis de laboratorio completos, la administración de sulfato ferroso suficiente para la prevención de la anemia, entre otros cuidados esenciales para el embarazo.

De acuerdo al gráfico 37 a nivel nacional desde el año 2000 al 2011, se ha incrementado en 32,9 puntos porcentuales el porcentaje de gestantes controladas. En el área rural este incremento ha sido de 46,4 puntos porcentuales y en el área urbana de 22,5 puntos porcentuales.

Tal y como se puede apreciar el mayor incremento del porcentaje de gestantes controladas ha sido en el área rural, sin embargo el porcentaje de gestantes controladas en el área urbana sigue siendo aún mayor (87%) en comparación con el porcentaje del área rural (76,3%).

Gráfico 37

Tendencia del porcentaje de gestantes controladas según área geográfica

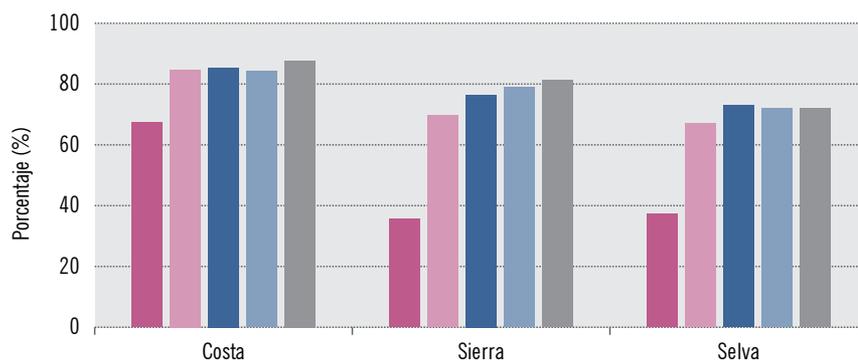


Fuente: ENDES-INEI

Tanto en la Costa como en la Sierra y la Selva, desde el 2000 al 2011 se ha incrementado el porcentaje de gestantes controladas tal y como se aprecia en el gráfico 38. Este incremento ha sido más significativo para el caso de la Sierra y la Selva; sin embargo, el porcentaje de gestantes controladas sigue siendo aún mayor en la Costa aunque con una menor diferencia en comparación con los años anteriores, lo cual significa que la brecha de diferencias entre regiones se viene acortando.

Gráfico 38

Tendencia del porcentaje de gestantes controladas según región



	Costa	Sierra	Selva
ENDES 2000	67,4	35,5	37,2
ENDES 2007	85,1	70,0	67,8
ENDES 2009	86,3	77,0	72,6
ENDES 2010	84,9	79,5	72,2
ENDES 2011	88,4	81,7	71,9

Fuente: ENDES-INEI

Los departamentos que han tenido desde el 2009 al 2011 un descenso en la cobertura de gestantes controladas son: Amazonas, Apurímac, Cusco, Huánuco, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Tacna y Tumbes.

Cuadro 16

Gestantes controladas según departamento

DEPARTAMENTO	ENDES 2009	ENDES 2010	ENDES 2011
AMAZONAS	73,5	75,0	70,9
ÁNCASH	84,1	83,3	85,8
APURÍMAC	87,5	86,5	80,0
AREQUIPA	76,4	77,9	83,6
AYACUCHO	81,5	76,5	82,6
CAJAMARCA	79,1	78,5	87,1
CUSCO	88,3	82,8	85,0
HUANCAVELICA	80,9	83,1	82,4
HUÁNUCO	85,8	88,8	83,4
ICA	79,1	83,9	84,1
JUNÍN	74,7	76,4	82,2
LA LIBERTAD	77,1	80,9	79,0
LAMBAYEQUE	80,1	78,6	83,2
LIMA	88,2	84,9	91,1
LORETO	65,6	60,8	65,5
MADRE DE DIOS	81,8	80,5	75,0
MOQUEGUA	88,2	89,9	93,4
PASCO	74,9	80,9	85,4
PIURA	77,4	84,3	80,3
PUNO	67,2	76,6	71,0
SAN MARTÍN	78,3	79,5	76,9
TACNA	87,2	91,2	84,3
TUMBES	88,2	85,2	82,3
UCAYALI	59,7	67,5	67,1
NACIONAL	80,8	81,0	83,5

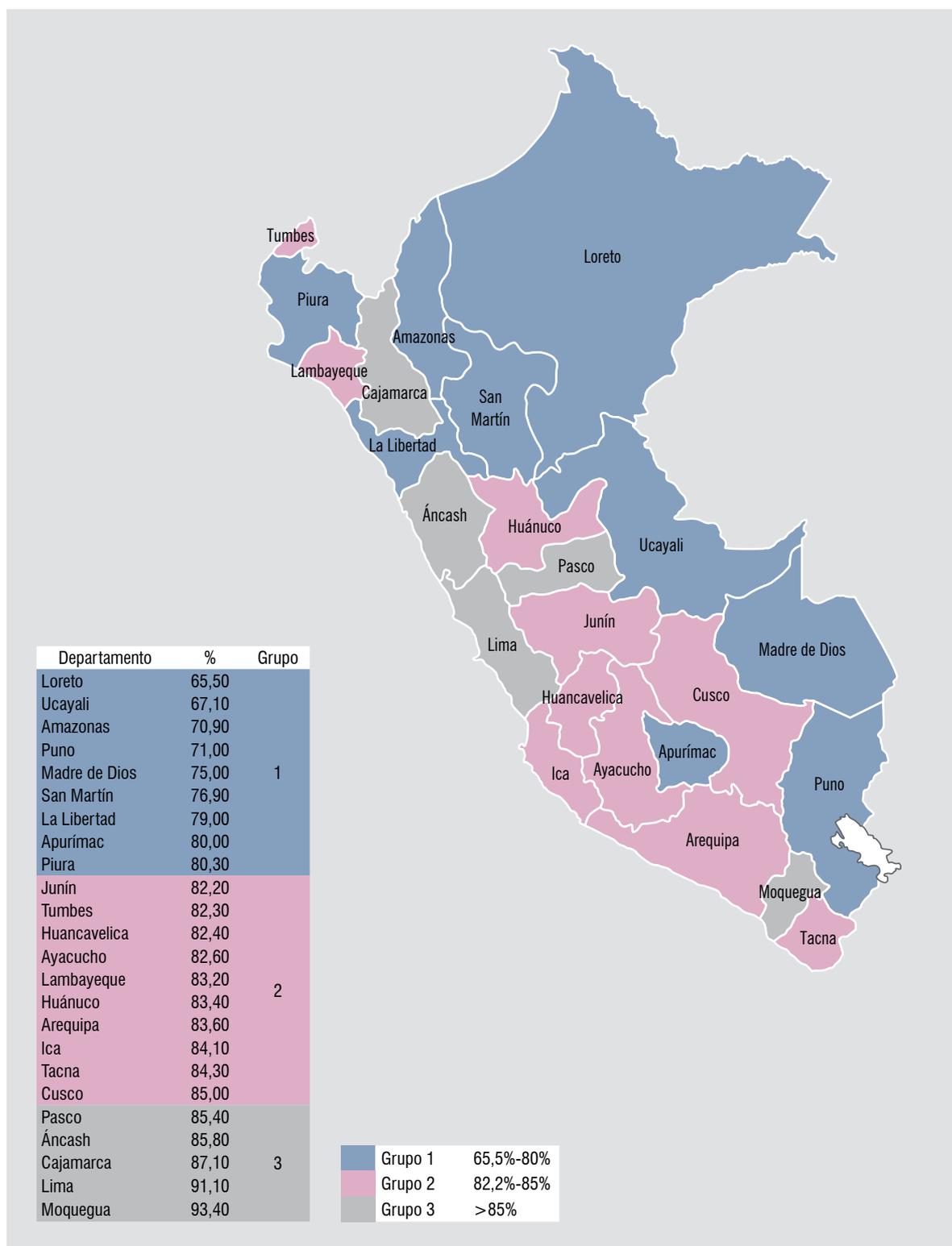
Fuente: ENDES-INEI

Tal y como se aprecia en el gráfico 39 los departamentos que presentan un menor porcentaje de gestantes controladas (seis controles prenatales) son los del grupo 1, que comprende a: Loreto (65,5%), Ucayali (67,1%), Amazonas (70,9%), Puno (71%), Madre de Dios (75%), La Libertad (79%), Apurímac (80%) y Piura (80,3%).

Es importante mencionar que según los resultados de la ENDES 2011, coincidentemente Loreto, Madre de Dios, Ucayali y Amazonas son los departamentos que tienen el mayor porcentaje de embarazos adolescentes (30%, 27,9%, 24,9% y 21,2% respectivamente).

Gráfico 39

Mapa de gestantes con 6 o más controles prenatales según departamento



Fuente: Elaboración propia en base la ENDES 2011

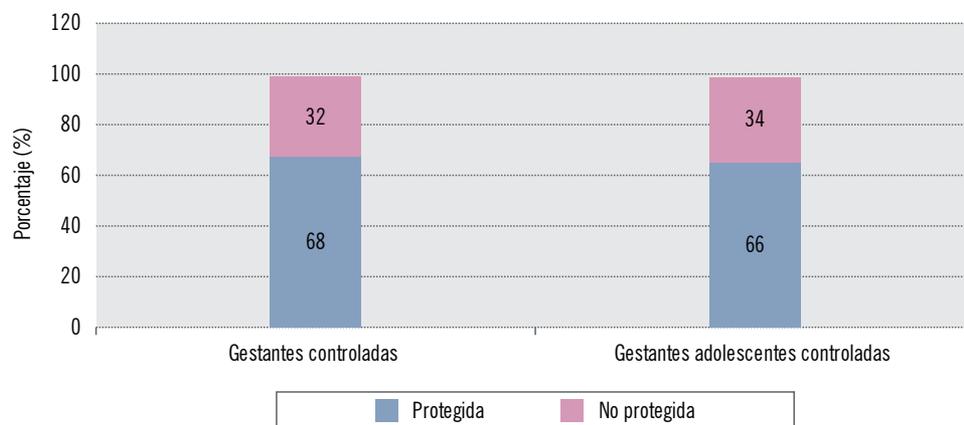
c. Gestantes controladas y a las que se les entregó sulfato ferroso en dosis completa para la prevención de la anemia

De acuerdo a los datos de la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, del total de gestantes controladas, el 32% no ha recibido administración completa de sulfato ferroso para la prevención de la anemia, siendo este porcentaje un poco mayor para el caso de las gestantes adolescentes controladas (34%),

La población de gestantes que no ha recibido administración de sulfato estaría más expuesta a tener recién nacidos con bajo peso al nacer, partos pretérminos e incluso podrían tener un mayor riesgo de muerte materna.

Gráfico 40

Porcentaje de gestantes controladas y a las que se les entregó sulfato ferroso en dosis completa para la prevención de la anemia



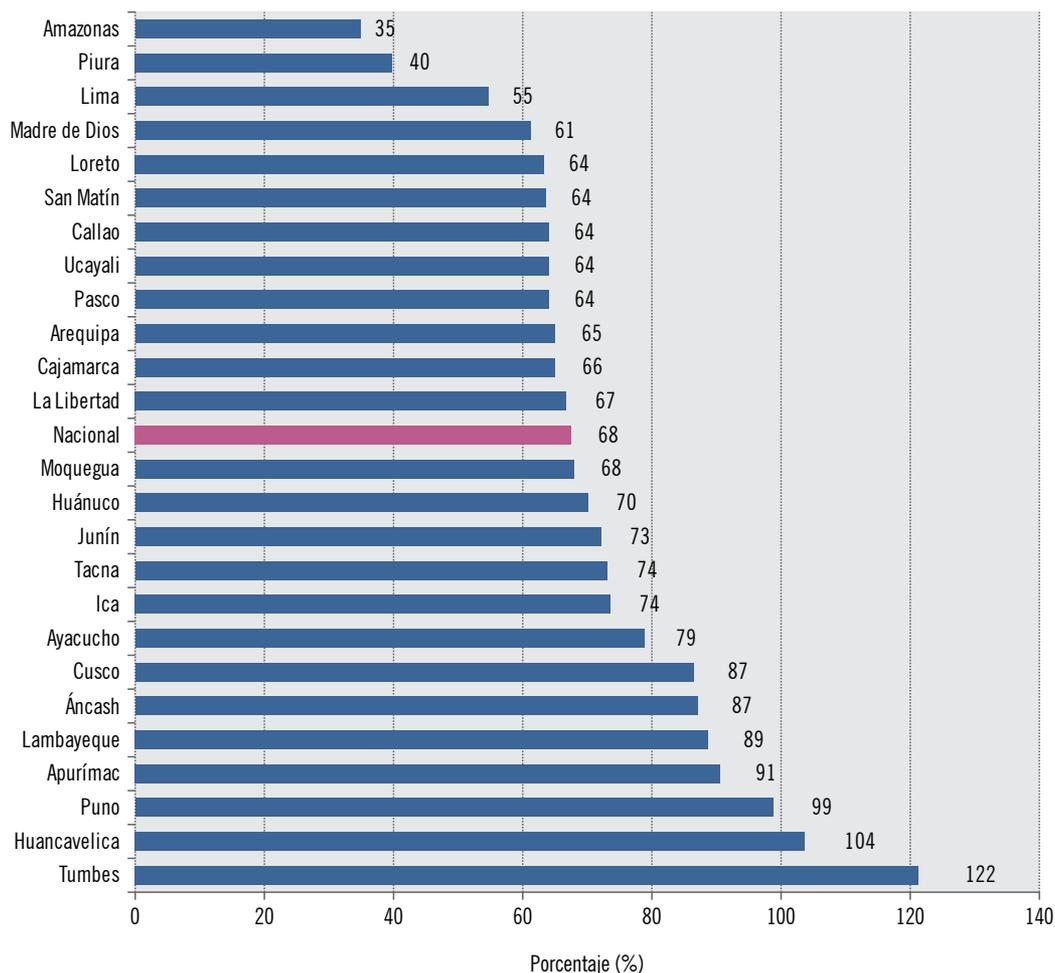
Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2011

Según la información de la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud; Tumbes y Huancavelica son las regiones que sobrepasan el 100% de gestantes controladas y protegidas con la administración de sulfato ferroso, información que debe presentar un margen de error dado que el número de gestantes protegidas no puede sobrepasar al número de gestantes controladas, salvo que estas hayan sido protegidas antes de cumplir con los seis controles prenatales, situación muy difícil de suceder.

Las regiones que tienen un menor porcentaje de gestantes controladas y protegidas con sulfato ferroso para la prevención de la anemia en relación al promedio nacional son: Amazonas, Piura, Lima, Madre de Dios, Loreto, San Martín, Callao, Ucayali, Pasco, Arequipa, Cajamarca y La Libertad.

Gráfico 41

Porcentaje de gestantes con controles prenatales completos protegidas con sulfato ferroso según DIRESA



Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2011

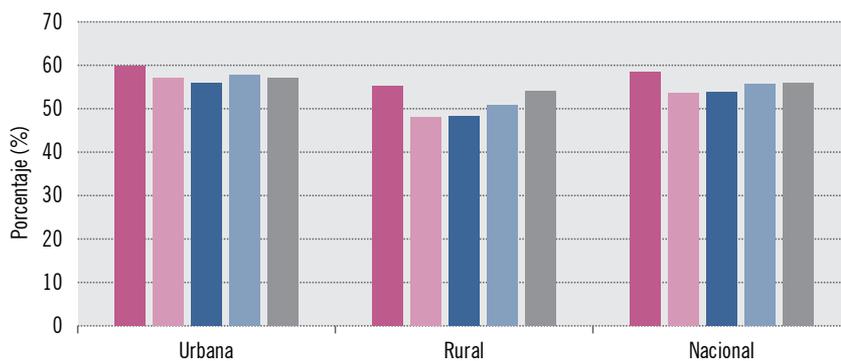
d. Gestantes protegidas contra el Tétanos Neonatal

De acuerdo al gráfico 42, a nivel nacional desde el año 2000 al 2011 ha habido un descenso del porcentaje de gestantes protegidas contra el tétanos neonatal durante su último embarazo.

El descenso se evidencia tanto en el área urbana como en el área rural

Gráfico 42

Tendencia del porcentaje de gestantes protegidas contra el Tetanos Neonatal según área geográfica



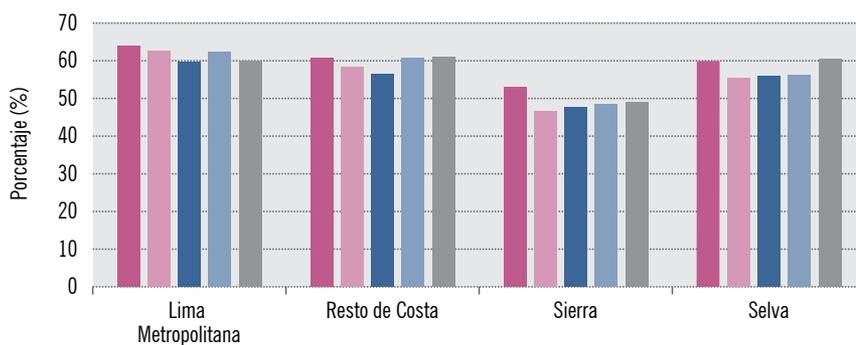
	Urbana	Rural	Nacional
ENDES 2000	60,4	55,5	58,6
ENDES 2007	57,4	48,5	54,1
ENDES 2009	56,4	49,2	54,0
ENDES 2010	58,4	51,1	56,0
ENDES 2011	57,6	54,3	56,5

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

Desde el año 2000 al 2011 en la Sierra, en Lima Metropolitana y en el resto de la Costa se ha evidenciado un descenso del porcentaje de mujeres cuya última gestación tuvo vacunación completa contra el tétanos neonatal, mientras que en la Selva el porcentaje se ha mantenido estático.

Gráfico 43

Tendencia del porcentaje de gestantes protegidas contra el Tétanos Neonatal completa según región



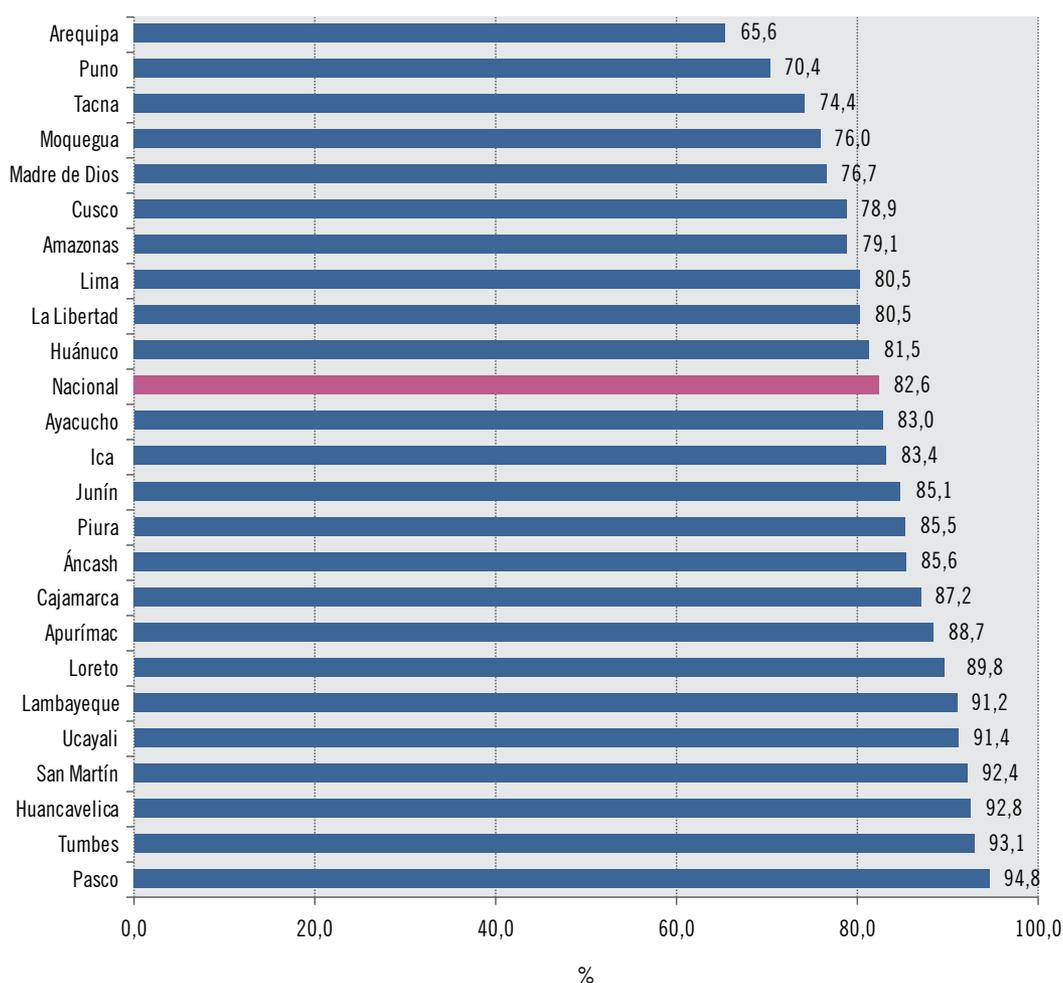
	Lima Metropolitana	Resto de Costa	Sierra	Selva
ENDES 2000	63,8	60,6	53,0	60,2
ENDES 2007	62,4	58,2	46,6	55,4
ENDES 2009	59,7	56,6	47,5	56,0
ENDES 2010	62,3	60,7	48,8	56,0
ENDES 2011	59,9	61,2	49,5	60,2

Fuente: ENDES-INEI

Los departamentos en donde se identificó un menor porcentaje de mujeres cuya última gestación estuvo protegida contra el tétanos neonatal fueron: Arequipa, Puno, Tacna, Moquegua, Madre de Dios, Cusco, Amazonas, Lima, La Libertad y Huánuco, tal y como se aprecia en el gráfico 44.

Gráfico 44

Porcentaje de mujeres cuya última gestación estuvo protegida contra el Tétanos Neonatal según departamento



Fuente: ENDES 2011

e. Gestantes con tamizaje para la detección de VIH

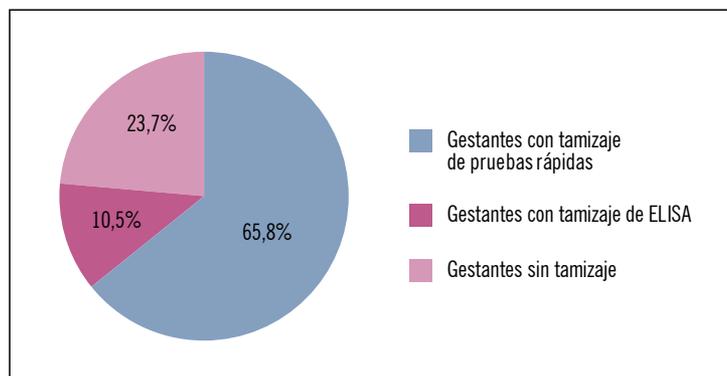
De acuerdo al gráfico 45, del total de gestantes atendidas en los establecimientos de salud de las Direcciones de Salud de Lima y de las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces a nivel nacional durante el año 2011, al 65% se le realizó tamizaje con pruebas rápidas para la detección del VIH. Cabe mencionar que estas pruebas son distribuidas en su mayoría en los establecimientos de salud con menor capacidad resolutoria y que no cuentan con laboratorios, los mismos que representan una mayoría.

Al 10,5% de gestantes a nivel nacional se le realizó tamizaje con pruebas de ELISA para la detección de VIH.

A más de la quinta parte de las gestantes atendidas en los servicios de salud pública no se le ha realizado tamizaje para la detección de VIH.

Gráfico 45

Porcentaje de gestantes atendidas con tamizaje para la detección de VIH



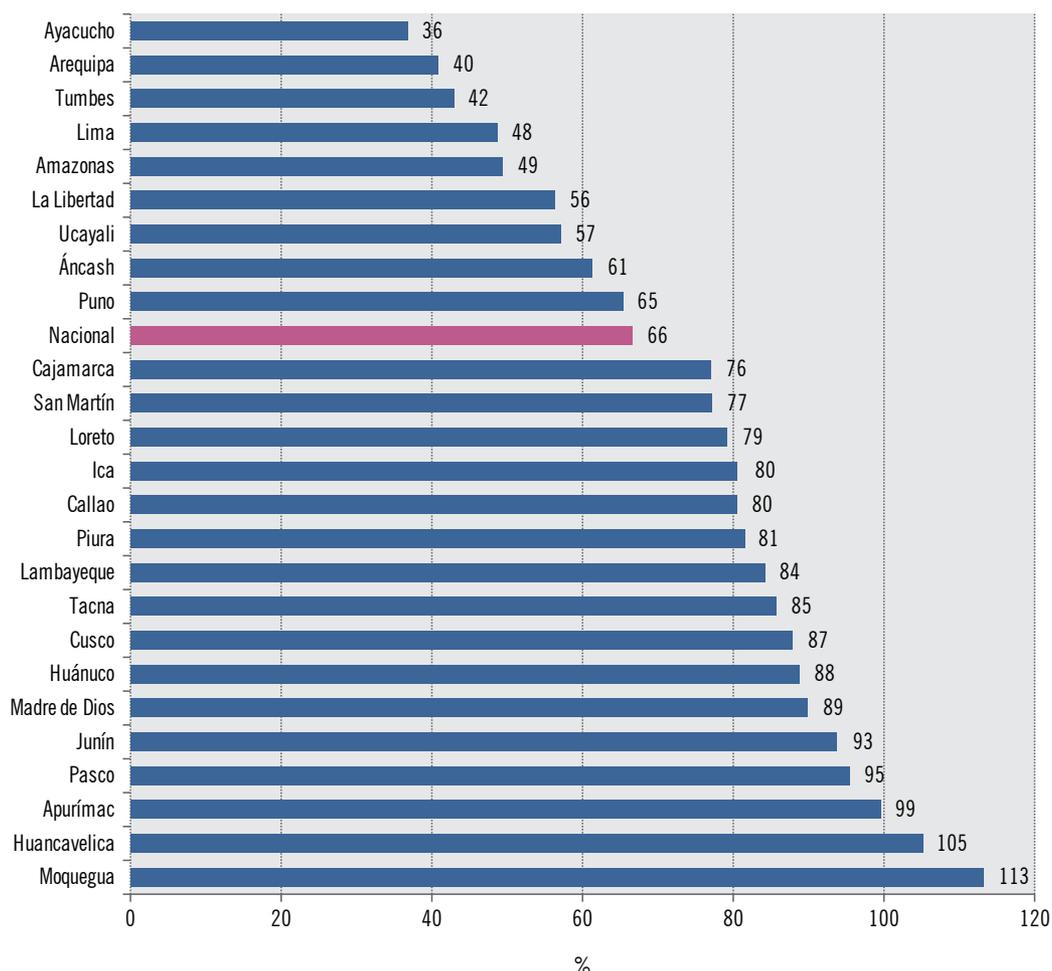
Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-MINSA 2011

Según el gráfico 46 elaborado en base a los datos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, las regiones que han tenido un menor porcentaje de gestantes con tamizaje de pruebas rápidas para la detección de VIH durante el año 2011 fueron: Ayacucho, Arequipa, Tumbes, Lima, Amazonas, La Libertad, Ucayali, Áncash y Puno.

En el caso de Lima es probable que el bajo porcentaje de gestantes con tamizajes de pruebas rápidas para la detección de VIH, se deba al mayor acceso a laboratorios para la realización de las pruebas de ELISA.

Grafico 46

Porcentaje de gestantes atendidas con prueba rápida de tamizaje para la detección de VIH, según región



Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-MINSA 2011

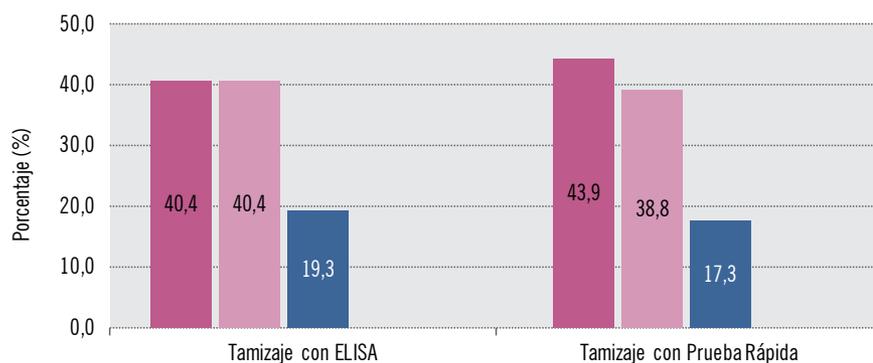
Tal y como se aprecia en el gráfico 47 a la mayoría de gestantes se les ha realizado el tamizaje para la detección de VIH durante el primer trimestre de gestación (43,9% con prueba de ELISA y 40,3% con pruebas rápidas).

El 40,4% y 38,8% tuvo tamizaje durante el segundo trimestre de gestación con prueba de ELISA y pruebas rápidas respectivamente.

El 19,3% y 17,3% tuvo tamizaje durante el tercer trimestre de gestación con pruebas de ELISA y pruebas rápidas respectivamente. Este grupo es el de mayor riesgo dado que la programación para cesárea en el caso de las gestantes VIH positivas presenta la posibilidad de ser tardía, incrementado así el riesgo de transmisión vertical.

Gráfico 47

Porcentaje de gestantes con tamizaje para la detección de VIH según trimestre de gestación



■ I Trimestre	40,4%	43,9%
■ II Trimestre	40,4%	38,8%
■ III Trimestre	19,3%	17,3%

Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-MINSA 2011

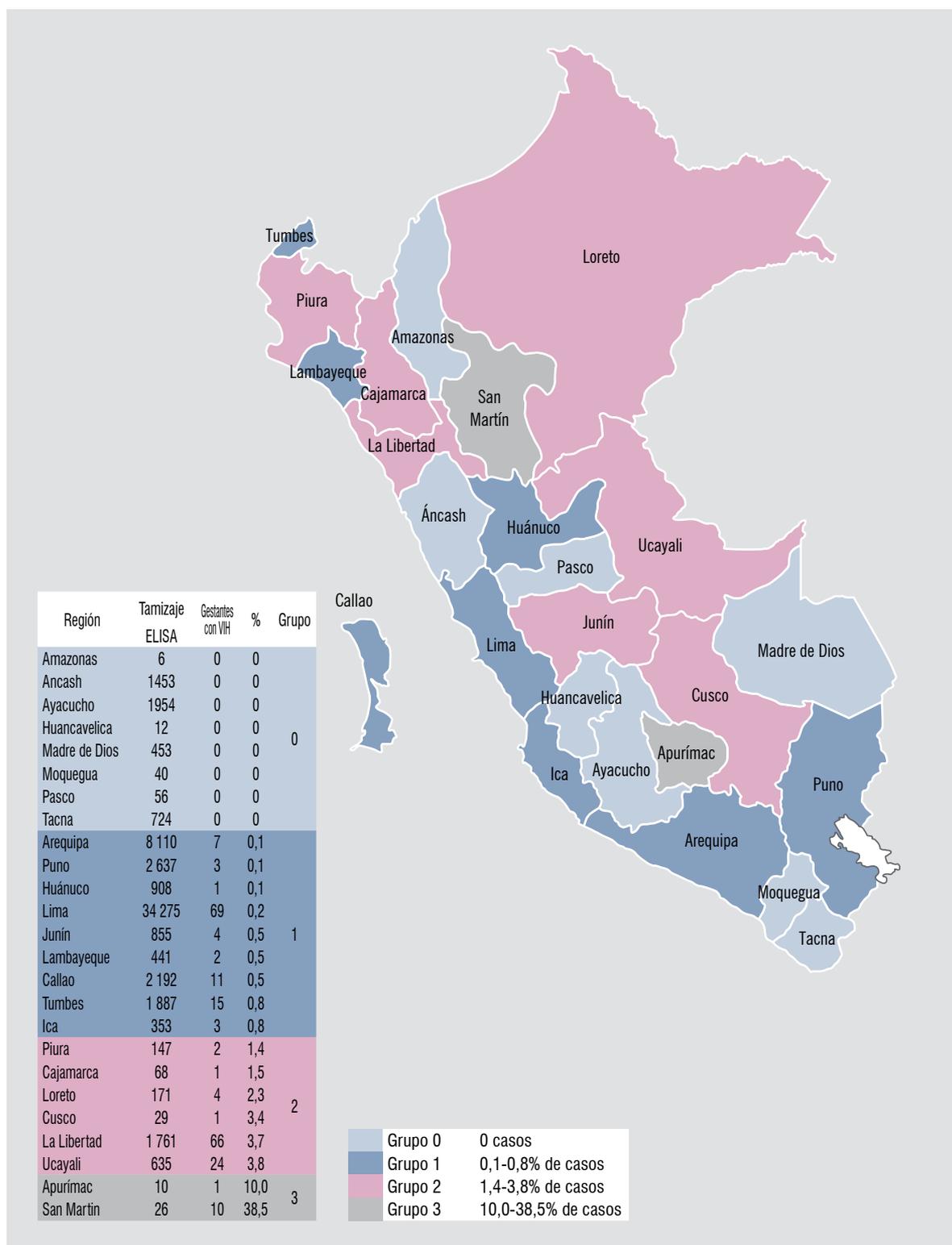
f. VIH en gestantes

Si bien es cierto que existe una vigilancia epidemiológica de los casos de VIH a cargo de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú, esta vigilancia presenta limitaciones ya que no cuenta con información de gestantes infectadas con VIH.

La única fuente de información de estos casos es la obtenida a través de los formatos paralelos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-ESNSSR del Ministerio de Salud. De acuerdo a esta información las regiones que durante el año 2011 han presentado un mayor porcentaje de gestantes infectadas con VIH del total que tuvo tamizaje fueron: San Martín y Apurímac tal y como se aprecia en el gráfico 48.

