

DOCUMENTO TÉCNICO
SITUACIÓN DE SALUD DE LOS
ADOLESCENTES Y JÓVENES
EN EL PERÚ

2017











PERÚ

Ministerio de Salud

DOCUMENTO TÉCNICO

**SITUACIÓN DE SALUD DE LOS
ADOLESCENTES Y JÓVENES
EN EL PERÚ**

Lima, 2017

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú.
2017 / -1a ed.- Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud, 2017.

120 p.

SITUACIÓN DE SALUD / ADOLESCENTES / JÓVENES / PERÚ

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017-

Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017

Ministerio de Salud del Perú

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral

Elaborado por:

Dr. Fernando Gonzales Ramírez - Contratista Perú OPS/OMS.

Equipo revisor MINSa

Mg. Guisella Magaly Ascate K'ana
Dr. Luis Robles Guerrero
Dra. María del Carmen Calle Dávila

Equipo revisor OPS/OMS

Dra. María Edith Baca - Oficina Perú

© MINSa, Julio, 2017

Av. Salaverry 801, Lima 11 - Perú
Telf.: (51-1)315-6600
<http://www.minsa.gob.pe>
webmaster@minsa.gob.pe

Primera edición, julio 2017

Tiraje: 1000 ejemplares

Se terminó de imprimir en julio de 2017 en:

SINCO Diseño E.I.R.L.

Jr. Huaraz 449 Breña. Lima 5 / Cel: 99803-7046

sincoeditores@gmail.com/ sincoeditores@yahoo.es

Versión digital disponible en:

www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp

Documento elaborado gracias a la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.



Dra. Patricia Jannet García Funegra

Ministra de Salud

Dra. Silvia Ester Pessah Eljay

Viceministra de Salud Pública

Dr. Pablo Augusto Lavado Padilla

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Sr. Rodrigo Villarán Contavalli

Secretario General

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Directora General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Dra. Magda Guiselda Hinojosa Campos

Directora Ejecutiva de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral



CONTENIDO

Resumen ejecutivo.....	13
Introducción	21
1. Finalidad	22
2. Objetivo.....	22
3. Ámbito de aplicación	22
4. La población adolescente y joven.....	22
4.1 Definiciones	22
4.2 Migración	25
4.3 Bono demográfico	26
5. Indicadores socio económicos entre la población adolescente y joven del Perú.....	27
5.1 Pobreza	27
• Incidencia de la pobreza	27
• Incidencia de la pobreza por grupos de edad.....	28
• Composición demográfica de los hogares según niveles de pobreza.....	29
5.2 Educación.....	29
• Analfabetismo	29
• Asistencia escolar de la población de 12 a 16 años de edad	30
• Asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad.....	33
5.3 Actividades que realizan los jóvenes de 15 a 29 años de edad	35
5.4 Población económicamente activa adolescente	37
5.5 Seguro de salud de adolescentes y jóvenes	37
6. Factores de riesgo y protección	39
6.1 Consumo drogas	39
• Consumo de alcohol	40
• Consumo de tabaco	42
• Consumo de drogas ilegales	43
• Consumo de drogas entre escolares	44
Alcohol y tabaco.....	44
Drogas ilegales.....	47
Consumo problemático de alcohol	48
Bebida excesiva de alcohol	50
Embriaguez.....	50
Entorno de inicio de consumo de drogas	50
• Consumo de drogas entre universitarios.....	52

6.2 Estado nutricional.....	54
•Obesidad y sobrepeso.....	54
•Comportamiento alimentario de los escolares de secundaria.....	57
•Anemia.....	58
6.3 Actividad física.....	58
6.4 Situaciones de riesgo asociados al uso de internet.....	60
6.5 Población juvenil infractora.....	62
7. Salud mental.....	63
7.1 Confianza hacia las autoridades de su entorno.....	64
7.2 Principales factores psicosociales que causan estrés en los adolescentes.....	64
7.3 Estados anímicos prevalentes entre los adolescentes.....	65
7.4 Conductas disociales.....	65
7.5 Conductas suicidas.....	66
Motivos de intentos suicidas.....	69
7.6 Tendencia a la violencia.....	69
7.7 Trastornos clínicos (mentales y del comportamiento).....	70
7.8 Problemas alimentarios.....	71
8. Violencia hacia los adolescentes y jóvenes.....	71
8.1 Adolescentes y jóvenes víctimas de un hecho delictivo.....	71
8.2 Violencia psicológica y física.....	71
8.3 Violencia sexual.....	73
8.4 Adolescentes atendidos en los Centros "Emergencia Mujer" por algún tipo de violencia.....	74
8.5 Violencia en la institución educativa.....	75
8.6 Violencia y traumatismos no intencionales.....	76
8.7 Bullying.....	77
8.8 Femicidio en adolescentes y jóvenes.....	79
8.9 Homicidios.....	80
8.10 Trata de persona: adolescentes y jóvenes.....	80
9. Salud sexual y reproductiva.....	81
9.1 Comportamiento sexual en estudiantes de secundaria.....	80
9.2 Conocimiento sobre el VIH o SIDA entre estudiantes de secundaria.....	82
9.3 Fecundidad de las adolescentes y jóvenes.....	83
9.4 Algunos determinantes de la fecundidad.....	84
Uso de métodos anticonceptivos.....	84

Inicio de relaciones sexuales y actividad sexual reciente de las mujeres de 15 a 19 años d edad.....	86
9.5 Principales problemas de los adolescentes en el tema de salud sexual.....	87
9.6 Embarazo adolescente.....	88
9.7 VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual.....	92
10. Principales problemas de salud de los adolescentes y jóvenes	94
10.1 Morbilidad.....	94
• Morbilidad en los adolescentes.....	95
Consulta externa	95
Morbilidad hospitalaria	96
• Morbilidad en los jóvenes	98
Consulta externa	98
Morbilidad hospitalaria	99
10.2 Mortalidad.....	101
• Mortalidad en adolescentes	101
• Mortalidad en jóvenes.....	102
• Mortalidad materna en adolescentes y jóvenes.....	102
• Conclusiones	111
Bibliografía	113
Lista de tablas y gráficos.....	115



Resolución Ministerial

Lima, 06 de JUNIO del 2017

Visto el Expediente N° 17-016512-001, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Sector Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;



R. VILLARÁN C.

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la precitada Ley, contemplan como función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;



J. MORALES C.

Que, en ese contexto mediante Resolución Ministerial N° 636-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes – "Ubicándolos y Ubicándonos", cuyo objetivo es proporcionar a los diferentes actores involucrados en la salud de las y los adolescentes una herramienta necesaria para planificar y evaluar intervenciones intersectoriales con un enfoque de determinantes sociales;



M. C. Calle D.

Que, asimismo con Resolución Ministerial N° 508-2011/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes. "Una Mirada al Bono Demográfico", con la finalidad de contribuir a establecer políticas e intervenciones relacionadas con la salud de las y los jóvenes;



S. PESSAN

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, señala que la Dirección General de

Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano técnico competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de salud pública en materia de intervenciones por curso de vida y ciudadano integral, Promoción de la Salud, entre otros. Asimismo, el artículo 64 del precitado Reglamento prevé que la DGIESP propone, evalúa y supervisa la implementación de políticas, normas, lineamientos y otros documentos normativos en materia de intervenciones estratégicas de Salud Pública;

Que, con el documento del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, ha sustentado la necesidad de actualizar el Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes – “Ubicándolos y Ubicándonos”, así como el Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes. “Una Mirada al Bono Demográfico”; y ha propuesto en sus reemplazos una versión que incluye en un solo documento a las dos etapas de vida, denominado Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú, cuyo objetivo es proporcionar a los diferentes actores involucrados en la salud de los adolescentes y jóvenes, una herramienta necesaria para planificar y evaluar intervenciones intersectoriales con un enfoque de determinantes sociales;

Que, la Oficina General de Asesoría Jurídica, emitió opinión legal con el Informe N° 233-2017-OGAJ/MINSA;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Viceministra de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú, que adjunto forma parte de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública la difusión y seguimiento de lo establecido en el precitado Documento Técnico.

Artículo 3.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 636-2009/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes – “Ubicándolos y Ubicándonos”, así como la Resolución Ministerial N° 508-2011/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes. “Una Mirada al Bono Demográfico”.

Artículo 4.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PATRICIA GARCIA FUNEGRA
Ministro de Salud



P. VILLARÁN C.



J. MORALES C.



M. C. Calle D.



S. PESSAH



RESUMEN EJECUTIVO

1. La población adolescente y joven

De acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, se considera población adolescente a aquella cuya edad oscila entre los 12 y 17 años de edad, y población joven a aquella cuya edad oscila entre los 18 a 29 años.

El Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica, con una reducción de sus tasas de natalidad y un incremento de la esperanza de vida al nacer. Según el INEI, en 2015, la población de 10 a 19 años constituía el 18.6% de la población peruana, y será 17.4% en 2021. En términos absolutos, esta población se reducirá de 5'801,691 en 2015 a 5'778,585 en 2021.

En 2015, la población de 20 a 29 años era el 17.6% de la población, y será 17.0% en 2021, aunque en términos absolutos se incrementará de 5'489,733 a 5'626,274 en ese período.

Entre 1994 y el 2016, emigraron del país 2'799,484 personas. El mayor porcentaje de emigrantes se encontraban en el grupo de edad de 20 a 24 años de edad y de 25 a 29 años, cada uno de ellos con un 13.0%. Entre el 2000 y el 2016 han retornado al país 329,286 peruanos. Los porcentajes más altos se encuentran entre 20 y 24 años de edad (12.8%) y los 25 a 29 años (12.6%).

2. Indicadores socioeconómicos entre la población adolescente y joven del Perú

2.1 Pobreza

Si bien la incidencia de pobreza se ha reducido en el país, aún continua siendo más alta que el promedio nacional entre la población infantil y adolescente, en 2015, mientras que el promedio nacional estaba en 21.8%, entre la población de 10 a 14 años se encontraba en 30.6% y entre los de 15 a 19 años en 23.5%. Estos porcentajes son más altos en el ámbito rural que en el urbano. La incidencia de pobreza, entre los jóvenes de 20 a 29 años, es menor que el promedio nacional, debido a su incorporación a la población económicamente activa y las mayores posibilidades de conseguir un empleo.

2.2 Educación

Los indicadores educativos del país muestran una mejoría, desde el 2001 al 2015. En 2015, la tasa de analfabetismo en la población de 15 a 19 años de edad se encontraba en 0.7%, en la población de 20 a 29 años en 1.7%, muy por debajo del promedio nacional, asimismo, la tasa bruta y la tasa neta de asistencia escolar, en la población de 12 a 16 años edad, se encontraban en 93.5% y 83.4% respectivamente, aunque con diferencias significativas por quintiles de ingreso, 73.5% en el quintil de menores ingresos y 90.1% en el de mayores ingresos. La tasa de asistencia a la educación superior, de la población de 14 a 24 años de edad, también ha tenido un incremento, habiendo llegado, en el 2015, a 18.1% para la educación universitaria y a 8.9% para la superior no universitaria. El porcentaje de mujeres que acceden a educación superior es mayor que el de hombres (19.5% y 16.8% respectivamente), así como la educación superior no universitaria (9.3% y 8.4% respectivamente).

2.3 Actividad económica

Entre 2005 y el 2015, el porcentaje de jóvenes, de 15 a 29 años de edad, que solo estudian se ha incrementado de 19.3% a 24.7%, y los que estudian y trabajan de 9.3% a 11.5%, mientras que el porcentaje de los que solo trabajan se ha reducido de 50.0% a 4.2%. Este es un indicador de las mejores condiciones económicas de las familias, que está permitiendo mejorar el nivel educativo de adolescentes y jóvenes. La reducción de la actividad económica de los adolescentes, se observa mejor al ver la evolución de la población económicamente activa (PEA) adolescente. La cual se ha reducido de 36.7% a 24.1% entre el 2008 y el 2015.

2.4 Seguro de salud

Entre 2011 y 2016, el porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años con cobertura de algún tipo de seguro de salud se ha incrementado de 69.9% a 81.0%, y el de los jóvenes de 18 a 29 de 50.7% a 64.3%. Estando la cobertura de salud de los adolescentes por encima del promedio nacional y el de los jóvenes por debajo. La cobertura en el área rural es más alta que en el área urbana, debido a las altas coberturas del Seguro Integral de Salud (SIS). El Seguro Social de Salud (EsSalud) está concentrado en el área urbana.

3. Factores de riesgo y protección

3.1 Consumo de alcohol

Entre 2010 y 2015, en el área urbana, la prevalencia de vida de consumo de alcohol, en población de 12 a 18 años, ha disminuido de 62.7% a 59.7%, y en población de 19 a 24 años de 92.7 a 87.3%.

La prevalencia de vida es mayor entre adolescentes de las áreas urbana (62.2% en promedio) que entre los de las áreas rurales (51.3% en promedio). Es también mayor en hombres (60.9%) que en mujeres (50.2%). La edad promedio de inicio de consumo de alcohol era de 12.6 años.

3.2 Consumo de tabaco

Entre 2010 y 2015, en el área urbana, la prevalencia de vida de consumo de tabaco ha disminuido entre los adolescentes de 35.5% a 24.5%, y los jóvenes de 19 a 24 años de edad de 64.3% a 58.0%, mientras que se ha incrementado entre los jóvenes de 25 a 29 años de edad de 62.3% a 65.9%.

Como en el caso del alcohol, la prevalencia de vida de consumo de tabaco era más alto en las áreas urbanas (23.3% en promedio) que en las rurales (13.7% en promedio), y mayor entre los hombres (26.1%) que entre las mujeres (12.0%). La edad promedio de inicio de su consumo fue de 13.7 años, similar en las áreas urbanas que en las rurales.

3.3 Consumo de drogas ilegales

En la población urbana adolescente del país, el consumo de la marihuana, la pasta básica de cocaína (PBC) y la cocaína, se ha reducido entre 2010 y 2015, la marihuana de 4.7% a 3.5%, la PBC de 1.9% a 1.0% y la cocaína de 1.5% a 1.4%; no así entre los jóvenes de 19 a 24 años de edad en los que se ha incrementado, la marihuana de 7.6% a 10.4%, la PBC de 1.4 a 3.6% y la cocaína de 0.9% a 3.6%, así como en los jóvenes de 25 a 29 años, la marihuana de 6.5% a 10.0%, la PBC de 1.9 a 3.8% y la cocaína de 2.5% a 3.7%.

3.4 Consumo de drogas entre escolares

La prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco, entre los escolares de secundaria, de las ciudades de 30 mil y más habitantes, era en 2012, de 37.2% y 22.3%, con un promedio de inicio de consumo de 13.3 años de edad. Los que consumieron estas sustancias un mes antes de la encuesta fueron el 9.3% y el 7.4% respectivamente. La prevalencia de año de su consumo es mayor en hombres que en mujeres (20.6% y 18.7% para el alcohol respectivamente, y de 15.5% y 10.0% para el tabaco).

El 46.1% de los bebedores escolares recientes (del último año de educación secundaria) presentaron consumo problemático de alcohol, mayor en hombres que en mujeres (47.3% y 44.7% respectivamente), también mayor entre los escolares de colegios públicos que de los privados (47.2 y 44.3% respectivamente).

Entre los consumidores del último mes, 60.0% tuvieron consumo excesivo de alcohol (cinco o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión), mayor en hombres que en mujeres (61.9% y 57.8% respectivamente), sin mayor diferencia según tipo de colegio.

El consumo de drogas ilegales es mayor en hombres que en mujeres: marihuana (2.7% y 1.6% respectivamente), PBC (1.2% y 0.7%) y cocaína (1.1% y 0.7%), mientras que el consumo de tranquilizantes es mayor entre las mujeres que entre los hombres (2.7% y 1.8%, respectivamente), y similar el de estimulantes (1.6% y 1.4%, respectivamente).

La familia constituye el principal entorno para el inicio del consumo de alcohol, para los escolares de secundaria, mientras que los amigos del barrio lo son para el tabaco y la marihuana, y los compañeros de estudio para el consumo de otras drogas ilegales.