Gráfico 48

Mapa de distribución de gestantes con VIH según región



Fuente: Elaboración propia en base a data de la ESNSSR 2011

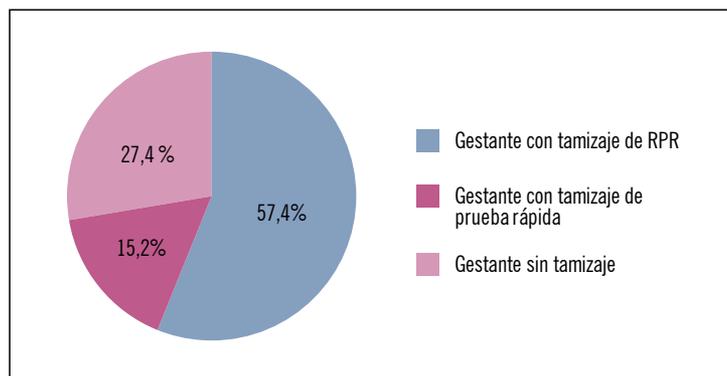
g. Gestantes con tamizaje para la detección de Sífilis

Otra infección de transmisión sexual durante la gestación que puede repercutir en la salud del feto o neonato es la Sífilis, la cual puede ser tratada siempre y cuando su detección sea oportuna, de preferencia en el Primer trimestre de gestación.

De acuerdo al gráfico 49, el 57,4% de las gestantes atendidas en los establecimientos de salud pública de las Direcciones de Salud de Lima y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, han tenido tamizaje de Prueba RPR/VDRL para la detección de sífilis, el 15,2% ha tenido tamizaje de pruebas rápidas y más de la quinta parte (27,4%) no lo tuvo.

Gráfico 49

Porcentaje de gestantes con tamizaje para la detección de Sífilis

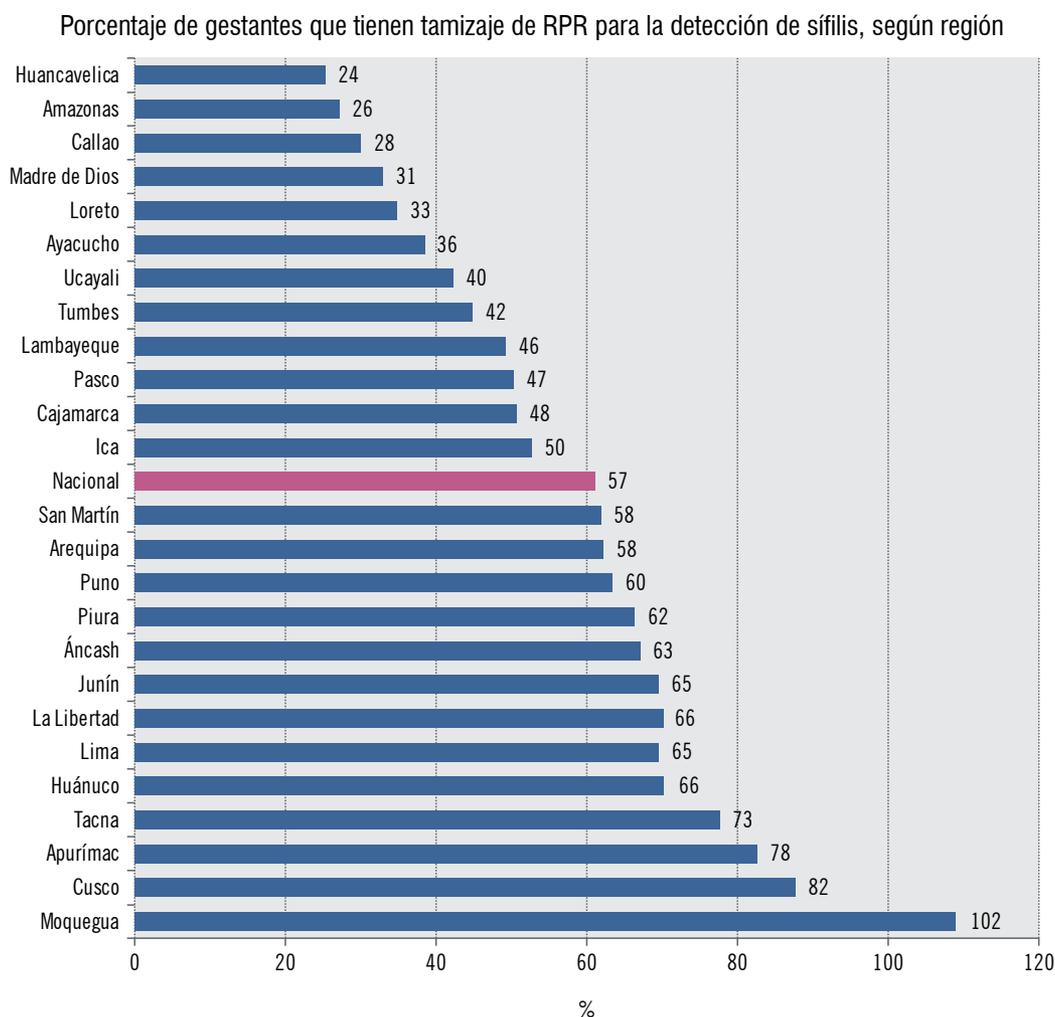


Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-MINSA 2011

Según los datos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva durante el año 2011 las regiones que tuvieron un porcentaje menor de gestantes con tamizaje de RPR para la detección de Sífilis fueron: Huancavelica, Amazonas, Callao, Madre de Dios, Loreto, Ayacucho, Ucayali, Tumbes, Lambayeque, Pasco, Cajamarca e Ica.

Tumbes es la región que sobrepasó el 100% de gestantes con tamizaje de RPR para la detección de sífilis, lo cual implica un error en el registro dado que no es posible que exista un mayor número de gestantes con tamizaje en relación al número de gestantes atendidas.

Gráfico 50

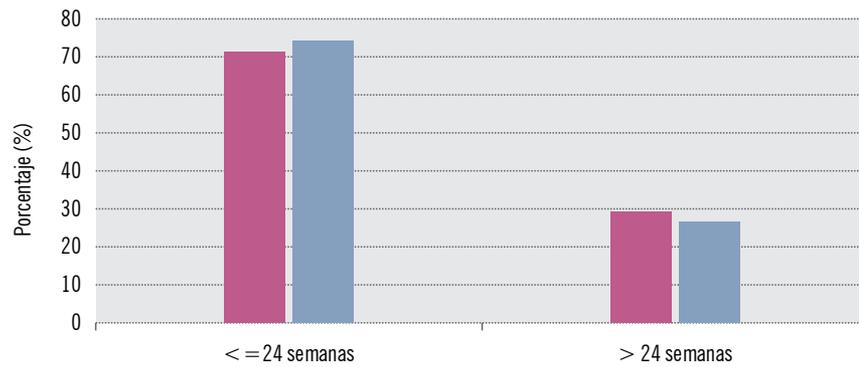


Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-MINSA 2011

Según se observa en el gráfico 51, el mayor porcentaje de gestantes tuvo tamizaje para la detección de sífilis antes o durante las 24 semanas de gestación. Sin embargo, un poco más de la quinta parte recién lo tuvo después de las 24 semanas de gestación, situación que imposibilita la atención oportuna de los casos positivos.

Gráfico 51

Porcentaje de gestantes con tamizaje para la detección de Sífilis según edad gestacional



■ Tamizaje con Prueba Rápida	71%	29%
■ Tamizaje con RPR/VDRL	74%	26%

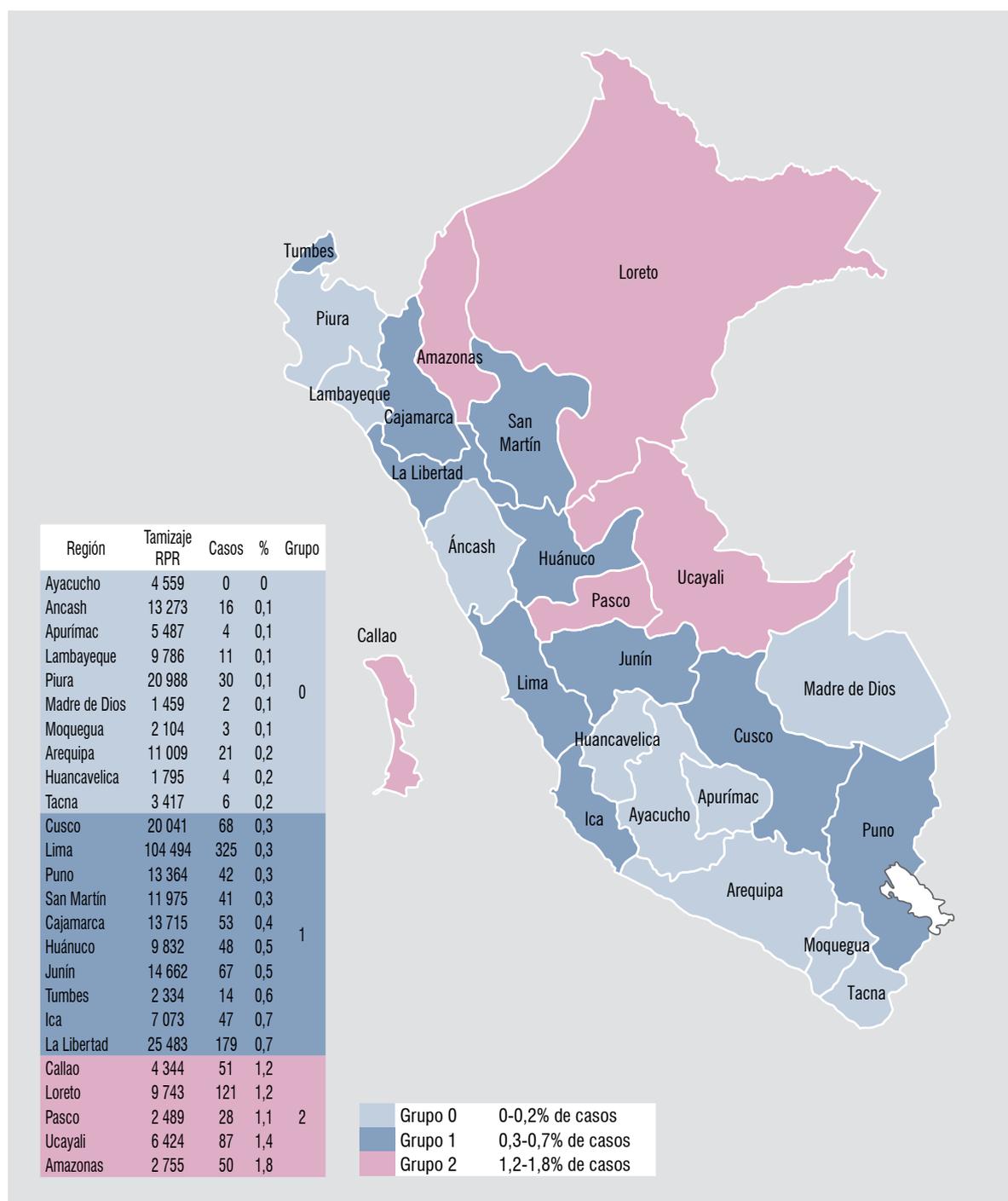
Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-MINSA 2011

h. Sífilis en gestantes

El mayor porcentaje de casos de sífilis del total de gestantes con tamizaje fueron identificados en las regiones de: Amazonas, Ucayali, Pasco, Loreto y Callao, tal y como se aprecia en el gráfico 52.

Gráfico 52

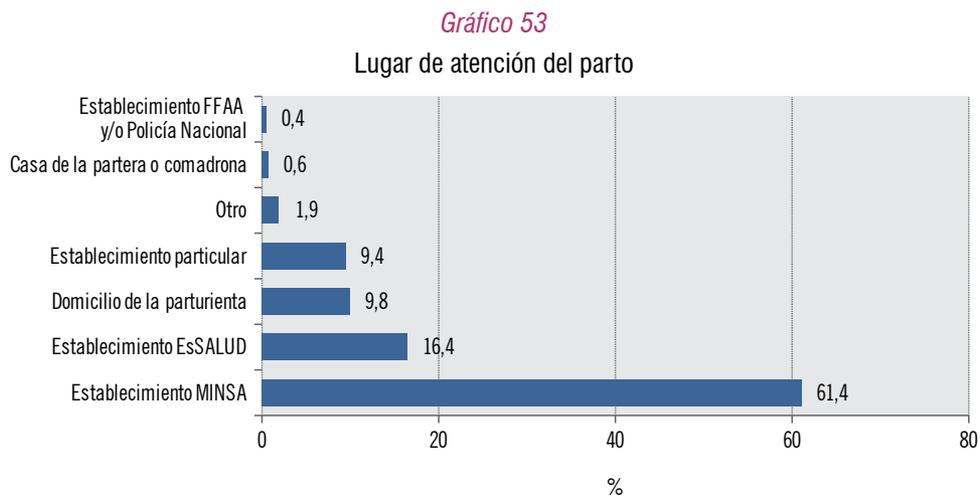
Mapa de distribución de gestantes con Sífilis según región



Fuente: Elaboración propia en base a data de la ESNSR 2011

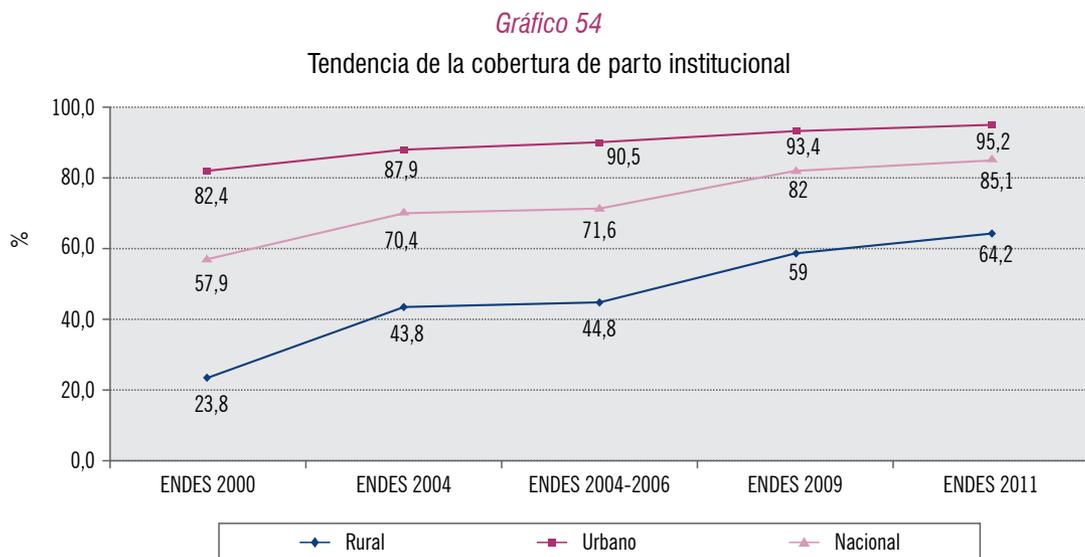
i. Parto institucional

De acuerdo al gráfico 53, a nivel nacional la mayor proporción de los partos son atendidos en los establecimientos de salud del MINSA (61,4%), seguido de: Establecimientos de EsSALUD (16,4%), domicilios de las parturientas (9,8%), establecimientos de salud privados (9,4%) y en menor proporción en los establecimientos de las FF.AA y/o la Policía Nacional (0,4%).



Fuente: ENAHO 2011-INEI

Desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional se ha incrementado el porcentaje de parto institucional de 57,9% a 85,1%. Este incremento ha sido tanto para el área rural como para el área urbana, sin embargo es importante mencionar que aún persiste una brecha significativa entre el porcentaje de parto institucional del área rural en comparación con el área urbana.



Fuente: ENDES-INEI

Las regiones que han presentado una disminución de la cobertura del parto institucional desde el 2009 al 2011 han sido: Amazonas, Ayacucho, Lambayeque, Loreto, Moquegua, Piura y Tacna.

Cuadro 17

Tendencia del parto institucional según departamento

DEPARTAMENTO	ENDES 2004-2006	ENDES 2009	ENDES 2011
AMAZONAS	47,9	64,4	57,1
ÁNCASH	55,6	81,6	83,3
APURÍMAC	84,2	95,4	96,7
AREQUIPA	81,2	92,4	95,8
AYACUCHO	70,6	92,7	90,2
CAJAMARCA	43,1	60,8	61,2
CUSCO	62,0	81,1	87,6
HUANCAVELICA	45,6	67,4	73,3
HUÁNUCO	52,9	73,0	82,7
ICA	94,5	95,9	99,7
JUNÍN	63,4	71,1	80,4
LA LIBERTAD	62,2	73,1	75,6
LAMBAYEQUE	74,7	90,5	88,3
LIMA	93,8	96,6	97,3
LORETO	48,8	58,2	56,3
MADRE DE DIOS	81,3	89,0	90,5
MOQUEGUA	91,8	95,8	93,0
PASCO	69,3	77,9	86,5
PIURA	77,1	82,4	79,3
PUNO	39,9	60,3	71,0
SAN MARTÍN	70,6	69,6	79,2
TACNA	91,5	92,2	91,9
TUMBES	91,7	94,4	94,9
UCAYALI	73,7	65,4	75,4

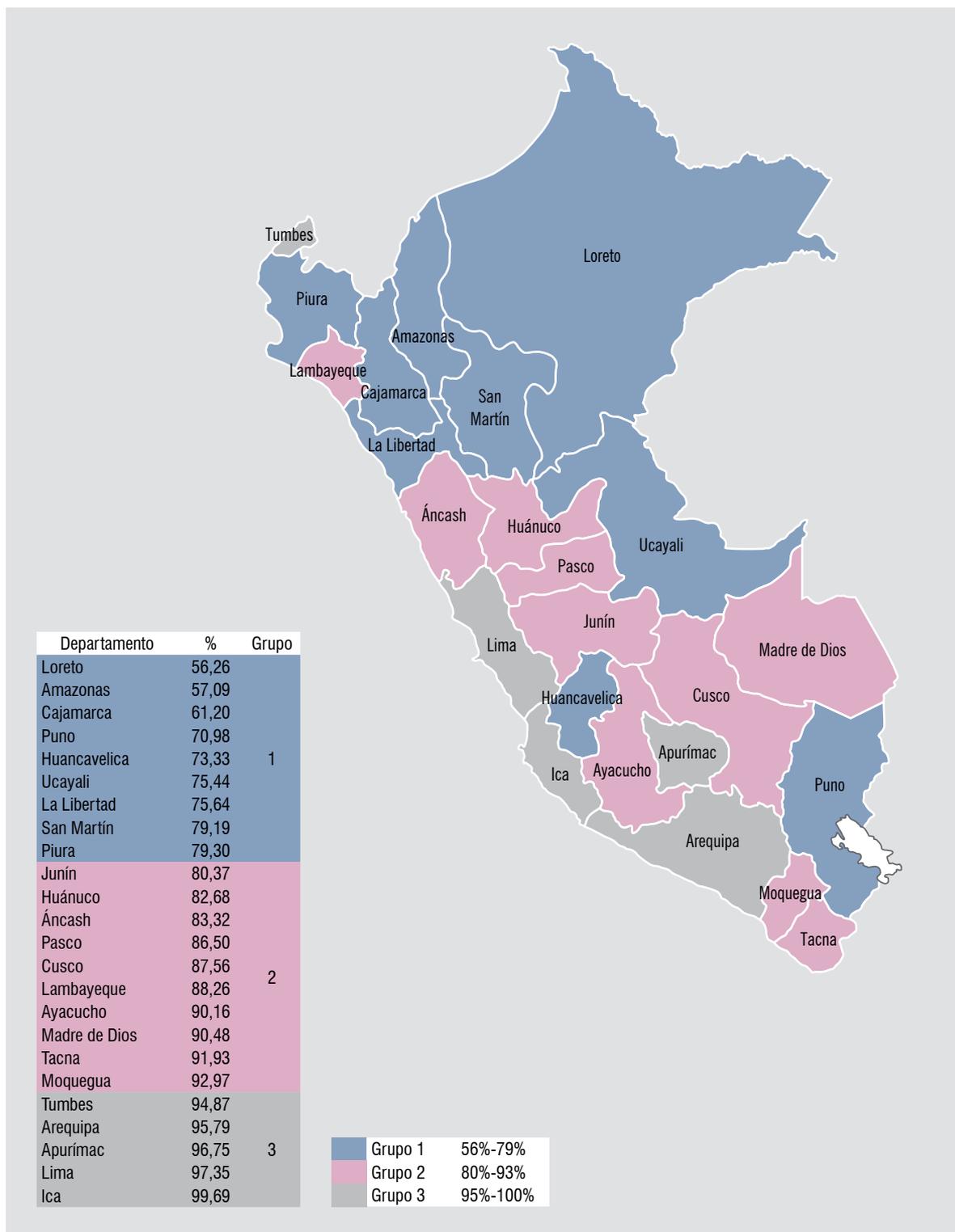
Fuente: ENDES-INEI

En el gráfico 55 se puede apreciar que los departamentos del grupo 1 son los que tienen una cobertura menor de parto institucional, estos departamentos son: Loreto (56,3%), Amazonas (57%), Cajamarca (61,2%), Puno (70,9%), Huancavelica (73,3%), Ucayali (75,4%), La Libertad (75,6%), San Martín (79,2%) y Piura (79,3%).

Mientras que los departamentos con mayor cobertura son los del grupo 3: Ica (99,7%), Lima (97,4%), Apurímac (96,8%), Arequipa (95,8%) y Tumbes (94,9%).

Gráfico 55

Parto institucional según departamento



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

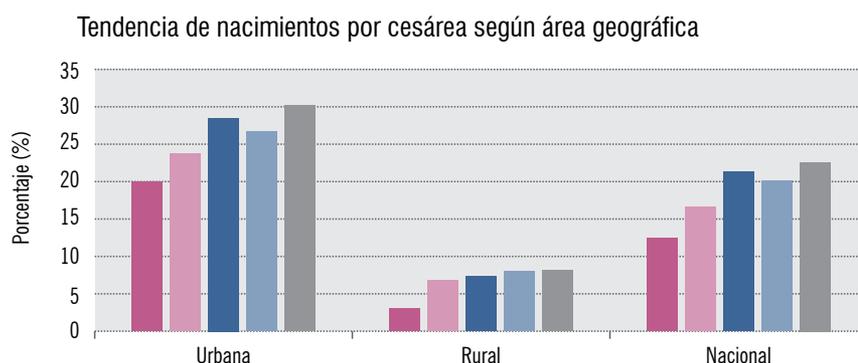
j. Parto por cesárea

De acuerdo a un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizado durante el año 2005 y publicado en el 2006 en la revista *The Lancet*, el número de partos por cesárea subió de un 15% a un 33% entre las mujeres de América Latina, en los últimos 25 años. En dicho estudio se señaló también que los partos pretérminos y las muertes de recién nacidos suben cuando las tasas de cesáreas superan el 20%¹⁰, aseveración que preocupa teniendo en cuenta que en el Perú el porcentaje de cesáreas ascendió en el 2011 a 22,9%.

El porcentaje de cesáreas es aún mucho mayor en el área urbana, en el cual ascendió 10,5 puntos porcentuales desde el año 2000 al 2011, siendo necesario identificar la causa con estudios posteriores.

Si bien el porcentaje de nacimientos por cesárea aumentó desde el 2000 al 2011 tanto en el área urbana como en el área rural, tal y como se aprecia en el gráfico 56, al 2011 se identifica aún una brecha de 22,5 puntos porcentuales entre el porcentaje de nacimientos por cesárea del área urbana (30,7%) y del área rural (8,2%).

Gráfico 56



	Urbana	Rural	Nacional
ENDES 2000	20,2	3,2	12,7
ENDES 2007	24,2	7,0	16,9
ENDES 2009	29,1	7,5	21,4
ENDES 2010	27,1	8,4	20,4
ENDES 2011	30,7	8,2	22,9

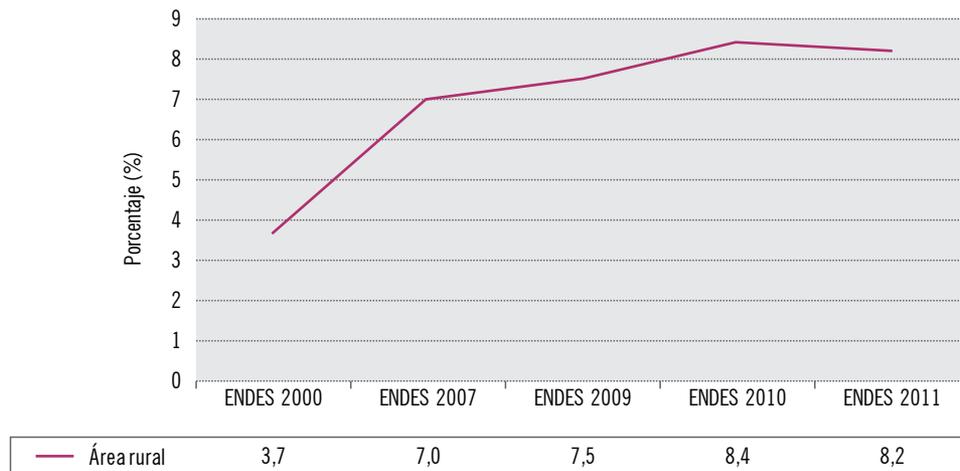
Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

En el gráfico 57, se identifica que el porcentaje de gestantes procedentes del área rural que tuvieron su parto por cesárea subió 4,5 puntos porcentuales desde el año 2000 al 2011, lo cual demuestra que ha mejorado el acceso a la cesárea de las mujeres del área rural; sin embargo, es importante tener en cuenta que del 2010 al 2011 hubo un ligero descenso.

¹⁰ Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, for the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367: 1819–29.

Gráfico 57

Tendencia del porcentaje de gestantes procedentes del área rural que tuvieron su parto por cesárea



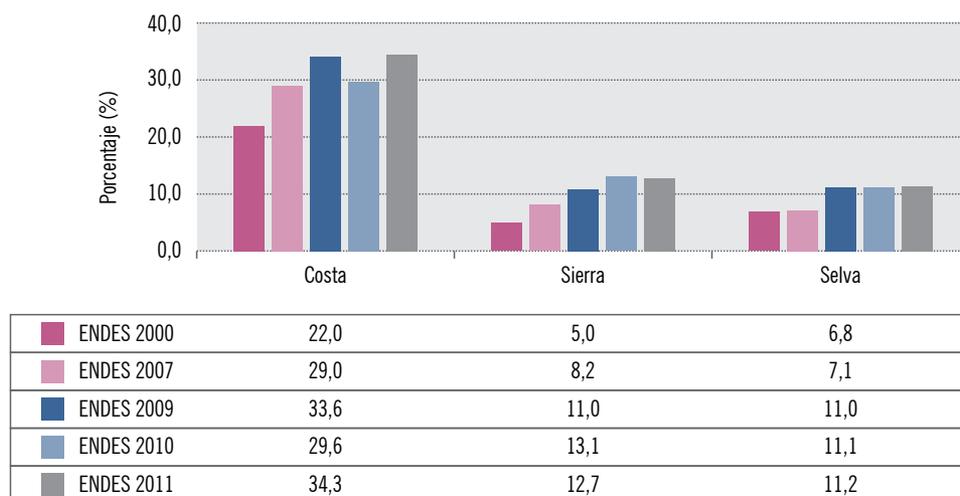
Fuente: ENDES-INEI

En el gráfico 58 se aprecia que desde el año 2000 al 2011, el incremento del porcentaje de nacimientos por cesárea se ha presentado tanto en la Costa, como en la Sierra y la Selva, siendo éste más significativo en la Costa.

Al 2011 aún persiste la brecha entre el porcentaje de nacimientos por cesárea en la Costa (34,3%) en comparación con la Sierra (12,7%) y la Selva (11,2%).

Gráfico 58

Tendencia de nacimientos por cesárea según región



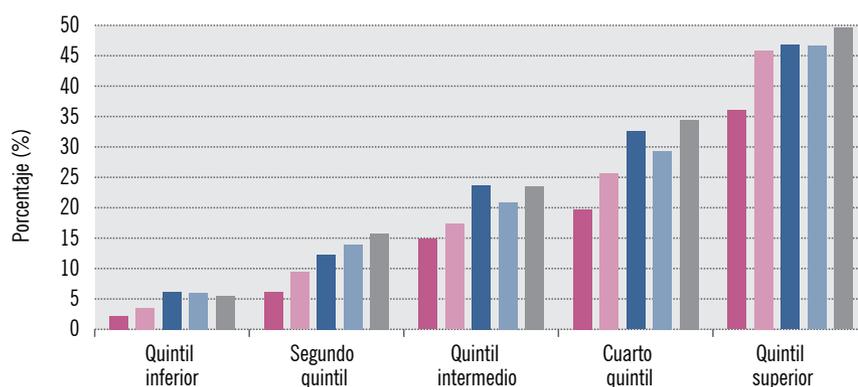
Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

Tal y como se aprecia en el gráfico 59 el porcentaje de parto por cesárea ha aumentado del año 2000 al 2011 en todos los quintiles de riqueza y de manera más significativa en el quintil de riqueza superior.

Del 2010 al 2011 el quintil de riqueza inferior presentó un descenso del porcentaje de partos por cesárea en 0,5 puntos porcentuales en comparación con los demás quintiles que presentaron un ligero incremento.

Gráfico 59

Tendencia del parto por cesárea según quintil de riqueza



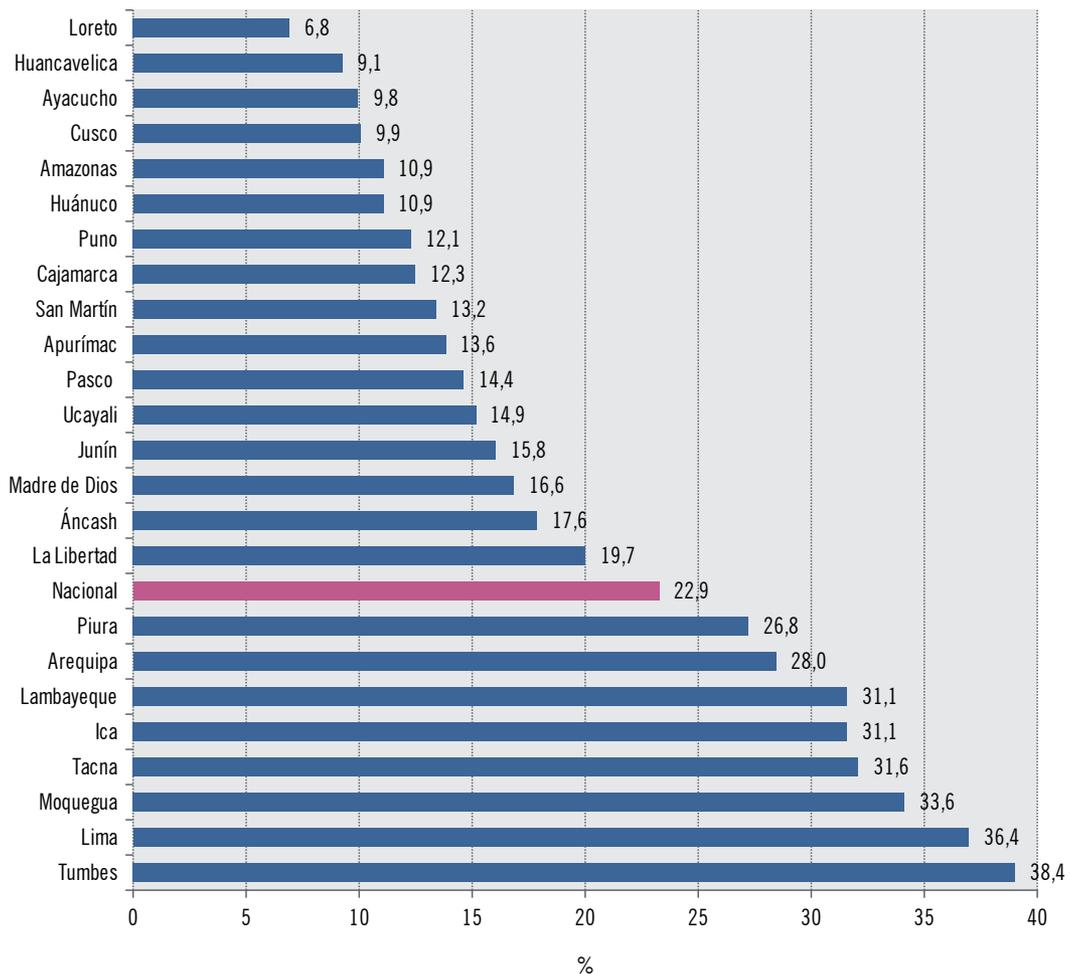
	Quintil inferior	Segundo quintil	Quintil intermedio	Cuarto quintil	Quintil superior
ENDES 2000	2,3	6,1	14,9	19,9	36,1
ENDES 2007	3,5	9,5	17,5	26,1	46,1
ENDES 2009	5,9	12,4	23,6	32,9	47,0
ENDES 2010	6,1	14,0	21,0	29,5	46,9
ENDES 2011	5,6	16,0	23,7	34,8	49,8

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

Los departamentos que durante el 2011 tuvieron un mayor porcentaje de partos por cesárea en relación al promedio nacional fueron: Tumbes, Lima, Moquegua, Tacna, Ica, Lambayeque, Arequipa y Piura.