Si bien los lugares públicos de esparcimiento, como las fiestas, discotecas y conciertos son el principal lugar de ofrecimiento de drogas, seguida de los alrededores de la casa o el barrio, al 34.1% de los escolares les ofrecieron marihuana, y al 35.3% alguna otra droga, en el colegio o alrededor del colegio. Asimismo, el internet se ha constituido en una vía importante para la venta de drogas ilegales (alrededor del 15.0% de escolares les ofrecieron marihuana u otra droga ilegal por esta vía).

3.5 Consumo de drogas entre universitarios

La prevalencia de vida de consumo de drogas legales, entre los estudiantes universitarios, es bastante elevado, alcanzando la prevalencia de vida de consumo de alcohol el 87.1%, y el del tabaco 59.9%. La prevalencia de

consumo de las drogas ilegales es más baja, destacándose el consumo de la marihuana, cuya prevalencia de vida alcanza los 11.6%, la de la cocaína el 2.0%, la PBC el 0.4% y el de los tranquilizantes el 5.2%.

Como en el caso de los estudiantes de secundaria, la prevalencia de vida de consumo de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres (91.4% y 83.0%, respectivamente), así como de marihuana (16.9% y 6.6%, respectivamente).

4. Estado nutricional

En 2010, sobre la base de auto reporte de talla y peso corporal, se encontró que el 19.8% de escolares de secundaria (20.9% de hombres y 18.6% de mujeres) tenían sobrepeso y 3.0% (3.3% de hombres y 2.6% de mujeres) obesidad. Mientras que los resultados de una encuesta realizada por la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del Instituto Nacional de Salud en el periodo de 2012-2013 señaló que entre la población de 10 a 19 años de edad, el 17.5% tenía sobrepeso (16.1% de hombres y 19.0% de mujeres), y 6.7% obesidad (7.9% de hombres y 5.4% de mujeres). El 28.0% de los no pobres tenían sobrepeso u obesidad, mientras que en los pobres no extremos y pobres extremos este porcentaje estaba en 18.3% y 8.3% respectivamente. El sobrepeso y/o la obesidad es casi tres veces más alta en el área urbana que en la rural (29.6% y 11.9% respectivamente). Asimismo, el 30.7% de los jóvenes de 20 a 29 años de edad tenían sobrepeso (31.9% de hombres y 29.6% de mujeres), y el 9.9% sobrepeso (8.8% de hombres y el 11.0% de mujeres). En el área urbana, el sobrepeso y/o la obesidad afecta a 42.3% de los jóvenes, y al 34.1% del área rural.

4.1 Anemia

Entre las mujeres de 15 a 29 años de edad, luego de una reducción importante de la anemia entre el año 2000 y el 2009, la prevalencia de este problema se ha mantenido casi inalterable hasta el año 2015, tanto en el grupo de 15 a 19 años de edad como en el grupo de 20 a 29 años. En 2015, el 17.3% de la mujeres de 15 a 19 años presentaba anemia leve, el 2.4% anemia moderada y 0.2% anemia severa. Para las mujeres de 20 a 29 años estos porcentajes eran de 17.7%, 2.4% y 0.2%, respectivamente.

4.2 Actividad física

En 2010, solo el 24.8% de los escolares realizaron una actividad física de 60 minutos a más por día, por lo menos 5 de los últimos 7 días, y solo el 2.2% tenían clases de educación física 3 días o más cada semana durante el año escolar.

Un estudio realizado en dos instituciones educativas del distrito de San Martín de Porres, Lima-Perú, uno público y otro privado, encontró que el 21.4% de los escolares, de 14 a 17 años de edad, tenía una actividad física moderada y solo 2.7% una actividad física intensa, realizando una mayor proporción de hombres actividades físicas moderadas o intensas (33.8% de los hombres y 16.2% de las mujeres).

5. Situaciones de riesgo asociados al uso de internet

El internet se ha convertido en una importante vía para obtener información y mantener comunicación con otras personas, pero también en una forma de colocar en situaciones de riesgo a los adolescentes. En 2012, al 11.9% de escolares de secundaria con acceso a internet, al menos una vez se le ofreció drogas por esta vía. Un 45.9% conoció personas mayores por esta vía, y el 24.3% tuvo un romance o relación con una persona que conoció por internet. Asimismo, a un 13.4% le ofrecieron tener relaciones sexuales, 8.5% tuvo cibersexo y 8.6% tuvo relaciones sexuales con una persona que conoció por internet.

6. Salud mental

De acuerdo a los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) realizados en el período del 2003 al 2012, la prevalencia de tendencias psicopáticas (venta de objetos robados, mentiras frecuentes, actos delictivos y abandono de la escuela) es elevada entre los adolescentes del país, 37.0% en promedio en el país, así como el porcentaje de adolescentes que son tolerantes a conductas delictivas (haber ganado dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas, haya participado en un robo alguna vez o considere que ante determinadas circunstancias es permitido robar) 7.3% en promedio a nivel nacional.

Según la encuesta de Salud Escolar de 2010, el planeamiento suicida, en la población escolar de secundaria, llegaba al 15.3%, aunque los estudios del INSM dan prevalencias de vida en adolescentes que oscilan entre 11.0% en Lima Metropolitana a 3.5% en la sierra rural. Según esta última fuente, la prevalencia de vida de conducta suicida oscila entre 2.9% en la Sierra urbana a 0.5% en la sierra rural. En Lima Metropolitana, tanto el planeamiento, como la conducta suicida son más altas entre las mujeres que en los hombres (6.7% y 3.0% respectivamente para la planeación suicida, y 5.1% y 2.1% para la conducta suicida). Entre los principales motivos del intento suicida están los problemas familiares.

En cuanto al pensamiento homicida, entre el 2.1% y el 2.7% de los adolescentes de las áreas urbanas, y del 0.8% al 1.2% de las áreas rurales, han tenido la idea de matar a alguien.

Con la excepción de la fobia social, cuya prevalencia es muy similar en las áreas urbanas y rurales, los trastornos clínicos en los adolescentes son más prevalentes en las áreas urbanas, ocupando los primeros lugares el episodio depresivo (la cual varía de 7.0% en Lima y Callao a 1.1% en Lima rural), los trastornos de ansiedad generalizada (que va de 5.5% en la sierra urbana a 0.4% en la sierra rural) y la fobia social (que va de 4.1% en la selva rural a 1.2% en la selva urbana).

La tendencia a problemas alimentarios, tiene una alta prevalencia en las áreas urbanas, llegando al 6.0% en Lima y Callao, donde es más prevalente entre las mujeres (7.1%) que entre los hombres (4.9%). En esta misma ciudad, las conductas bulímicas llegan a 1.6% en las mujeres y 0.3% en los hombres, y la Bulimia nervosa y la Anorexia nervosa tienen una prevalencia de 0.7% y 0.2% en mujeres, no encontrándose casos en hombres.

7. Violencia hacia los adolescentes

En 2015, el porcentaje de adolescentes víctimas de violencia física o psicológica, alguna vez en la vida, en sus hogares o centros de atención residencial fue de 81.0%, mientras que en la institución educativa era de 73.8%; la prevalencia en los últimos 12 meses antes de aplicación de la encuesta realizada por el INEI (Año 2015) llegó a 38.8% en los hogares y a 47.4% en las instituciones educativas. En los hogares, las modalidades más frecuente de violencia psicológica fueron el insulto (91.0%), las amenazas (30.8%) y la exclusión (27.0%); mientras que las modalidades más frecuente de violencia física fue los jalones de cabello u orejas (60.1%), los golpes (26.9%) y quemaduras (2.1%). Asimismo, el 34.6% señalaron que alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia sexual, y el 19.9% que fueron víctimas de violencia sexual en los últimos 12 meses antes de aplicación de la encuesta realizada por el INEI (Año 2015). Entre las principales situaciones de violencia sexual están: los comentarios o bromas de tipo sexual (56.5%), ser víctima de tocamientos indebidos en algunas partes del cuerpo (24.0%), obligado a ver pornografía en revistas, fotos, figuras por internet (21.1%), y ser víctima de miradas incómodas de sus partes íntimas (20.3%).

En 2014, el 33.3% de todos los casos de feminicidio y el 26.9% de las tentativas de feminicidio se dieron en el grupo de 18 a 25 años de edad; entre las adolescentes de 12 a 17 años de edad, estos porcentajes fueron de 9.4% y 7.0%, respectivamente. En el 70.8% de los casos, la persona responsable del feminicidio fue la actual pareja sexual de la víctima (esposo, conviviente), su enamorado o expareja sexual.

Las principales víctimas de los homicidios en el Perú son los jóvenes de 15 a 29 años de edad, representando, entre 2011 y el 2015, el 40% de todas las víctimas de homicidio. En 2016, entre la población penitenciaria condenada por homicidio doloso, el 33.2% eran jóvenes entre 18 y 29 años de edad, poniendo en evidencia que son los jóvenes las principales víctimas como los principales responsables de los homicidios en el Perú.

Entre 2009 y 2014, el 81.5% de las víctimas de trata de personas tenían entre 13 y 24 años de edad. Las mujeres fueron las principales víctimas de trata de personas (79.7% en 2014). En el 66.4% de los casos el motivo fue explotación sexual y en 23.2% explotación laboral.

8. Salud sexual y reproductiva

En 2010, el 19.7% de los estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre estos estudiantes, 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años. Estos porcentajes son más altos entre los varones (28.3% han tenido relaciones sexuales y de ellos 50.9% antes de los 14 años), que entre las mujeres (11.1% han tenido relaciones sexuales y 36.1% antes de los 14 años).

En el período 1986-2015, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) se ha reducido en 37.5% en las mujeres jóvenes de 20 a 24 años y en 40.7% en las de 25 a 29 años de edad, mientras que en las mujeres de 15 a 19 años solo se redujo en 17.7%. En el período 2000-2015 el porcentaje de mujeres que inicio su vida sexual antes de los 15 años de edad se incrementó de 5.1% a 6.9%.

8.1 Embarazo adolescente

El porcentaje de adolescentes, alguna vez embarazadas, no ha sufrido cambios importantes entre 1996 y el 2015, años en que este porcentaje fue de 13.4% y 13.6%, respectivamente. El embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación al área urbana (22.5% y 10.6%, respectivamente para el 2015). Asimismo, es más alta en la selva que en el resto de regiones naturales del país, y triplica el porcentaje de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3%, respectivamente). Asimismo, es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo secundario con respecto a las que tienen nivel educativo superior (37.9% y 6.1%, respectivamente).

8.2 VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual

Entre 1983 y el 2016, se ha notificado un total de 65,657 casos de infección por VIH, y 34,438 casos de SIDA. De los casos notificados de SIDA, el 2.6% fueron diagnosticados cuando tenían entre los 10 y 19 años de edad, y el 29.3% cuando tenían entre 20 y 29 años de edad. Dado el largo período de incubación de esta infección, un porcentaje importante de ellos deben haberse infectado antes de los 20 años de edad. Entre los adolescentes y jóvenes la relación de casos de SIDA es de 2.8 hombres por mujer.

En 2015, en los adolescentes de 12 a 18 años de edad, el porcentaje de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) registrada en la consulta externa del MINSA fue del 0.9%, el 90.2% de ellas están con diagnóstico de "Enfermedad de transmisión sexual no especificada". Entre los jóvenes de 19 a 29 años el porcentaje de ITS fue de 5.2% del total de los casos atendidos en la consulta externa, 94.7% con el diagnóstico de "Enfermedad de transmisión sexual no especificada".

En los adolescentes, entre las ITS con diagnóstico definido (Códigos CIE-10: A51 a A60), la sífilis (precoz, tardía y las no especificadas) da cuenta del 39.6% de todos los casos, la Tricomonirosis del 22.5%, la infección gonocócica del 16.8% y la infección anogenital debido a virus del herpes del 10.4%; y entre los jóvenes, la sífilis del 44.6%, la tricomoniasis del 28.0%, la infección gonocócica del 10.8% y la infección anogenital debido a virus del herpes del 9.8%.

9. Principales problemas de salud de los adolescentes y jóvenes

9.1 Morbilidad

Los principales motivos de consulta externa, en los adolescentes, son las infecciones de las vías respiratorias superiores y los problemas dentales y de la cavidad oral, los cuales dan cuenta de casi el 40% de todas las consultas médicas. Otros problemas importantes, pero con un porcentaje bastante menor son las parasitosis intestinales, la gastritis y duodenitis, las dorsalgias y las micosis superficiales. Se observa poca diferencia en la magnitud de estos problemas de salud por sexo.

Los problemas de salud más graves, que requirieron hospitalización en los adolescentes varones son los traumatismos, que representaron el 23.2% del total de hospitalizaciones en 2015, seguida de las enfermedades del apéndice (17.4%), de algunos tumores (3.7%) y de ciertas enfermedades infecciosas, como la de la piel y del tejido subcutáneo (3.6%), fiebres virales (2.9%) y las enfermedades infecciosas intestinales (2.6%). Entre las adolescentes mujeres, el parto (O080-O84) representó, en 2015, la principal causa de hospitalización, 23,611 (54.9%), seguida de las enfermedades y complicaciones relacionadas al embarazo (9.5%), embarazo terminado en aborto (6.8%) y las enfermedades del apéndice (5.0%).

Las causas de consulta externa entre jóvenes no difieren demasiado de los adolescentes, a no ser por las enfermedades de transmisión sexual, que fueron la tercera causa de consulta externa, después de los problemas dentales y las infecciones de las vías respiratorias superiores. Entre los jóvenes las causas de hospitalización tampoco difieren mucho, aunque hay que señalar que la tuberculosis se constituye en un importante motivo de hospitalización en varones con un 2.8% de todas las hospitalizaciones.

9.2 Mortalidad

Las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes es la más baja entre los diferentes grupos de edad. Pero hay que destacar que las causas externas son la principal causa de muerte en los adolescentes. En 2015, entre los varones representaron el 36.9% del total, siendo las principales los accidentes de transporte no especificado (7.0% del total de muertes), la obstrucción no especificada de la respiración (5.7%), la agresión por medios no especificados (4.8%), y el ahogamiento y sumersión no especificada (3.9%). Entre las mujeres adolescentes las causas externas dan cuenta del 33.0% de las defunciones.

En 2015, entre los varones jóvenes las causas externas dieron cuenta del 41.3% de las defunciones, y la tuberculosis fue la sexta causa de mortalidad con un 3.6% de todas las defunciones, la Infección por el VIH el octavo (2.6%) y la infección por VIH, resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias, el décimo tercero (1.3%). En las mujeres, las causas externas dieron cuenta del 24.5% de todas las defunciones, la tuberculosis del 4.1%, la infección por el VIH del 1.5% y la infección por VIH, resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias del 1.1%.

9.3 Mortalidad materna

En 2015, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) se estimó en 68 por 100,000 nacidos vivos, es decir debieron ocurrir 388 muertes maternas en el país, 26 muertes maternas en adolescentes y 173 en jóvenes. Entre las principales causas de mortalidad materna están: (i) hemorragia obstétrica (42.6%), (ii) trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (22.7%), (iii) complicaciones no obstétricas (14.0%) y (iv) embarazo que termina en aborto (9.8%), estas cuatro causas dan cuenta del 89.1% de todas las muertes maternas.



INTRODUCCIÓN

La adolescencia y la juventud son períodos de cambios durante los cuales los y las adolescentes y jóvenes desarrollan sus capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar su libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos. Asegurar el desarrollo de estas capacidades debería ser una prioridad de toda sociedad. Aunque, debemos reconocer la existencia de obstáculos que se oponen a ese desarrollo, como los asociados a la pobreza, la falta de oportunidades o la ausencia de redes y entornos protectores.

Es por ello que la sociedad y el Estado deben reconocer las ventajas que estos grupos de población representan para el logro del desarrollo social y económico del país.

Así, para promover el desarrollo de adolescentes y jóvenes, es necesario que las intervenciones, que tienen ese objetivo, formen parte de una estrategia conjunta y coordinada, que se apoyen en un marco político y legal adecuado, así como en inversiones en sectores que contribuyen al desarrollo de resultados sociales, todo esto enmarcado en los principios y normas de derechos humanos, equidad, interculturalidad e igualdad de género y en la política de Estado N°16 que establece el fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud.