Gráfico 60

Porcentaje de partos por cesárea según departamento



Fuente: ENDES 2011

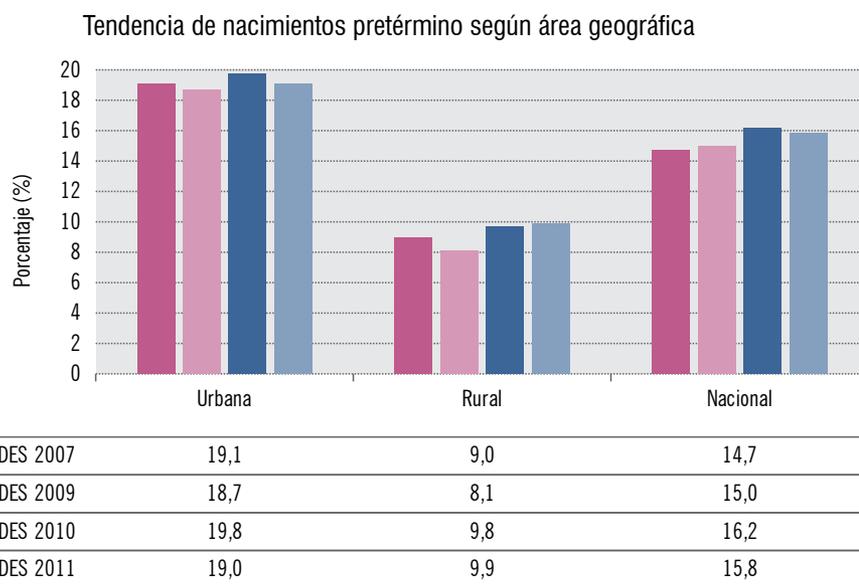
k. Parto pretérmino

Si bien desde el año 2000 al 2011 aumentó el porcentaje de gestantes con Primer Control Prenatal en el Primer trimestre de gestación así como el porcentaje de gestantes controladas, este incremento no ha influenciado positivamente en la tendencia del porcentaje de nacimientos pretérmino (nacimientos antes de las 37 semanas de gestación), dado que tal y como se aprecia en el gráfico 61 el porcentaje de nacimientos pretérmino aumentó desde el año 2007 al 2011.

Estos resultados sugieren una evaluación de la calidad de los controles prenatales dado que en su mayoría los nacimientos pretérmino están relacionados con las infecciones urinarias, las mismas que pueden identificarse y tratarse oportunamente durante el control prenatal y no lo estarían siendo.

Del 2010 al 2011 se identificó un ligero descenso del porcentaje de nacimientos pretérmino en 1,6 puntos porcentuales, descenso que se apreció en el área urbana (0,8 puntos porcentuales), no así para el caso del área rural en donde ha habido un ligero incremento de nacimientos pretérmino en 1,1 puntos porcentuales.

Gráfico 61



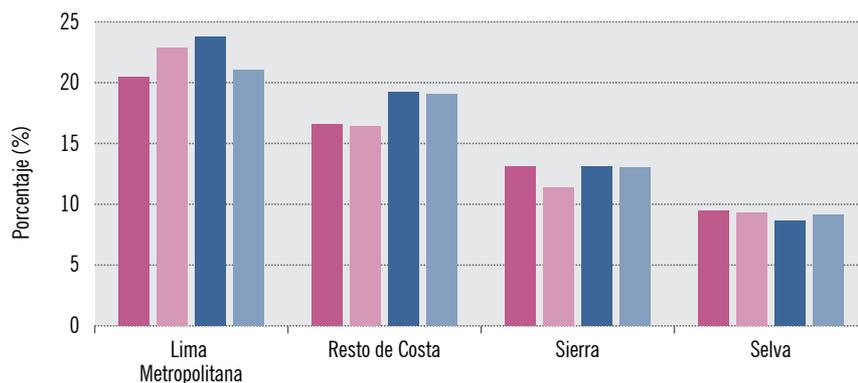
Fuente: ENDES-INEI 2007-2011

Desde acuerdo al gráfico 62, Lima Metropolitana es la región que presenta un mayor porcentaje de nacimientos pretérmino (21%) en comparación con las demás regiones, pese a que Lima es la región en donde hay un mayor porcentaje de gestantes con primer control en el Primer trimestre de gestación y un mayor porcentaje de gestantes controladas en relación al promedio nacional.

Desde el año 2007 al 2011 en casi todas las regiones ha habido un incremento de nacimientos pretérmino a excepción de la Selva en donde el porcentaje ha descendido en 0,4 puntos porcentuales.

Gráfico 62

Tendencia de nacimientos pretérmino según región



■ ENDES 2007	20,4	16,5	13,1	9,5
■ ENDES 2009	22,8	16,4	11,3	9,3
■ ENDES 2010	23,7	19,2	13,1	8,6
■ ENDES 2011	21,0	19,0	13,2	9,1

Fuente: ENDES-INEI 2007-2011

El único departamento que ha presentado un descenso sostenido del porcentaje de nacimientos pretérmino desde el 2007 al 2011 es Arequipa (de 11,6% a 10,1%), mientras que el departamento que tuvo un incremento de 14,9 puntos porcentuales del 2007 al 2011 fue Ica.

Cuadro 18

Tendencia del nacimiento pretérmino según departamento

DEPARTAMENTO	ENDES 2007	ENDES 2009-2010	ENDES 2011
AMAZONAS	5,7	9,6	10,8
ÁNCASH	8,7	11,1	9,7
APURÍMAC	11,6	18,9	17,2
AREQUIPA	11,6	10,8	10,1
AYACUCHO	9,5	15,8	14,3
CAJAMARCA	6,4	8,0	7,9
CUSCO	11,5	10,2	13,6
HUANCAVELICA	8,3	7,2	18,0
HUÁNUCO	6,7	15,0	15,1
ICA	9,5	14,3	24,4
JUNÍN	10,4	15,6	20,8
LA LIBERTAD	8,0	17,3	11,6
LAMBAYEQUE	11,6	19,5	16,8
LIMA	13,4	23,1	20,8
LORETO	4,8	9,4	7,9
MADRE DE DIOS	10,8	9,1	16,2
MOQUEGUA	14,0	11,8	20,9
PASCO	14,7	13,5	14,8
PIURA	12,5	15,9	20,4
PUNO	5,5	12,3	13,1
SAN MARTÍN	7,2	8,4	8,4
TACNA	11,3	9,8	15,2
TUMBES	10,9	12,8	12,7
UCAYALI	8,3	9,9	9,2
NACIONAL	14,7	16,2	15,8

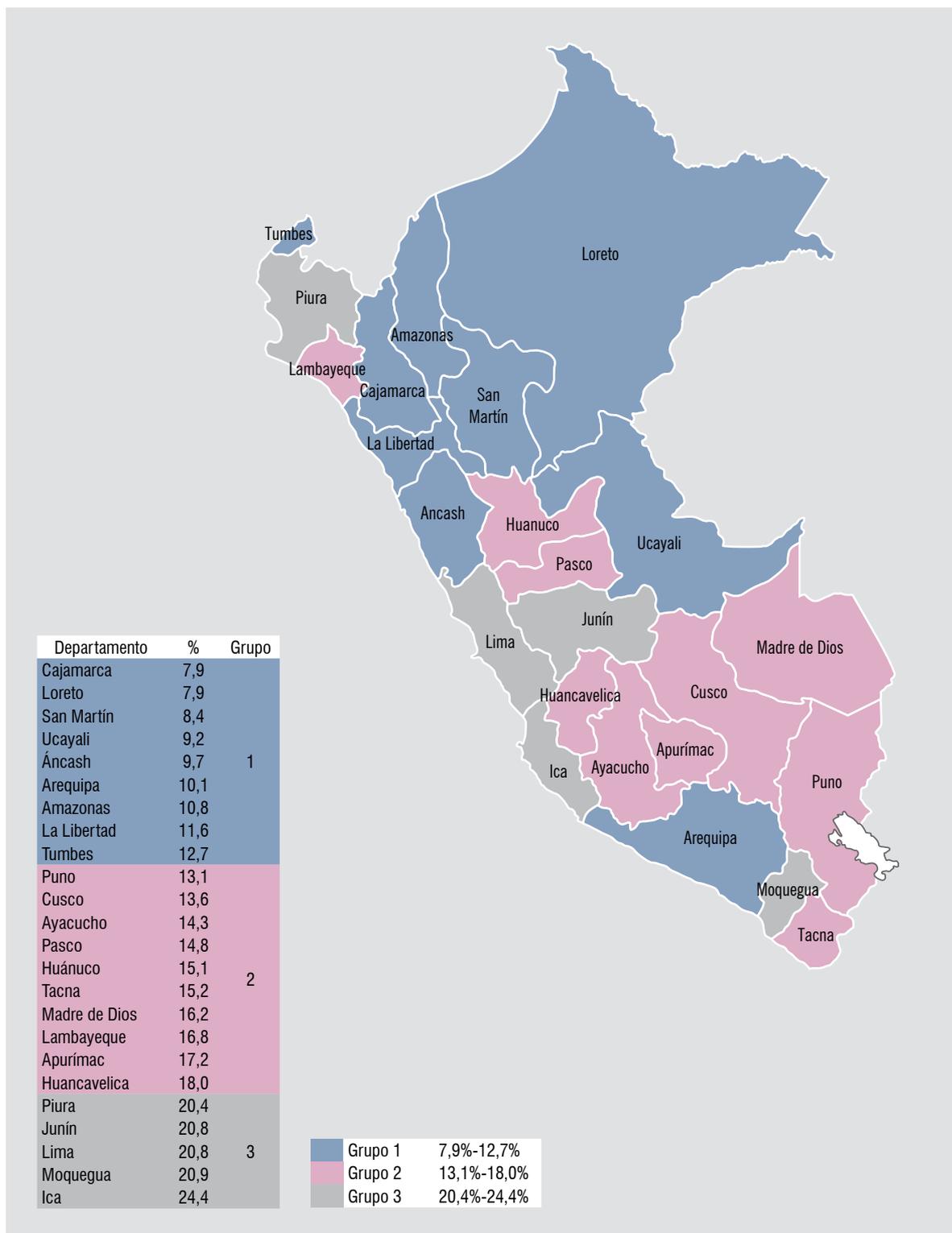
Fuente: ENDES-INEI

En el gráfico 63 se identifica que los departamentos que tienen un porcentaje mayor de nacimientos pretérmino son los del grupo 3, los mismos que son: Ica (24,4%), Moquegua (20,9%), Lima (20,8%), Junín (20,8%) y Piura (20,4%).

Es importante resaltar que Lima y Moquegua son los departamentos con un mayor porcentaje de gestantes que acudieron a su primer control prenatal en el I^{er} trimestre de gestación y además tienen el mayor porcentaje de gestantes con controles prenatales completos, sin embargo son también los departamentos con un mayor porcentaje de nacimientos pretérmino, lo que implica la necesidad de evaluar las limitaciones que estarían surgiendo en dichos departamentos ya sea en el control prenatal para la identificación oportuna de riesgos y/o en el acceso al tratamiento de los casos identificados de gestantes con riesgo de nacimientos pretérmino identificados.

Gráfico 63

Nacimiento pretérmino según departamento



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

I. Espaciamiento del embarazo

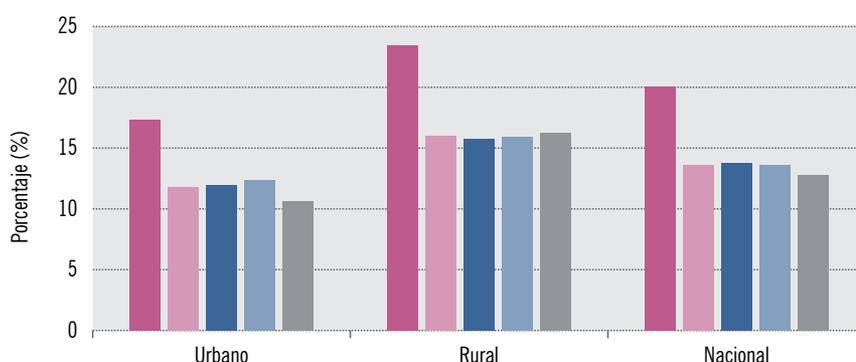
Un factor de riesgo para la salud materna es el tener un período intergenésico corto, lo que implica un período menor de dos años entre nacimientos, por ello es importante que las políticas públicas impulsen en las mujeres, un mayor espaciamiento para tener hijos.

A nivel nacional el porcentaje de mujeres con períodos intergenésicos cortos ha disminuido de 20% en el 2000 a 12, 8% en el 2011.

El descenso de los porcentajes de mujeres con periodos intergenésicos cortos se ha dado tanto en el área urbana como en el área rural desde el 2000 al 2011. Sin embargo, es importante mencionar que tal como se aprecia en el gráfico 64 del 2010 al 2011 el área rural ha presentado un ligero incremento de 1,7 puntos porcentuales.

Gráfico 64

Tendencia del porcentaje de mujeres con período intergenésico menor de 2 años según área geográfica



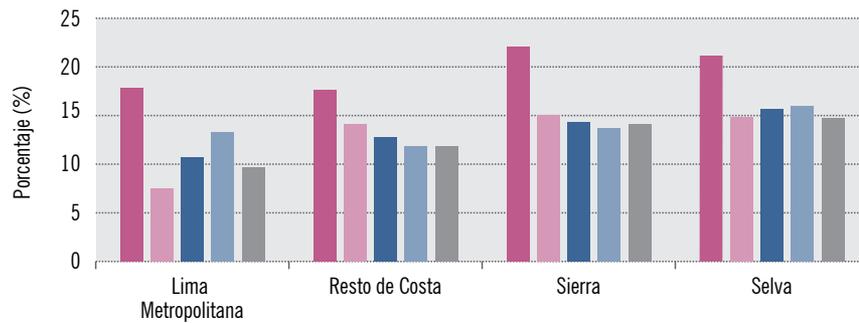
■ ENDES 2000	17,2	23,4	20,0
■ ENDES 2007	11,7	16,0	13,7
■ ENDES 2009	12,0	15,7	13,5
■ ENDES 2010	12,2	15,8	13,6
■ ENDES 2011	10,7	16,1	12,8

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

De acuerdo al gráfico 65 desde el año 2000 al 2011 en todas las regiones se evidencia un descenso del porcentaje de mujeres con períodos intergenésicos cortos, sin embargo es relevante alertar de que del 2010 al 2011 la Sierra ha presentado un ligero incremento en 0,4 puntos porcentuales.

Gráfico 65

Tendencia del porcentaje de mujeres con período intergenésico menor de 2 años según región



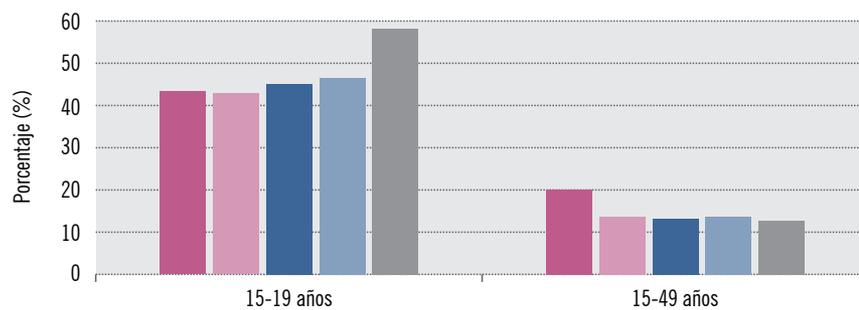
ENDES 2000	17,9	17,7	22,2	21,2
ENDES 2007	7,6	14,2	15,1	15,0
ENDES 2009	10,8	12,8	14,4	15,7
ENDES 2010	13,3	11,9	13,8	16,1
ENDES 2011	9,7	11,9	14,2	14,9

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

Tal y como se aprecia en el gráfico 66 del 2000 al 2011 el porcentaje de mujeres con períodos intergenésicos cortos ha disminuido en población femenina de 15 a 49 años. Sin embargo, al analizar la tendencia en el grupo de edad de 15 a 19 años se evidencia todo lo contrario, lo que lleva a deducir que el porcentaje de gestantes adolescentes que cursan inmediatamente un segundo embarazo ha aumentado del 2000 al 2011.

Gráfico 66

Tendencia del porcentaje de mujeres con período intergenésico menor de 2 años según grupos de edades



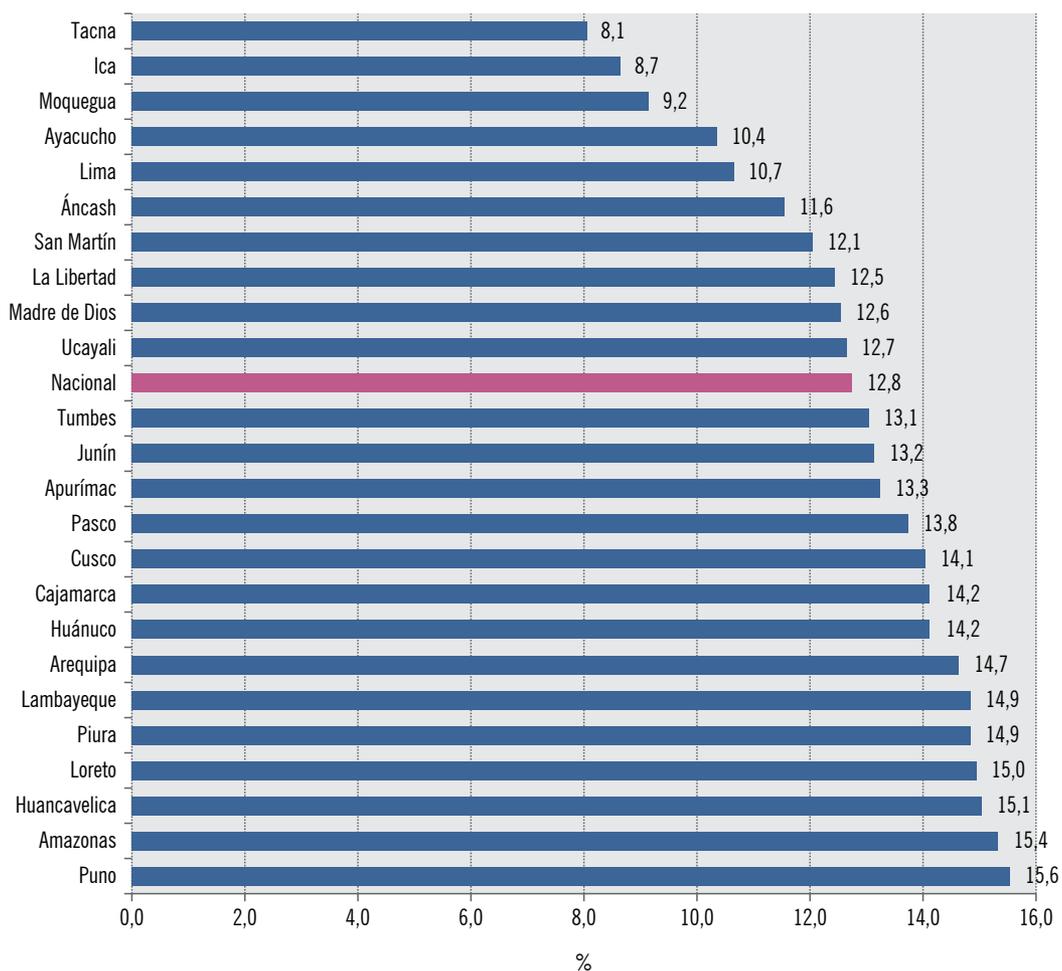
ENDES 2000	43,6	20,0
ENDES 2007	43,0	13,7
ENDES 2009	45,6	13,5
ENDES 2010	46,7	13,6
ENDES 2011	58,3	12,8

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

Los departamentos que tienen un mayor porcentaje de mujeres con períodos intergenésicos cortos en relación al promedio nacional son: Puno, Amazonas, Huancavelica, Loreto, Piura, Lambayeque, Arequipa, Huánuco, Cajamarca, Cusco, Pasco, Apurímac, Junín y Tumbes.

Gráfico 67

Porcentaje de mujeres encuestadas que tuvieron un período intergenésico menor de 2 años según departamento



Fuente: ENDES 2011



8. | Salud neonatal

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

8. Salud Neonatal

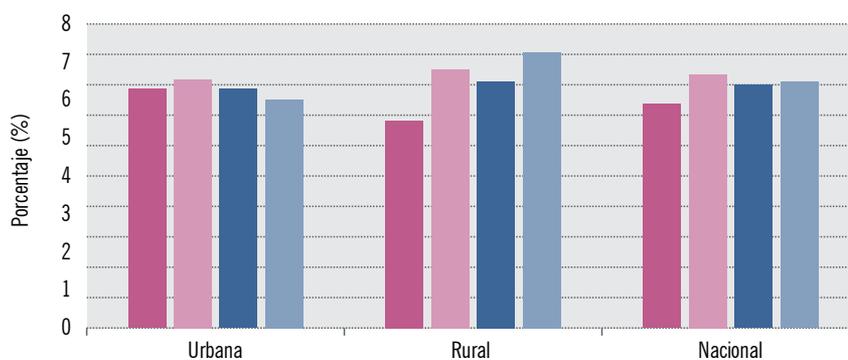
a. Recién nacidos con bajo peso al nacer

Desde el año 2000 al 2011 ha habido un ligero incremento de 0,6 puntos porcentuales en la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer, siendo este incremento aún mucho mayor en el caso del área rural (1,8%).

Esto implica que el incremento del porcentaje de gestantes con primer control prenatal en el Primer trimestre de gestación así como el porcentaje de gestantes controladas no está garantizando la disminución del riesgo de tener recién nacidos con bajo peso al nacer.

Gráfico 68

Tendencia del porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer según área geográfica



■ ENDES 2000	6,3	5,5	5,9
■ ENDES 2004-2006	6,6	6,8	6,7
■ ENDES 2009	6,3	6,5	6,4
■ ENDES 2011	6,0	7,3	6,5

Fuente: ENDES-INEI 2000-2011

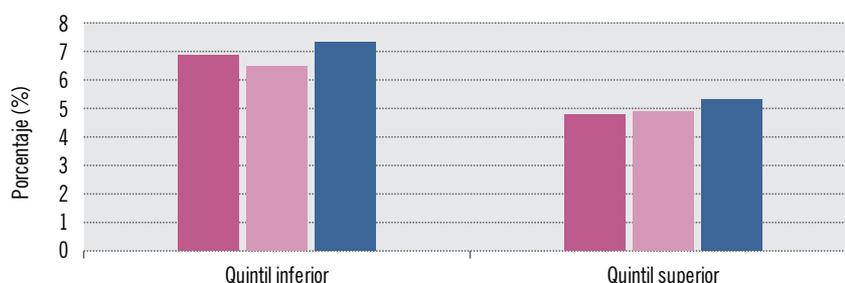
Es importante mencionar que los casos de recién nacidos con bajo peso al nacer están asociados a los siguientes factores: hipertensión durante el embarazo, edad materna extrema en la gestación (adolescente, añosa), parto pretérmino, anemia durante la gestación, delgadez extrema durante la gestación, entre otros. Estos factores pueden ser prevenibles¹¹.

La proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer es mayor en la población del menor quintil de riqueza (7,2%), en comparación con el quintil superior (5,2%).

Tanto en el quintil de riqueza inferior como superior se evidencia un incremento de la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Gráfico 69

Tendencia del porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer según quintil de riqueza



■ ENDES 2004-2006	6,8	4,7
■ ENDES 2009	6,4	4,8
■ ENDES 2011	7,2	5,2

Fuente: ENDES-INEI

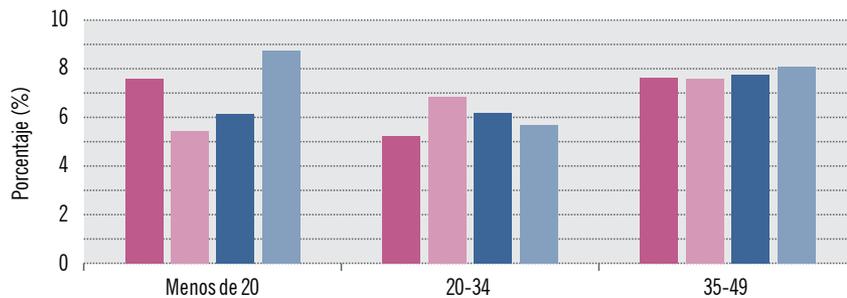
Si bien el incremento de la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer se ha presentado en las mujeres de todos los grupos de edades, se puede apreciar que ha sido aún mucho mayor en las menores de 20 años, es decir adolescentes.

Otro grupo de riesgo que ha presentado un incremento notorio de la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer ha sido el grupo mayor de 35 años.

¹¹ Xiomara Elsa Martínez Argudín, Yamina Duarte Duarte, Elizabeth Portales Gil, Grisell Mirabal Martínez. *Maternal factors and low-weight at birth, Bahía Honda. Rev Ciencias Médicas v.15 n.1 Pinar del Río ene.-mar. 2011*

Gráfico 70

Tendencia del porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer según grupo de edad de la madre



ENDES 2000	7,5	5,2	7,6
ENDES 2004-2006	5,4	6,8	7,5
ENDES 2009	6,1	6,1	7,7
ENDES 2011	8,7	5,6	8,0

Fuente: ENDES-INEI

Del 2009 al 2011 los departamentos que han presentado un incremento de recién nacidos con bajo peso al nacer han sido: Apurímac, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Lima, Loreto, Madre de Dios, Piura, Puno.

Así mismo, Apurímac, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Madre de Dios, y Puno son los departamentos que tienen mayor porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia, en comparación con el promedio nacional y además Apurímac, Huánuco y Madre de Dios tuvieron un descenso de la cobertura de atención prenatal en el Primer trimestre de gestación, lo cual es preocupante considerando que probablemente el mayor número de casos de bajo peso al nacer en dichos departamentos estén asociados al alto porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia que encontrándose en ese estado están quedando embarazadas y además no están recibiendo primer control prenatal oportunamente.

Cuadro 19

Recién nacidos con bajo peso al nacer por departamento

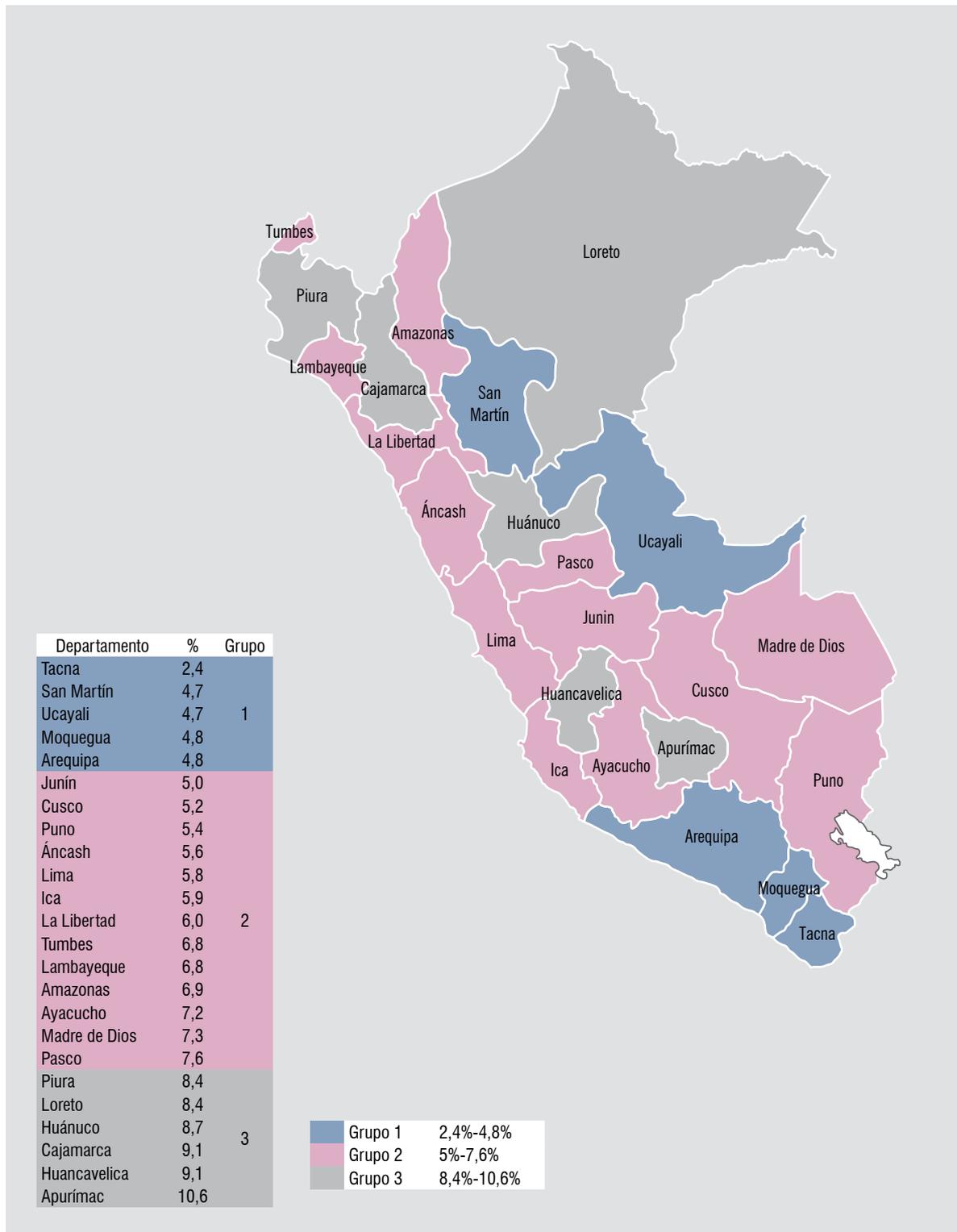
DEPARTAMENTO	ENDES 2004-2006	ENDES 2009	ENDES 2011
AMAZONAS	7,1	7,5	6,9
ÁNCASH	7,2	7,3	5,6
APURÍMAC	7,1	8,1	10,6
AREQUIPA	4,2	6,3	4,8
AYACUCHO	8,8	7,5	7,2
CAJAMARCA	4,6	7,1	9,1
CUSCO	7,1	10,6	5,2
HUANCAVELICA	5,2	6,1	9,1
HUÁNUCO	10,2	7,9	8,7
ICA	9,6	6,5	5,9
JUNÍN	8,1	7,4	5,0
LA LIBERTAD	8	6,1	6,0
LAMBAYEQUE	4,3	8,6	6,8
LIMA	6,4	5,1	5,8
LORETO	6,6	6,4	8,4
MADRE DE DIOS	5	6,3	7,3
MOQUEGUA	4,8	5,3	4,8
PASCO	10,2	10,2	7,6
PIURA	5,9	7,5	8,4
PUNO	7,2	2,8	5,4
SAN MARTÍN	5,4	6,8	4,7
TACNA	7,4	3,9	2,4
TUMBES	5,4	7,9	6,8
UCAYALI	10,3	6,1	4,7

Fuente: ENDES 2011-INEI

Los departamentos que han presentado una mayor proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer tal y como se aprecia en el gráfico 71, son los del grupo 3: Apurímac (10,6%), Huancavelica y Cajamarca (9,1%), Huánuco (8,7%), Loreto y Piura (8,4% respectivamente).

Gráfico 71

Recién nacidos con bajo peso al nacer según departamento



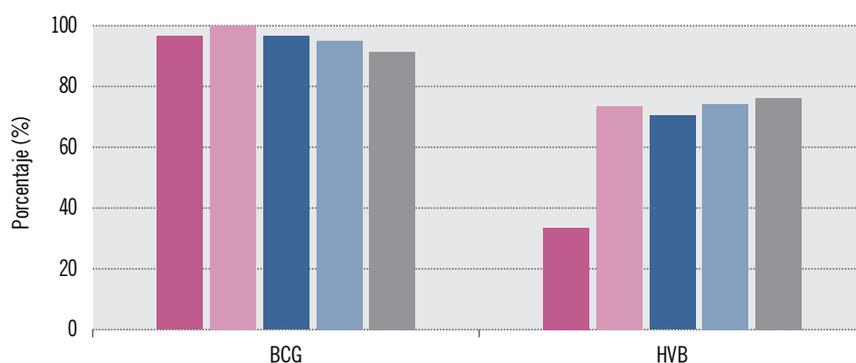
Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

b. Cobertura de inmunización neonatal

Del año 2007 al 2011 la cobertura de vacunación BCG en recién nacidos ha tenido un descenso de 5,3 puntos porcentuales, mientras que en el caso de la vacunación HVB se identificó un notorio incremento de 32,8 puntos porcentuales.

Gráfico 72

Tendencia de la cobertura de inmunizaciones BCG y HVB en el recién nacido



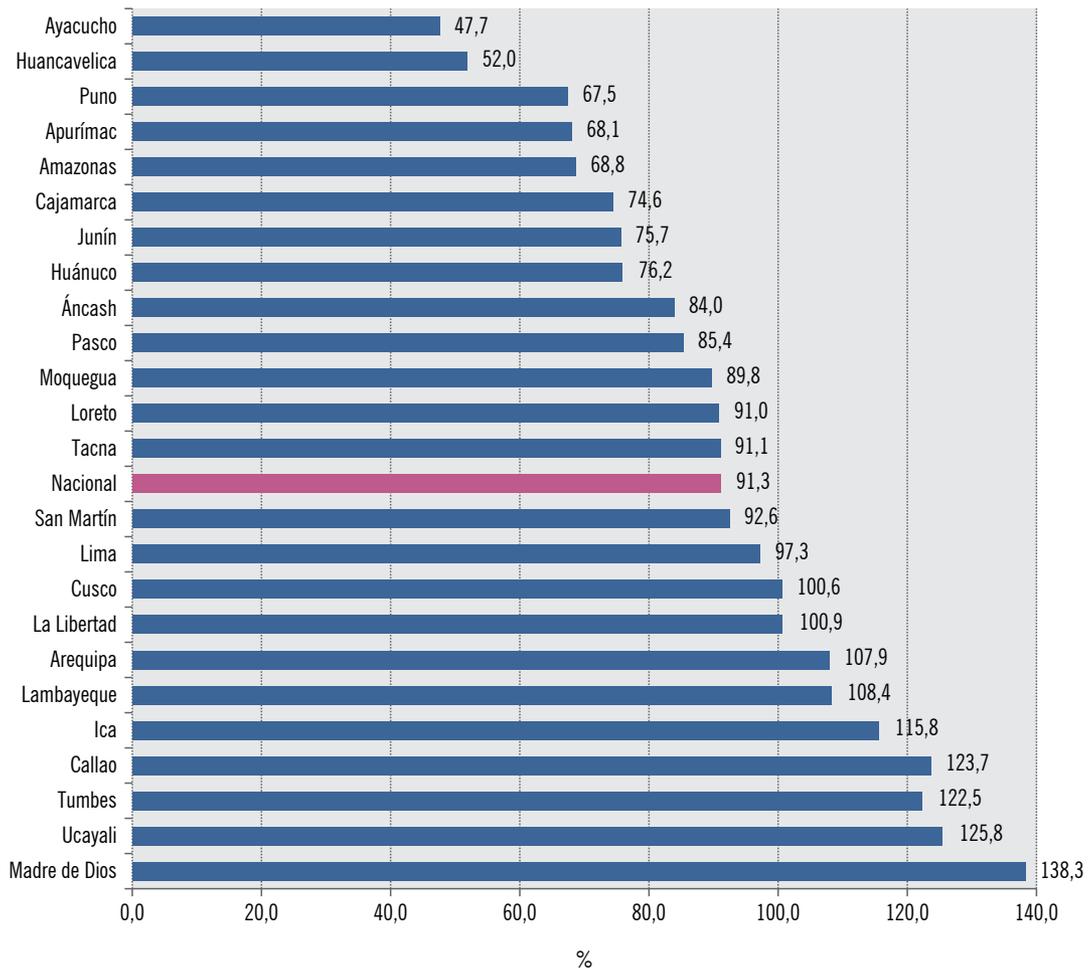
■ Año 2007	96,6	33,2
■ Año 2008	100,0	73,5
■ Año 2009	97,0	70,7
■ Año 2010	95,3	74,4
■ Año 2011	91,3	76,0

Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones-MINSA

Las regiones que tienen una cobertura de vacunación BCG en neonatos menor al promedio nacional son: Ayacucho, Huancavelica, Puno, Apurímac, Amazonas, Cajamarca, Junín, Huánuco, Áncash, Pasco, Moquegua, Loreto y Tacna, según se aprecia en el gráfico siguiente:

Gráfico 73

Cobertura de inmunización BCG en recién nacidos según región

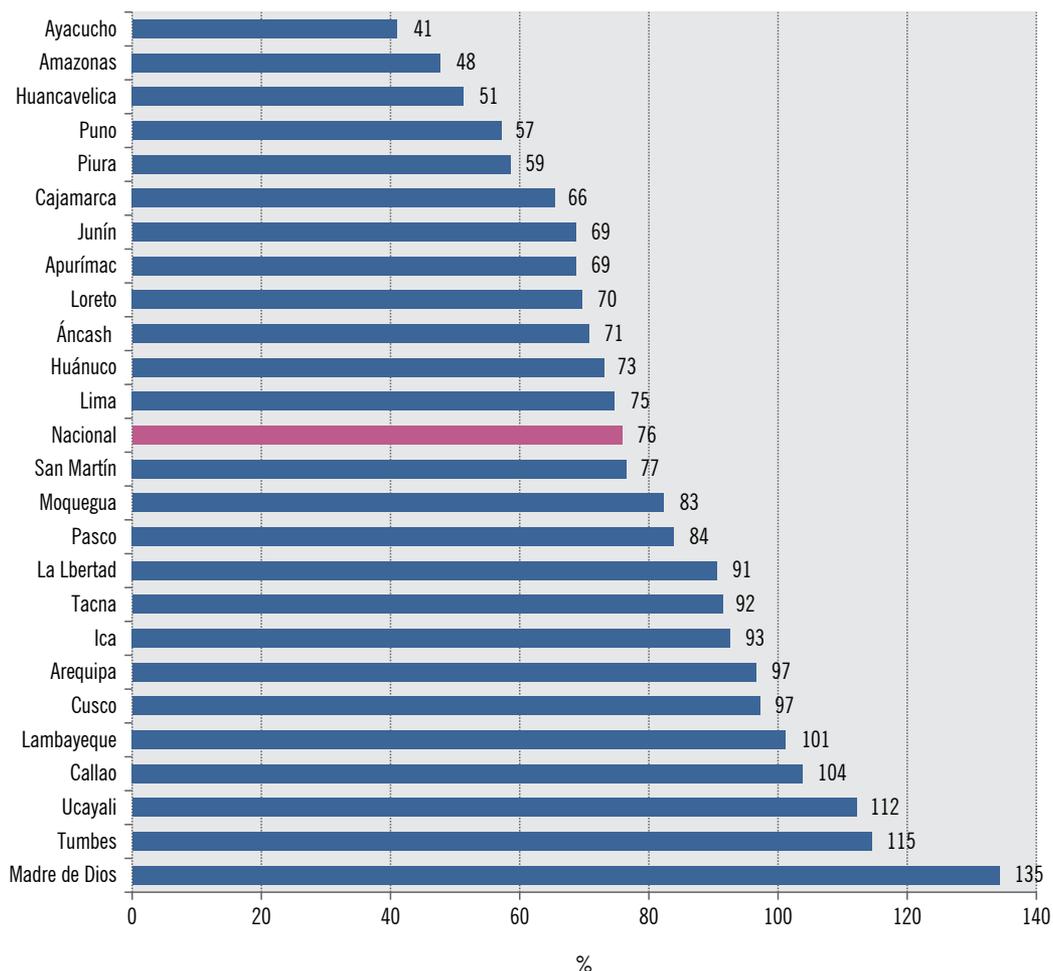


Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones-MINSA 2011

Las regiones que tienen una cobertura de vacunación HVB en neonatos menor al promedio nacional son: Ayacucho, Amazonas, Huancavelica, Puno, Piura, Cajamarca, Junín, Apurímac, Loreto, Áncash, Huánuco y Lima.

Gráfico 74

Cobertura de inmunización HBV en recién nacidos según región



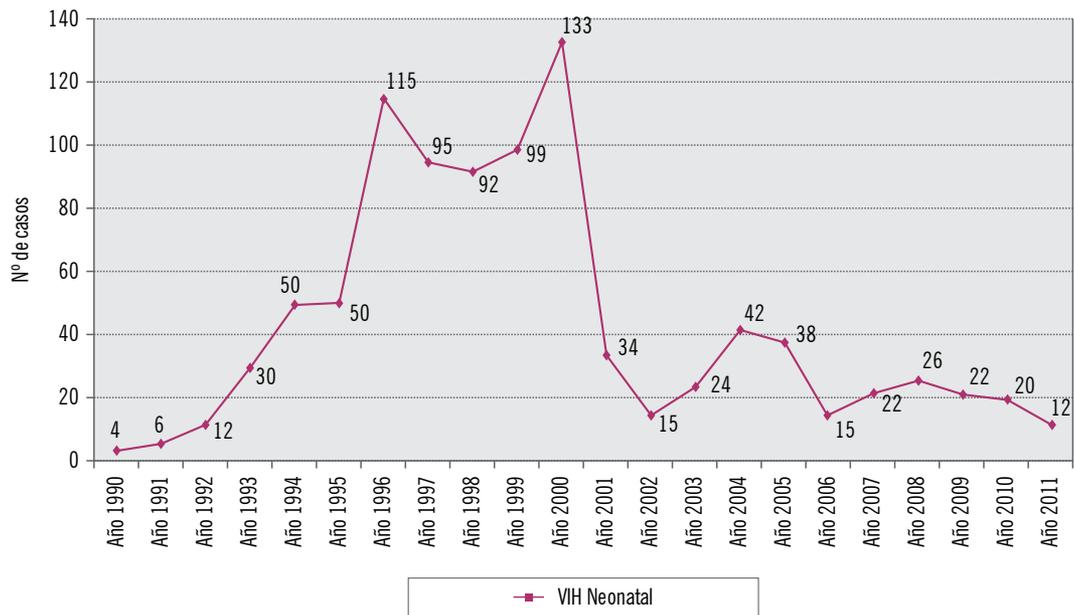
Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones-MINSA 2011

c. VIH en neonatos

El número de casos identificados de VIH por transmisión vertical (de madre a feto) presentó un notorio incremento desde 1990 al 2000, sin embargo tal y como se aprecia en el gráfico 75, desde el 2000 al 2011 hubo un descenso.

Gráfico 75

Tendencia de los casos de neonatos infectados con el VIH por transmisión vertical

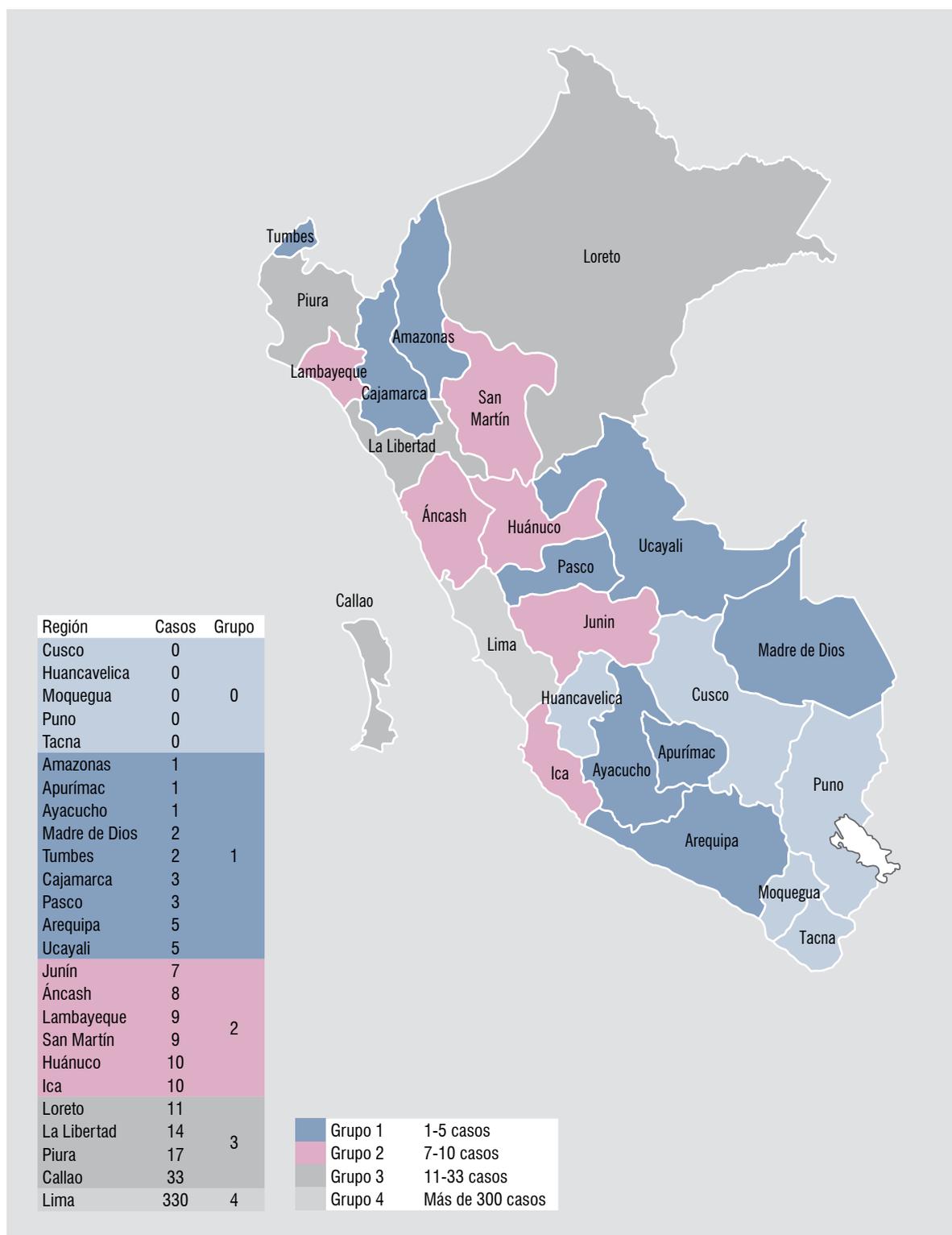


Fuente: Dirección General de Epidemiología-MINSA

En el gráfico 76 de mapa de riesgo se puede apreciar que el mayor número de casos de VIH neonatal por transmisión vertical se identificó en las regiones de: Lima, Callao, Piura, La Libertad y Loreto, regiones que forman parte de los grupos 4 y 3 respectivamente.

Gráfico 76

Recién nacidos con VIH según región



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Dirección General de Epidemiología 2011

d. Anemia en neonatos

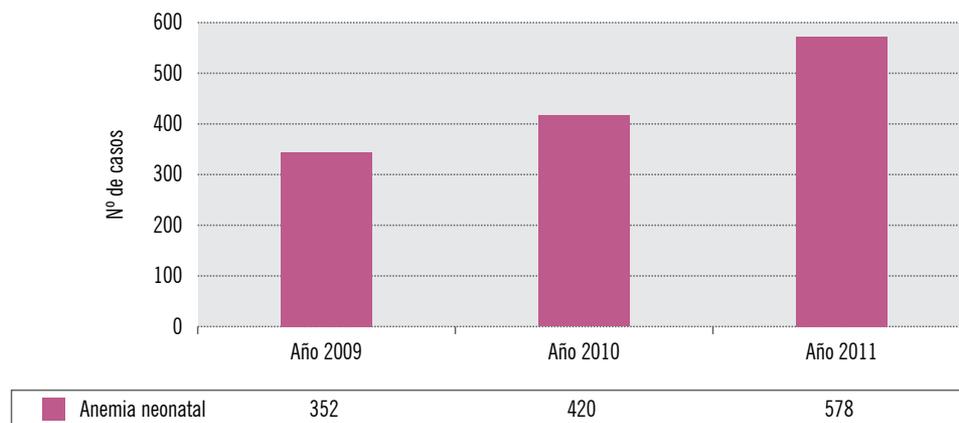
Según la información de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA; los casos de neonatos con anemia han aumentado notoriamente desde el 2009 al 2011.

Es importante tener en consideración que las probables causas de la anemia neonatal son: las hemorragias de la placenta y/o cordón, la hemorragia fetal antes y durante el parto, las hemorragias durante el período neonatal, los problemas hemolíticos y las hipoplasias.

Teniendo en cuenta el notorio incremento de casos de anemia neonatal es pertinente considerar la institucionalización de estrategias para su prevención en los establecimientos de salud pública. Una de ellas por ejemplo es el clampado de cordón en un tiempo de hasta 3 minutos según como lo recomiendan las evidencias científicas y tal y como se establece en la Norma Técnica N° 074-MINSA/DGSP-V.0.1 que dispone el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer de atención.

Gráfico 77

Tendencia de los casos de anemia neonatal

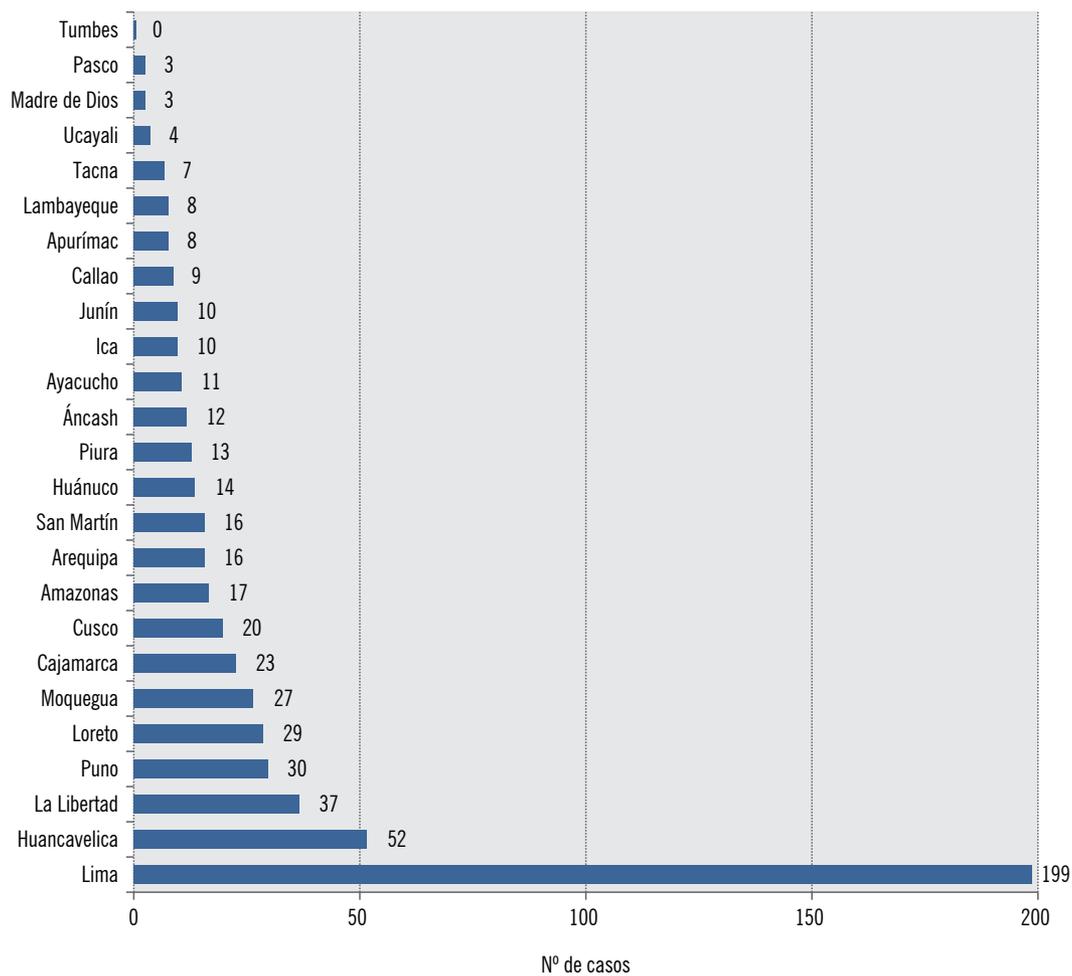


Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA

Las regiones en donde se han presentado un mayor número de casos de anemia neonatal son Lima y Huancavelica.

Gráfico 78

Anemia en neonatos según región



Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA 2011

e. Morbilidad neonatal

Según se aprecia en el cuadro 20, el principal motivo de consulta externa de la población neonatal es debido a la ictericia neonatal (20,1%). Es importante tener en cuenta que muchos de los casos podrían ser ictericia fisiológica propia de este grupo poblacional, pero que por desconocimiento y/o limitada preparación materna podrían estar siendo motivo de consulta.

El segundo motivo de consulta externa es la rinofaringitis (17,2%), seguido de los trastornos causados por la gestación corta (4,5%), la dermatitis del pañal (3,4%), la onfalitis (3,3%) y la faringitis aguda (3,2%).

Cuadro 20

Principales motivos de consulta externa del neonato

CASOS	Nº	%
1. Ictericia neonatal	29 121	20,1
2. Rinofaringitis aguda	24 974	17,2
3. Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación	6 478	4,5
4. Dermatitis del pañal	4 946	3,4
5. Onfalitis del recién nacido	4 798	3,3
6. Faringitis aguda	4 679	3,2
7. Rinitis alérgica y vasomotora	3 282	2,3
8. Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal	3 169	2,2
9. Otras gastroenteritis	2 698	1,9
10. Otras infecciones específicas del período neonatal	2 513	1,7
Demás causas	58 263	40,2
TOTAL	144 921	100,0

Fuente: Oficina General de estadística e Informática año 2011



9. | Salud en la niñez

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

9. Salud en la niñez

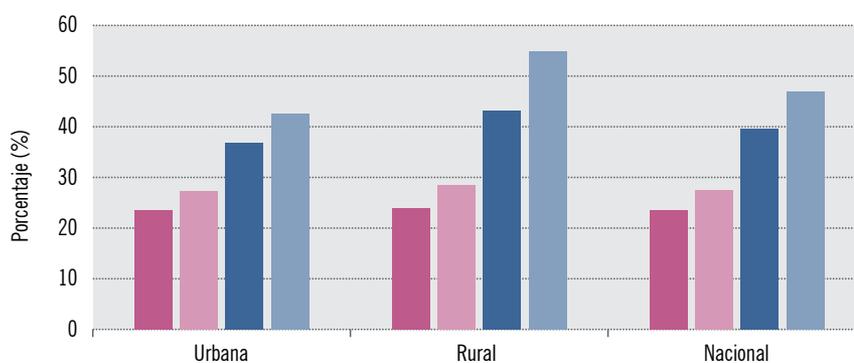
a. Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 5 años

A nivel nacional desde el año 2007 al 2011, el porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con Control de Crecimiento y Desarrollo completo ha aumentado de 24% a 47,3%.

Este incremento ha sido tanto para el área urbana como para el área rural, sin embargo hay que destacar que actualmente el área rural presenta un mayor porcentaje (55%) en comparación con el área urbana.

Gráfico 79

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo según área geográfica



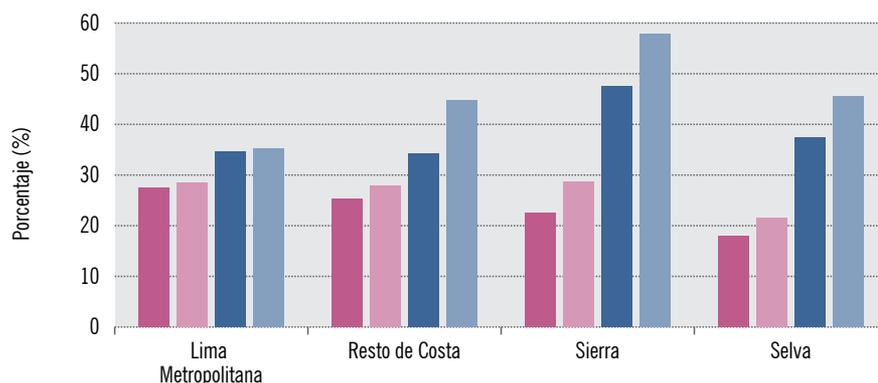
■ ENDES 2007	23,9	24,0	24,0
■ ENDES 2009	27,3	28,5	27,7
■ ENDES 2010	37,7	44,2	40,0
■ ENDES 2011	43,3	55,2	47,3

Fuente: ENDES-INEI

Si bien el porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con Controles de Crecimiento y Desarrollo completos ha aumentado en todas las regiones, en el gráfico 80 se puede apreciar que este incremento ha sido más importante en la Sierra (35,2 puntos porcentuales) y en la Selva (27,5 puntos porcentuales).

Gráfico 80

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo según región



ENDES 2007	27,9	25,6	23,1	18,4
ENDES 2009	28,9	28,4	28,8	22,6
ENDES 2010	35,0	34,3	47,7	37,8
ENDES 2011	35,5	45,0	58,3	45,9

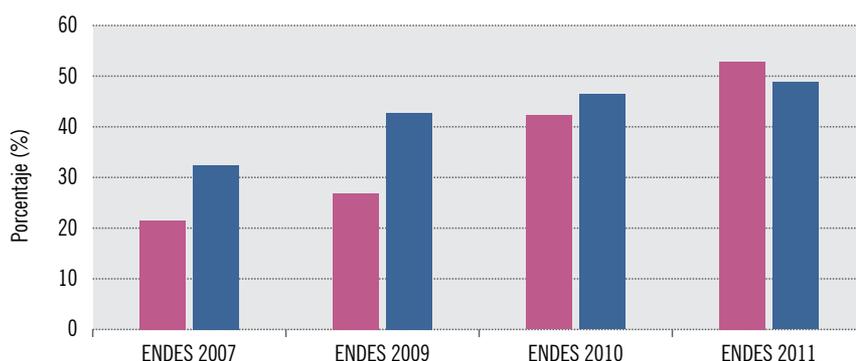
Fuente: ENDES-INEI

De acuerdo al gráfico 81 desde el año 2007 al 2010 el porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con Control de Crecimiento y Desarrollo completo ha sido mayor en el quintil superior, sin embargo del 2010 al 2011 la situación ha sido inversa; en el quintil inferior se evidencia un mayor porcentaje (53,3%) en comparación con el quintil superior (49,2%).

Desde el año 2000 al 2011 en todos los quintiles de riqueza se ha evidenciado un incremento del porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con Controles de Crecimiento y Desarrollo completos.

Gráfico 81

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) según quintil de riqueza



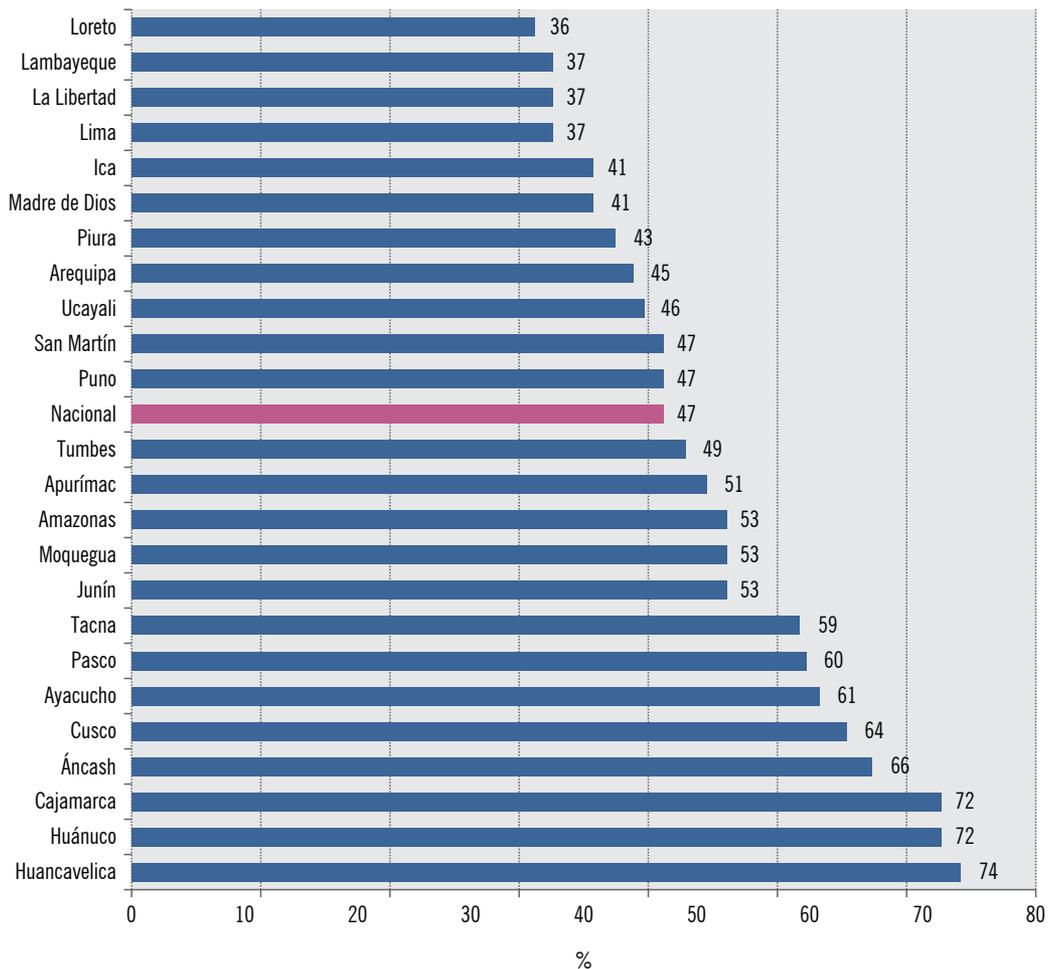
Quintil inferior	21,6	27,0	42,4	53,3
Quintil superior	32,5	43,1	46,7	49,2

Fuente: ENDES-INEI

Las regiones que tienen un menor porcentaje de niños menores de 36 meses con Control de Crecimiento y Desarrollo en comparación con el promedio nacional, son: Loreto, Lambayeque, La Libertad, Lima, Ica, Madre de Dios, Piura, Arequipa, Ucayali, San Martín y Puno.

Gráfico 82

Menores de 36 meses de edad con Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo según departamento



Fuente: ENDES 2011

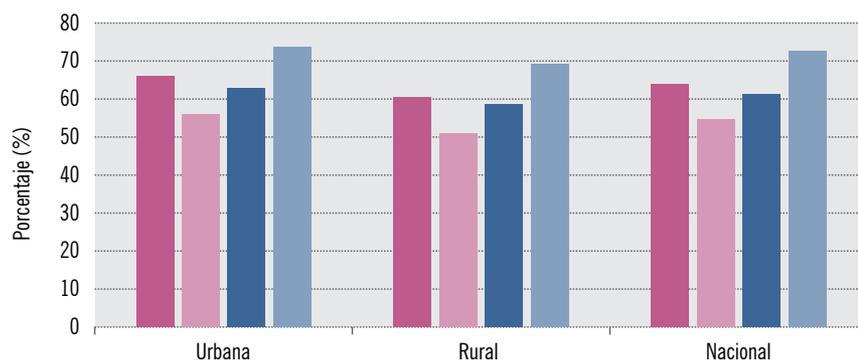
b. Inmunizaciones en menores de 5 años

De acuerdo al gráfico 83 a nivel nacional desde el año 2007 al 2011 ha aumentado el porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con vacunación básica completa, siendo al 2011, 72,7%, porcentaje considerado aún como bajo.

El incremento del porcentaje de menores de 36 meses de edad con vacunación completa ha sido tanto para el área rural como para el área urbana, aunque es importante mencionar que en el área urbana es mucho mayor.

Gráfico 83

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con vacunas completas para su edad según área geográfica



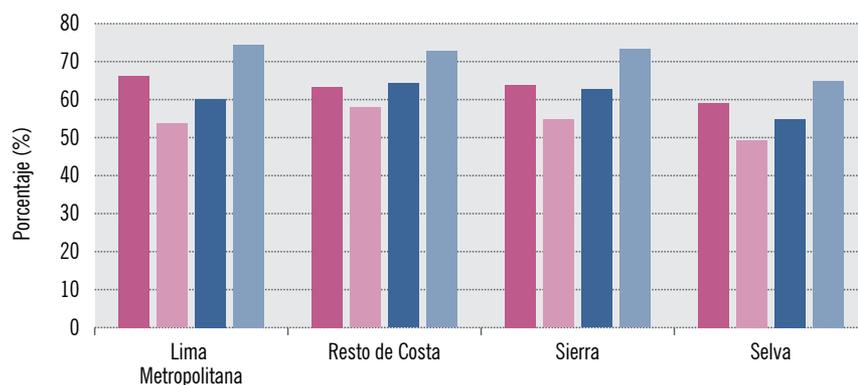
ENDES 2007	66,8	60,8	64,3
ENDES 2009	56,4	51,6	54,8
ENDES 2010	63,4	58,8	61,8
ENDES 2011	74,2	69,5	72,7

Fuente: ENDES-INEI

Tal y como se aprecia en el gráfico 84 desde el 2007 al 2011 en todas las regiones ha aumentado el porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con vacunación básica completa, liderando Lima Metropolitana (75,3%) en comparación con las demás regiones.

Gráfico 84

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con vacunas básicas completas para su edad según región



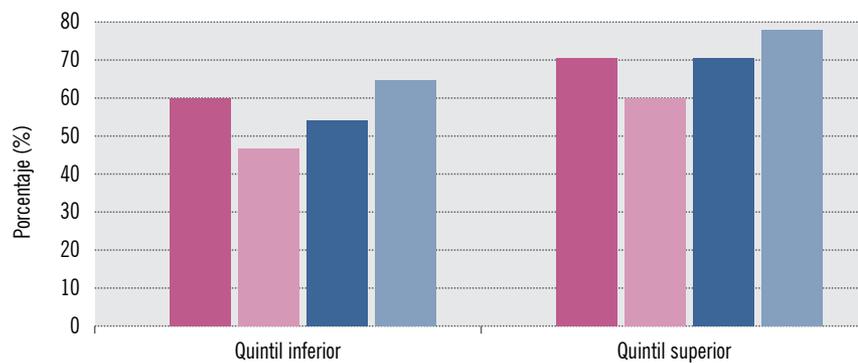
ENDES 2007	67,4	64,0	64,4	59,6
ENDES 2009	54,7	58,4	55,0	49,6
ENDES 2010	60,8	64,9	63,2	55,4
ENDES 2011	75,3	73,1	73,8	65,3

Fuente: ENDES-INEI

De acuerdo al gráfico 85 el porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con vacunación completa ha incrementado desde el año 2007 al 2011 tanto para el quintil inferior como para el quintil superior, siendo mayor en este último en mención (78,1%). Aún persiste una brecha significativa entre el quintil inferior y superior.

Gráfico 85

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con vacuna básica completa para su edad según quintil de riqueza

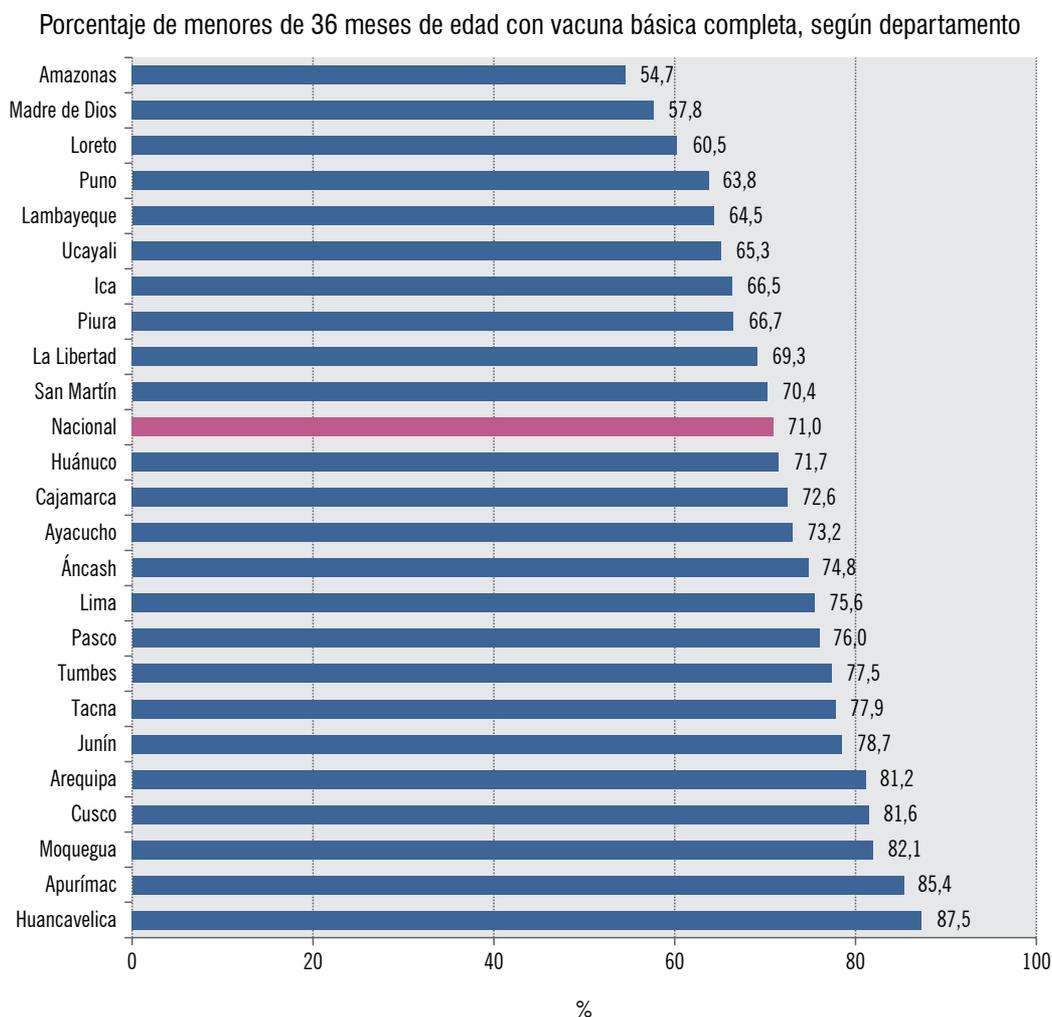


■ ENDES 2007	60,2	70,7
■ ENDES 2009	47,1	60,2
■ ENDES 2010	54,0	70,3
■ ENDES 2011	64,9	78,1

Fuente: ENDES-INEI

Los departamentos que tienen un menor porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con vacunación completa en relación al promedio nacional son: Amazonas, Madre de Dios, Loreto, Puno, Lambayeque, Ucayali, Ica, Piura, La Libertad y San Martín.