1. Finalidad

Contribuir a direccionar las intervenciones relacionadas con la salud de los adolescentes y jóvenes desde el sector Salud.

2. Objetivo

Proporcionar a los diferentes actores involucrados en la salud de los adolescentes y jóvenes, una herramienta necesaria para planificar y evaluar intervenciones intersectoriales con un enfoque de determinantes sociales.

3. Ámbito de aplicación

El presente documento es de referencia obligada para el MINSA en sus diferentes niveles de intervención y de referencia para otros sectores cuyo quehacer cotidiano guarda estrecha relación con el desarrollo de los adolescentes y jóvenes.

4. La población adolescente y joven

4.1 Definiciones

Definir la **adolescencia** con precisión es problemático por varias razones. La madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema. La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición. Considerando lo establecido en la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, se considera adolescentes a aquellas personas entre los 12 y 17 años de edad.

La **juventud** es la etapa de la consolidación del rol social de la persona. Considerando lo establecido en la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, que aprueba la clasificación de los grupos objetivos para los programas de atención integral, se considera que en este grupo se encuentran las personas entre los 18 y 29 años de edad.

Como parte de proceso de transición demográfica de la población peruana, la tasa de natalidad se ha ido reduciendo progresivamente, mientras que la tasa de mortalidad muestra una tendencia al incremento, esto último consecuencia del envejecimiento de la población. Estos cambios demográficos han dado como resultado el incremento de la esperanza de vida al nacer, que en el quinquenio 2015-2020 será de 75.1 años para ambos sexos (72.5 para los hombres y 77.8 para las mujeres). La emigración, que fue importante entre el 2000 y el 2010, se ha ido reduciendo, consecuencia de la mejora de las condiciones económicas del país, y se estima que la tasa meta de migración será de -1.7 por mil habitantes para el quinquenio 2015-2020, con una tendencia a la reducción en los siguientes quinquenios. **La Tabla N° 1** muestra los principales indicadores demográficos del Perú, por quinquenios, desde el año 2000 al 2025.

El envejecimiento de la población, ha llevado a importantes cambios en su estructura, lo cual puede observarse en las sucesivas pirámides poblacionales del **Gráfico N° 1**. Dada la reducción de la natalidad, tanto el número de nacimientos como el porcentaje de menores de 15 años se viene reduciendo desde el año 2000. El número de nacimientos se redujo en 50 mil nacimientos anuales, del quinquenio 2000-2005 al quinquenio 2015-2020;

y los menores de 15 años de edad pasaron de representar el 34.1% de la población total en el 2000, a ser el 27.9% en el 2015, y serán el 25.6% en el 2021. Por lo contrario la población de mayores de 64 años de edad ha tenido un incremento desde 4.8% en el 2000 a 6.6% en el 2015, se estima que para el 2020 esta población representará el 7.7% de la población total.

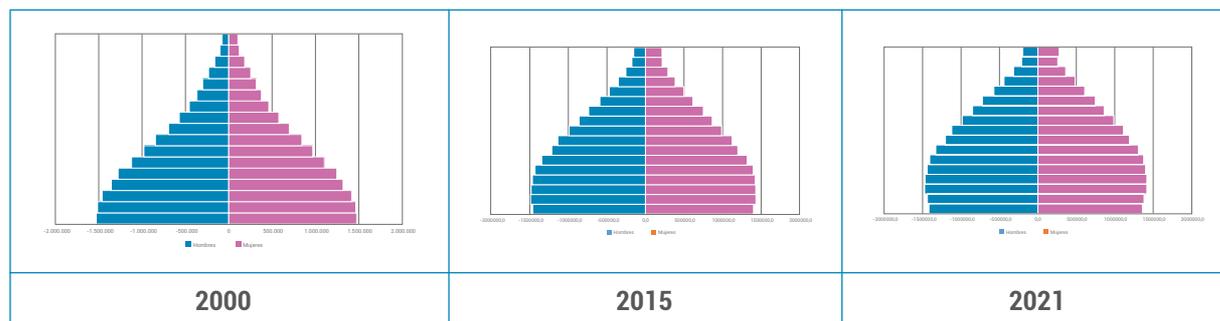
Estos cambios demográficos están llevando a la progresiva reducción de la población de 10 a 19 años de edad, tanto como porcentaje del total de la población como en números absolutos. En el caso de los jóvenes de 20 a 29 años de edad, si bien su porcentaje, en relación al total de la población, se ha venido reduciendo, su número aún continúa aumentando (**Gráfico N° 2**).

Tabla N° 1. Principales indicadores demográficos por quinquenios. Perú 2000-2025

Indicadores demográficos	2000-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	2021-2025
Fecundidad					
Nacimientos anuales (en miles): B	621	612	589	572	558
Tasa bruta de natalidad (por mil): b	23.1	21.4	19.4	17.9	16.6
Tasa global de fecundidad	2.8	2.6	2.4	2.2	2.1
Tasa bruta de reproducción	1.4	1.3	1.2	1.1	1.0
Tasa neta de reproducción	1.3	1.2	1.1	1.0	1.0
Mortalidad					
Muertes anuales (en miles): D	149	155	167	182	199
Tasa bruta de mortalidad (por mil): d	5.6	5.4	5.5	5.7	5.9
Esperanza de vida al nacer					
Ambos sexos	71.6	73.1	74.1	75.1	75.9
Hombres	69.0	70.5	71.5	72.5	73.4
Mujeres	74.3	75.9	76.8	77.8	78.6
Crecimiento natural					
Crecimiento anual (en miles): B-D	472	457	422	390	359
Tasa de crecimiento natural (por mil): b-d	17.5	15.9	13.9	12.2	10.7
Migración internacional					
Migración neta anual (en miles): M	-105	-125	-83	-55	-41
Tasa de migración neta (por mil): m	-3.9	-4.4	-2.7	-1.7	-1.2
Crecimiento total					
Crecimiento anual (en miles): B-D+(-)M	367	332	339	335	318
Tasa de crecimiento total (por mil): b-d+(-)m	13.6	11.6	11.2	10.5	9.5

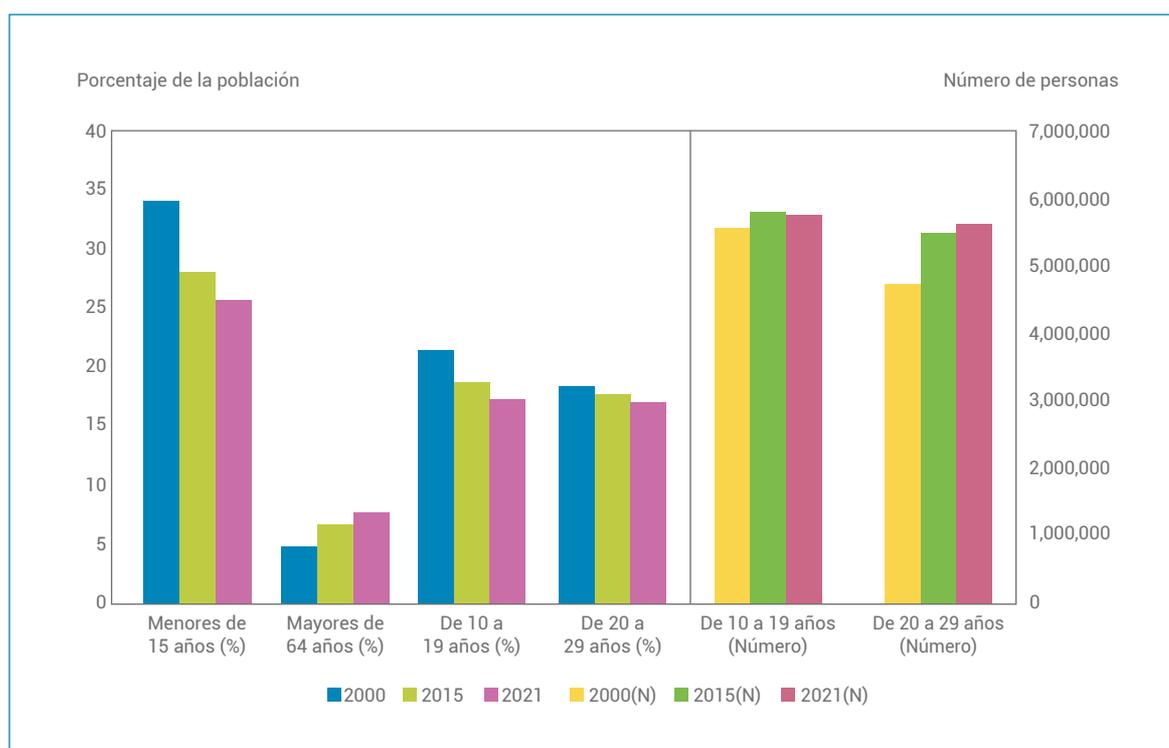
Fuente: INEI. Perú: Compendio Estadístico 2015.

Gráfico N° 1. Estructura de la población peruana, por grupos quinquenales de edad y sexo, Perú año 2000, 2015 y 2021



Fuente: INEI. Perú: Compendio Estadístico 2015.

Gráfico N° 2. Evolución de la población peruana, para algunos grupos de población, entre el 2000 y el 2021



Fuente: INEI. Perú: Compendio Estadístico 2015.

En términos relativos, la población de 10 a 19 años pasó de representar el 21.4% en el 2000, al 18.6% en el 2015, y será el 17.4% en 2021. Y la población de 20 a 29 años pasó de 18.3% en el 2000 a 17.6% en 2015, y será el 17.0% en el 2021.

En términos absolutos, la población de 10 y 19 años de edad, se reducirá en 23 mil entre el 2015 y el 2021, y la población de 20 a 29 años de edad aumentará en 136 mil en ese mismo período. Por lo cual la necesidad de nuevos empleos se mantendrá vigente en los próximos quinquenios, así como la necesidad de incrementar la infraestructura educativa y sanitaria para adolescentes y jóvenes. [La Tabla N° 2](#) muestra el número de adolescentes y jóvenes para los años 2010 y 2015.

Tabla N° 2. Población adolescentes y joven, por sexo y edades simples, Perú 2010 y 2015

Edad (años)	2010			2015		
	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino
Adolescentes	3,503,436	1,778,515	1,724,921	3,482,425	1,770,081	1,712,344
12	585,050	297,109	287,941	582,555	296,525	286,030
13	584,951	296,993	287,958	581,895	296,042	285,853
14	584,885	296,934	287,951	581,382	295,605	285,777
15	584,294	296,601	287,693	580,371	294,914	285,457
16	583,357	296,103	287,254	578,846	293,955	284,891
17	580,899	294,775	286,124	577,376	293,040	284,336

Jóvenes	6,368,286	3,218,460	3,149,826	6,640,669	3,359,047	3,281,622
18	576,299	292,266	284,033	576,133	292,271	283,862
19	570,064	288,870	281,194	574,803	291,477	283,326
20	563,618	285,379	278,239	572,936	290,405	282,531
21	557,026	281,814	275,212	570,674	289,136	281,538
22	548,929	277,517	271,412	567,186	287,224	279,962
23	538,906	272,300	266,606	562,028	284,429	277,599
24	527,729	266,537	261,192	555,563	280,951	274,612
25	516,235	260,607	255,628	548,884	277,373	271,511
26	503,833	254,216	249,617	542,116	273,752	268,364
27	493,816	249,051	244,765	533,910	269,428	264,482
28	487,774	245,921	241,853	523,819	264,188	259,631
29	484,057	243,982	240,075	512,617	258,413	254,204

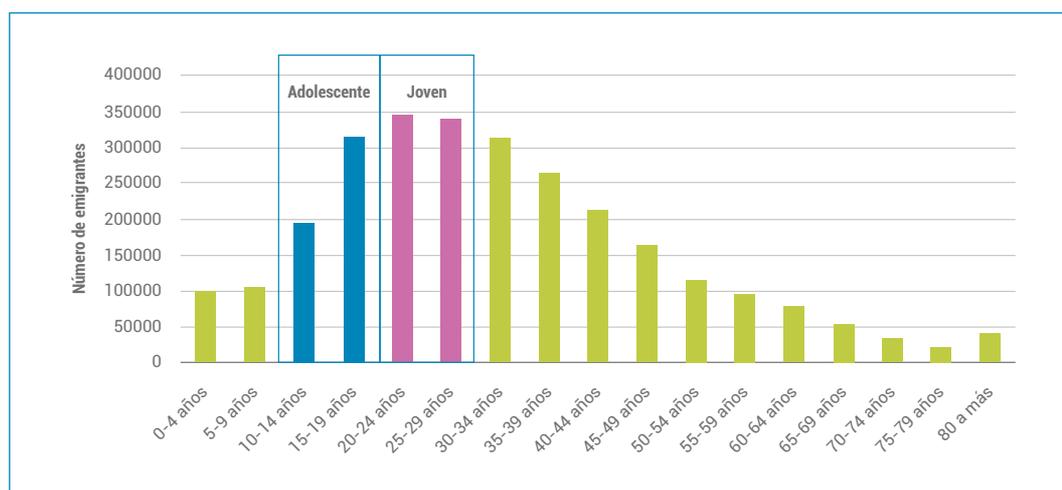
Fuente: INEI. Perú: Estimaciones y proyecciones de la población por años calendario y edades simples, 1995-2025.

4.2 Migración

La migración es un fenómeno demográfico que tiene entre sus principales motivos la búsqueda de mejores oportunidades de educación y empleo. En Perú, debido a la crisis económica de los años 80 y 90, el número de emigrantes se incrementó de 28,755 en 1995 a 220,992 en el 2009, para luego reducirse en el 2012 a 118,869. Sin embargo, en el año 2016, esta cifra aumentó drásticamente a 336,781.

Entre 1994 y el 2016, emigraron del país 2'799,484 personas. El mayor porcentaje de emigrantes se encontraban en el grupo de edad de 20 a 24 años de edad y de 25 a 29 años, cada uno de ellos con un 13.0% del total de emigrantes (**Gráfico N° 3**). El 7% fueron niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad, 11.3% adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años, y 12.3% jóvenes entre 20 y 24 años de edad. En ese período el total de migrantes de 10 a 19 años fue de 511,118 y de 20 a 29 años fue de 686,575.

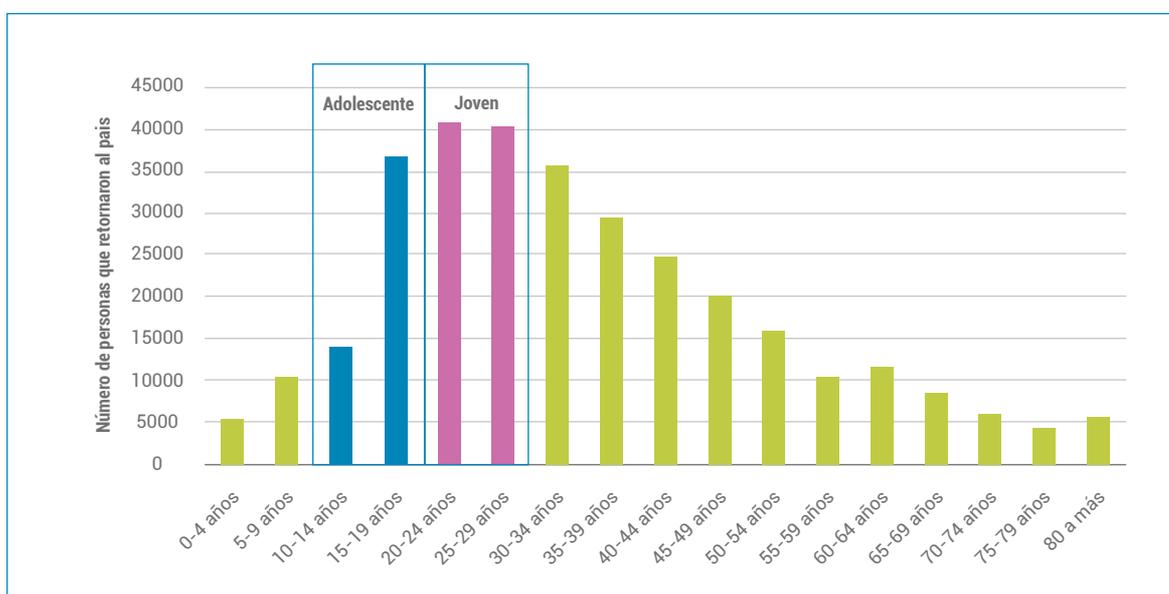
Gráfico N° 3. Peruanos emigrantes por grupos de edad, Perú 1994-2016



Fuente: Base de datos de la Superintendencia Nacional de Migraciones

Con la mejora de las condiciones económicas del país, la estabilidad económica y el consiguiente incremento del número de empleos, se ha incrementado el número de peruanos que retornan del extranjero, de 7,554 en el 2000 a 25,458 como promedio para el período 2011-2016. En total entre el 2000 y el 2016 han retornado al país 329,286 peruanos. Los porcentajes más altos se encuentran entre 20 y 24 años de edad (12.8%) y los 25 a 29 años (12.6%), mientras que los niños y adolescentes de 10 a 14 años fueron el 4.4% y, los adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años el 11.5% (Gráfico N° 4). En total, en ese período, retornaron al Perú 50,700 personas entre 10 y 19 años de edad, y 81,006 jóvenes de 20 a 29 años.

Gráfico N° 4. Peruanos retornantes del extranjero entre los años 2000 al 2016



Fuente: Base de datos de la Superintendencia Nacional de Migraciones

4.3 Bono demográfico

Según estimaciones del UNFPA¹, el período de pleno bono demográfico para el Perú se habría iniciado en el 2005 y se extendería por 42 años, hasta el 2047, aproximadamente. En 2015, la relación de dependencia² se

encontraba en 0.6%, y continuará disminuyendo hasta el 2025. Para el aprovechamiento social y económico de esta situación demográfica se requiere mejorar los niveles educativos de adolescentes y jóvenes, así como promover el empleo juvenil.

En este sentido, el Perú cuenta con las Políticas Nacionales de Empleo, que incluye promoción del empleo para los y las jóvenes que les permita construir trayectorias de empleo decente, así como fortalecer el servicio de orientación vocacional e información ocupacional. Además, busca promover la participación activa de los gobiernos regionales en la promoción del empleo juvenil e incorporar la política de promoción del empleo juvenil en la agenda de las instancias de concertación tripartitas (gobierno, empleadores y trabajadores).

5. Indicadores socioeconómicos entre la población adolescente y joven del Perú

5.1 Pobreza

Incidencia de la pobreza

La incidencia de pobreza en el Perú se ha ido reduciendo progresivamente desde el año 2005, cuando afectaba al 55.6% de la población del país, en el 2010 se encontraba en 30.8% y en 2015 en 21.8%. Afecta más a las poblaciones del área rural que de la urbana, así como a las que habitan la región de la Sierra. La **Tabla N° 3** muestra la incidencia de la pobreza en diferentes ámbitos geográficos, para los años 2010 y 2015.

Tabla N° 3. Incidencia de la pobreza monetaria por ámbitos geográficos, Perú 2010 y 2015

Ámbitos geográficos / Dominios	Año 2010	Año 2015
Nacional	30.8	21.8
Urbana	20.0	14.5
Rural	61.0	45.2
Región natural		
Costa	19.8	13.8
Sierra	45.2	32.5
Selva	39.8	28.9
Dominio		
Costa urbana	23.0	16.1
Costa rural	38.3	30.6
Sierra urbana	21.0	16.6
Sierra rural	66.7	49.0
Selva urbana	27.2	20.7
Selva rural	55.5	41.1
Lima Metropolitana	15.8	11.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares, 2009-2015. En: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2015. Informe Técnico. Lima, abril 2016.

¹Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El bono Demográfico Regional en el Perú. Lima, 2012.

²La relación de dependencia relaciona a la población potencialmente inactiva en el numerador (suma de la población menor de 15 años con la de 60 años y más) y la población potencialmente activa en el denominador (de 15 a 59 años).

Incidencia de la pobreza por grupos de edad

Una de las características de la pobreza es que afecta más a los niños y adolescentes. Estos grupos poblacionales son más vulnerables a las condiciones de pobreza, y sus consecuencias a largo plazo pueden repercutir de manera negativa en su desarrollo hacia la adultez. La **Tabla N° 4** muestra la reducción de la incidencia de pobreza, por grupos de edad, entre el 2010 y el 2015. Si bien se observa una reducción significativa en todos los grupos de edad, la pobreza sigue siendo alta entre los niños y adolescentes, con una gran brecha urbano/rural. En 2015, la incidencia de pobreza, a nivel nacional, en la población de 10-19 años de edad era de 27,1%, y de 16,6% en el grupo de 20 a 29 años de edad. Mientras que en el área urbana era de 18,3% y 11,8%, respectivamente, y en el área rural llegaba a 49,3% y 39,0%, respectivamente.

Tabla N° 4. Incidencia de pobreza por grupos de edad nacional y urbano/rural, Perú 2010 y 2015

Grupos de edad	Nacional		Urbano		Rural	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Total	30.8	21.8	20.0	14.5	61.0	45.2
0 a 4	42.3	32.3	29.6	22.6	72.5	59.6
5 a 9	43.4	32.0	29.3	22.6	71.1	55.1
10 a 14	41.3	30.6	27.1	20.6	68.3	53.9
15 a 19	31.9	23.5	21.6	16.1	56.9	44.1
20 a 24	24.5	16.1	16.9	11.7	53.2	35.7
25 a 29	24.0	17.2	16.0	12.0	57.0	42.5
30 a 34	26.4	21.0	17.6	15.0	60.4	47.0
35 a 39	28.5	22.0	19.4	14.5	60.0	48.5
40 a 44	26.9	18.7	17.8	12.5	57.3	42.0
45 a 49	24.6	16.9	16.4	11.1	50.7	37.8
50 a 54	21.3	15.1	13.1	9.5	51.3	34.7
55 a 59	21.7	13.3	12.4	8.6	51.5	31.0
60 a 64	24.1	14.1	14.1	8.4	53.8	33.5
65 a 69	26.1	16.5	16.4	9.5	52.1	37.8
70 a más	29.5	18.6	16.8	11.2	60.6	39.5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares, 2009-2015.
En: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2015. Informe Técnico. Lima, abril 2016.

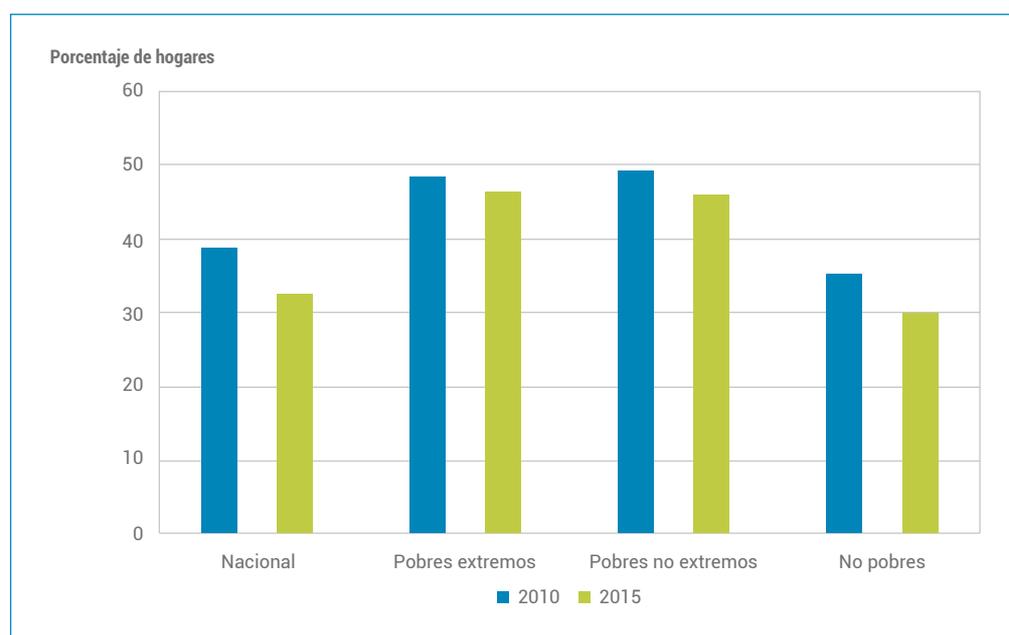
Los adolescentes de los hogares pobres suelen estar en mayor riesgo de desnutrición, abandono escolar o la falta de acceso a servicios médicos. Estas circunstancias pueden afectar las oportunidades de los adolescentes para desarrollarse en el futuro, pues los efectos de la pobreza son difíciles de remontar e incluso llegan a ser irreversibles, constituyéndose factores determinantes para perpetuar la transmisión intergeneracional de la pobreza.

El porcentaje de pobres entre los jóvenes de 20 a 29 años de edad es menor que entre los adolescentes, y está en relación a las mayores posibilidades de encontrar un empleo de este grupo de población y lograr una inserción más estable en la actividad económica, en particular en el área urbana.

Composición demográfica de los hogares según niveles de pobreza

Entre 2010 y el 2015 el porcentaje de hogares con adolescentes, de 12 a 17 años de edad, se redujo, a nivel nacional, en 4.7 puntos porcentuales (de 37.9% a 33.2%), así como en los diferentes grupos según su nivel de pobreza (**Gráfico N° 5**). El porcentaje de hogares con al menos un adolescente es mayor entre los pobres que en los no pobres (45.6% y 29.1%, respectivamente), lo cual puede constituir una mayor carga económica para los hogares pobres; pero también puede constituir una ventaja, ya que en un futuro cercano estos adolescentes se incorporarán a la población económicamente activa y así aportarán a la economía de sus hogares, aunque para ello es necesario que se mejore su accesos a centros de educación superior, ya que ello les permitirá conseguir un trabajo de mayor nivel remunerativo.

Gráfico N° 5. Porcentaje de hogares con adolescente de 12 a 17 años según pobreza, Perú 2010-2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria 2009-2015.

5.2 Educación

Analfabetismo

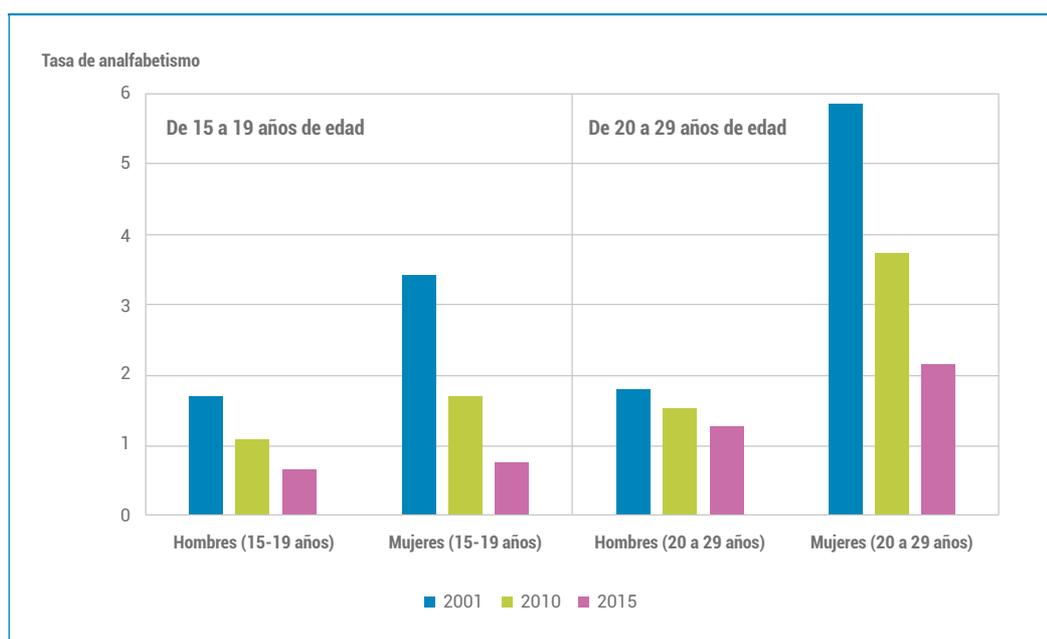
Se considera a una persona como analfabeta cuando tiene 15 y más años de edad y no sabe leer ni escribir. El analfabetismo en el Perú se ha ido reduciendo en forma progresiva, de 10.7% en 2001 a 7.4% en 2010 y 6.0% en el 2015. Esto como respuesta a las mejoras de las condiciones socio-económicas del país, aunque aún persisten las diferencias entre hombres y mujeres (3.0% y 9.0% respectivamente, para el año 2015), así como entre las áreas urbanas y rurales (3.6% y 14.8%), y las regiones naturales del país (3.1% en la costa, 7.2% en la selva y 10.8% en la sierra). El mayor acceso a los servicios educativos ha llevado a que las tasas de analfabetismos sean cada vez más bajas entre las poblaciones jóvenes (**Tabla N° 5**).

Tabla N° 5. Tasas de analfabetismo por grupos de edad, Perú 2001, 2010 y 2015

Grupos de edad	2001	2010	2015
Total	10.7	7.4	6.0
15 - 19	2.5	1.4	0.7
20 - 29	3.8	2.5	1.7
30 - 39	7.6	4.5	3.6
40 - 49	11.1	7.3	5.6
50 - 59	21.3	11.3	8.4
60 y más	34.4	25.5	20.1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. En: Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2001-2012 y Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2004-2015.

Gráfico N° 6. Tasas de analfabetismo por sexo y grupos de 15 a 19 años de edad y de 20 a 29 años, Perú 2001, 2010 y 2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares.

Si bien la brecha entre hombres y mujeres se ha ido reduciendo para todos los diferentes grupos de edad, aún persiste una brecha por sexo (Gráfico N°6), que va desapareciendo en los grupos de menos edad. En 2015, la tasa de analfabetismo para hombres y mujeres era de 0.7% y 0.8% para el grupo de 15 a 19 años de edad, y de 1.3% y 2.1% en el grupo de 20 a 29 años de edad.

Asistencia escolar de la población de 12 a 16 años de edad

Se entiende por **tasa bruta**, a la asistencia de la población en edad escolar a algún grado o nivel de educación de la enseñanza formal. En cambio, la tasa neta, se refiere a la asistencia de la población con edad normativa al nivel o grado de estudios que le corresponde a la edad. Para la población de 12 a 16 años de edad le corresponde estar estudiando en el nivel de educación secundaria.

Tanto la tasa bruta como la tasa neta de asistencia escolar, en la población de 12 a 16 años de edad, ha ido incrementándose desde el año 2001 (Tabla N° 6). Aunque en 2015, solo el 83.4% de esta población estaba cursando el nivel secundario, con una diferencia significativa entre las áreas urbanas y rurales, entre las que existe una brecha de 11 puntos porcentuales, lo mismo que entre la costa y la selva.