Gráfico 86



Fuente: ENDES 2011

c. Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses

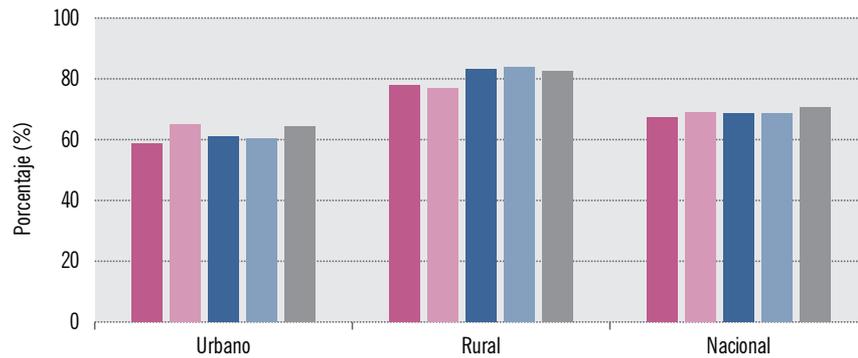
Desde el año 2000 al 2011 ha habido un incremento de la proporción de menores de 6 meses de edad que reciben Lactancia Materna Exclusiva, siendo en el 2011 de 70,6% el promedio nacional.

El incremento de la Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses de edad ha sido tanto en el área urbana como el área rural.

La proporción de Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses de edad es mayor en el área rural (82,5%) en comparación con el área urbana (64%).

Gráfico 87

Tendencia del porcentaje de menores de 6 meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva según el área geográfica



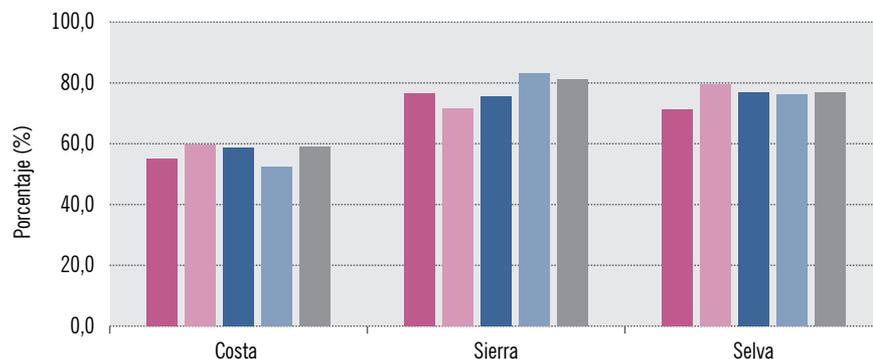
■ Año 2000	58,6	77,3	67,2
■ Año 2007	64,5	76,5	68,7
■ Año 2009	60,6	82,9	68,5
■ Año 2010	59,9	83,9	68,3
■ Año 2011	64,0	82,5	70,6

Fuente: ENDES-INEI

La mayor proporción de Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses de edad se presenta en la Sierra (81,9%) en comparación con las regiones de la Selva (77,5%) y la Costa (60%). Sin embargo es importante mencionar que del 2010 al 2011 la región de la Sierra presentó una leve caída de 2,2 puntos porcentuales de la proporción de menores de 6 meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva.

Gráfico 88

Tendencia del porcentaje de menores de seis meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva según región



■ Año 2000	56,0	77,4	72,3
■ Año 2007	60,1	72,4	80,8
■ Año 2009	59,3	76,2	77,6
■ Año 2010	52,8	83,7	77,2
■ Año 2011	60,0	81,9	77,5

Fuente: ENDES-INEI

Del 2000 al año 2011 los departamentos que han presentado una caída en la proporción de menores de 6 meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva han sido: Ancash, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, La Libertad, Loreto, Madre de Dios, Moquegua y Tumbes.

Cuadro 21

Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses de edad según departamento

DEPARTAMENTO	Año 2000	Año 2007	Año 2009	Año 2010	Año 2011
AMAZONAS	60,6	70,2	86,1	72,7	82,7
ÁNCASH	79,2	62,8	60,2	69,1	77,0
APURÍMAC	93,5	74	90,8	86,3	92,6
AREQUIPA	53,7	57,8	38,5	66,7	48,6
AYACUCHO	82,6	93,1	77,6	82	82,6
CAJAMARCA	82,4	70,3	77,7	77,7	79,8
CUSCO	84,4	86,3	83,4	82,3	84,9
HUANCAVELICA	89,1	84,6	89	94,7	86,5
HUÁNUCO	82,5	76,0	74,3	83,4	79,5
ICA	37,0	43,2	64,0	43,7	57,0
JUNÍN	64,9	71,1	80,4	91,5	97,2
LA LIBERTAD	76,5	54,4	78,4	76,6	72,4
LAMBAYEQUE	45,5	62,9	42,4	52,5	81,9
LIMA	59,7	55,2	59,1	55,0	61,7
LORETO	82,3	79,2	82,3	63,0	69,6
MADRE DE DIOS	72,9	52,7	58,5	58,0	63,8
MOQUEGUA	56,3	34,8	77,6	72,9	41,3
PASCO	74,4	79,6	77,8	78,5	79,5
PIURA	52,9	58,7	63,0	43,4	53,2
PUNO	75,9	73,7	70,8	97,3	82,1
SAN MARTÍN	61,9	74,2	73,9	76,7	80,5
TACNA	53,8	65,6	56,7	72,5	62,0
TUMBES	66,7	47,2	45,2	47,4	62,8
UCAYALI	68,5	79,6	84,5	87,2	77,0
NACIONAL	67,2	68,7	68,5	68,3	70,6

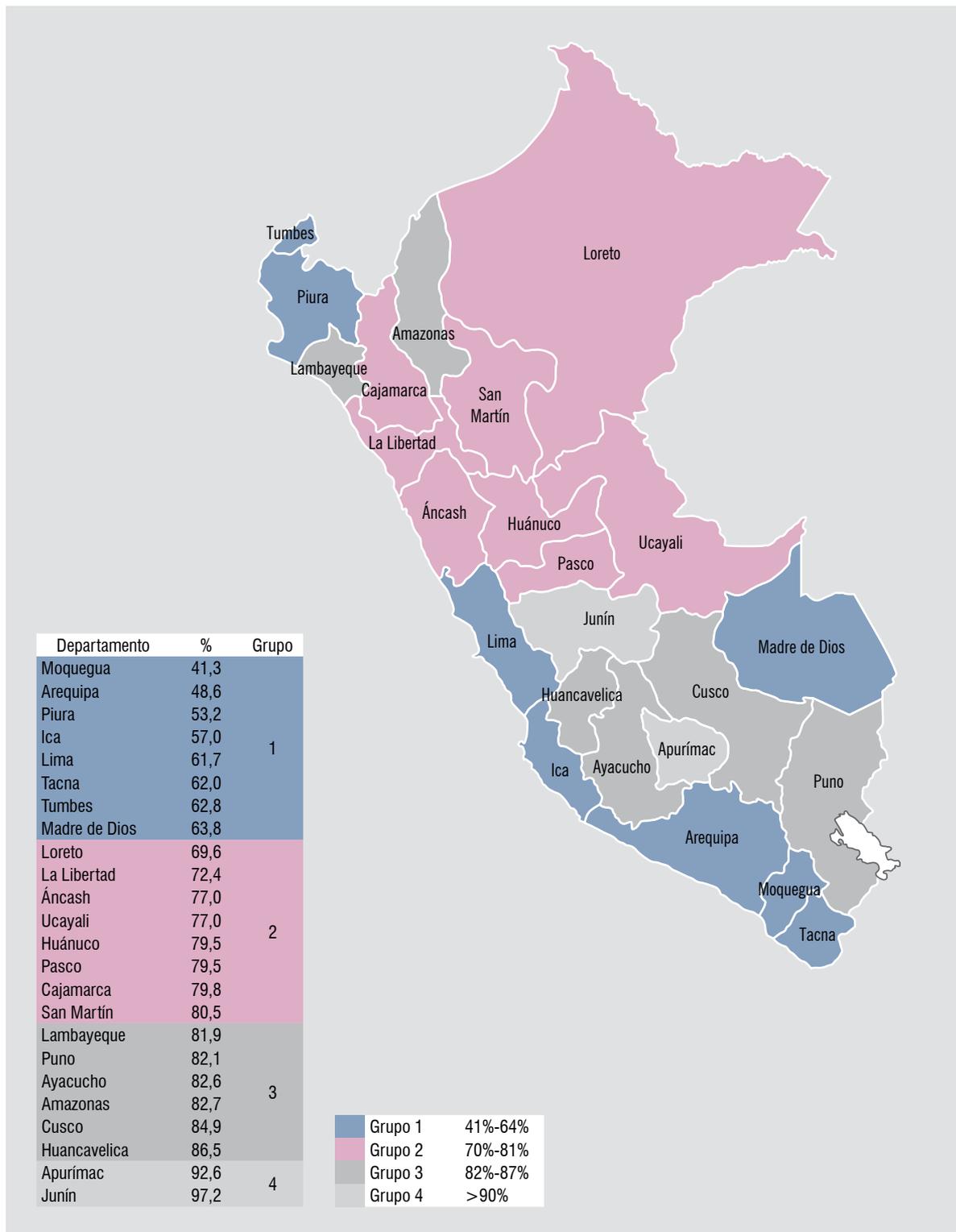
Fuente: ENDES-INEI

Los departamentos que tienen una menor proporción de menores de 6 meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva son los del grupo 1: Moquegua (41,3%), Arequipa (48,6%), Piura (53,2%), Ica (57%), Lima (61,7%), Tacna (62%), Tumbes (62,8%) y Madre de Dios (63,8%), tal y como se aprecia en el gráfico 89. Es importante resaltar que estos porcentajes son considerados muy bajos.

Mientras que Junín y Apurímac son los departamentos con un mayor porcentaje de menores de 6 meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva (97,2% y 92,6% respectivamente).

Gráfico 89

Menores de 6 meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva según departamento



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

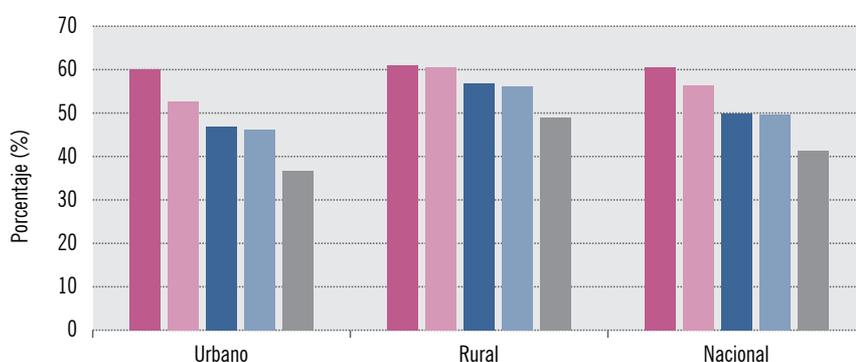
d. Anemia en la niñez

Tal y como se aprecia en el gráfico 90 a nivel nacional desde el año 2000 al 2011 ha habido un descenso del porcentaje de niños entre los 6 a 36 meses de edad con anemia.

Este descenso ha sido tanto en el área urbana como en el área rural, siendo esta última en mención el área con mayor porcentaje de niños entre los 6 y 36 meses de edad con anemia.

Gráfico 90

Tendencia del porcentaje de niños de 6 a 36 meses con anemia según área geográfica



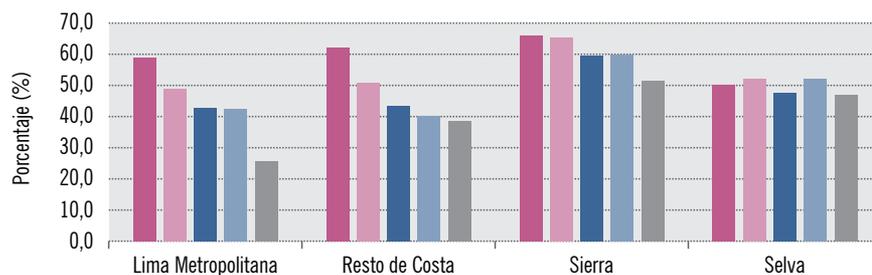
■ ENDES 2000	60,4	61,6	60,9
■ ENDES 2007	53,3	61,0	56,8
■ ENDES 2009	46,8	56,7	50,4
■ ENDES 2010	46,6	56,6	50,3
■ ENDES 2011	37,5	49,6	41,6

Fuente: ENDES-INEI

De acuerdo al gráfico 91, desde el año 2000 al 2011 en todas las regiones se ha evidenciado un descenso del porcentaje de niños entre los 6 a 36 meses de edad con anemia, sin embargo este descenso ha sido de manera más significativa para el caso de Lima Metropolitana (32,8 puntos porcentuales) en comparación con las demás regiones. Se identifica una brecha significativa entre regiones, sobre todo entre Lima Metropolitana, la Sierra y Selva.

Gráfico 91

Tendencia del porcentaje de niños entre 6 a 36 meses con anemia según región



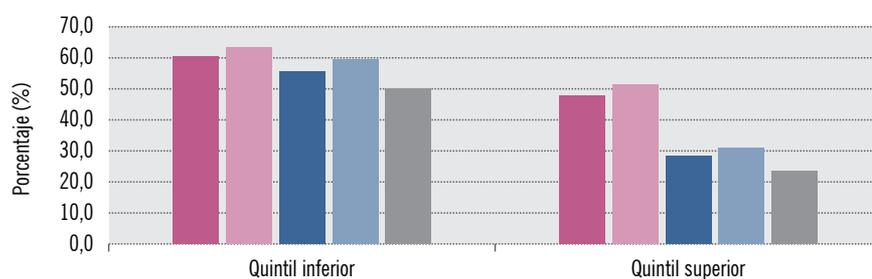
ENDES 2000	59,0	61,9	65,9	50,5
ENDES 2007	49,1	51,2	65,7	52,4
ENDES 2009	43,1	43,7	59,8	47,6
ENDES 2010	42,8	40,4	60,1	52,5
ENDES 2011	26,2	39,3	51,7	47,2

Fuente: ENDES-INEI

Desde el año 2000 al 2011 el descenso de la anemia en niños entre los 6 y 36 meses de edad ha sido tanto para el quintil de riqueza inferior como para el quintil de riqueza superior, siendo más significativo para este último en mención (24 puntos porcentuales).

Gráfico 92

Tendencia del porcentaje de niños entre los 6 a 36 meses con anemia según quintil de riqueza



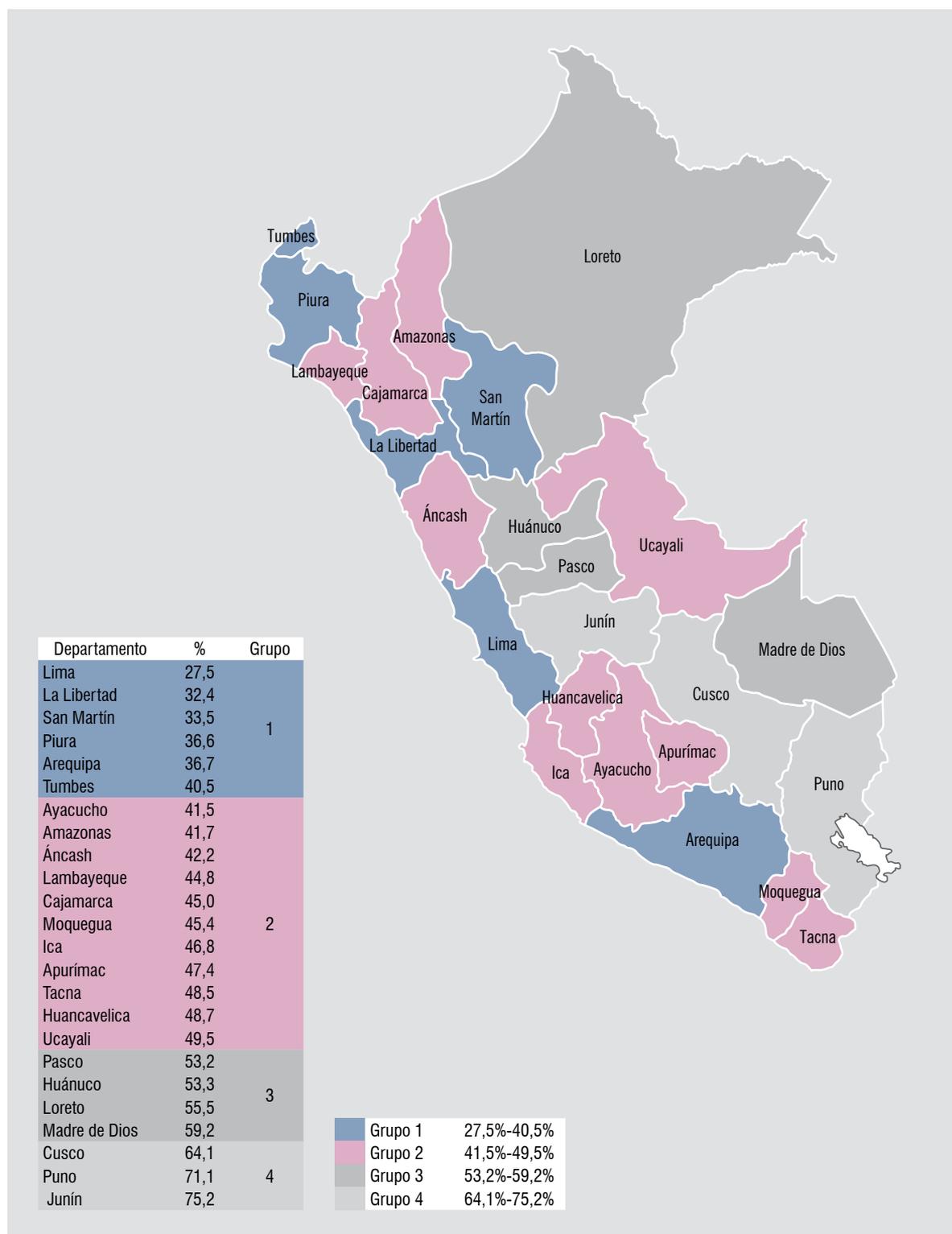
ENDES 2000	60,4	47,6
ENDES 2007	63,1	51,2
ENDES 2009	55,4	28,2
ENDES 2010	59,4	31,0
ENDES 2011	50,0	23,6

Fuente: ENDES-INEI

Los departamentos que tienen un mayor porcentaje de niños entre los 6 a 36 meses de edad con anemia son: Cusco, Puno y Junín.

Gráfico 93

Niños entre los 6 a 36 meses de edad con Anemia según departamento



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

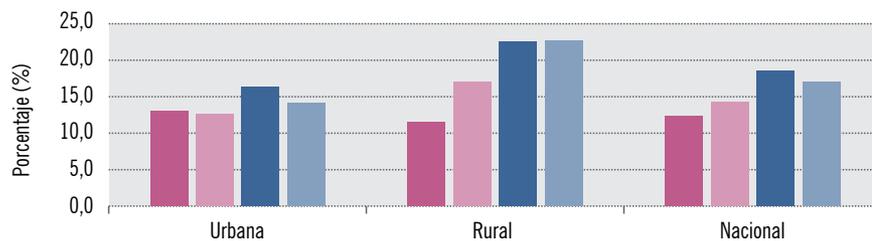
e. Administración de sulfato ferroso en la niñez

De acuerdo al gráfico 94 desde el 2007 al 2011 el porcentaje de niños entre los 6 a 36 meses de edad que recibieron suplemento de hierro aumentó. El incremento ha sido tanto para el área urbana como para el área rural, siendo para este último más significativo (16,3 puntos porcentuales).

Es importante mencionar que es en el área rural donde hay mayor porcentaje de anemia en este grupo poblacional.

Gráfico 94

Tendencia del porcentaje de niños entre 6 a 36 meses de edad que recibieron suplemento de hierro



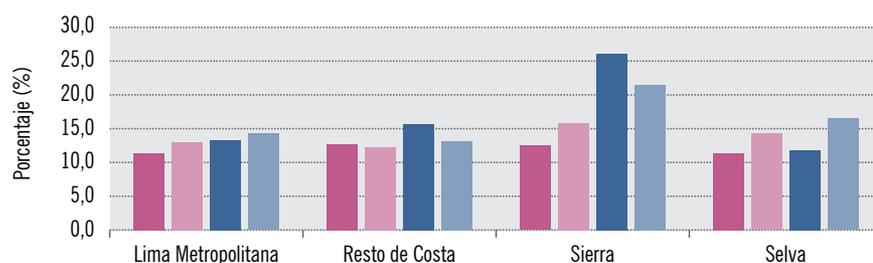
■ ENDES 2007	13,0	11,4	12,3
■ ENDES 2009	12,6	17,0	14,1
■ ENDES 2010	16,2	22,4	18,4
■ ENDES 2011	14,1	22,7	17,0

Fuente: ENDES-INEI 2007-2011

Desde el año 2007 al 2011 ha aumentado en todas las regiones el porcentaje de niños entre los 6 y 36 meses de edad que recibieron suplemento de hierro, siendo el incremento más significativo para el caso de la Sierra (9,1 puntos porcentuales), región con un mayor porcentaje de niños entre los 6 y 36 meses de edad con anemia.

Gráfico 95

Tendencia del porcentaje de niños entre 6 a 36 meses de edad que recibieron suplemento de hierro según región



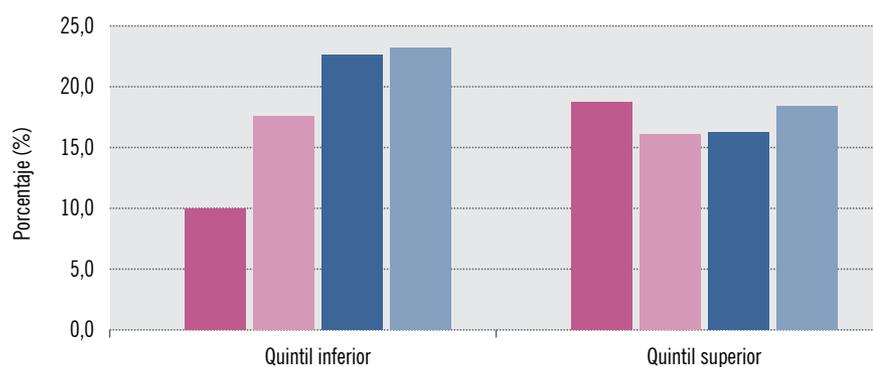
ENDES 2007	11,4	12,8	12,5	11,6
ENDES 2009	13,1	12,3	15,9	14,1
ENDES 2010	13,3	15,8	26,2	11,8
ENDES 2011	14,4	13,3	21,6	16,3

Fuente: ENDES-INEI

Si bien el porcentaje de niños entre los 6 y 36 meses de edad que recibieron suplemento de hierro aumentó tanto para el quintil de riqueza inferior desde el año 2007 al 2011, no así para el caso del quintil superior en donde el porcentaje se ha mantenido casi estático, lo cual es razonable considerando que el porcentaje de niños entre los 6 y 36 meses de edad con anemia para este quintil ha disminuido.

Gráfico 96

Tendencia del porcentaje de niños entre 6 a 36 meses de edad que recibieron suplemento de hierro según quintil de riqueza



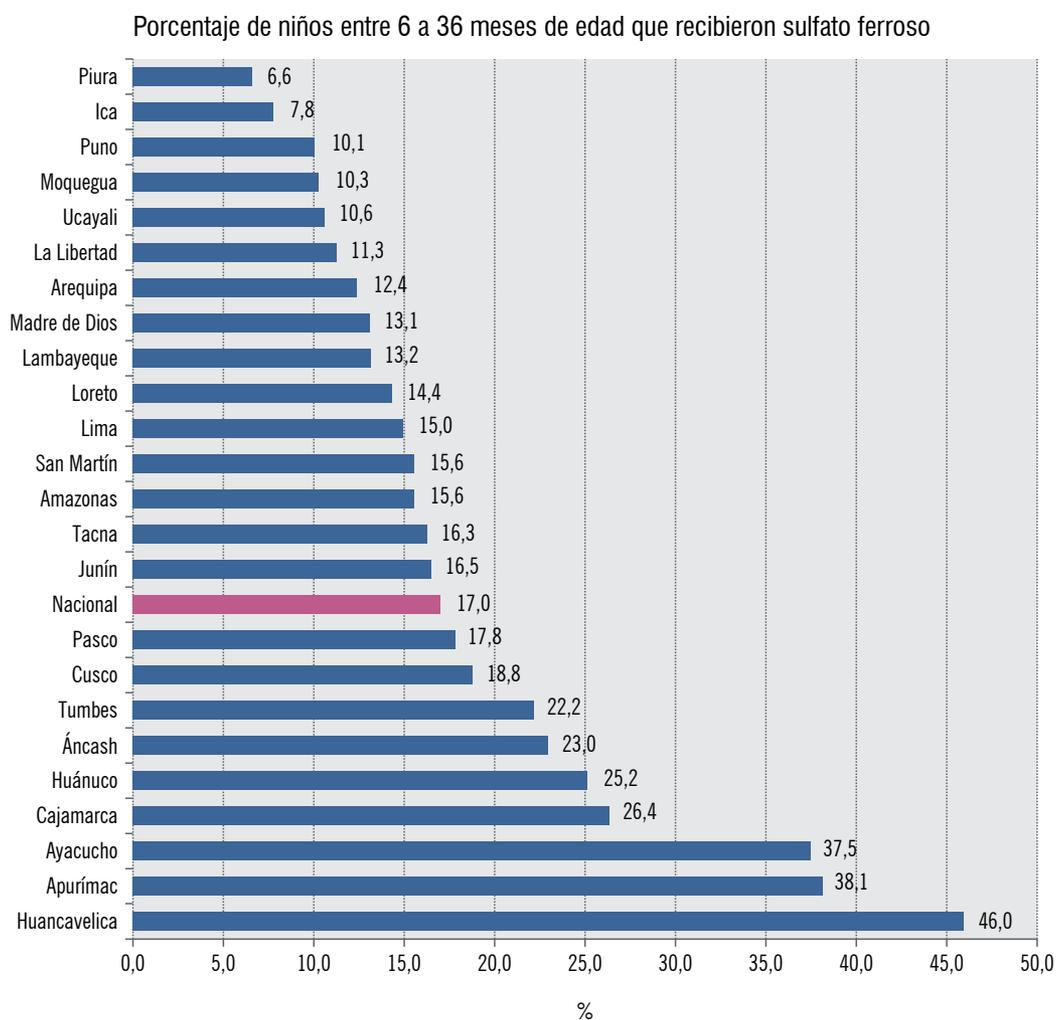
ENDES 2007	10,0	18,9
ENDES 2009	17,5	16,1
ENDES 2010	22,7	16,2
ENDES 2011	23,3	18,4

Fuente: ENDES-INEI 2007-2011

Los departamentos cuyo porcentaje de niños entre los 6 y 36 meses de edad que recibieron suplementación de hierro, es mayor que el promedio nacional son: Huancavelica, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, Áncash, Tumbes, Cusco y Pasco.

Puno es uno de los departamentos con menor porcentaje de niños entre los 6 y 36 meses de edad que recibieron suplementación de hierro, pese a que dicho departamento es uno de los que tiene un mayor porcentaje de niños entre los 6 y 36 meses de edad con anemia.

Gráfico 97



Fuente: ENDES 2011

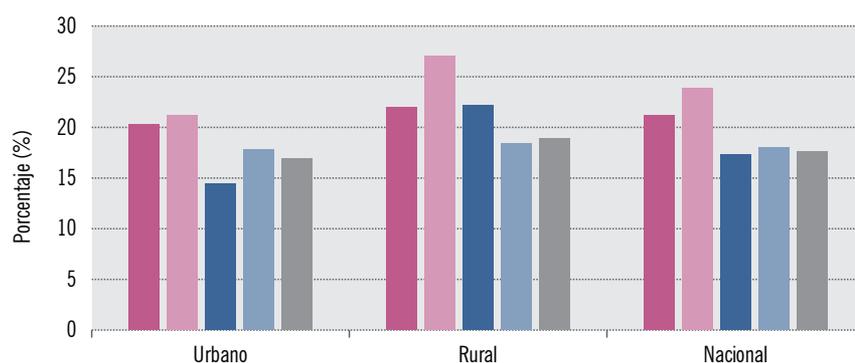
f. Infecciones Respiratorias Agudas-IRA en la niñez

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen el principal motivo de consulta de menores de edad en los establecimientos de salud del País sobre todo de menores de 5 años.

De acuerdo al gráfico 98 desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional el porcentaje de Infecciones Respiratorias Agudas-IRA en menores de 36 meses de edad ha disminuido en 3,5 puntos porcentuales, este descenso ha sido tanto en el área urbana como en el área rural. Sin embargo del 2010 al 2011 se aprecia que en el área rural ha habido un ligero incremento en 0,4 puntos porcentuales.

Gráfico 98

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con IRA según área geográfica



■ ENDES 2000	20,6	22,2	21,3
■ ENDES 2007	21,6	27,3	24,0
■ ENDES 2009	14,6	22,1	17,2
■ ENDES 2010	18,0	18,7	18,3
■ ENDES 2011	17,1	19,1	17,8

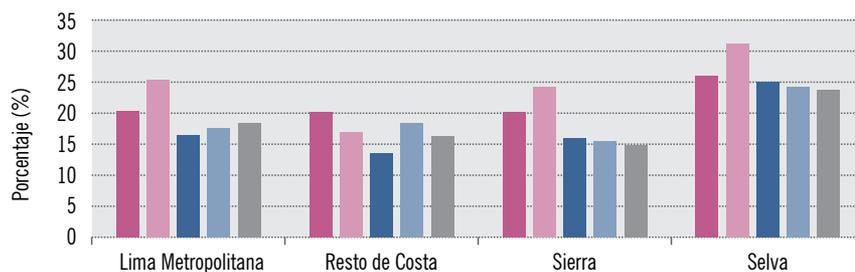
Fuente: ENDES-INEI

De acuerdo al gráfico 99 el porcentaje de IRA en menores de 36 meses de edad desde el año 2000 al 2011 ha disminuido en todas las regiones.

La región que presenta un mayor porcentaje de IRA en relación a las demás regiones es la Selva.

Gráfico 99

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con IRA según región



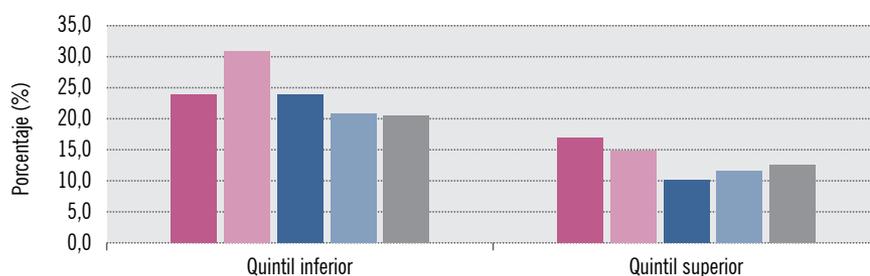
ENDES 2000	20,5	20,4	20,5	26,2
ENDES 2007	25,6	17,2	24,4	31,4
ENDES 2009	16,5	13,6	16,1	25,5
ENDES 2010	17,9	18,7	15,6	24,4
ENDES 2011	18,5	16,5	15,1	24,0

Fuente: ENDES-INEI

Desde el año 2000 al 2011 el porcentaje de IRA en menores de 36 meses de edad ha disminuido tanto para el quintil de riqueza inferior como para el quintil de riqueza superior. Sin embargo del 2010 al 2011 el quintil superior ha presentado un ligero incremento de un punto porcentual.