Tabla N° 6. Tasa de asistencia escolar de la población de 12 a 16 años de edad, Perú 2001, 2010 y 2015

Ámbito geográfico	Tasa bruta			Tasa neta		
	2001	2010	2015	2001	2010	2015
Nacional	88.8	90.7	93.5	67.4	78.5	83.4
Área de residencia						
Urbano	92.3	92.5	94.4	77.6	84.1	86.8
Rural	82.3	87.2	91.6	49.0	67.1	75.8
Región natural						
Costa	91.4	91.6	93.8	75.9	83.0	86.1
Sierra	88.1	91.8	94.8	61.5	76.5	83.6
Selva	82.0	84.8	89.6	55.2	68.1	75.0

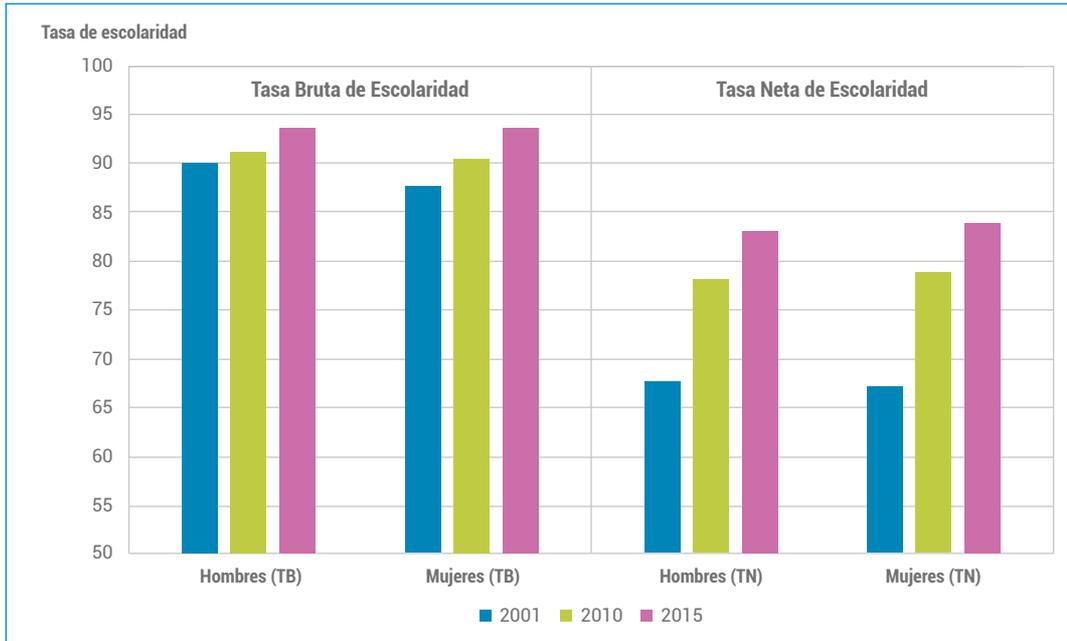
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. En: *Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2001-2012* y *Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2004-2015*.

Por sexo, estas tasas también han mostrado una tendencia creciente, llegando la tasa bruta de asistencia escolar, en 2015, a 93.5% en los hombres y a 93.6% en las mujeres; y la tasa neta a 83.1% y 83.8% respectivamente. Las tasas de asistencia escolar, para ambos sexos, se mantienen prácticamente iguales desde el año 2001 (**Gráfico N° 7**), mostrando que el acceso a la educación es igual para ambos sexos durante la adolescencia.

Por quintiles de ingreso, si bien se observa una tendencia al incremento de la tasa neta de asistencia escolar desde el año 2001 (**Gráfico N° 8**), también se observa una gran brecha entre los quintiles de ingresos más bajos respecto de los de ingresos más altos. Para 2015, esta brecha era de 16.6 puntos porcentuales (73.5% y 90.1%, respectivamente). Lo cual indica que si bien el acceso a la educación secundaria ha ido mejorando para el total de la población de 12 a 16 años de edad, aún persisten factores económicos y sociales que hacen que las poblaciones de menores ingresos dejen de estudiar, entre estos factores estarían los escasos recursos de las familias más pobres, y la necesidad de los adolescentes de contribuir al ingreso económico familiar.

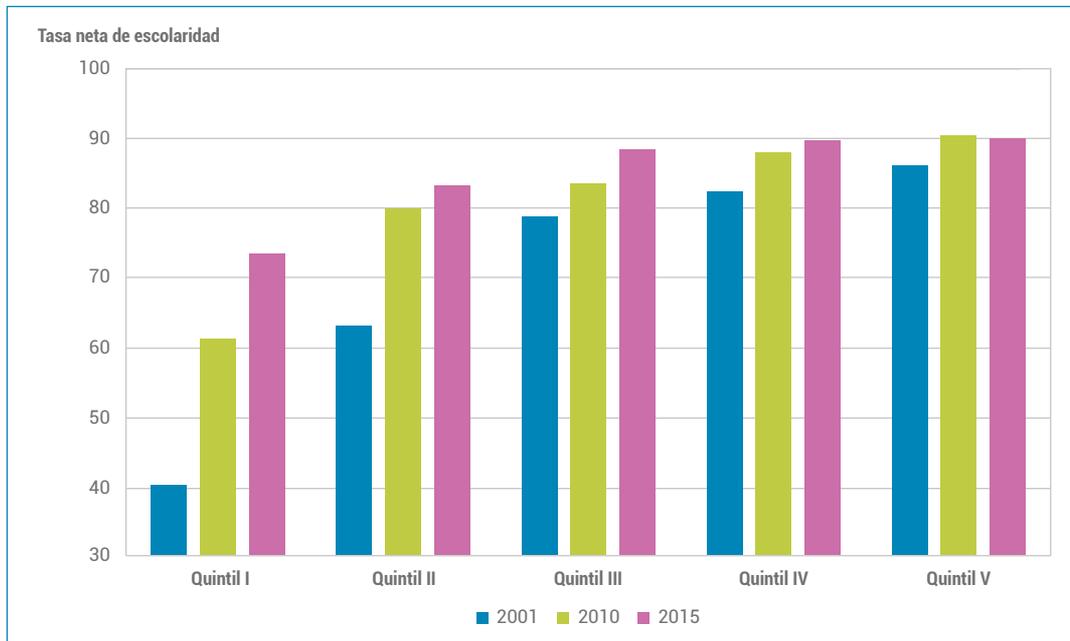
Como existe una brecha importante, en relación al ingreso familiar, también existe una brecha al acceso, de la población de 12 a 16 años de edad, a los servicios de educación entre aquellas personas que tuvieron como lengua materna el castellano y aquellos cuya lengua materna fue un idioma nativo, si bien para el 2015, la brecha de la tasa bruta de escolaridad fue de 2.4%, y para la tasa neta fue de 10.9% (**Tabla N° 7**). Señalando que la población cuya lengua materna es un idioma nativo, accede a un centro educativo pero lleva un retraso en su educación con respecto de la población cuya lengua materna es el castellano.

Gráfico N° 7. Tasas de asistencia escolar, para la población de 12 a 14 años de edad, por sexo, para los años 2001, 2010 y 2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares.

Gráfico N° 8. Tasas neta de asistencia escolar, para la población de 12 a 14 años de edad, por quintiles de ingreso, para los años 2001, 2010 y 2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares.

Tabla N° 7. Tasa de asistencia escolar de la población de 12 a 16 años de edad, según lengua materna, Perú 2005, 2010 y 2015

Lengua materna	Tasa bruta			Tasa neta		
	2005	2010	2015	2005	2010	2015
Nacional	85.8	90.7	93.5	70.6	78.5	83.4
Lengua materna						
Español	86.5	90.5	93.9	73.6	80.0	84.7
Lengua nativa	82.3	92.8	91.5	51.8	68.3	73.8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares.

Asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad

La asistencia a educación superior ha mejorado en la década de 2005 a 2010, tanto a nivel de la educación universitaria, donde se incrementó en 8.6 puntos porcentuales, como en la no universitaria (técnica) en 1.1% (Tabla N° 8). Es llamativo el escaso incremento del porcentaje de personas de 17 a 24 años de edad que estudian una carrera técnica, dado el crecimiento económico del país, y la necesidad de este tipo de profesionales en las actividades industriales, agrícolas y ganaderas. Probablemente esto está en relación al prestigio de las carreras universitarias en relación a las no universitarias, aunque las probabilidades de empleo se hayan incrementado más para estas últimas.

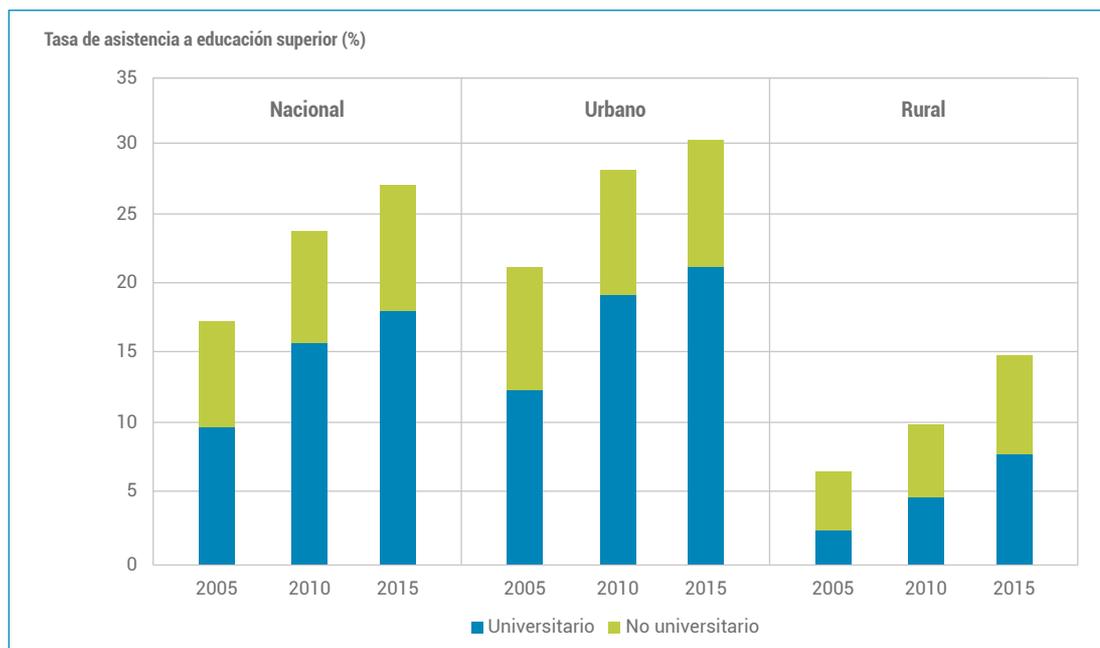
Tabla N° 8. Tasa de asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad, Perú 2005, 2010 y 2015

Ámbito geográfico	Universitaria			No universitaria		
	2005	2010	2015	2005	2010	2015
Nacional	9.5	15.6	18.1	7.8	8.2	8.9
Área de residencia						
Urbano	12.3	19.1	21.0	8.9	9.1	9.4
Rural	2.2	4.6	7.7	4.2	5.3	7.1
Región natural						
Costa	10.9	16.3	19.3	8.0	8.8	9.6
Sierra	9.1	16.9	18.4	7.8	7.9	8.2
Selva	4.7	9.5	12.0	5.5	6.2	7.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares.

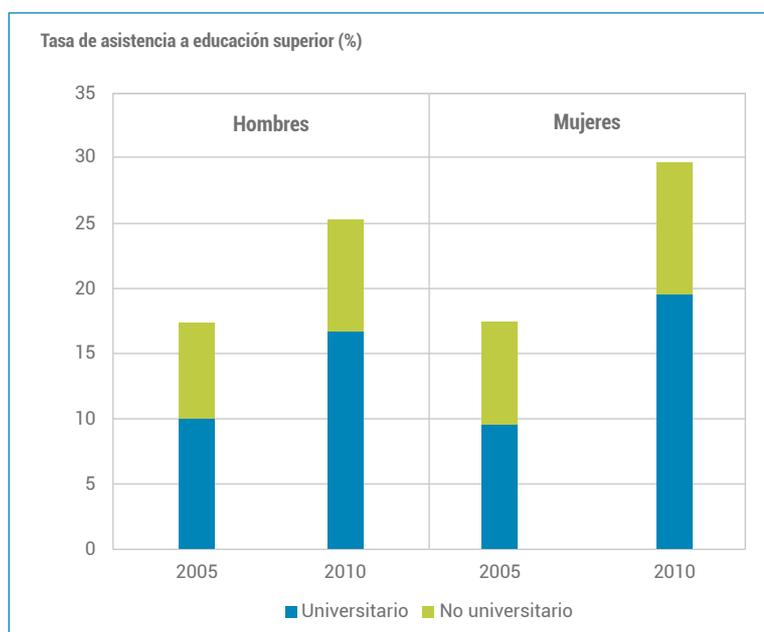
Entre el 2005 y el 2015, el porcentaje de la población, de 17 a 24 años de edad, que accede a educación superior casi se ha duplicado en el área urbana y triplicado en el área rural, mientras que los que acceden a la educación técnica casi no ha tenido variación en el área urbana y se ha incrementado en solo 1.7 veces en el área rural, en ese mismo período (Gráfico N° 9).

Gráfico N° 9. Tasa de asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad, Perú 2005, 2010 y 2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares.

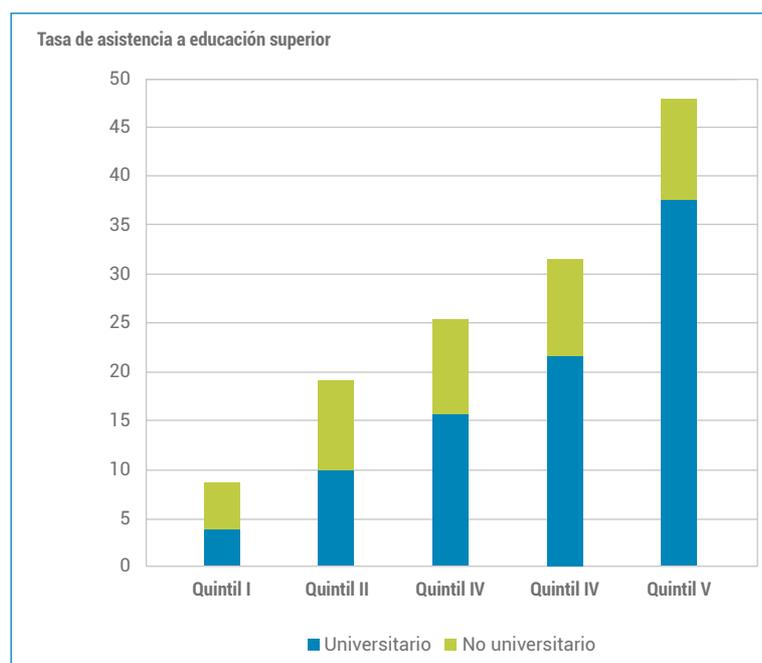
Gráfico N° 10. Tasa de asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad por sexo, Perú 2005 y 2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares.

Como se observaba para el caso de la asistencia a la educación secundaria, aquí también se observa un incremento del acceso a la educación superior, tanto para hombres como para las mujeres. Aunque en el caso de la educación superior, para el 2015, el porcentaje de mujeres supera al de los hombres (**Gráfico N° 10**) en 3.6 puntos porcentuales (28.8% y 25.2% respectivamente). El acceso a la educación universitaria y a la no universitaria es mayor en las mujeres que en hombres (19.5% y 16.8% para la educación universitaria y 9.3% y 8.4% para la no universitaria, respectivamente).

Gráfico N° 11. Tasa de asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad por quintiles de ingreso, Perú 2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares.

Son evidentes las diferentes probabilidades de ingresar a una institución de educación superior según niveles de ingreso (**Gráfico N° 11**). Mientras que, en 2015, el 47.5% de los jóvenes de 17 a 24 años de edad del quintil de mayores ingresos habían accedido a una institución de educación superior, solo el 8.7% de los del quintil de menores ingresos lo habían hecho. Asimismo, es diferente el tipo de educación superior al que acceden estos grupos de ingresos, en el quintil de mayores ingresos, de aquellos que habían accedido a educación superior, el 78.5% lo habían hecho a la educación universitaria, mientras que este porcentaje era de 48.3% en el quintil de menores ingresos.

Existe también una diferencia importante en el acceso a la educación superior, según lengua materna, así mientras que el 28.3% de las personas cuya lengua materna era el castellano, accedieron a educación superior (19.4% a la universitaria, 9.0% a la superior no universitaria), solo el 15.9% cuya lengua materna era una lengua nativa accedieron a ella (7.8% a la superior universitaria y 8.1% a la superior no universitaria).

5.3 Actividades que realizan los jóvenes de 15 a 29 años de edad

Entre el 2005 y el 2015, el porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años de edad que trabajan se ha reducido en 3.8 puntos porcentuales, y el grupo que no trabajan ni estudian en 3.6 puntos porcentuales. Mientras que aquellos que trabajan y estudian se ha incrementado en 2.2 puntos porcentuales y los que solo estudian en 5.4, lo cual es una señal del mayor acceso a la educación de esta población, lo que implica mejores posibilidades de empleo en el futuro. Esta misma situación se puede observar tanto a nivel urbano como rural (**Tabla N° 9**).

Tabla N° 9. Actividades que realizan los jóvenes de 15 a 29 años de edad, Perú 2005, 2010, 2015

	2005	2010	2015
Nacional	100.0	100.0	100.0
Trabajan	50.0	49.6	46.2
Trabajan y estudian	9.3	12.1	11.5
Estudian	19.3	22.1	24.7
No trabajan ni estudian	21.3	16.2	17.7
Urbana	100.0	100.0	100.0
Trabajan	45.1	46.8	43.9
Trabajan y estudian	9.0	44.1	11.0
Estudian	21.8	24.4	26.3
No trabajan ni estudian	24.1	17.0	18.8
Rural	100.0	100.0	100.0
Trabajan	63.7	58.7	54.5
Trabajan y estudian	10.2	13.1	13.2
Estudian	12.5	14.8	18.7
No trabajan ni estudian	13.6	13.4	13.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2005-2015. Encuesta Nacional de Hogares.

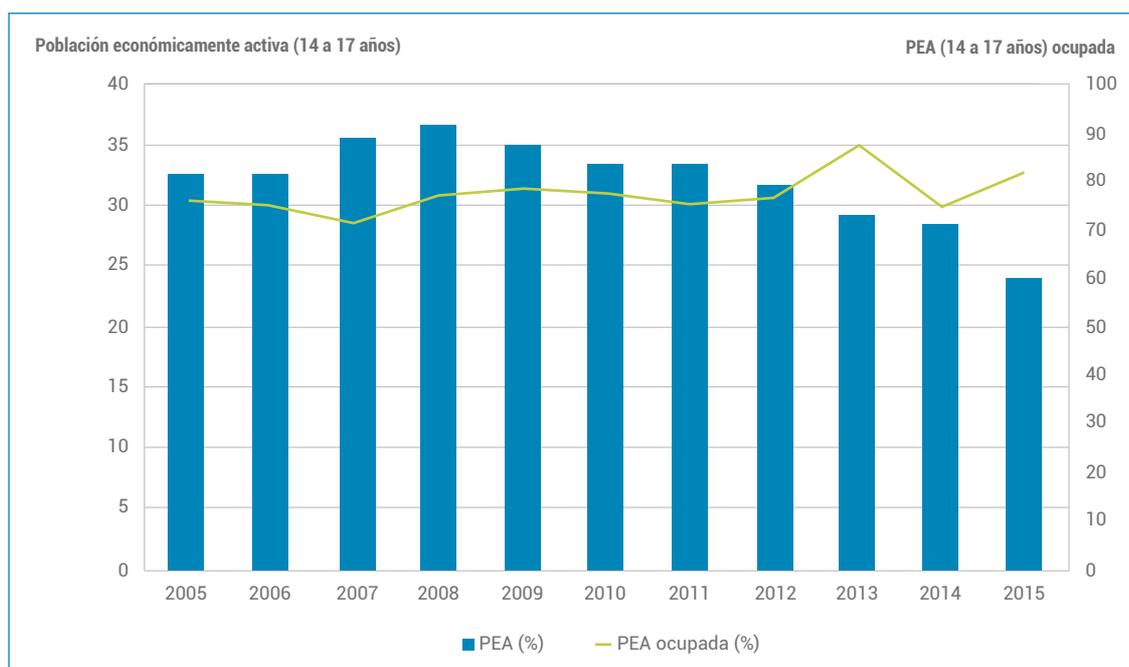
Tabla N° 10. Actividades que realizan los jóvenes de 15 a 29 años de edad, por sexo, Perú 2005, 2010, 2015

	2005	2010	2015
Hombres	100.0	100.0	100.0
Trabajan	56.3	55.6	51.8
Trabajan y estudian	10.2	13.1	12.3
Estudian	19.6	21.2	24.0
No trabajan ni estudian	14.0	10.1	11.9
Mujeres	100.0	100.0	100.0
Trabajan	43.5	43.4	40.4
Trabajan y estudian	8.5	11.1	10.6
Estudian	19.0	23.1	25.3
No trabajan ni estudian	28.9	22.4	23.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2005-2015. Encuesta Nacional de Hogares.

Si bien por sexo la tendencia es similar, existen algunas diferencias entre hombres y mujeres. Por ejemplo, en 2015, el porcentaje de mujeres que trabajaban era 11.4% menor que la de los hombres que trabajaban, y el porcentaje de las mujeres que no trabajan ni estudian era más del doble que el de los hombres (23.6% y 11.9%, respectivamente), esto probablemente a las mayores dificultades de las mujeres para obtener un trabajo estable. El porcentaje de mujeres que solo estudian es ligeramente mayor que la de los hombres (25.3% y 24.0% respectivamente) (**Tabla N° 10**).

Gráfico N° 12. Población económicamente activa adolescente de 14 a 17 años, y porcentaje de ocupación. Perú 2005-2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Niñez y Adolescencia. Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2016. Informe Técnico N° 3. Setiembre 2016.

5.4 Población económicamente activa adolescente

Si bien la población adolescente debería estar aún estudiando, es una realidad que parte de ella tiene que realizar alguna actividad económica a fin de contribuir con la economía de su hogar. El Convenio OIT 138 establece como edad mínima para trabajar los 15 años de edad, y excepcionalmente los 14 años para estados con economías insuficientemente desarrolladas. En el Informe Defensorial N° 166 "Trabajo infantil y derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en el Perú", se señala algunos de los motivos por los cuales niños y adolescentes trabajan, entre ellos están: la pobreza, la enfermedad de algún familiar, la búsqueda de autonomía, la identificación con los padres (o con las actividades que estos realizan), y la posibilidad de "socializar" en la calle. Aunque desde el 2008 se viene observando una tendencia decreciente en el porcentaje de adolescentes de 14 a 17 años que ya forman parte de la población económicamente activa (PEA) (**Gráfico N° 12**), del 36.7% al 24.1% en el 2015. En cuanto a la ocupación de la PEA adolescente, el porcentaje es fluctuante, en el periodo 2005-2015, variando desde el 71.4% al 87.6%.

Si bien, para un grupo de adolescentes, el trabajo aparece como una actividad complementaria, que no sustituye a la escuela, esta actividad no se encuentra exenta de dificultades para los adolescentes trabajadores (p. ej. estudiar en el puesto de trabajo). Además, la actividad laboral puede implicar riesgos, como inadecuadas condiciones de trabajo y actividades delictivas, asimismo, la falta de tiempo, les impide realizar otras actividades de carácter lúdico y social, propias de la adolescencia.

5.5 Seguro de salud de adolescentes y jóvenes

Con el objetivo de lograr la cobertura universal de seguro de salud, en 2001, el Ministerio de Salud crea el Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la base del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, siendo su población objetivo la población en situación de pobreza y algunos grupos vulnerables. EsSalud brinda atención a los trabajadores formales y sus familiares, además, existe un seguro de salud para los miembros de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, así como un conjunto de aseguradoras privadas, que brindan cobertura a la población de mayores ingresos.

Entre 2011 y el 2016 se observa un incremento sostenido del porcentaje de la población con algún tipo de seguro de salud, de 64.5% a 75.4%, para la población total del país. Siendo mayor la cobertura entre los adolescentes y menor entre los jóvenes de 18 a 29 años de edad (Tabla N° 11). Las coberturas entre los adolescentes y jóvenes es mayor en el área rural que en la urbana, debido a las altas coberturas del SIS en esa área (Tabla N° 12). La mayor parte de afiliados a EsSalud se encuentran en las áreas urbanas (Tabla N° 13).

Tabla N° 11. Población con algún seguro de salud, según grupos de edad y área de residencia, Perú 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016 ^{/p}
Nacional Total	64.5	61.9	65.5	69.0	73.0	75.4
Nacional						
12 a 17 años	69.9	67.3	70.0	73.3	77.5	81.0
18 a 29 años	50.7	47.7	52.9	55.7	60.4	64.3
Urbano						
12 a 17 años	62.7	62.4	64.9	68.5	73.0	77.4
18 a 29 años	47.1	44.6	50.4	53.7	57.8	62.0
Rural						
12 a 17 años	85.2	77.9	81.2	84.0	88.1	89.0
18 a 29 años	65.1	59.7	63.6	64.3	71.6	74.3

/p Preliminar

Fuente: INEI. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Encuesta Nacional de Hogares.

Tabla N° 12. Población con Seguro Integral de Salud (SIS), según grupos de edad y área de residencia, Perú 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016 ^{/p}
Nacional						
12 a 17 años	47.3	41.1	45.1	48.0	52.6	57.1
18 a 29 años	28.3	24.6	28.2	31.9	37.4	41.6
Urbano						
12 a 17 años	31.3	26.2	30.8	34.3	39.6	44.9
18 a 29 años	20.3	16.9	21.1	25.8	30.8	35.3
Rural						
12 a 17 años	81.1	73.4	76.6	78.8	83.3	84.3
18 a 29 años	60.3	54.4	57.9	58.1	66.2	68.7

/p Preliminar

Fuente: INEI. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Encuesta Nacional de Hogares.

Tabla N° 13. Población con Seguro Social de Salud (EsSalud), según grupos de edad y área de residencia, Perú 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016 ^{/p}
Nacional						
12 a 17 años	18.1	21.3	20.6	21.6	21.4	20.4
18 a 29 años	14.7	14.8	16.1	16.2	16.1	15.0
Urbano						
12 a 17 años	24.9	29.1	28.1	29.1	28.6	27.6
18 a 29 años	17.6	17.7	19.0	18.9	18.8	17.5
Rural						
12 a 17 años	3.8	4.3	4.3	5.0	4.4	4.4
18 a 29 años	3.0	3.5	4.0	4.4	4.1	4.2

/p Preliminar

Fuente: INEI. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Encuesta Nacional de Hogares.

De acuerdo a datos del Seguro Integral de Salud³, a noviembre de 2016 tenía registrado 2,114,957 de adolescentes de 12 a 17 años de edad, y 3,485,820 jóvenes de entre 18 y 29 años de edad. A junio de 2016, en ESsSalud⁴ estaban registrados 942,949 adolescentes y 1,794,944 jóvenes (**Tabla N°14**).

Tabla N° 14. Adolescentes y jóvenes afiliados al Seguro Integral de Salud y EsSalud, Perú, 2016

Grupo de edad	Población	Afiliados al			% con seguro médico por SIS o EsSalud
		SIS	EsSalud	SIS o EsSalud	
12 a 17 años	3,482,162	2,114,957	942,949	3,057,906	87.8
18 a 29 años	6,676,249	3,485,820	1,794,944	5,280,764	79.1
12 a 29 años	10,158,411	5,600,777	2,737,893	8,338,670	82.1

Fuentes: SIS. Sala Situacional del SIS / EsSALUD. Estadísticas Institucionales.

6. Factores de riesgo y protección

6.1 Consumo de drogas

Existen varias fuentes de información relacionados con el uso de drogas, legales e ilegales, entre adolescentes y jóvenes, entre las principales están las encuestas y estudios realizadas por el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), entre las más importantes, cada uno de los cuales muestra diferentes aspectos del problema, en algunas poblaciones específicas como los adolescentes y jóvenes. La información disponible del INSM, para las diferentes regionales del país, fueron obtenidas desde el año 2003 al 2012, pero se consideró pertinente su inclusión dado que otras fuentes de información no proporcionaban datos sobre el consumo de drogas desagregado por región natural y áreas urbano/rural, como las que brindaban las encuestas del INSM.

³ Seguro Integral de Salud. <http://salasituacional.sis.gob.pe/Dashboard.aspx>, consultado el 7 de diciembre de 2016.

⁴ ESSALUD Estadísticas Institucionales, Junio 2016. Disponible en <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>, consultado el 7 de diciembre de 2016.

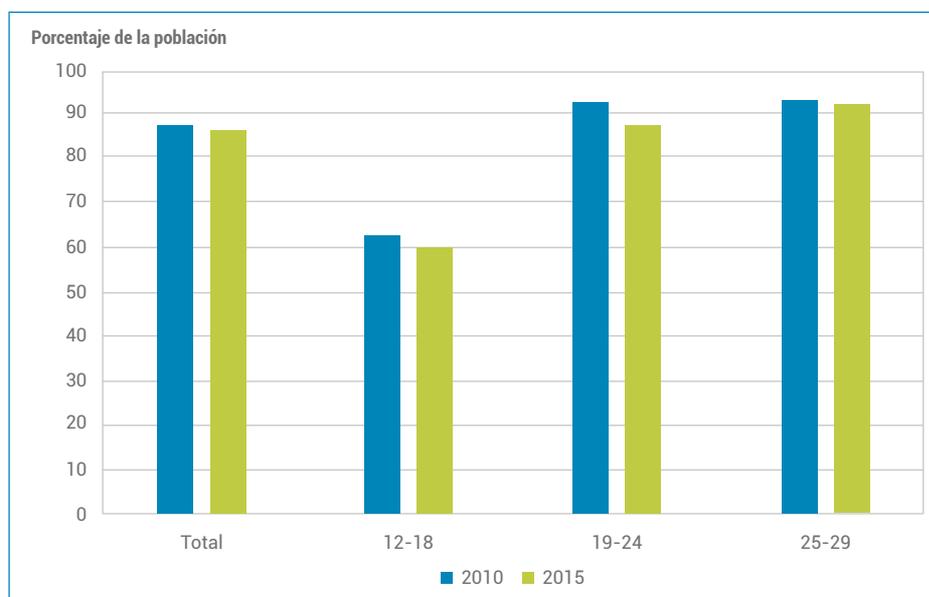
Consumo de alcohol

La prevalencia de vida del consumo del alcohol, en la población urbana del Perú, casi no ha sufrido cambios entre el 2010⁵ y el 2015⁶, de 87.8% a 86.2%, (**Gráfico N° 13**), si bien se observa una ligera disminución en población de 12 a 18 años desde 62.7% a 59.7%, así como en los jóvenes de 19 a 24 años, desde 92.7% a 87.3%.

De acuerdo a los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM), en promedio la prevalencia de vida del consumo de alcohol en los adolescentes de las áreas urbanas del país era de 62.2%, cifra similar a la señalada por la encuesta de CEDRO de 2010, mientras que en las áreas rurales se encontraba en 51.3%, una diferencia de 10.9 puntos porcentuales respecto de la urbana. Las prevalencias anuales y mensuales son también más altas en las áreas urbanas (**Tabla N°15**), así como la prevalencia actual de al menos una conducta vinculada al abuso del alcohol, la cual llega a 27.4% en la sierra urbana.

La prevalencia de vida de consumo de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres en todos los ámbitos estudiados por el INSM (**Gráfico N°14**), siendo el promedio de 60.9% para los hombres y 50.2% para las mujeres. En el área urbana el promedio de la prevalencia de vida en hombres fue de 65.2% y 55.2% para las mujeres, mientras que en las áreas rurales estas fueron de 59.2% y 38.3% respectivamente. Es posible que la mayor prevalencia en los varones de las áreas urbanas se deba a una mayor facilidad en el acceso a las bebidas alcohólicas en las ciudades, así como a la mayor presión psicológica y social de su entorno.

Gráfico N° 13. Prevalencia de vida de consumo de alcohol en las áreas urbanas: población total, adolescentes y jóvenes, Perú 2010 y 2015



Fuente. CEDRO. Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2010 y 2015.

⁵ Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2010. Lima, 2011.

⁶ Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2015. Lima, enero 2016.