Gráfico 100

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con IRA según quintil de riqueza



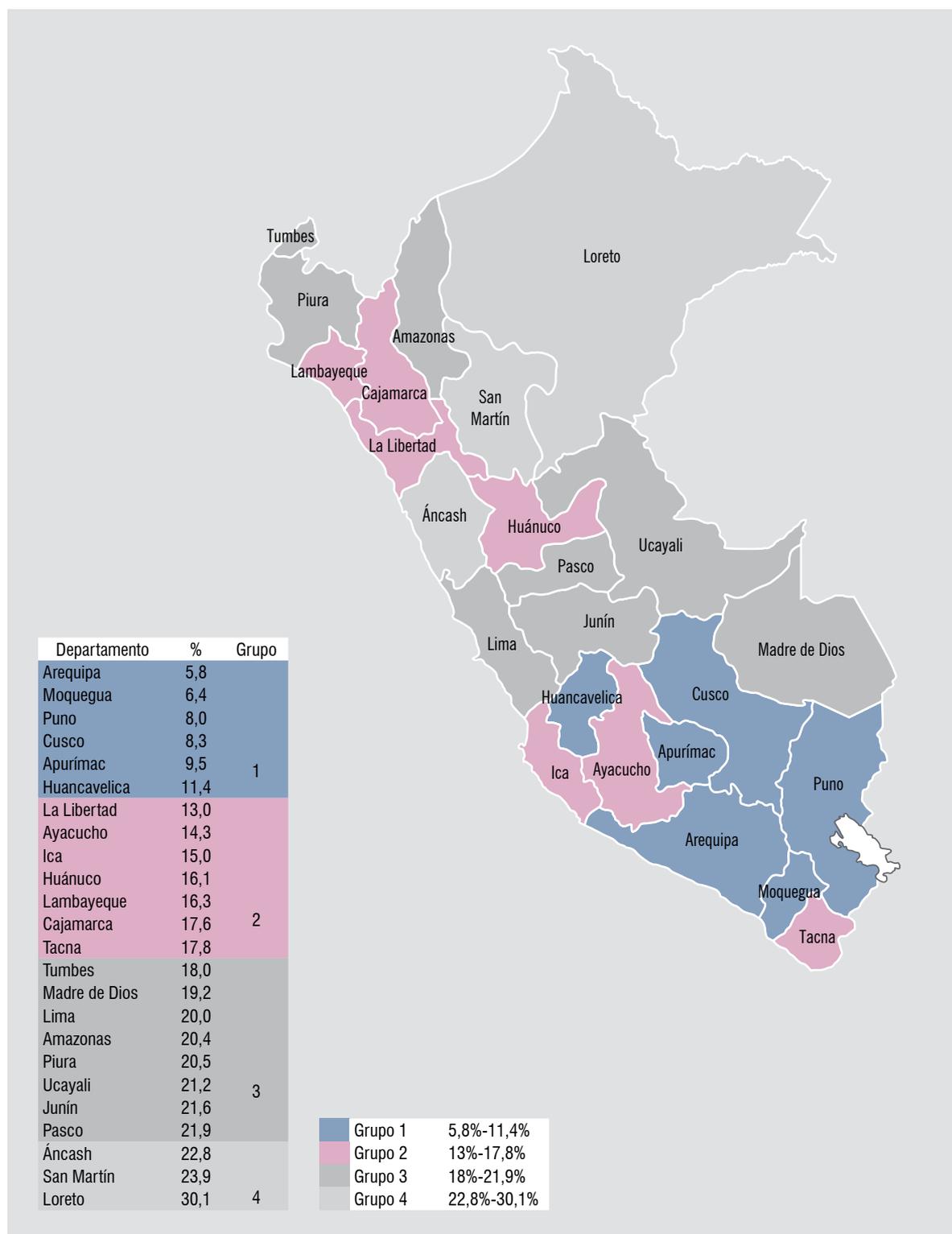
ENDES 2000	24,0	17,0
ENDES 2007	30,9	14,9
ENDES 2009	24,0	10,3
ENDES 2010	20,9	11,6
ENDES 2011	20,6	12,6

Fuente: ENDES-INEI

Los departamentos que tienen un mayor porcentaje de IRA en menores de 36 meses de edad tal y como se observa en el gráfico 101 son los del grupo 4: Loreto (30,1%), San Martín (23,9%) y Áncash (22,8%).

Gráfico 101

Niños menores de 36 meses de edad con Infecciones Respiratorias Agudas según departamento



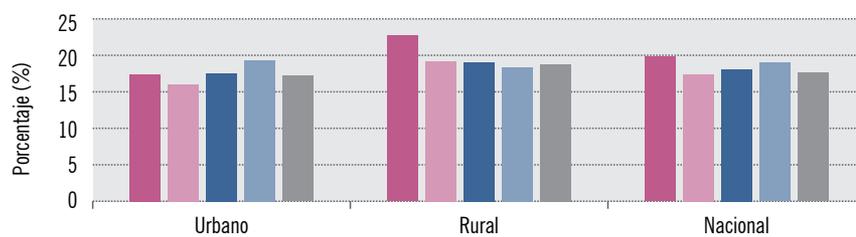
Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

g. Enfermedades Diarreicas Agudas-EDA en la niñez

Desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional el porcentaje de casos de Enfermedades Diarreicas Agudas-EDA en niños menores de 36 meses de edad ha disminuido solo en 2,2 puntos porcentuales, esta disminución ha sido tanto en el área urbana como en el área rural. Aunque es importante alertar que del 2010 al 2011 el área rural presentó un ligero incremento de 0,4 puntos porcentuales.

Gráfico 102

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con EDA según área geográfica



■ ENDES 2000	17,4	22,6	19,8
■ ENDES 2007	16,0	19,2	17,4
■ ENDES 2009	17,5	18,9	18,0
■ ENDES 2010	19,3	18,3	18,9
■ ENDES 2011	17,1	18,7	17,6

Fuente: ENDES - INEI

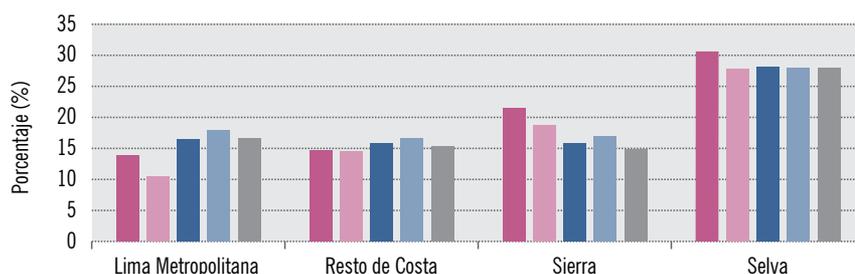
De acuerdo al gráfico 103, el mayor porcentaje de casos de EDA en menores de 36 meses de edad se presentan en la Selva en comparación con las demás regiones, cabe mencionar que del 2010 al 2011 esta región ha presentado un ligero incremento del porcentaje de menores de 36 meses de edad con EDA (0,1 punto porcentual).

Esta situación puede estar asociada a que la Selva es la región con menor acceso a saneamiento básico en comparación con las demás regiones.

Desde el año 2000 al 2011 el porcentaje de menores de 36 meses de edad con EDA ha disminuido en todas las regiones a excepción de Lima y el resto de la Costa.

Gráfico 103

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con EDA según región



ENDES 2000	13,9	14,5	21,6	30,7
ENDES 2007	10,5	14,6	18,8	27,8
ENDES 2009	16,6	15,9	15,6	28,4
ENDES 2010	17,9	16,7	17,0	28,1
ENDES 2011	16,8	15,4	14,9	28,2

Fuente: ENDES -INEI

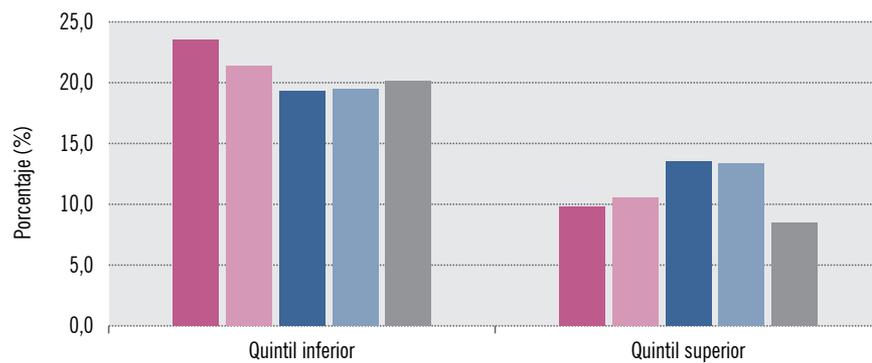
Desde el año 2000 al 2011 el porcentaje de menores de 36 meses de edad con EDA ha disminuido tanto en el quintil superior como en el quintil inferior, aunque se observa que durante los años 2009 y 2010 el quintil superior sufrió una leve alza.

Si bien se identifica un descenso del porcentaje de EDA en menores de 36 meses de edad de ambos quintiles, la brecha entre el quintil superior e inferior sigue siendo casi la misma (alrededor de 12 puntos porcentuales), presentándose el mayor porcentaje de casos en el quintil inferior.

Del 2010 al 2011 el quintil inferior ha evidenciado un ligero incremento del porcentaje de menores de 36 meses de edad con EDA (0,6 puntos porcentuales).

Gráfico 104

Tendencia del porcentaje de menores de 36 meses de edad con EDA según quintil de riqueza



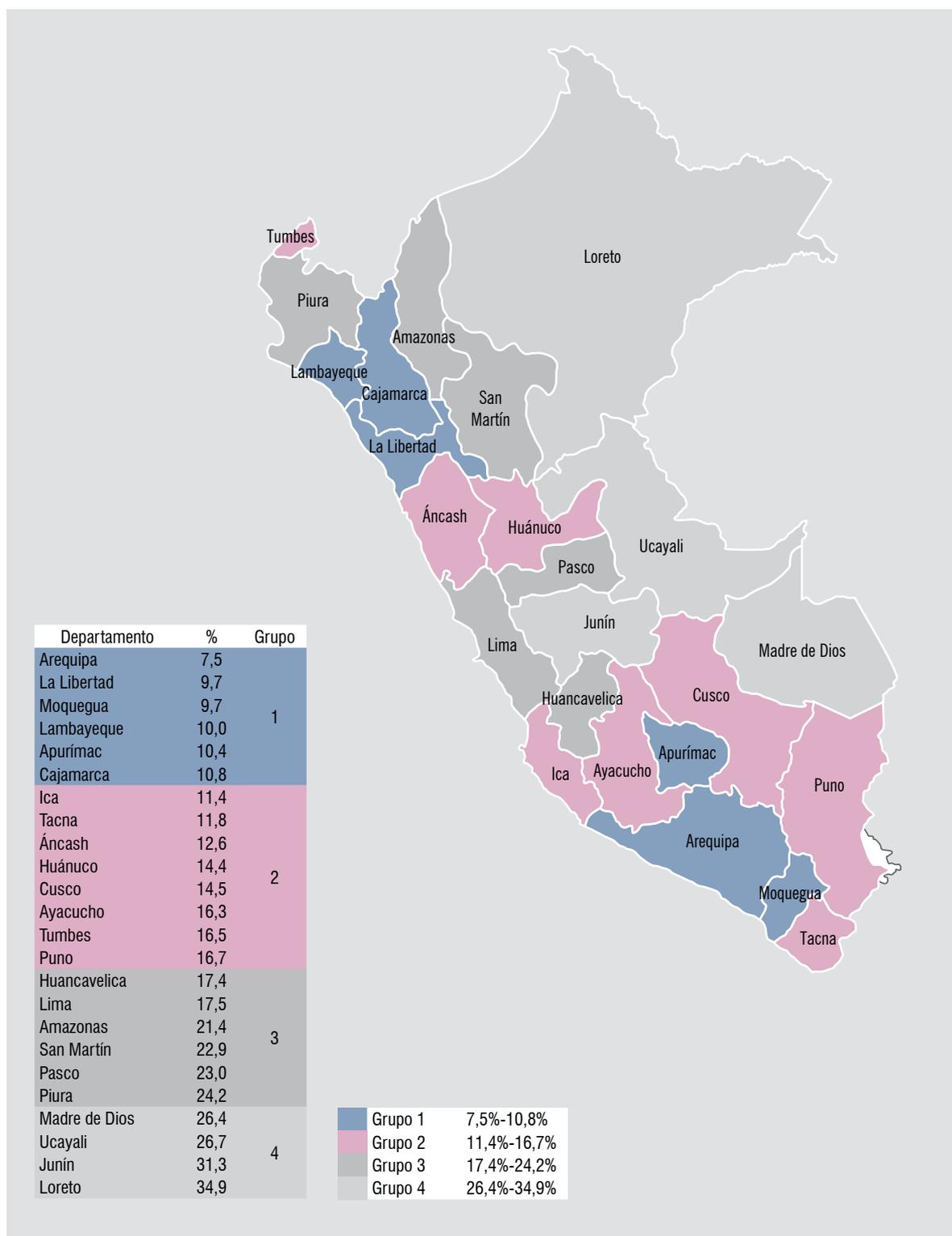
ENDES 2000	23,7	9,9
ENDES 2007	21,7	10,7
ENDES 2009	19,5	13,8
ENDES 2010	19,7	13,5
ENDES 2011	20,3	8,8

Fuente: ENDES -INEI

Los departamentos que presentan un mayor porcentaje de menores de 36 meses de edad con EDA de acuerdo al mapa de riesgo esquematizado en el gráfico 105 son: Loreto (34,9%), Junín (31,3%), Ucayali (26,7%) y Madre de Dios (26,4%). En su mayoría departamentos de la Selva.

Gráfico 105

Niños menores de 36 meses de edad con Enfermedades Diarreicas Agudas según departamento



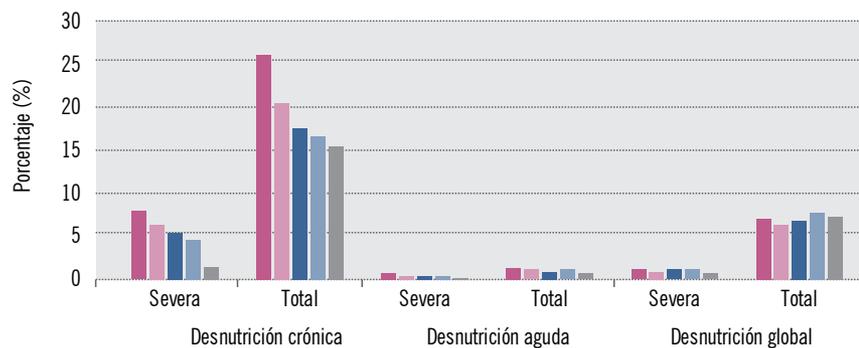
Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

h. Desnutrición en la niñez

Desde el año 2000 al 2011 ha disminuido el porcentaje de niños menores de 5 años de edad con desnutrición, ya sea crónica, aguda o global. La disminución se ha dado tanto para los casos de desnutrición severa como para la desnutrición en general.

Gráfico 106

Tendencia del porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición según tipo de desnutrición-NCHS/CDC/OMS

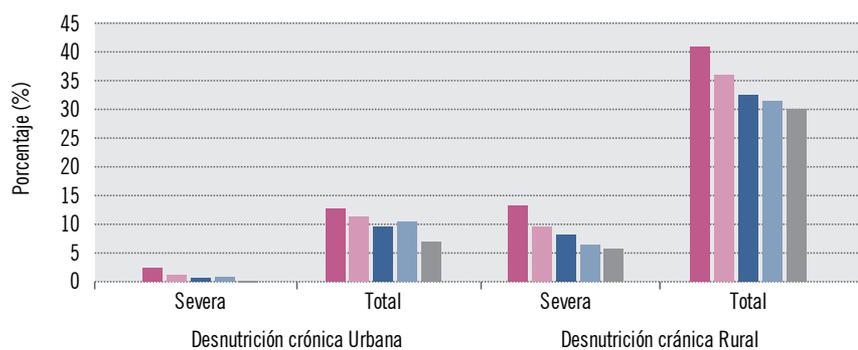


Fuente: ENDES –INEI

De acuerdo al gráfico 107 desde el 2000 al 2011 el porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica ha disminuido tanto para el área rural como para el área urbana, aunque se sigue identificando una brecha enorme entre el porcentaje del área urbana y del área rural, presentando un mayor porcentaje de niños con desnutrición crónica; el área rural. Es importante resaltar que la desnutrición crónica implica una talla inadecuada para la edad.

Gráfico 107

Tendencia del porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica según área geográfica-NCHS/CDC/OMS



	Desnutrición crónica Urbana		Desnutrición crónica Rural	
	Severa	Total	Severa	Total
ENDES 2000	2,7	13,4	13,7	40,2
ENDES 2007	1,8	11,8	9,4	36,3
ENDES 2009	1,4	9,9	7,9	32,8
ENDES 2010	1,5	10,1	6,8	31,3
ENDES 2011	0,7	7,4	5,8	30,3

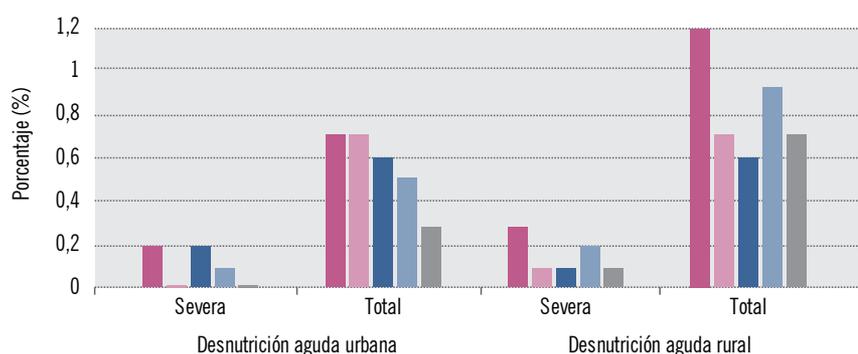
Fuente: ENDES -INEI

Desde el año 2000 al 2011 tanto en el área urbana como en el área rural el porcentaje de menores de 5 años con desnutrición aguda disminuyó, aunque es importante mencionar que en el área rural del 2009 al 2010 se presentó un ligero incremento.

La desnutrición aguda implica un peso inadecuado para la talla.

Gráfico 108

Tendencia del porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición aguda según área geográfica-NCHS/CDC/OMS



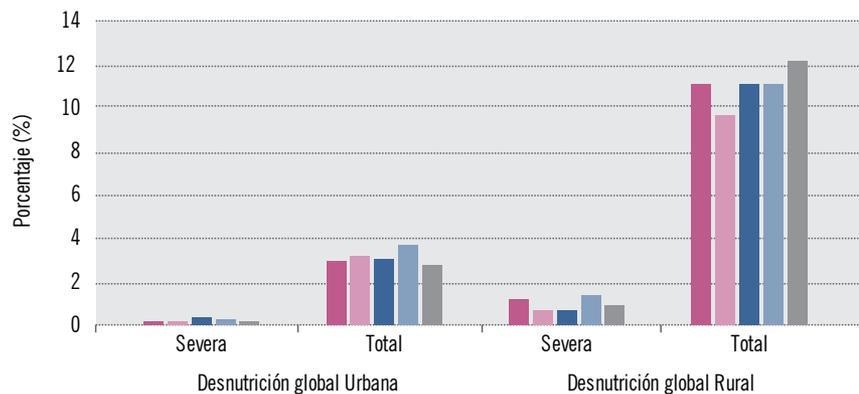
	Desnutrición aguda urbana		Desnutrición aguda rural	
	Severa	Total	Severa	Total
ENDES 2000	0,2	0,7	0,3	1,2
ENDES 2007	0,0	0,7	0,1	0,7
ENDES 2009	0,2	0,6	0,1	0,6
ENDES 2010	0,1	0,5	0,2	0,9
ENDES 2011	0,0	0,3	0,1	0,7

Fuente: ENDES -INEI

De acuerdo al gráfico 109 en el área urbana el porcentaje de menores de 5 años de edad con desnutrición global desde el año 2000 al 2011 disminuyó ligeramente, no así para el caso del área rural que ha presentando un incremento de 0,5 puntos porcentuales. Cabe mencionar que la desnutrición global implica un déficit de peso en relación a la edad.

Gráfico 109

Tendencia del porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global según área geográfica



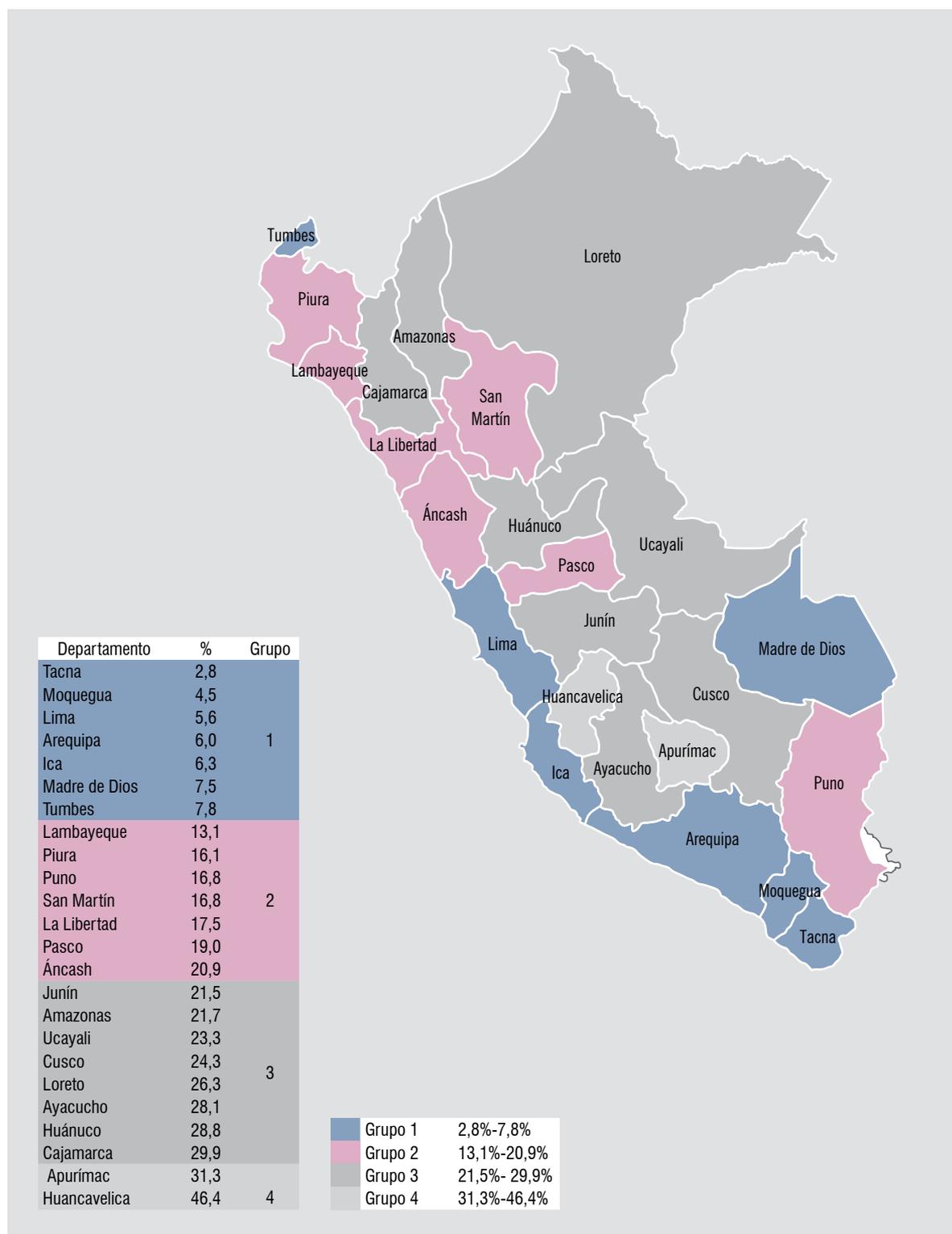
	Desnutrición global Urbana		Desnutrición global Rural	
	Severa	Total	Severa	Total
ENDES 2000	0,1	3,2	1,7	11,8
ENDES 2007	0,1	3,3	0,9	9,5
ENDES 2009	0,4	3,1	0,9	11,0
ENDES 2010	0,2	3,8	1,3	11,3
ENDES 2011	0,1	3,0	1,0	12,3

Fuente: ENDES -INEI

Los departamentos con mayor porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica son: Huancavelica (46,4%) y Apurímac (31,3%), tal y como se aprecia en el mapa del gráfico 110.

Gráfico 110

Niños menores de 5 años con desnutrición crónica según departamento

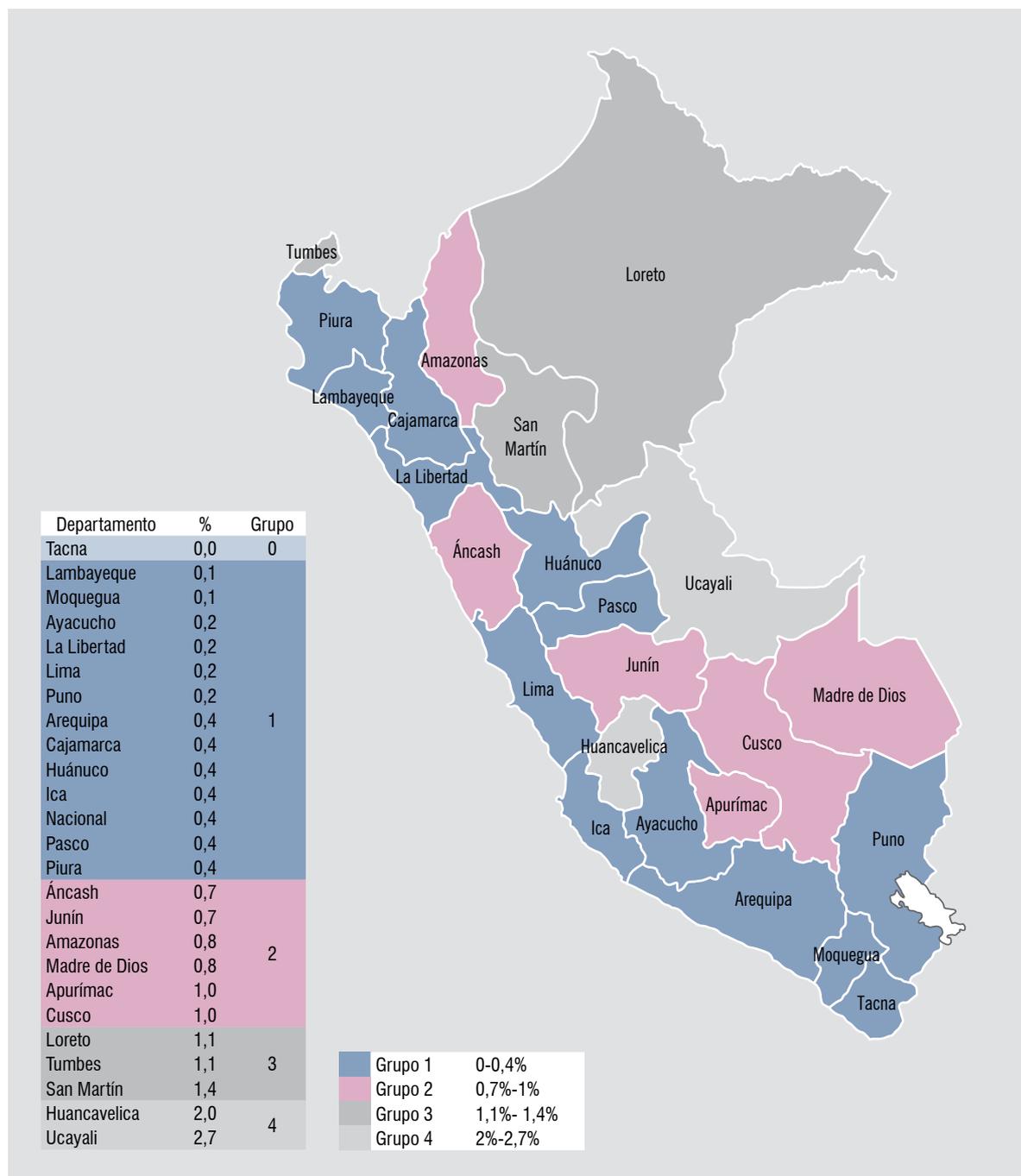


Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

De acuerdo al mapa de riesgo del gráfico 111, los departamentos con mayor porcentaje de niños menores de 5 años de edad con desnutrición aguda son: Ucayali (2,7%) y Huancavelica (2,0%).

Gráfico 111

Niños menores de 5 años con desnutrición aguda según departamento

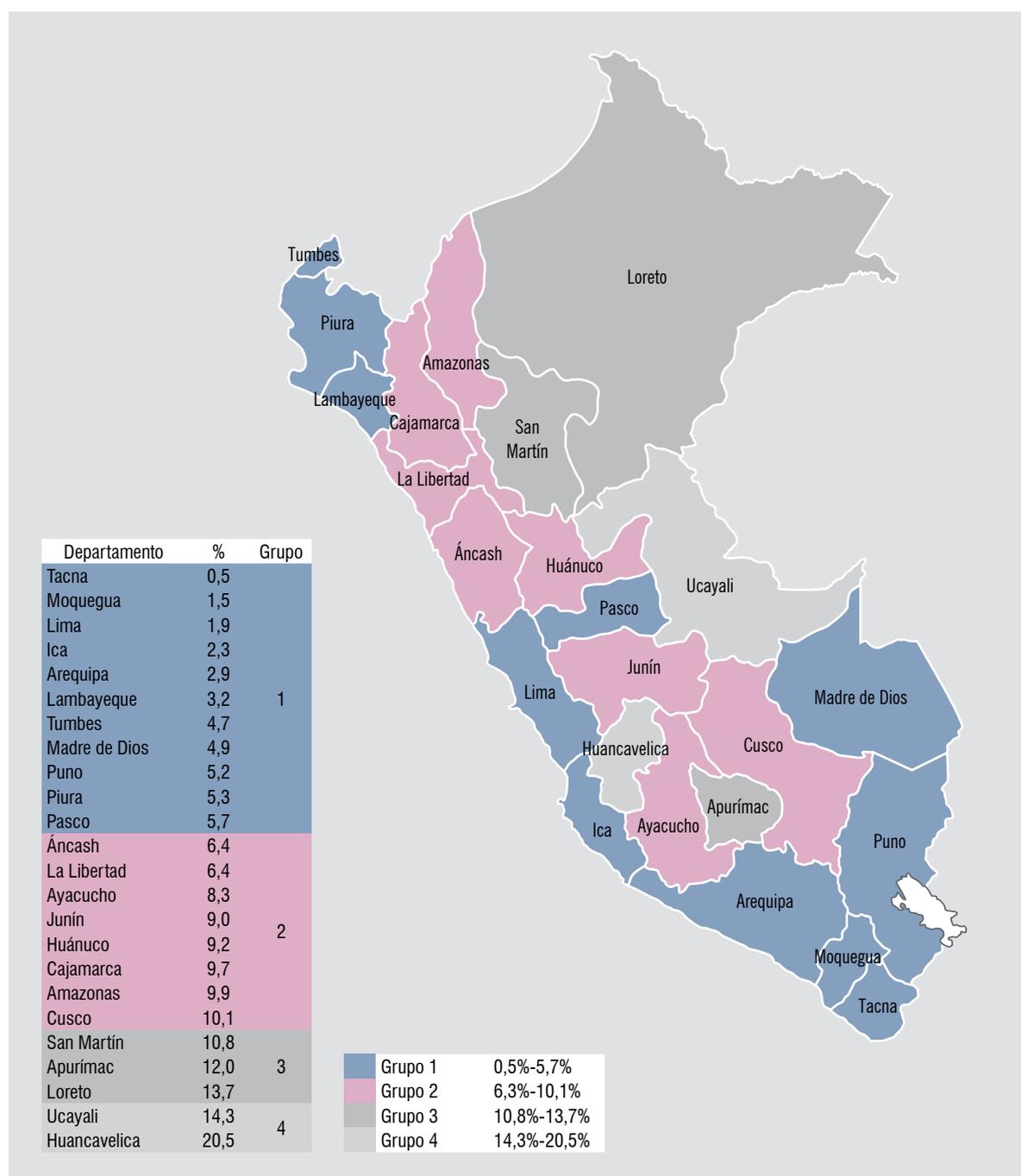


Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

De acuerdo al mapa del gráfico 112: Los departamentos que tienen un mayor porcentaje de niños menores de 5 años de edad con desnutrición global son: Huancavelica (20,5%) y Ucayali (14,3%), seguido de los departamentos del grupo 3: Loreto (13,7%), Apurímac (12,0%) y San Martín (10,8%).

Gráfico 112

Niños menores de 5 años con desnutrición global según departamento



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

i. Morbilidad en la niñez

Tal y como se aprecia en el cuadro 22; el principal motivo de consulta de niños menores de 5 años en los establecimientos de salud pública es por IRA, seguido de las enfermedades infecciosas intestinales, la desnutrición, signos y síntomas generales, siendo importante mencionar que en este grupo se encuentran los casos de fiebres y cefaleas no especificadas.

Las demás causas de consulta están relacionadas con la parasitosis, la dermatitis y las anemias nutricionales.

Cuadro 22:
Morbilidad en menores de 5 años

Nº	Morbilidad	Casos	%
1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2 350 759	19,4
2	Enfermedades infecciosas intestinales	664 997	5,5
3	Desnutrición	541 189	4,5
4	Síntomas y signos generales	394 985	3,3
5	Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	377 436	3,1
6	Helmintiasis	273 132	2,3
7	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	270 475	2,2
8	Dermatitis y eczema	180 065	1,5
9	Anemias nutricionales	167 950	1,4
10	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	162 020	1,3
	Otros	6 717 799	55,5
	Total	12 100 807	100,0

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática - MINSA 2011



10. Mortalidad materna
11. Mortalidad neonatal
12. Mortalidad en la niñez

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

10. Mortalidad materna

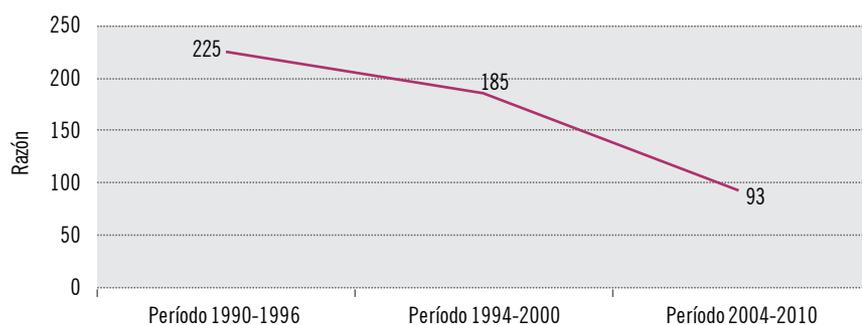
a. Razón de mortalidad materna

De acuerdo al gráfico 113 la razón de mortalidad materna en el Perú ha disminuido de 225 en 1990 a 93 en el 2010, es decir aproximadamente 132 puntos porcentuales que representan un poco más de la mitad de los casos.

Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es reducir al año 2015 la razón de muerte materna en tres cuartas partes. De acuerdo a la tendencia mostrada resulta difícil lograr alcanzar la meta planteada para el año 2015 que sería una razón de muerte materna de 56, considerando que la razón de mortalidad materna actual es de 93 y han tenido que pasar un promedio de 10 años para reducir la razón a un poco más de la mitad.

Gráfico 113

Tendencia de la razón de muerte materna



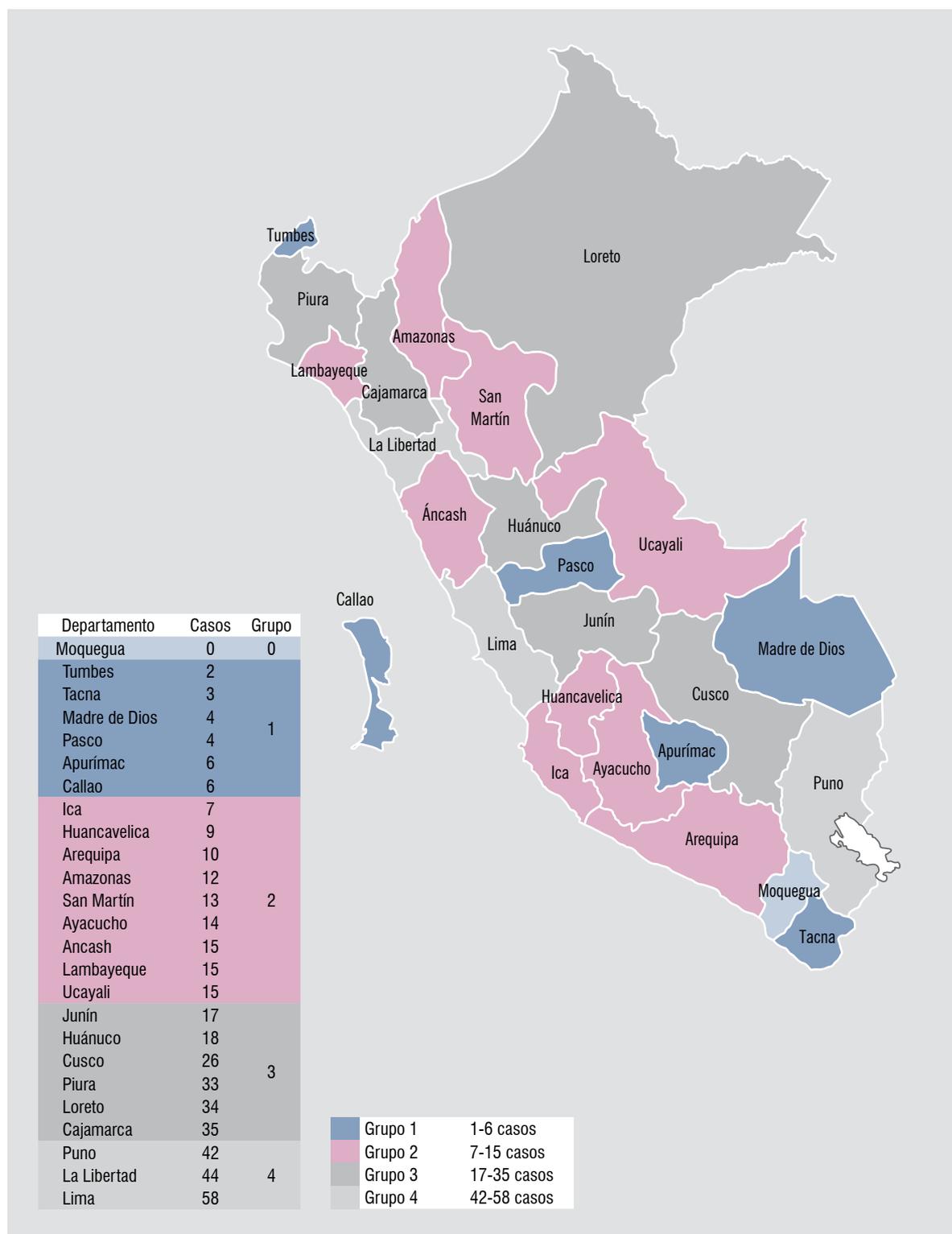
— Razón de muerte materna

Fuente: ENDES-INEI

De acuerdo a la información de la Dirección General de Epidemiología durante el año 2011 Lima ha presentado el mayor número de casos de muerte materna, seguido de La Libertad, y Puno.

Gráfico 114

Mortalidad materna según región



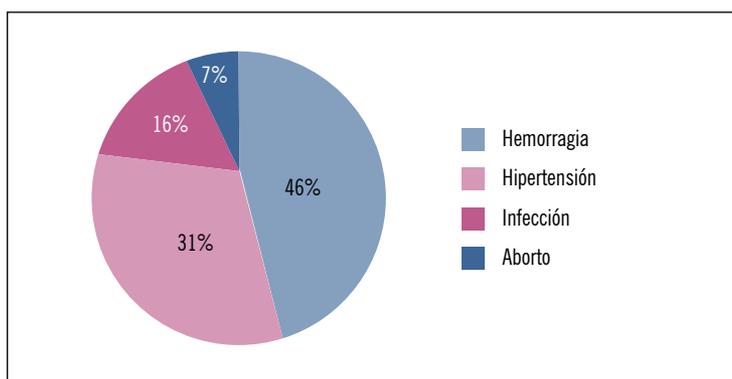
Fuente: Elaboración propia en base a la data de la Dirección General de Epidemiología 2011

b. Causas de mortalidad materna

La principal causa directa de muerte materna es la hemorragia (46%), seguido de la hipertensión (31%), la infección (16%) y el aborto (7%).

Gráfico 115

Causas directas de muerte materna según causas genéricas



Fuente: Dirección General de Epidemiología-MINSA 2011

Las principales causas indirectas de la muerte materna son; las enfermedades del sistema circulatorio, del sistema respiratorio, los tumores, las intoxicaciones, las enfermedades del sistema digestivo, los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, las enfermedades del sistema genito-urinario, la tuberculosis, el VIH/SIDA y el suicidio entre otras causas indirectas.

Cuadro 23

Causas indirectas de muerte materna

Nº	Causa indirecta-CIE 10	Casos	%
1	Enfermedades del sistema circulatorio	21	21,6
2	Enfermedades del sistema respiratorio	16	16,5
3	Tumores	5	5,2
4	Efecto tóxico de plaguicidas	5	5,2
5	Enfermedades del sistema digestivo	5	5,2
6	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	5	5,2
7	Enfermedades del sistema genito-urinario	4	4,1
8	Tuberculosis	4	4,1
9	Envenenamiento por, y exposición a plaguicidas, de intención no determinada	3	3,1
10	VIH/SIDA	3	3,1
11	Envenenamiento auto inflingido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados	3	3,1
12	Otras causas indirectas	23	23,1
Total		97	100,0

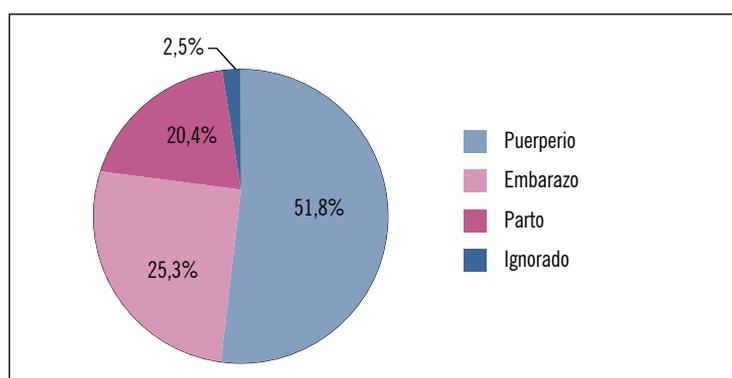
Fuente: Dirección General de Epidemiología-MINSA 2011

c. Momento de la muerte materna

El mayor porcentaje de muerte materna suscita durante el puerperio (51,8%), seguido del embarazo (25,3%) y finalmente durante el parto (20,4%).

Gráfico 116

Momento en el que ocurre la muerte materna



Fuente: Dirección General de Epidemiología-MINSA 2011

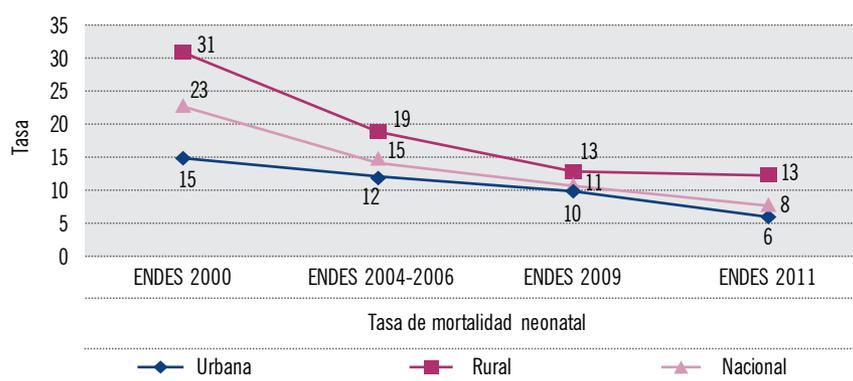
11. Mortalidad neonatal

a. Tasa de mortalidad neonatal

Desde el 2000 al año 2011 la tasa de mortalidad neonatal a nivel nacional (Tasa por 1000 nacidos vivos) ha descendido 15 puntos por 1000 nacidos vivos. El descenso ha sido en menor proporción en el área urbana (9 puntos porcentuales), y mayor en el área rural (18 puntos por 1000 nacidos vivos).

Gráfico 117

Tendencia de la tasa de mortalidad neonatal

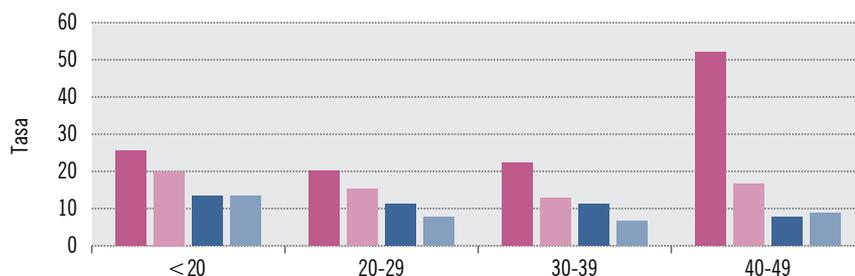


Fuente: ENDES-INEI

La tasa de mortalidad neonatal ha descendido para casi todas las madres de los diferentes grupos de edades. Sin embargo, no así para el caso de las madres menores de 20 años, cuya tasa se mantiene igual desde el año 2009 al 2011, y para el caso de las mujeres mayores de 40 años, cuya tasa ha tenido un incremento de un punto desde el año 2009 al 2011.

Gráfico 118

Tasa de mortalidad neonatal según grupos de edades



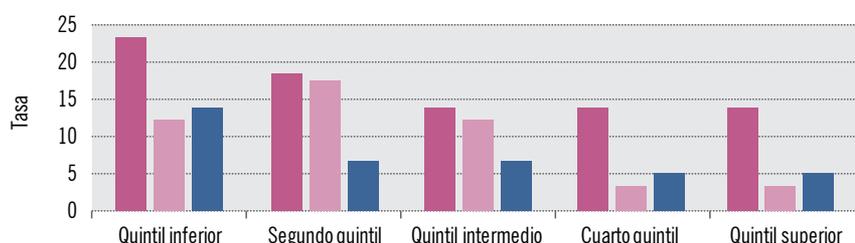
	< 20	20-29	30-39	40-49
ENDES 2000	26	20	22	52
ENDES 2004-2006	20	15	13	17
ENDES 2009	13	11	12	8
ENDES 2011	13	8	7	9

Fuente: ENDES-INEI

El descenso de la tasa de mortalidad neonatal se ha dado para casi todos los quintiles de riqueza, salvo para el quintil inferior que más bien ha presentado un incremento de dos puntos desde el 2009 al año 2011 y para el cuarto quintil de riqueza que también ha tenido un incremento en dos puntos.

Gráfico 119

Tasa de mortalidad neonatal según quintil de riqueza



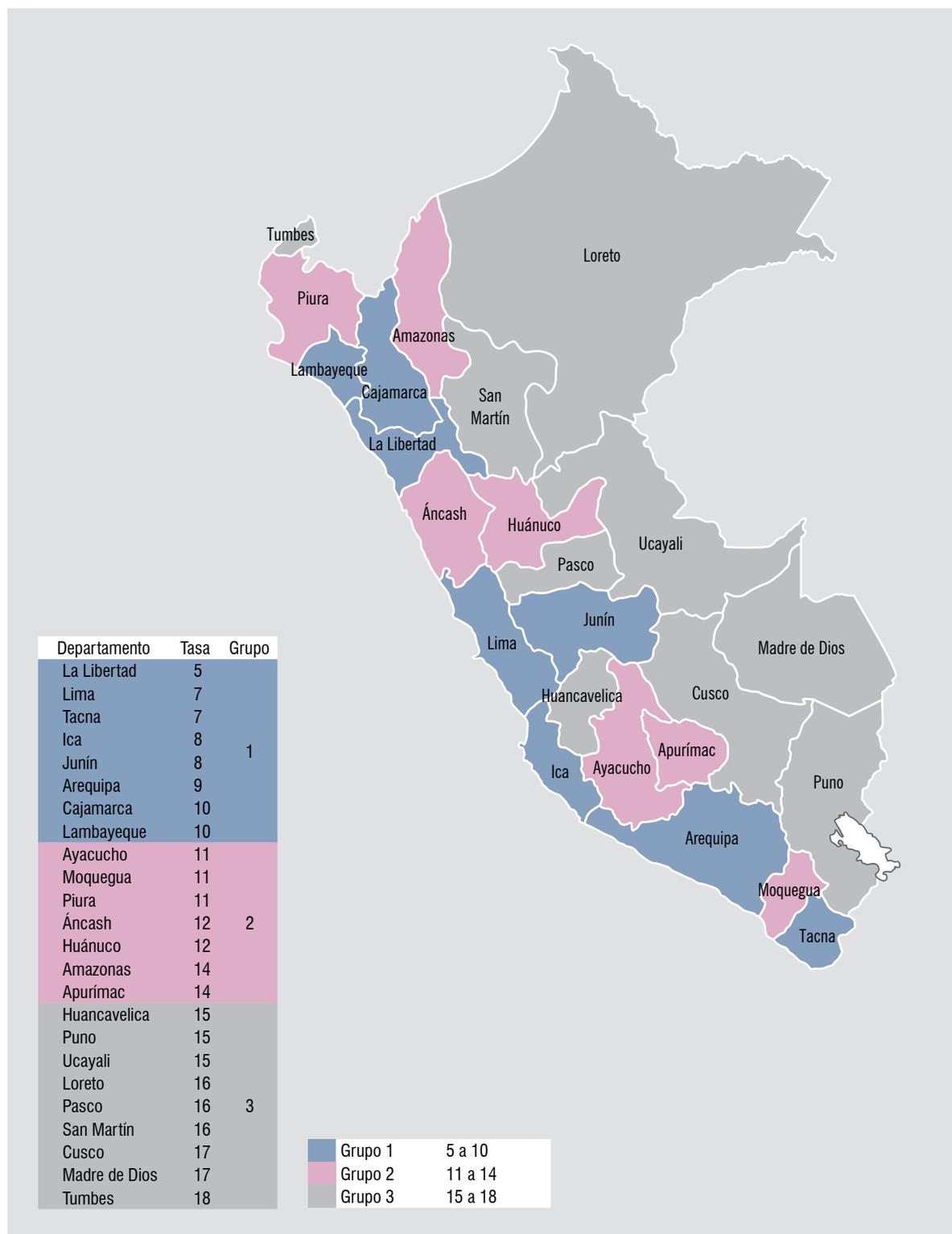
	Quintil inferior	Segundo quintil	Quintil intermedio	Cuarto quintil	Quintil superior
ENDES 2004-2006	23	18	14	14	2
ENDES 2009	12	17	12	3	9
ENDES 2011	14	7	7	5	8

Fuente: ENDES-INEI

En el mapa del gráfico 120 se puede apreciar que los departamentos que tienen una mayor tasa de mortalidad neonatal son los del grupo 3: Tumbes, Madre de Dios, Cusco, San Martín, Loreto, Pasco, Ucayali, Puno y Huancavelica.

Gráfico 120

Mortalidad neonatal según departamento



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2011

b. Causas de mortalidad neonatal

La principal causa de muerte neonatal es debido a la sepsis bacteriana (22,3%), la asfixia neonatal (15,3%), los trastornos relacionados con la gestación corta (13,6%), las malformaciones congénitas (7,2%), la dificultad respiratoria del recién nacido (6,8%), entre otros problemas.

Es importante tener en consideración que los trastornos relacionados con la gestación corta también es uno de los principales motivos de consulta externa neonatal, por lo cual se podría concluir en que los casos que están acudiendo a los establecimientos de salud, no están siendo resueltos.

Cuadro 24
Causas de mortalidad neonatal

Causas de muerte neonatal-CIE 10	Nº de casos	%
Sepsis bacteriana del recién nacido	673	22,3
Asfixia neonatal	462	15,3
Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	409	13,6
Otras malformaciones congénitas	216	7,2
Dificultad respiratoria del recién nacido	204	6,8
Otros problemas respiratorios del recién nacido	183	6,1
Neumonía congénita	140	4,6
Síndrome de aspiración neonatal	123	4,1
Otras malformaciones congénitas del corazón	98	3,3
Demás causas	507	16,8
Total	3 015	100,0

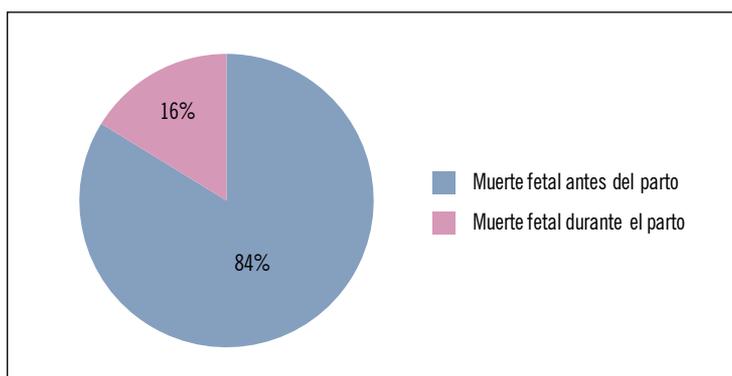
Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2010-MINSA

c. Momento de la muerte fetal

El mayor porcentaje de casos de muerte fetal suscitan antes del parto (84%) y en menor proporción durante el parto (16%).

Gráfico 121

Momento de la muerte fetal en datos porcentuales



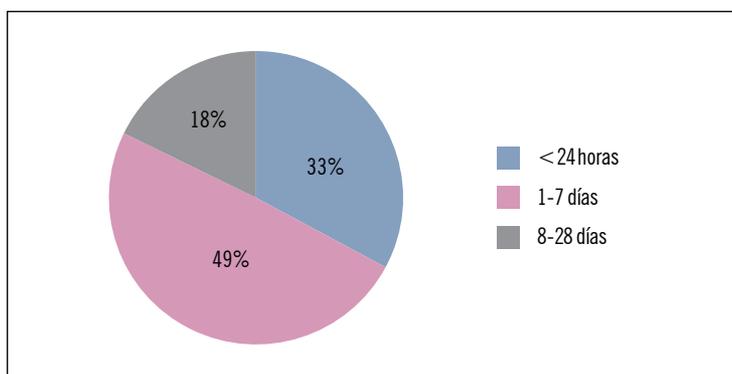
Fuente: DGE 2011-MINSA

d. Momento de la muerte neonatal

El mayor porcentaje de casos de muerte neonatal suscita entre los días 1 y 7 de vida (49%), el 33% suscita en las primeras 24 horas de vida, y el 18% entre los 8 a 28 días de nacido, tal y como se aprecia en el gráfico 122.

Gráfico 122

Momento de la muerte neonatal



Fuente: DGE 2011-MINSA

12. Mortalidad en la niñez

a. Tasa de mortalidad en la niñez

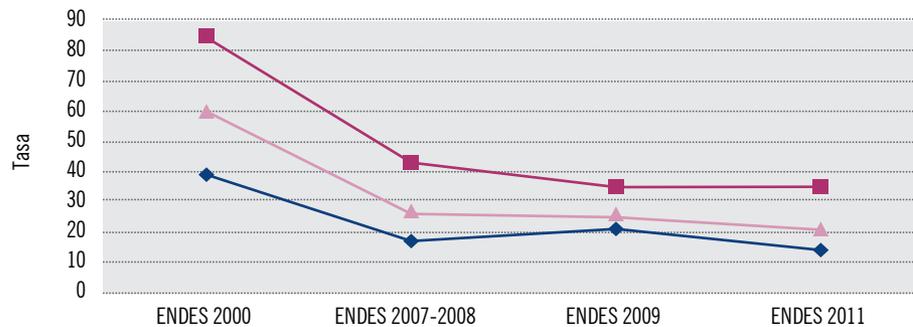
A nivel nacional la tasa de mortalidad en menores de 5 años ha disminuido en 39 puntos desde el año 2000 al 2011, siendo al 2011 de 21, sin embargo del 2009 al 2011 se identifica un estancamiento para el caso de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años del área rural.

Por otro lado aún persiste una brecha significativa entre la mortalidad en menores de 5 años del área rural y del área urbana, siendo la tasa del área rural mayor a la tasa promedio nacional.

En 1996 la tasa de mortalidad en menores de 5 años en el Perú era de 78 y en la actualidad es de 21, lo que significa una reducción de aproximadamente 57 puntos.

Gráfico 123

Tendencia de la tasa de mortalidad en la niñez



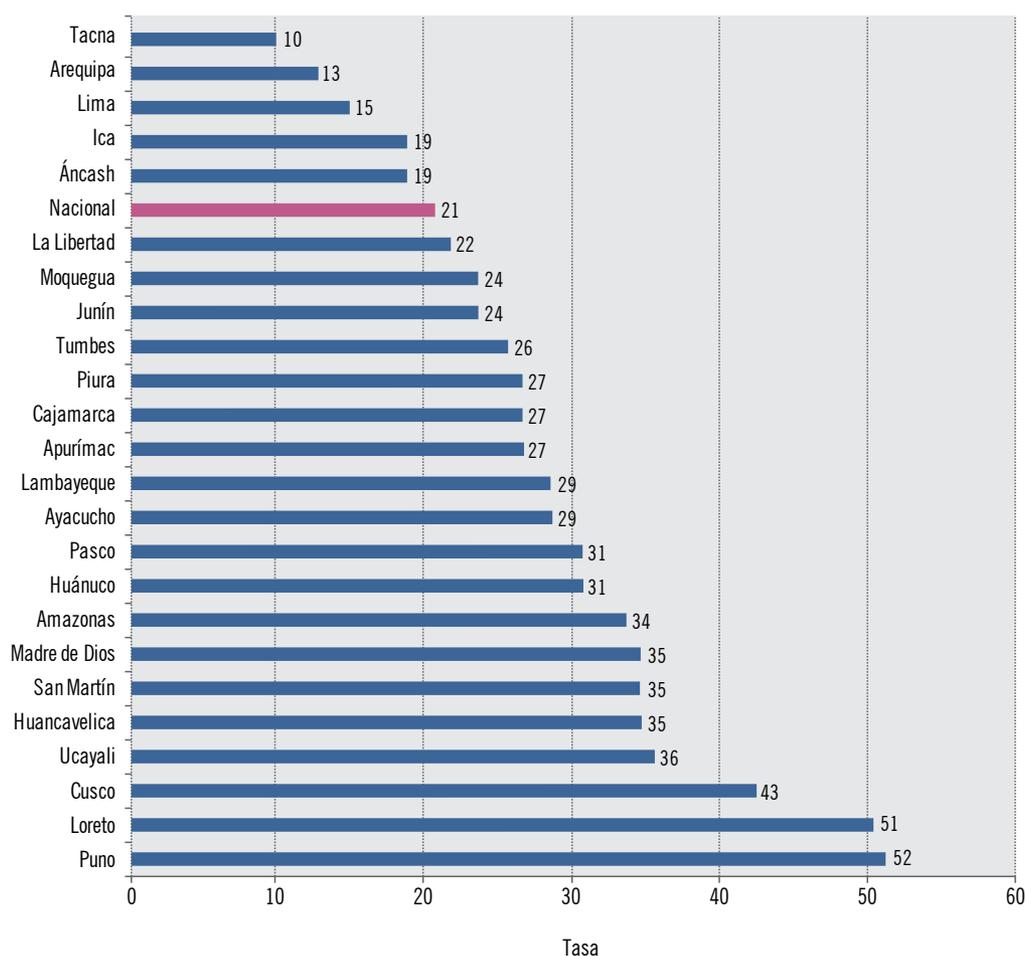
	ENDES 2000	ENDES 2007-2008	ENDES 2009	ENDES 2011
Urbana	39	17	21	14
Rural	85	43	35	35
Nacional	60	27	26	21

Fuente: ENDES-INEI

La mortalidad en niños menores de cinco años de edad mayor al promedio nacional se presenta en los departamentos de: Puno, Loreto, Cusco, Ucayali, Huancavelica, San Martín, Madre de Dios, Amazonas, Huánuco, Pasco, Ayacucho, Lambayeque, Apurímac, Cajamarca, Piura, Tumbes, Junín, Moquegua y La Libertad.

Gráfico 124

Tasa de mortalidad en la niñez según departamento



Fuente: ENDES 2011

b. Causas de mortalidad en la niñez

De acuerdo a la información de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud presentada en el cuadro 25, durante el año 2010 la principal causa de muerte en menores de 5 años fue por trastornos cardiovasculares suscitados en el período perinatal (16,9%), seguido de la Influenza y Neumonía (11,5%), infecciones del período perinatal (9,9%), traumatismos accidentales (8,8%), enfermedades bacterianas (7,1%), trastornos relacionados con la duración de la gestación (6,1%), malformaciones congénitas (4,0%), malformaciones del sistema circulatorio (3,9%), enfermedades infecciones intestinales (2,3%) y trastornos del sistema nervioso (2,3%).

Es importante resaltar que el mayor porcentaje de muertes en menores de 5 años, suscitan sobre todo en el período perinatal y son causas prevenibles.

Por otro lado llama la atención el porcentaje de muerte por traumatismos accidentales, siendo relevante profundizar con estudios de investigación los factores asociados a esta causalidad de muerte en menores de 5 años.

Cuadro 25

Causas de mortalidad en menores de 5 años

Nº	Causas	Casos	%
1	Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal	1 169	16,9
2	Influenza (gripe) y neumonía	791	11,5
3	Infecciones específicas del período perinatal	683	9,9
4	Otras causas externas de traumatismos accidentales	611	8,8
5	Otras enfermedades bacterianas	493	7,1
6	Trastornos relacionados con la duración de la gestación y crecimiento fetal	423	6,1
7	Otras malformaciones congénitas	273	4,0
8	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	267	3,9
9	Enfermedades infecciosas intestinales	162	2,3
10	Otros trastornos del sistema nervioso	158	2,3
11	Demás causas	1 877	27,2
Total		6 907	100,0

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2010-MINSA



- 13. | Prestación de servicios
- 14. | Acceso a programas sociales

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

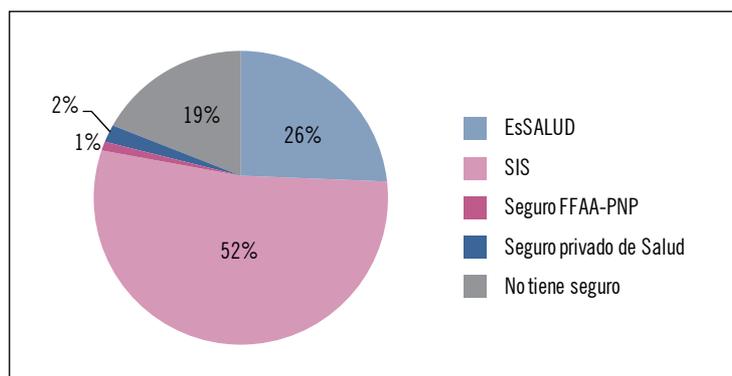
13. Prestación de servicios

a. Aseguramiento en salud para la población menor de 5 años

A nivel nacional el 19% de menores de 5 años no cuenta con ningún seguro de salud, el 52% se encuentra afiliado al SIS, el 26% a EsSALUD, el 2% a seguros privados y el 1% al seguro de salud de las Fuerzas Armadas y de la policía nacional.

Gráfico 125

Menores de 5 años con seguro de salud



Fuente: Estimaciones ENAHO 2011, Oficina del SIS y EsSALUD 2012

Las regiones que tienen un porcentaje menor de menores de 5 años afiliados al SIS en relación al promedio nacional son: Tacna, Lima, Callao, Moquegua, Ica, Arequipa, Junín y la Libertad. Cabe mencionar que esto puede deberse a que las regiones en mención son las menos pobres y el Seguro Integral de Salud está dirigido para la población en situación de pobreza a pobreza extrema.

Cuadro 26

Menores de 5 años afiliados al Seguro Integral de Salud según departamento

Departamento	Población	Asegurados al SIS	%
LORETO	119 918	121 316	101
UCAYALI	48 194	46 909	97
AMAZONAS	46 837	43 600	93
CAJAMARCA	162 942	126 739	78
SAN MARTÍN	83 496	66 466	80
HUÁNUCO	96 946	71 486	74
AYACUCHO	79 123	57 830	73
APURÍMAC	52 514	37 997	72
CUSCO	130 057	91 216	70
HUANCAVELICA	67 463	42 196	63
ÁNCASH	113 717	68 365	60
PIURA	188 850	112 323	59
LAMBAYEQUE	112 453	64 967	58
TUMBES	20 514	11 679	57
MADRE DE DIOS	13 218	7 281	55
PUNO	149 992	80 844	54
PASCO	32 475	17 155	53
LA LIBERTAD	174 136	89 660	51
JUNÍN	143 585	66 866	47
AREQUIPA	103 537	37 267	36
ICA	69 548	23 924	34
MOQUEGUA	13 705	4 539	33
CALLAO	78 590	24 827	32
LIMA	792 965	204 560	26
TACNA	28 910	5 991	21
TOTAL	2 923 685	1 526 003	52

Fuente: Proyección 2012-INEI/ Oficina General del SIS 2012

b. Oferta de servicios para la atención materno neonatal

Tal y como se aprecia en el cuadro 27 elaborado en base a la información del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, a nivel nacional el Perú cuenta con 12 950 establecimientos de salud pública, los cuales cubren la atención de la salud materna y neonatal, y de estos el 80% cuenta con una categoría establecida.

Del total de establecimientos de salud pública que cuentan con una categoría el 76,6% son establecimientos del Nivel I, es decir los de menor capacidad resolutive. Entre este grupo se encuentran los I-4 que son establecimientos de salud que cuentan con el equipo básico de profesionales de salud y es por ello que algunos de estos son considerados como Centros con Funciones Obstétricas Neonatales Básicas.

En menor proporción se ofertan los hospitales del nivel II que representan el 2,6% del total de establecimientos.

Sólo el 0,5% de los establecimientos de salud son del nivel III es decir los institutos especializados de mayor capacidad resolutoria, los mismos que a su vez en su mayoría están ubicados en la ciudad de Lima y de estos, solo uno es especializado en la atención materno neonatal y otro en la atención especializada de niños.