Tabla N° 15. Prevalencia de consumo de alcohol y conductas vinculadas a abuso de alcohol entre adolescentes de 12 a 17 años, por regiones y ámbito urbano/rural

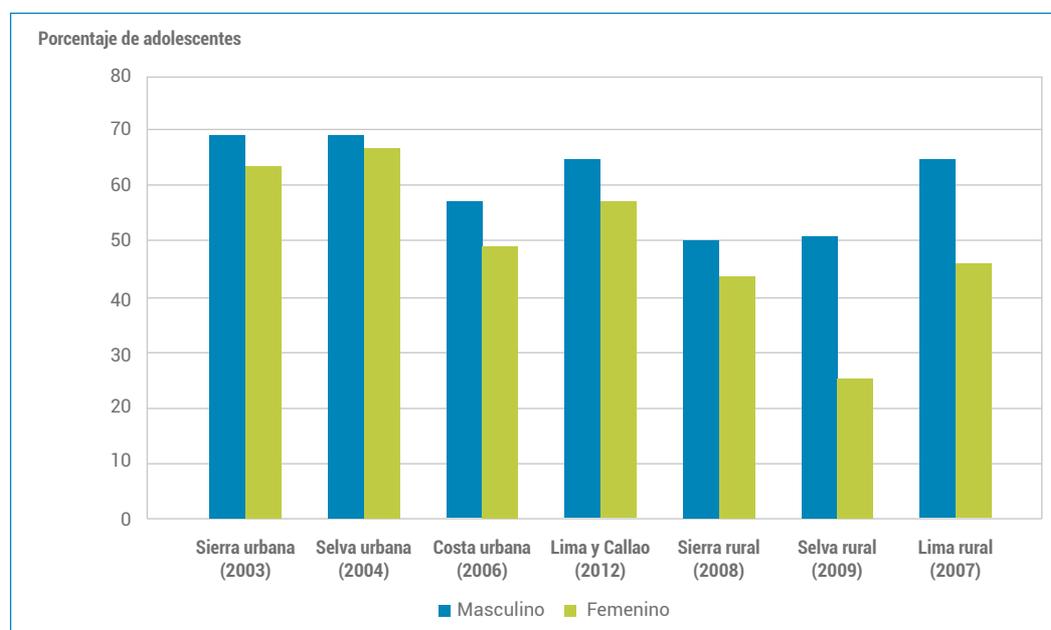
Prevalencia	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ^(*) (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
De vida de consumo de alcohol	66.4	68.1	53.4	60.8	47.3	51.7	54.9
Anual de consumo de alcohol	14.2	16.0	21.7	11.2	6.5	9.9	11.5
Mensual de consumo de alcohol	2.2	1.5	2.5	2.7	1.3	2.5	2.4
Actual de al menos una conducta vinculada al abuso de alcohol	27.4	16.4	10.8	17.3	7.4	9.7	11.4

(*) Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

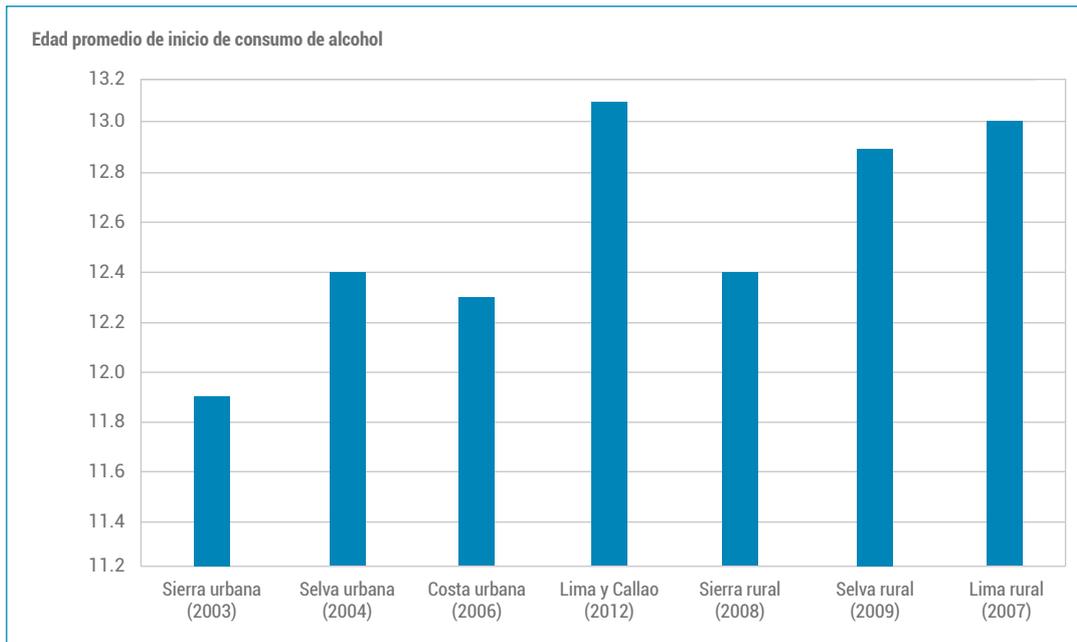
La edad de inicio de consumo de alcohol en el país es bastante precoz (Gráfica N° 15), de acuerdo a los estudios del INSM, el promedio en las diferentes regiones era de 12.6 años, variando desde 11.9 años en la Sierra urbana a 13.1 en Lima y Callao.

Gráfico N° 14. Prevalencia de vida de consumo de alcohol entre adolescentes hombres y mujeres, según región natural y área urbano/rural



Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios epidemiológicos de Salud Mental.

Gráfico N° 15. Edad promedio de inicio de consumo de alcohol de los adolescentes, por regiones naturales y ámbitos urbano/rural

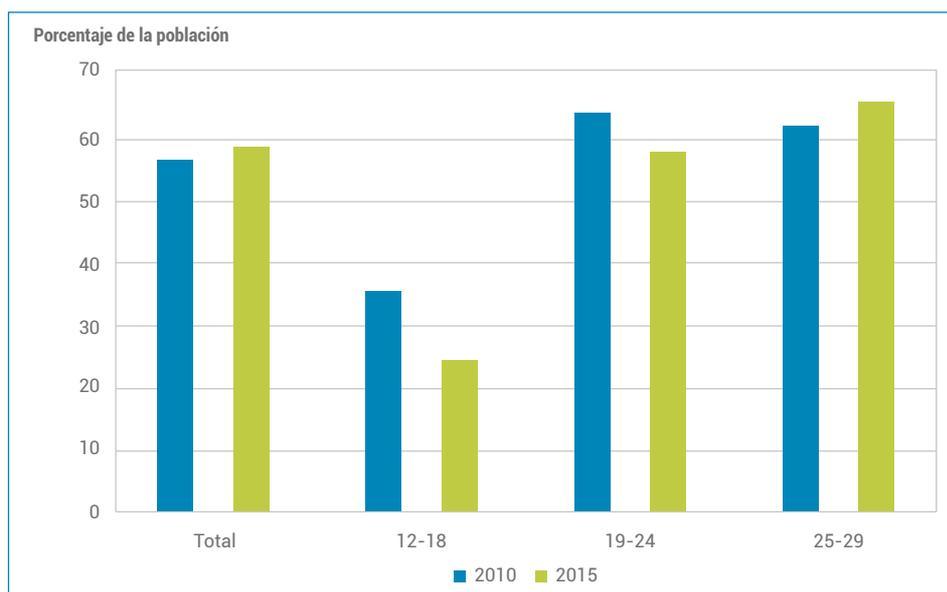


Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios epidemiológicos de Salud Mental.

Consumo de tabaco

De acuerdo a las encuestas de hogares realizadas por CEDRO entre la población urbana del país, la prevalencia de vida de consumo de tabaco se ha incrementado de 56.7% a 58.5%, aunque ha disminuido entre los adolescentes de 35.5% a 24.5%, y en los jóvenes de 19 a 24 años de edad de 64.3% a 58.0%, mientras que se ha incrementado entre la población de 25 a 29 años de edad de 62.3% a 65.9% (Gráfico N° 16).

Gráfico N° 16. Prevalencia de vida de consumo de tabaco, por grupos de edad, Perú 2010 y 2015



Fuente: CEDRO. Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2010 y 2015.

Tabla N° 16. Prevalencia de vida de consumo de tabaco en adolescentes, según regiones naturales y área urbano/rural

Prevalencia de vida	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ^(*) (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Adolescentes	24.5	23.8	27.7	17.0	9.1	15.0	16.9
Masculino	30.8	30.5	33.8	20.9	15.0	22.1	29.5
Femenino	18.7	17.2	21.2	13.0	2.5	6.3	5.2
Inicio del consumo de tabaco							
Edad promedio (años)	13.4	13.7	13.7	13.9	13.8	13.8	13.4

(*)Lima Metropolitana

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios epidemiológicos de Salud Mental.

Según los estudios del INSM, la prevalencia de vida de consumo de tabaco fue más alto en las áreas urbanas que en las rurales, y mayor entre los hombres (26.1%) que entre las mujeres (12.0%) (Tabla N° 16). En relación a la prevalencia promedio, en los adolescentes de todos los ámbitos de estudio fue 19.1%, siendo el valor de este indicador 23.3% en las áreas urbanas y 13.7% en las áreas rurales. El valor promedio de las áreas urbanas (23.3%) fue similar al valor encontrado por CEDRO en los adolescentes urbanos en 2015 (24.5%).

La edad promedio de inicio del consumo de tabaco fue similar en todos los ámbitos estudiados por el INSM (Tabla N° 16), variando de 13.4 a 13.9 años.

Consumo de drogas ilegales

En la población urbana del país, de 12 a 65 años, la prevalencia de vida del consumo de drogas ilegales es más baja que la del alcohol y el tabaco. En esta población, entre 2010 y 2015, se observa un incremento en el consumo de la marihuana, la pasta básica de cocaína y la cocaína, en particular de la marihuana que se ha pasado de 5.6% a 8.0% y de la cocaína que ha pasado de 1.5% a 2.3%. Aunque se ha reducido su consumo entre los adolescentes, no así entre los jóvenes de 19 a 29 años de edad en los que se ha incrementado (Tabla N° 17).

Tabla N° 17. Prevalencia de vida del consumo de drogas ilegales en el área urbana, por grupos de edad, Perú 2010 y 2015

Grupos de edad	Marihuana		Pasta básica de cocaína		Cocaína	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Total	5.6	8.0	2.1	2.5	1.5	2.3
12-18	4.7	3.5	1.9	1.0	1.5	1.4
19-24	7.6	10.4	1.4	3.6	0.9	3.6
25-29	6.5	10.0	1.9	3.8	2.5	3.7

Fuente: CEDRO. Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2010 y 2015.

Tabla N° 18. Prevalencia de vida de consumo de drogas en adolescentes, según regiones naturales y área urbano/rural

Prevalencia de vida	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Tranquilizantes	0.8	0.0	0.5	0.3	0.2	0.2	0.0
Pastillas para dormir	--	0.9	1.2	0.1	0.1	0.4	0.1
Estimulantes	0.0	0.3	0.2	0.3	0.0	--	0.0
Éxtasis	--	--	0.1	0.1	0.0	--	0.0
Marihuana	0.5	1.2	0.7	1.9	0.0	0.5	0.1
Pasta básica de cocaína	0.1	0.5	0.0	0.1	0.0	0.3	0.0
Cocaína	0.1	0.2	0.3	0.1	0.0	0.3	0.0
Inhalantes	0.4	0.0	0.1	--	--	0.2	0.2
Pastillas para la cefalea	11.1	2.4	0.3	0.3	0.1	0.4	0.4
Jarabe para la tos	3.4	0.2	1.0	0.1	0.0	0.3	0.0
Hojas de coca	9.5	1.4	7.9	1.8	7.0	4.2	8.3

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios epidemiológicos de Salud Mental.

Los estudios del INSM, muestran prevalencias bastante bajas del consumo de drogas ilegales entre los adolescentes (Tabla N° 18), con la excepción de pastillas para la cefalea y el jarabe para la tos en la Sierra urbana, que no guarda relación con las prevalencias encontradas en otros ámbitos urbanos o rurales; esto puede deberse más a problemas técnicos de las encuestas que a un real consumo de estas sustancias. Asimismo, es necesario señalar que la prevalencia del consumo de marihuana, pasta básica de cocaína y cocaína, encontradas en las áreas urbanas son más bajas que las encontradas por las encuestas de CEDRO del 2010 y el 2015 (Tabla N° 17), posiblemente también por cuestiones metodológicas del diseño de la encuesta o por el tamaño de la muestra.

Consumo de drogas entre escolares

Alcohol y tabaco

La prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco, entre los escolares de secundaria, de las ciudades de 30 mil y más habitantes, era en el año 2012, de 37.2% y 22.3%, con un promedio de inicio de consumo de 13.3 años de edad (Tabla N° 19). El porcentaje que consumieron estas sustancias, un mes antes de la encuesta realizada en el 2012, fueron el 9.3% y el 7.4%, respectivamente.

La prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, el año anterior a la encuesta realizada en el 2012, era más alto entre los hombres que en las mujeres (Tabla N° 20), dos puntos porcentuales de diferencia para el alcohol y cinco para el tabaco.

Tabla N° 19. Principales indicadores de consumo de drogas en la población escolar de secundaria residente en ciudades de 30,000 y más habitantes, Perú 2012

Drogas	Prevalencia de consumo			Incidencia de consumo (*)	Edad promedio de inicio
	Vida	Año	Mes		
Drogas legales	40.5	23.3	12.3	---	---
Alcohol	37.2	19.7	9.3	11.6	13.3
Tabaco	22.3	12.8	7.4	6.1	13.3
Drogas ilegales	8.1	3.8	2.1	---	---
Marihuana	4.3	2.2	1.4	1.5	14.3
Cocaína	1.8	0.9	0.7	0.7	14.2
PBC	1.9	0.9	0.7	0.4	14.0
Inhalantes	2.5	1.2	0.5	0.7	12.4
Éxtasis	1.6	1.0	0.7	0.6	14.3
Otras drogas (**)	0.6	0.5	0.2	---	13.2
Drogas Médicas	5.5	3.2	1.9	---	---
Tranquilizantes	4.0	2.3	1.3	1.3	12.9
Estimulantes	2.4	1.5	1.0	0.8	12.9

(*) Número de estudiantes que se iniciaron en el consumo en los últimos 12 meses por cada 100 que no consumían un año de la aplicación de la encuesta.

(**) Incluye heroína, opio, morfina, hashis, etc.

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

El 8.5% de los escolares, de 11 a 13 años de edad, habían consumido alcohol el año previo a la encuesta, y el 5.2% tabaco. Estos porcentajes eran 24.6% y 16.1% para los escolares de 14 a 16 años y de 35.4% y 24.2% para los de 17 a 20 años de edad (Tabla 20). Asimismo, a mayor nivel educativo mayor prevalencia de consumo tanto de drogas legales como ilegales (Tabla N° 21).

Tabla N° 20. Prevalencia de año del consumo de drogas en escolares de secundaria, según sexo y grupo de edad

Drogas	Sexo		Edad		
	Hombres	Mujeres	11 a 13	14 a 16	17 a 20
Drogas legales	25.1	21.5	10.8	29.0	40.3
Alcohol	20.6	18.7	8.5	24.6	35.4
Tabaco	15.5	10.0	5.2	16.1	24.2
Drogas ilegales	4.5	3.1	2.6	4.4	5.0
Marihuana	2.7	1.6	1.0	2.6	3.9
Cocaína	1.1	0.7	0.7	1.0	1.0
PBC	1.2	0.7	0.8	1.0	0.9
Inhalantes	1.3	1.1	0.9	1.4	0.9
Éxtasis	1.2	0.9	1.0	1.1	0.7
Otras drogas (*)	0.6	0.3	0.3	0.5	0.4
Drogas Médicas	3.6	3.7	2.3	3.5	4.8
Tranquilizantes	1.8	2.7	1.7	2.5	3.3
Estimulantes	1.4	1.6	0.9	1.7	2.4

(*) Incluye heroína, opio, morfina, hashis, etc.