Cuadro 27

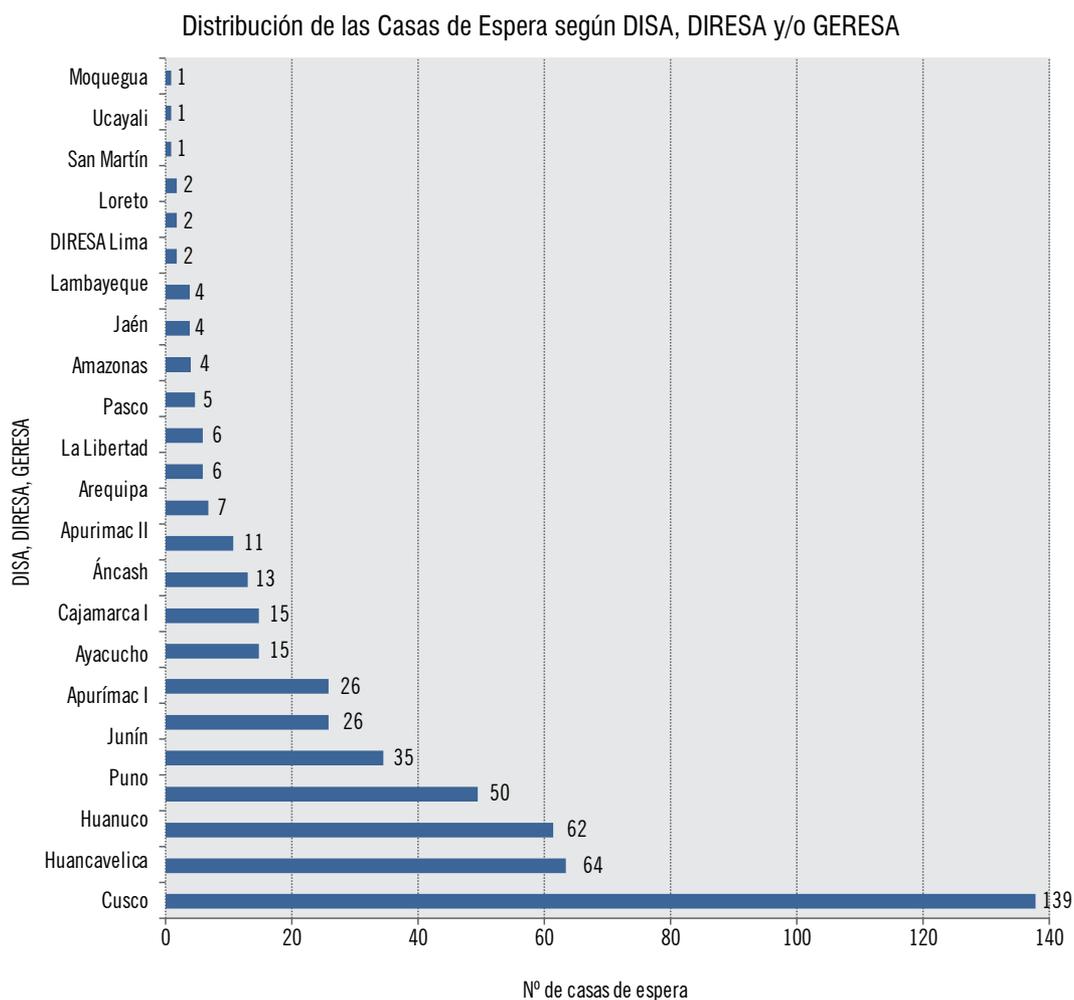
Establecimientos de salud pública según categorización

DEPARTAMENTO	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CATEGORIZADOS										SIN CATEGORIA	Total general
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E		
Amazonas	346	42	63	3	7	1	0	0	0	0	30	492
Áncash	269	93	52	15	11	4	0	1	0	0	41	486
Apurímac	243	56	28	30	5	2	0	0	0	0	28	392
Arequipa	65	130	53	17	6	1	0	3	2	0	382	659
Ayacucho	284	51	47	2	10	1	0	0	0	0	4	399
Cajamarca	621	96	99	23	12	9	0	2	0	0	27	889
Callao	84	72	61	12	3	2	1	3	1	0	230	469
Cusco	170	78	19	45	4	0	0	2	0	0	98	416
Huancavelica	287	58	49	11	2	1	0	0	0	0	18	426
Huánuco	112	105	52	7	2	2	0	0	0	0	4	284
Ica	42	77	57	9	11	1	0	0	0	0	56	253
Junín	285	148	47	14	11	2	0	3	0	2	137	649
La Libertad	72	175	73	30	31	4	0	2	2	0	63	452
Lambayeque	88	74	43	13	7	2	0	1	0	0	141	369
Lima	1 099	776	425	50	72	30	14	16	9	1	942	3 434
Loreto	275	50	45	21	6	2	0	2	0	0	5	406
Madre de Dios	84	14	2	10	2	1	0	0	0	0	34	147
Moquegua	23	12	23	3	1	1	0	0	0	0	0	63
Pasco	191	44	11	10	4	0	0	0	0	0	19	279
Piura	214	107	60	30	5	2	1	0	0	0	181	600
Puno	219	125	58	48	12	2	0	2	0	0	64	530
San Martín	276	30	50	8	3	1	0	0	0	0	5	373
Tacna	40	27	21	4	2	2	0	0	0	0	76	172
Tumbes	19	15	10	4	4	0	0	0	0	0	17	69
Ucayali	161	25	19	3	1	3	0	0	0	0	30	242
Total general	5 569	2 480	1 467	422	234	76	16	37	14	3	2 632	12 950
Total		9 938 (76,6%)			326 (2,6%)			54(0,5%)			2 632 (100%)	12 950
%					80%						20%	100%

Fuente: RENAES 2011

Una estrategia implementada por el Ministerio de Salud para mejorar la cobertura de atenciones maternas neonatales ha sido la implementación de las Casas de Espera, que como se aprecia en el gráfico 126, en su mayoría se encuentran implementadas por las Direcciones Regionales de Cusco, Huancavelica y Huánuco.

Gráfico 126



Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011

14. Acceso a programas sociales

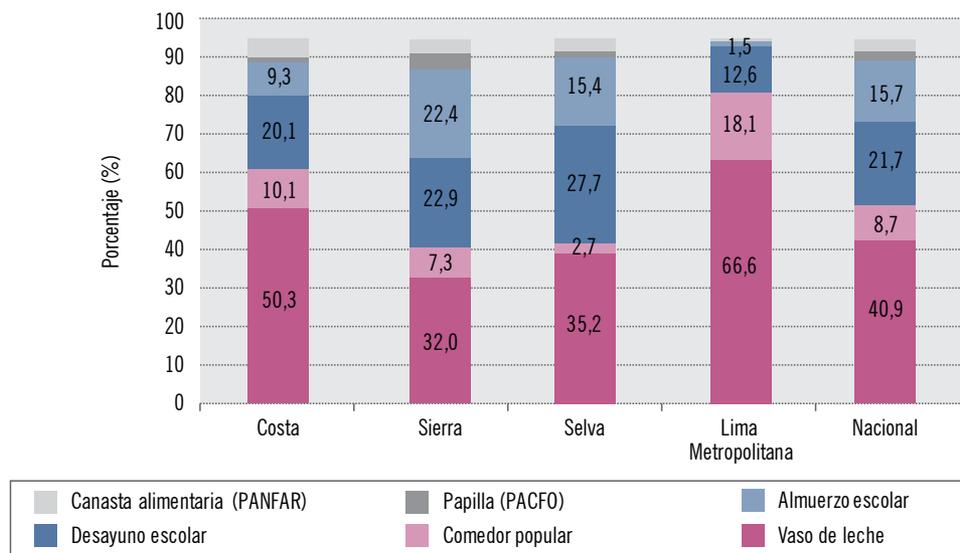
El principal programa social alimentario del que son beneficiarios los hogares con menores de edad, es el Vaso de Leche (40,9%), siendo esta proporción mayor en el caso de Lima Metropolitana (66,6%) y las demás ciudades de la Costa (50,3%).

El segundo programa social alimentario con mayor proporción de hogares beneficiarios a nivel nacional es el desayuno escolar (21,7%), siendo esta proporción mayor en la Selva (27,7%). Sin embargo a nivel de Lima Metropolitana el segundo programa social alimentario que beneficia a la mayoría de sus hogares es el comedor popular (18,1%).

La papilla es distribuida en mayor proporción en los hogares de la Sierra, en comparación con las demás regiones.

Gráfico 127

Tipos de programas alimentarios del que son beneficiarios los hogares con menores de edad según región



Fuente: ENAHO 2011-INEI



15. Conclusiones
16. Recomendaciones
17. Bibliografía

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

15. Conclusiones

Perfil demográfico de la población neonatal y las condiciones sociales para su salud

La mayor proporción de población neonatal a nivel nacional se encuentra en Lima, sin embargo los departamentos que tienen una concentración de población neonatal mayor al promedio nacional son: Huancavelica (2,9%), Ayacucho (2,5%), Apurímac y Loreto (2,4% cada uno respectivamente), Amazonas, Huánuco y Junín (2,3% cada uno respectivamente), Cajamarca, Pasco y Puno (2,2% cada uno respectivamente), y; Ancash, Madre de Dios, Piura y San Martín (2,1% cada uno respectivamente).

En relación al acceso de DNI; las regiones con un menor porcentaje de niños menores de cinco años con DNI son paradójicamente algunas de las más pobres: Huancavelica, Puno, Huánuco y Apurímac (57%, 64%, 69% y 71% respectivamente cada una). Actualmente, el RENIEC viene implementando acciones como parte de su Programación Presupuestaria por Resultados, para revertir dicha situación.

Las regiones con un mayor porcentaje de hogares en donde habitan niños con las peores condiciones de saneamiento básico por no contar con servicios de agua potable, servicios higiénicos, y además viven en hacinamiento son la Selva y la Sierra.

Por otro lado la Selva y la Sierra son las regiones que tienen un mayor porcentaje de hogares con niños que no asisten a alguna institución educativa en comparación con el promedio nacional.

En relación al Índice de Desarrollo Humano; Cusco, Ayacucho, Huánuco y Huancavelica son las regiones cuyos niños menores de cinco años de edad tienen un menor Índice de Desarrollo Humano en comparación con los demás departamentos.

Salud de las mujeres en edad fértil

Salud sexual de las mujeres en edad fértil

La prevalencia de uso de anticoncepción moderna en las mujeres sexualmente activas incrementó desde el año 2000 al 2011 en 18,4 puntos porcentuales mientras que la prevalencia de uso de la anticoncepción tradicional presentó un ligero descenso de 7,9 puntos porcentuales.

Por otro lado, el porcentaje de mujeres sexualmente activas que no usa ningún método anticonceptivo descendió desde el año 2000 al 2006 y desde el 2006 al 2011, se ha mantenido casi estático; con ligeras alzas y descensos.

El porcentaje de No uso de métodos anticonceptivos es mayor en las mujeres adolescentes (14,1%), en comparación con el promedio nacional de mujeres de todas las edades (13,9%).

Los departamentos que tienen una menor prevalencia de uso de anticoncepción en relación al promedio nacional (75%) son: Loreto (63%), Ucayali (68%), Huancavelica (70%), La Libertad (72%), Piura (72%), Madre de Dios (72%), Amazonas (73%) y Ayacucho (73%). Son precisamente estos departamentos los que tienen un mayor porcentaje de mujeres insatisfechas con los servicios de planificación familiar.

Salud física y nutricional de las mujeres en edad fértil

Desde el año 2000 al 2011 se ha incrementado el porcentaje de mujeres con delgadez así como el porcentaje de mujeres con obesidad/sobrepeso, siendo el incremento de este último en mención mucho más significativo (6,2 puntos porcentuales). La región que tiene un mayor porcentaje de mujeres con obesidad y/o sobrepeso es la Costa.

Cabe mencionar que la obesidad y/o sobrepeso están asociados a un mayor riesgo de hipertensión y de macrosomía fetal para el caso de las mujeres que cursan un embarazo.

Desde el año 2000 al 2011 el porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia leve ha descendido notoriamente (10,8 puntos porcentuales), lo mismo ha sucedido con el porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia moderada (3,4 puntos porcentuales), no así para el caso del porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia severa, dato porcentual que se ha mantenido estático.

Los departamentos con un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil con anemia en relación al promedio nacional son: Pasco (31,4%), Madre de Dios (26,1%), Tacna (24,1%), Tumbes (23,4%), Lambayeque (22,3%), Loreto (22,2%), Huancavelica (22,0%), Apurímac (19,6%), Junín (18,8%), Ucayali (18,7%), Cusco (18,4%) y Huánuco (18,3%).

En relación a los casos de VIH en mujeres en edad fértil, Lima es la región con un mayor número de casos identificados, seguido de Callao, Loreto, La Libertad, Lambayeque, San Martín, Ucayali e Ica.

Salud materna

Desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional ha habido un incremento de 16,9 puntos porcentuales de gestantes que iniciaron su control durante el Primer trimestre de gestación, siendo este incremento mayor en el caso del área rural (24,4 puntos porcentuales) y menor en el caso del área urbana (10,2 puntos porcentuales).

Los departamentos con un porcentaje mayor de gestantes que acuden a su primer control en el Primer Trimestre de gestación en relación al promedio nacional son: Lima (84,9%), Lambayeque (81,2%), Tumbes (79,3%), Moquegua (79,2%), Ica (78,4%) y Arequipa (76,9%), mientras que los departamentos que tienen un porcentaje inferior son: Puno (53,6%), Huancavelica (64,9%), Loreto (66,1%), Ayacucho (66,6%), Huánuco (66,6%) y Ucayali (66,9%).

En relación al número de controles prenatales, en los establecimientos de salud pública del Perú se considera a una gestante con controles prenatales completos a la que ha tenido por lo menos seis controles prenatales, lo que no implica que haya recibido todo el paquete de atención completo propio de una atención prenatal.

Teniendo en cuenta lo expuesto previamente según la información de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar, desde el año 2000 al 2011 se ha incrementado en 32,9 puntos porcentuales el porcentaje de gestantes con controles prenatales completos. En el área rural este incremento ha sido de 46,4 puntos porcentuales mientras que en el área urbana de 22,5 puntos porcentuales.

Los departamentos que presentan un porcentaje menor de gestantes con seis o más controles prenatales en relación al promedio nacional son: Loreto (65,5%), Ucayali (67,1%), Amazonas (70,9%), Puno (71%), Madre de Dios (75%), La Libertad (79%), Apurímac (80%) y Piura (80,3%).

En el año 2011, del total de gestantes que han sido atendidas en los establecimientos de salud pública, más de la quinta parte no tuvo tamizaje con ningún tipo de prueba para la detección de VIH.

En relación a los casos de VIH en gestantes, la única fuente de información es la obtenida a través de los formatos paralelos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-ESNSSR del Ministerio de Salud. De acuerdo a esta información las regiones que durante el año 2011 han presentado un mayor porcentaje de casos de VIH en gestantes en relación al total de gestantes que tuvieron tamizaje han sido: San Martín y Apurímac, Ucayali.

Por otro lado del total de gestantes atendidas durante el año 2011 en los establecimientos de salud pública, más de la quinta parte tampoco tuvo tamizaje para la detección de sífilis, y del total que tuvo tamizaje un poco más de la quinta parte recién lo tuvo después de las 24 semanas de gestación, situación que imposibilita su atención oportuna para la prevención de la Sífilis Neonatal.

Las regiones que tuvieron un mayor porcentaje de gestantes con sífilis en relación al total de gestantes con tamizaje fueron: Amazonas, Ucayali, Pasco, Loreto y Callao.

En relación a la cobertura de parto institucional; desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional se ha incrementado el porcentaje de parto institucional de 57,9% a 85,1%. Este incremento ha sido tanto para el área rural como para el área urbana, aunque aún persiste una brecha significativa entre el porcentaje de parto institucional del área rural en comparación con el área urbana. Los departamentos que tienen una cobertura menor de parto institucional en relación al promedio nacional son: Loreto (56,3%), Amazonas (57%), Cajamarca (61,2%), Puno (70,9%), Huancavelica (73,3%), Ucayali (75,4%), La Libertad (75,6%), San Martín (79,2%) y Piura (79,3%).

Del total de partos a nivel nacional durante el año 2011 el 22,9% ha sido parto por cesárea, porcentaje que preocupa teniendo en consideración que según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizado durante el año 2005 y publicado en el 2006 en la revista *The Lancet*; los partos pretérmino y las muertes de recién nacidos suben cuando las tasas de cesáreas superan el 20%. El porcentaje de cesáreas es mayor en el área urbana (30,7%).

Desde el año 2000 al 2011, el incremento del porcentaje de nacimientos por cesárea se ha presentado tanto en la Costa, Sierra y la Selva, siendo este incremento más significativo en la Costa (34,3%).

Los departamentos que durante el año 2011 tuvieron un mayor porcentaje de partos por cesárea en relación al promedio nacional fueron: Tumbes, Lima, Moquegua, Tacna, Ica, Lambayeque, Arequipa y Piura.

Si bien desde el año 2000 al 2011 aumentó el porcentaje de gestantes con primer Control Prenatal en el Primer trimestre de gestación, así como el porcentaje de gestantes controladas, este incremento no ha influenciado positivamente en la tendencia del porcentaje de nacimientos pretérmino, dado que el porcentaje de nacimientos pretérminos aumentó desde el año 2007 al 2011 y Lima Metropolitana es la región que presenta un mayor porcentaje de nacimientos pretérmino (21%) en comparación con las demás regiones, pese a que es en Lima en donde hay un mayor porcentaje de gestantes con primer control en el primer trimestre de gestación y un mayor porcentaje de gestantes controladas en relación al promedio nacional.

Los departamentos que tienen un porcentaje mayor de nacimientos pretérminos son: Ica (24,4%), Moquegua (20,9%), Lima (20,8%), Junín (20,8%) y Piura (20,4%), precisamente los que tienen un mayor porcentaje de gestantes con seis o más controles prenatales, a excepción de Junín y Piura.

En relación a los períodos intergenésicos, desde el año 2000 al 2011 el porcentaje de mujeres con períodos intergenésicos cortos (período menor a dos años) ha disminuido en población en general, sin embargo en el grupo de edad de 15 a 19 años ha sucedido todo lo contrario, lo que implica que el porcentaje de gestantes adolescentes que cursan inmediatamente un segundo embarazo ha aumentado del 2000 al 2011.

Los departamentos que tienen un mayor porcentaje de mujeres con períodos intergenésicos cortos en relación al promedio nacional son: Puno, Amazonas, Huancavelica, Loreto, Piura, Lambayeque, Arequipa, Huánuco, Cajamarca, Cusco, Pasco, Apurímac, Junín y Tumbes.

Salud neonatal

Desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional ha habido un incremento de 0,6 puntos porcentuales en la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer, siendo este incremento aún mucho mayor en el caso del área rural (1,8%). Este incremento implica que el que aumente el porcentaje de gestantes con primer control prenatal en el Primer trimestre de gestación así como el porcentaje de gestantes con seis o más controles prenatales no garantiza la disminución del riesgo de tener recién nacidos con bajo peso al nacer.

Los departamentos que tienen una mayor proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer son: Apurímac (10,6%), Huancavelica y Cajamarca (9,1%), Huánuco (8,7%), Loreto y Piura (8,4% respectivamente cada uno).

En relación a la cobertura de inmunizaciones, desde el año 2007 al 2011 la cobertura de vacunación BCG en recién nacidos ha tenido un descenso de 5,3 puntos porcentuales, mientras que en el caso de la vacunación HVB ha habido un incremento de 32,8 puntos porcentuales.

Las regiones que tienen una cobertura de vacunación BCG en neonatos menor al promedio nacional son: Tacna, Loreto, Moquegua, Pasco, Áncash, Huánuco, Junín, Cajamarca, Amazonas, Apurímac, Puno, Huancavelica y Ayacucho.

Por otro lado, el mayor número de casos de VIH en neonatos por transmisión vertical durante el año 2011 se identificaron en las regiones de: Lima, Callao, Piura, La Libertad y Loreto.

En relación a los casos de Anemia Neonatal, según la información de la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, el número de casos de Anemia Neonatal ha aumentado

significativamente desde el año 2009 al 2011. Las regiones en donde se han presentado un mayor número de casos de anemia neonatal son en Lima y Huancavelica.

Salud en la niñez

A nivel nacional desde el año 2007 al 2011, el porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con controles de Crecimiento y Desarrollo completos ha aumentado de 24% a 47,3%. Este incremento ha sido tanto para el área urbana como para el área rural.

Las regiones que tienen un menor porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con Control de Crecimiento y Desarrollo completos en comparación con el promedio nacional, son: Loreto, Lambayeque, La Libertad, Lima, Ica, Madre de Dios, Piura, Arequipa, Ucayali, San Martín y Puno.

En relación a la cobertura de inmunizaciones en menores de 36 meses de edad, desde el año 2007 al 2011 a nivel nacional ha aumentado el porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con vacunación básica completa. El incremento del porcentaje de menores de 36 meses de edad con vacunación completa ha sido tanto para el área rural como para el área urbana.

Los departamentos que tienen un menor porcentaje de niños menores de 36 meses de edad con vacunación completa en relación al promedio nacional son: Amazonas, Madre de Dios, Loreto, Puno, Lambayeque, Ucayali, Ica, Piura, La Libertad y San Martín.

En relación a la Lactancia Materna Exclusiva; Desde el año 2000 al 2011 ha habido un incremento de la proporción de menores de seis meses de edad que tienen Lactancia Materna Exclusiva. El incremento de la Lactancia Materna Exclusiva en menores de seis meses de edad ha sido tanto en el área urbana como el área rural aunque la proporción de menores de seis meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva es mayor en el área rural en comparación con el área urbana.

Los departamentos que tienen una menor proporción de menores de seis meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva son: Moquegua (41,3%), Arequipa (48,6%), Piura (53,2%), Ica (57%), Lima (61,7%), Tacna (62%), Tumbes (62,8%) y Madre de Dios (63,8%).

El porcentaje de niños entre los seis a 36 meses de edad con diagnóstico de anemia a nivel nacional ha descendido desde el año 2000 al 2011. El descenso ha sido tanto para el área urbana como para el área rural, siendo esta última en mención el área con mayor porcentaje de niños entre los seis y 36 meses de edad con anemia.

Los departamentos que tienen un mayor porcentaje de niños entre los seis a 36 meses de edad con anemia son: Cusco, Puno y Junín, sin embargo solo Cusco ha sido el departamento cuyo porcentaje de niños entre los seis y 36 meses de edad que recibieron suplementación de hierro ha sido mayor al promedio nacional.

Pese a que Puno es uno de los departamentos con mayor porcentaje de niños entre los seis y 36 meses de edad con anemia, es el departamento con un menor porcentaje de niños entre los seis y 36 meses de edad que recibieron suplementación de hierro en relación al promedio nacional.

En relación a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional el porcentaje de Infecciones Respiratorias Agudas-IRA en menores de menores de 36 meses de edad ha disminuido en 3,5 puntos porcentuales, este descenso ha sido tanto en el área urbana

como en el área rural. Sin embargo del 2010 al 2011 el área rural ha presentado un ligero incremento de 0,4 puntos porcentuales.

Los departamentos que tienen un mayor porcentaje de IRA en menores de 36 meses de edad son: Loreto (30,1%), San Martín (23,9%) y Áncash (22,8%).

En relación a las Enfermedades Diarreicas Agudas, desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional el porcentaje de Enfermedades Diarreicas Agudas-EDA en niños menores de 36 meses de edad ha disminuido en 2,2 puntos porcentuales, esta disminución ha sido tanto para el área urbana como para el área rural.

Los departamentos que presentan un mayor porcentaje de menores de 36 meses de edad con EDA son: Loreto (34,9%), Junín (31,3%), Ucayali (26,7%) y Madre de Dios (26,4%).

En relación a la Desnutrición infantil, desde el año 2000 al 2011 a nivel nacional ha disminuido el porcentaje de niños menores de cinco años de edad con desnutrición, ya sea crónica, aguda o global. La disminución se ha dado tanto para los casos de desnutrición severa como para la desnutrición en general.

Si bien el porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica y aguda ha disminuido tanto en el área urbana como en el área rural, en el caso de la desnutrición global ha sucedido lo contrario, desde el año 2000 al 2011 el área rural ha presentado un ligero incremento de 0,5 puntos porcentuales de niños menores de cinco años con desnutrición global.

Los departamentos con mayor porcentaje de niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica son: Huancavelica (46,4%) y Apurímac (31,3%); con desnutrición aguda son: Ucayali (2,7%) y Huancavelica (2,0%) y con desnutrición global son: Huancavelica (20,5%), Ucayali (14,3%), Loreto (13,7%), Apurímac (12,0%) y San Martín (10,8%).

El principal motivo de consulta de niños menores de cinco años de edad en los establecimientos de salud pública es por IRA, seguido de las enfermedades infecciosas intestinales, la desnutrición, signos y síntomas generales, siendo importante mencionar que en este último grupo en mención se encuentran los casos de fiebres y cefaleas no especificadas.

Las demás causas de consulta están relacionadas con la parasitosis, la dermatitis y las anemias nutricionales.

Mortalidad materna

La razón de mortalidad materna en el Perú ha disminuido de 225 en el año 1990 a 93 en el año 2010, es decir aproximadamente 132 puntos por 100000 nacidos vivos que representan un poco más de la mitad de los casos. De acuerdo a la tendencia de los últimos 10 años se presume que es difícil lograr alcanzar la meta planteada para el año 2015 que sería una razón de muerte materna de 56, considerando que la razón de mortalidad materna actual es de 93 y han tenido que pasar un promedio de 10 años para reducir la razón a un poco más de la mitad.

Lima es la región que más casos de muerte materna ha presentado durante el año 2011, seguido de La Libertad, y Puno.

En relación a las causas directas de muerte materna; la hemorragia sigue ocupando el primer lugar como causa directa (46%), seguido de la hipertensión (31%), la infección (16%) y el aborto (7%).

El mayor porcentaje de muerte materna se suscita durante el puerperio (51,8%), seguido del embarazo (25,3%) y finalmente durante el parto (20,4%).

Mortalidad neonatal

Desde el año 2000 al 2011 la mortalidad neonatal a nivel nacional ha descendido en 15 puntos. El descenso ha sido en menor proporción para el área urbana (9 puntos), y en mayor proporción para el área rural (18 puntos).

Si bien la tasa de mortalidad neonatal ha descendido para casi todos las madres de los diferentes grupos de edades no así para el caso de las madres menores de 20 años de edad, cuya tasa se mantiene igual desde el año 2009 al 2011, y para el caso de las mujeres mayores de 40 años cuya tasa ha tenido un incremento de 1 punto desde el año 2009 al 2011.

El descenso de la tasa de mortalidad neonatal se ha dado para casi todos los quintiles de riqueza, salvo para el quintil inferior que más bien ha presentado un incremento de dos puntos desde el 2009 al año 2011 y para el cuarto quintil de riqueza que también ha tenido un incremento en dos puntos.

Los departamentos que tienen una mayor tasa de mortalidad neonatal son: Tumbes, Madre de Dios, Cusco, San Martín, Loreto, Pasco, Ucayali, Puno y Huancavelica y la principal causa de muerte neonatal es debido a la sepsis bacteriana (22,3%), la asfixia neonatal (15,3%), los trastornos relacionados con la gestación corta (13,6%), las malformaciones congénitas (7,2%), la dificultad respiratoria del recién nacido (6,8%), entre otros problemas.

El mayor porcentaje de casos de muerte neonatal suscitan entre los primeros 7 días de nacido (49%), seguido de las primeras 24 horas de nacido (33%) y entre los 8 a 28 días de nacido (18%).

Mortalidad en la niñez

A nivel nacional la tasa de mortalidad en menores de 5 años ha disminuido en 39 puntos desde el año 2000 al 2011, sin embargo del 2009 al 2011 ha habido un estancamiento para el caso de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años del área rural. Aún persiste una brecha significativa entre de mortalidad en menores de 5 años del área rural y del área urbana, siendo la tasa del área rural mayor a la tasa promedio nacional.

La mortalidad en niños menores de cinco años de edad mayor al promedio nacional se presenta en los departamentos de: Puno, Loreto, Cusco, Ucayali, Huancavelica, San Martín, Madre de Dios, Amazonas, Huánuco, Pasco, Ayacucho, Lambayeque, Apurímac, Cajamarca, Piura, Tumbes, Junín, Moquegua y La Libertad y la principal causa de muerte en menores de 5 años de edad es debido a los trastornos cardiovasculares suscitados en el período perinatal (16,9%), seguido de la influenza y neumonía (11,5%), infecciones del período perinatal (9,9%), traumatismos accidentales (8,8%), enfermedades bacterianas (7,1%), trastornos relacionados con la duración de la gestación (6,1%), malformaciones congénitas (4,0%), malformaciones del sistema circulatorio (3,9%), enfermedades infecciosas intestinales (2,3%) y trastornos del sistema nervioso (2,3%).

El mayor porcentaje de muertes en menores de cinco años, suscitan sobre todo en el período perinatal y son causas prevenibles.

Prestación de servicios

A nivel nacional el 19% de menores de cinco años no cuenta con ningún seguro de salud, el 52% se encuentra afiliado al SIS, el 26% a EsSALUD, el 2% a seguros privados y el 1% al seguro de salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

El Perú cuenta con 12 950 establecimientos de salud pública, los cuales cubren la atención de la salud materna y neonatal, y de estos el 80% cuenta con una categoría establecida.

Del total de establecimientos de salud pública que cuentan con una categoría el 76,6% son establecimientos del Nivel I, es decir los de menor capacidad resolutive. Entre este grupo se encuentran los I-4 que son establecimientos de salud que cuentan con el equipo básico de profesionales de salud y es por ello que algunos de estos son considerados como Centros con Funciones Obstétricas Neonatales Básicas, en menor proporción se ofertan los hospitales del nivel II que representan el 2,6% del total de establecimientos.

Sólo el 0,5% de los establecimientos de salud son del nivel III es decir los institutos especializados de mayor capacidad resolutive, los mismos que a su vez en su mayoría están ubicados en la ciudad de Lima.

Una estrategia implementada por el Ministerio de Salud para mejorar la cobertura de atenciones maternas neonatales ha sido la implementación de las Casas de Espera, que en su mayoría se encuentran implementadas por las Direcciones Regionales del Cusco, Huancavelica y Huánuco.

16. Recomendaciones

1. Habiéndose identificado que las regiones de la Sierra y la Selva presentan un mayor porcentaje de hogares con condiciones desfavorables para la salud de las personas se considera pertinente fortalecer las alianzas multisectoriales que permitan la implementación de acciones intersectoriales.
2. Habiéndose identificado que algunos sectores han implementado acciones bajo la Programación Presupuestaria por Resultados, se recomienda unificar los modelos conceptuales de manera que faciliten las acciones intersectoriales que contribuyan al desarrollo integral de las personas.
3. Habiéndose identificado que en los departamentos de la Selva es donde hay una menor prevalencia de uso de anticoncepción y que además es en esta región en donde ha habido un ligero incremento de mujeres insatisfechas con los servicios de planificación familiar desde el año 2009 al 2011, se considera pertinente realizar estudios de investigación que profundicen en su causalidad.
4. Habiéndose identificado que más de la quinta parte de la población gestante que ha sido atendida en los establecimientos de salud pública para su control prenatal no tuvo tamizaje

para la detección de VIH y Sífilis se considera pertinente realizar un seguimiento del cumplimiento de lo dispuesto en la normatividad ministerial que establece la necesidad de un tamizaje oportuno, sobre todo en las regiones cuyo porcentaje de gestantes atendidas y sin tamizaje ha sido mayor en relación al promedio nacional.

5. Habiéndose identificado que la única fuente de información de los casos de VIH en gestantes es la obtenida a través de los formatos paralelos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-ESNSSR del Ministerio de Salud, se considera pertinente que la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud considere en su vigilancia a las gestantes con VIH.
6. Habiéndose identificado que el porcentaje de cesáreas a nivel nacional ha incrementado, siendo al 2011 de 22,9%, porcentaje superior al estándar aceptable dado que según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) los partos pretérmino y las muertes de recién nacidos suben cuando las tasas de cesáreas superan el 20%. Se considera pertinente realizar estudios de investigación que permitan identificar la causalidad del incremento de cesáreas en el país.
7. Habiéndose identificado el incremento del porcentaje de nacimientos pretérminos y de recién nacidos con bajo peso al nacer, pese a que el porcentaje de gestantes que acuden a su primer control en el Primer trimestre de gestación y el porcentaje de gestantes con seis o más controles prenatales también aumentó. Se considera pertinente realizar estudios que evalúen la calidad y eficacia de los controles prenatales, sobre todo en las regiones con mayor porcentaje de nacimientos pretérmino y recién nacidos con bajo peso al nacer.
8. Habiéndose identificado que el porcentaje de gestantes entre los 15 a 19 años de edad con períodos intergenésicos cortos ha aumentado, se considera pertinente realizar estudios que profundicen en su causalidad, sobre todo en las regiones con mayor tasa de embarazo adolescente.
9. Habiéndose identificado el incremento de casos de anemia neonatal desde el año 2009 al 2011, se considera pertinente implementar un seguimiento activo del cumplimiento de las intervenciones establecidas para la atención neonatal bajo la normatividad ministerial.
10. Habiéndose identificado que una de las principales causas de muerte en menores de cinco años son los traumatismos accidentales, se considera pertinente realizar estudios que permitan identificar los factores asociados a esta causalidad.
11. Habiéndose identificado que algunos de los indicadores contruidos con datos emitidos por la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud presentan más del 100% de coberturas, se considera pertinente realizar una evaluación continua de la calidad del registro, recojo y el procesamiento de la información sanitaria para garantizar su veracidad.
12. Habiéndose identificado la escasez de información propiamente de la salud neonatal se considera pertinente elaborar un formato que consigne información necesaria de ser recogida periódicamente a través de las diferentes fuentes de información a nivel de los establecimientos de salud pública y a nivel nacional para la construcción de indicadores relacionados con la salud neonatal.

17. Bibliografía

1. Mercedes Blanco. *The life course perspective: Origins and development*. Revista Latinoamericana de Población. Número 8, Enero, 2011.
2. Bloom, David E., y David Canning. *Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance*. Washington DC. 2004.
3. WHO. 2003. *World Health Report 2003: Shaping the future*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
4. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman J. 2002. *The case for more active policy attention to health promotion*. Health Affairs 21(2): 78-93.
5. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Unidad de Investigación de ETS/ SIDA. *Diagnóstico en adolescentes en el PERÚ. 2005*, pág. 31. Lima.
6. Artículo: *El Perú a 10 años de la Conferencia de Población y Desarrollo. Situación y compromisos pendientes*. Flora Tristán. Lima- Perú. En internet <http://www.flora.org.pe/cairo10.htm>. Fecha de visita 7 de enero 2009.
7. Jimenez Acosta Santa, Rodriguez Suarez Armando. *Overweight and obesity in Cuban pregnant women*. Instituto de Nutricion e Higiene de los Alimentos. Infanta 1158, La Habana, Cuba. Nutr. clin. diet. hosp. 2011; 31(3):28-34.
8. Sebastián Manzanares Galán, Ángel Santalla Hernández, Irene Vico Zúñiga, M. Setefilla López Criado, Alicia Pineda Lloréns y José Luis Gallo Vallejo. *Abnormal maternal body mass index and obstetric and neonatal outcome*. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 1-5, Marzo del 2012.
9. World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. *World-wide prevalence of anaemia 1993-2005*. WHO Global database on anaemia Switzerland: World Health Organization, 2008.
10. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, *for the WHO 2005, global survey on maternal and perinatal health research group*. *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*. Lancet 2006; 367: 1819-29.
11. Xiomara Elsa Martínez Argudín, Yamina Duarte Duarte, Elizabeth Portales Gil, Grisell Mirabal Martínez. *Maternal factors and low-weight at birth*, Bahia Honda. Rev Ciencias Médicas v.15 n.1 Pinar del Río Ene.-Mar. 2011

Documento Técnico

Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con Enfoque de Curso de Vida

Se terminó de imprimir en mayo de 2013
en los talleres gráficos de SINCO editores
Jr. Huaraz 449 - Breña • Teléfono 433-5974
sincoeditores@yahoo.com