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Tabla N° 21. Prevalencia de año del consumo de drogas en escolares de secundaria, según año de estudio, Perú 2012

Drogas	Año de estudio				
	1er año	2do año	3er año	4to año	5to año
Drogas legales	9.7	14.2	24.5	32.9	39.7
Alcohol	7.2	11.8	20.1	28.0	35.8
Tabaco	5.0	7.8	13.1	18.4	22.5
Drogas ilegales	2.9	2.9	4.2	4.4	4.9
Marihuana	1.1	1.1	2.3	2.8	3.7
Cocaína	0.9	0.9	0.9	1.0	0.7
PBC	1.1	1.1	0.9	0.8	0.7
Inhalantes	0.9	0.9	1.7	1.4	0.9
Éxtasis	1.3	1.3	1.1	0.8	0.6
Otras drogas (*)	0.4	0.4	0.5	0.5	0.4
Drogas Médicas	2.2	2.6	3.9	3.6	3.8
Tranquilizantes	1.5	2.0	2.6	2.7	2.8
Estimulantes	1.0	1.2	2.0	1.7	1.7

(*) Incluye heroína, opio, morfina, hashis, etc.

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

La prevalencia anual de consumo de alcohol y tabaco es más elevada entre los escolares de secundaria de los colegios particulares (Tabla N° 22), una diferencia de once puntos porcentuales para el alcohol y cinco para el tabaco. Esta diferencia podría estar en relación a la mayor disponibilidad y acceso que tienen los escolares de los colegios particulares, cuyo nivel económico es más alto que los escolares de los colegios públicos.

Tabla N° 22. Prevalencia de año del consumo de drogas en la población escolar según tipo de colegio y género de la población escolar, Perú 2012

Drogas	Tipo de colegio		Género de la población escolar	
	Público	Privado	Masculino	Femenino
Drogas legales	20.4	31.2	24.0	24.6
Alcohol	16.7	27.4	18.7	21.8
Tabaco	11.3	16.7	16.5	10.5
Drogas ilegales	3.5	4.6	4.4	3.4
Marihuana	1.9	2.7	2.8	1.4
Cocaína	0.9	0.9	1.0	0.7
PBC	1.0	0.8	1.0	0.8
Inhalantes	1.0	1.8	1.8	1.3
Éxtasis	1.1	0.8	1.1	0.6
Otras drogas (*)	0.4	0.6	0.5	0.6
Drogas Médicas	2.8	4.0	2.3	3.8
Tranquilizantes	2.0	2.9	2.0	2.7
Estimulantes	1.4	1.7	1.1	1.8

(*) Incluye heroína, opio, morfina, hashis, etc.

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

De aquellos escolares de secundaria que consumieron alcohol y tabaco, el último año, la mayoría son consumidores experimentales (un solo día en el año), 46.6% para el alcohol y 44.5% para el tabaco, mientras que los consumidores frecuentes (diez o más días al año) fueron el 11.8% para el alcohol y el 15.7% para el tabaco (Tabla N° 23). En relación a este último grupo de escolares, se debe realizar esfuerzos para identificar las razones de este alto consumo, a fin de diseñar estrategias adecuadas de prevención, siendo importante la participación de los padres de familia, ya que es probable que las principales causas de este alto consumo tengan que ver con las condiciones y la dinámica familiar.

Drogas ilegales

La prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales, entre los escolares de secundaria, es mucho más baja que el consumo de drogas legales, 8.1% versus 40.5% (Tabla N° 19). Entre las drogas ilegales más consumidas están la marihuana (4.3%), los inhalantes (2.5%), la pasta básica de cocaína (1.9%) y la cocaína (1.8%). La edad promedio de inicio de su consumo está en alrededor de los 14 años, a excepción de los inhalantes, que fue de 12.4 años, posiblemente en relación a su bajo costo y disponibilidad.

Tabla N° 23. Frecuencia de consumo de drogas en escolares de secundaria, usuarios de drogas en el último año, Perú 2012

	Frecuencia de consumo			
	1 día (Consumidores experimentales)	2 a 9 días (frecuencia media)	10 a más días (frecuencia alta)	No precisa
Drogas legales				
Alcohol	46.6	41.6	11.8	0.0
Tabaco	44.5	38.9	15.7	0.0
Drogas ilegales				
Marihuana	36.1	50.3	13.5	0.0
Cocaína	37.2	52.4	10.4	0.0
PBC	34.2	40.7	12.1	13.0
Inhalantes	53.8	36.0	10.2	0.0
Éxtasis	30.5	48.3	12.2	9.1
Drogas Médicas				
Tranquilizantes	33.9	49.3	12.9	3.9
Estimulantes	36.9	42.9	16.5	3.7

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Como en el caso del alcohol y tabaco, la prevalencia de anual de su consumo es más alto entre hombres que en mujeres, 4.5% y 3.1%, respectivamente. Es importante observar que el 2.6% de los escolares de 11 a 13 años de edad hayan consumido alguna droga ilegal el año previo a la encuesta (Tabla N° 20). Asimismo, su consumo es más alto entre los escolares de colegios privados que los públicos, 4.6 y 3.5%, respectivamente, y también mayor el consumo entre los escolares de colegios para varones que entre los colegios para mujeres, 4.4% y 3.4% respectivamente (Tabla N° 22).

El porcentaje de escolares con alta frecuencia de consumo (10 o más días en el último año) varía de 10.4% a 13.5%, para las diferentes drogas ilegales, porcentajes bastante similares al consumo frecuente de alcohol y tabaco (Tabla N° 23).

Consumo problemático de alcohol

El consumo problemático de alcohol, en los escolares consumidores de esta sustancia, hace referencia al riesgo psicosocial que experimentan cuando lo consumen, la baja capacidad para controlar su uso, el deterioro de su salud mental y la percepción negativa que tienen de su conducta sus familiares y amigos, factores que dan cuenta de una probable patología social y/o de un problema de abuso de sustancias en esta población.

Para medir el consumo problemático de alcohol se utilizó la Escala CRAFFT⁷, la cual se compone de una batería de seis preguntas que se aplican a estudiantes que han consumido recientemente alcohol. Las preguntas aluden a dificultades personales y problemas de interacción que experimentan los escolares como consecuencia de su consumo de bebidas alcohólicas y que guardan relación con los factores mencionados en el párrafo anterior. La respuesta positiva al menos a dos de estas preguntas indica que el estudiante registra un consumo problemático de alcohol.

⁷ Escala de CRAFFT: Cuestionario para identificar adolescentes con problemas de abuso de alcohol/drogas.

Tabla N° 24. Porcentaje de respuestas que los estudiantes consumidores recientes de alcohol dieron a cada una de las preguntas de la Escala CRAFFT

Preguntas de la Escala CRAFFT	Bebedores de último año que respondieron positivamente a las preguntas				
	Sexo		Tipo de colegio		Total
	Hombre	Mujer	Público	Privado	
1. ¿Alguna vez has viajado en un vehículo (auto, moto, moto taxi) conducido por una persona (o por ti mismo) que haya consumido bebidas alcohólicas?	34.7	35.7	35.6	34.5	35.2
2. ¿Alguna vez amigos o familiares te han sugerido o mencionado que disminuyas el consumo de bebidas alcohólicas?	40.5	34.3	41.1	31.9	37.6
3. ¿Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas para relajarte, para sentirte mejor contigo mismo o para integrarte a un grupo?	35.7	34.2	34.3	36.0	35.0
4. ¿Alguna vez te has metido en problemas al consumir bebidas alcohólicas?	19.3	16.9	18.4	17.8	18.1
5. ¿Alguna vez te has olvidado de lo que hiciste después de consumir bebidas alcohólicas?	19.8	18.1	19.1	18.8	19.0
6. ¿Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas estando solo o sola?	18.3	21.8	19.6	20.4	19.9

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

La **Tabla N° 24** muestra el porcentaje de respuesta individual que los estudiantes, consumidores recientes de alcohol, dieron a cada una de las preguntas de la Escala CRAFFT. En ella, se observa que las tres primeras preguntas de la escala —que aluden al riesgo psicosocial, la percepción negativa del entorno y la baja capacidad para controlar el consumo de alcohol— registran una mayor incidencia que las tres últimas. La percepción negativa del entorno (pregunta número 2) es mayor entre los varones y los estudiantes de las escuelas públicas. En los demás casos, no existe diferencias significativas por género o tipo de colegio.

De acuerdo a los resultados de la escala CRAFFT, aplicada a los escolares, bebedores recientes (último año) y que respondieron positivamente a alguna pregunta, el 46.1% presenta consumo problemático de alcohol, ligeramente mayor en hombres que en mujeres (47.3% y 44.7% respectivamente), también ligeramente mayor entre los escolares de colegios públicos que de los privados (47.2 y 44.3% respectivamente) (**Tabla N° 25**).

Tabla N° 25. Porcentaje de escolares con consumo problemático de alcohol, total y según sexo y tipo de colegio, Perú 2012

Consumo problemático	Bebedores de último año que respondieron positivamente a las preguntas				
	Sexo		Tipo de colegio		Total
	Hombre	Mujer	Público	Privado	
Consumo no problemático	52.7	55.3	52.8	55.7	53.9
Consumo problemático	47.3	44.7	47.2	44.3	46.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Bebida excesiva de alcohol

Entre los escolares, consumidores de alcohol del último mes previo a la encuesta realizada en el 2012, 60.0% señalaron haber consumido, al menos una vez, cinco o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión, este porcentaje es ligeramente mayor en hombres que en mujeres (61.9% y 57.8% respectivamente). El porcentaje que consumieron alcohol en exceso dos o más veces fueron el 26.7% (27.8% y 25.2% para hombres y mujeres respectivamente), sin mayor diferencia según tipo de colegio (**Tabla N° 26**).

Tabla N° 26. Proporción de estudiantes secundarios que reportan bebida exceso de alcohol (usuarios de último mes)

En las últimas 2 semanas: ¿Cuántas veces has consumido 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?	Sexo		Tipo de colegio		Total
	Hombre	Mujer	Público	Privado	
Ninguna vez	38.1	42.2	39.6	40.7	40.0
Al menos una vez	61.9	57.8	60.4	59.3	60.0
Solo una vez	34.0	32.5	32.9	34.0	33.3
Entre dos y tres veces	16.5	15.3	15.9	16.0	16.0
Entre cuatro y cinco veces	4.1	3.1	3.6	3.7	3.7
Más de cinco veces	7.2	6.8	7.9	5.6	7.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Embriaguez

Estos resultados guardan relación con el porcentaje de escolares que se embriagaron, en el último mes antes de la encuesta realizada en el 2012. El 70.7% de escolares, que consumieron alcohol el último mes antes de la encuesta realizada en el 2012, se embriagaron al menos un día, y 17.2% tres o más días (**Tabla N° 27**), este porcentaje es ligeramente mayor en los hombres y los escolares de colegios públicos.

Tabla N° 27. Proporción de estudiantes secundarios que reportan haberse embriagado al menos un día en el último mes, Perú 2012

¿Cuántos días has tomado más de la cuenta y te has emborrachado en el último mes?	Sexo		Tipo de colegio		Total
	Hombre	Mujer	Público	Privado	
Ningún día	24.2	27.1	19.7	35.0	25.5
1 a 2	53.0	54.0	57.8	46.4	53.5
3 a más días	19.2	14.7	18.7	14.6	17.2
No responde	3.6	4.2	3.8	4.1	3.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Entorno de inicio de consumo de drogas

El entorno de inicio hace referencia al grupo en el que el estudiante empezó a consumir una sustancia. Tiene que ver con el espacio relacional en el que vive. No necesariamente se refiere a un espacio físico. Así, por ejemplo, un estudiante puede haberse iniciado en el consumo de una droga con sus amigos de barrio; pero no en el lugar en el que reside, sino en una discoteca u otro espacio ajeno al barrio. En la **Tabla N° 28** se

señala el entorno de inicio del consumo de distintas sustancias, observándose que la familia constituye el principal entorno de consumo de alcohol, para los escolares de secundaria, mientras que los amigos del barrio lo son para el tabaco y la marihuana, y los compañeros de estudio constituyen el principal entorno de inicio de consumo de otras drogas ilegales.

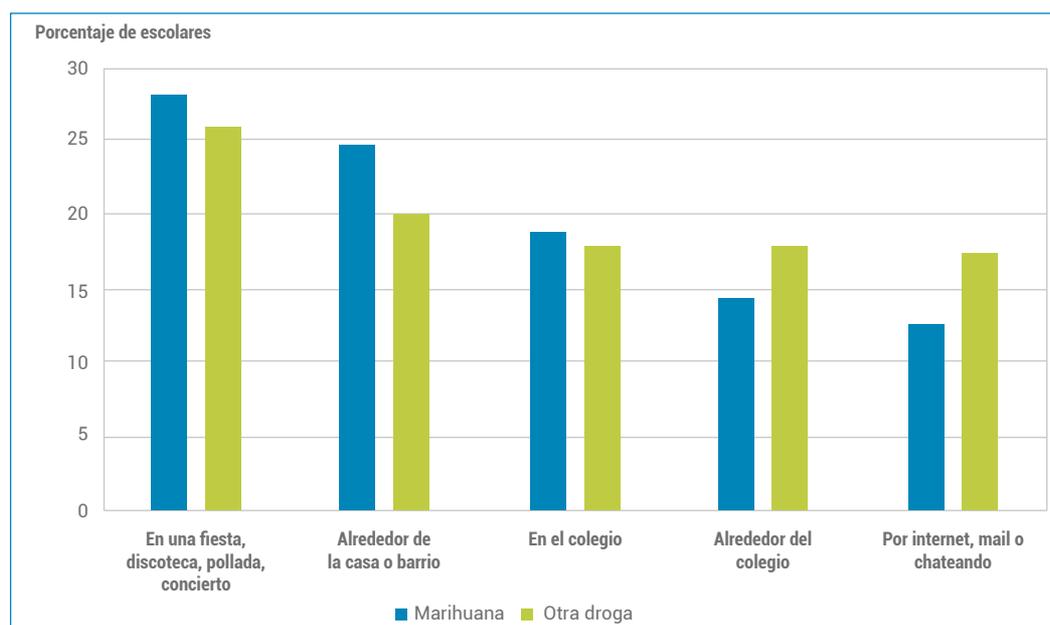
Tabla N° 28. Entorno de inicio del consumo de drogas en la población escolar de secundaria, Perú 2012

Drogas	Solo	Compañeros de estudio	Compañeros de trabajo	Amigos del barrio	Familia		No recuerda
					Padres y/o hermanos	Otros familiares	
Drogas legales							
Alcohol	3.1	24.3	2.1	23.8	19.4	17.1	8.7
Tabaco	15.9	24.1	2.6	31.5	3.6	9.9	12.4
Drogas ilegales							
Marihuana	8.0	21.5	4.1	52.2	1.7	2.7	9.5
Cocaína	17.7	25.2	7.1	24.8	4.0	1.6	19.6
PBC	11.3	30.7	5.8	30.8	2.8	1.3	17.3
Inhalantes	36.0	21.7	3.5	15.0	5.3	4.8	13.6
Éxtasis	24.0	19.0	6.0	13.2	3.5	2.4	31.9

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Si bien los lugares públicos de esparcimiento, como las fiestas, discotecas y conciertos son el principal lugar de ofrecimiento de drogas, seguida de los alrededores de la casa o el barrio (**Gráfico N° 17**), al 34.1% de los escolares les ofrecieron marihuana, y al 35.3% alguna otra droga, en el colegio o alrededor del colegio. Asimismo, el internet se ha constituido en una vía importante para la venta de drogas ilegales entre los estudiantes de secundaria, por lo que las autoridades pertinentes deberían investigar y evaluar cuáles son las diversas formas de captación de nuevos usuarios, así como la venta y entrega de las transacciones realizadas a través de esta vía.

Gráfico N° 17. Lugar donde les ofrecieron marihuana y otras drogas a los estudiantes, Perú 2012



Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Consumo de drogas entre universitarios

La prevalencia de vida de consumo de drogas legales, entre los estudiantes universitarios del Perú, es bastante elevada, en particular el consumo del alcohol cuya prevalencia de vida alcanza el 87.1%, y para el tabaco llega a 59.9%. Siendo la edad promedio de inicio de estas dos sustancias los 16 años (Tabla N° 29). Las prevalencia de uso de las drogas ilegales es más baja, destacándose el consumo de la marihuana, cuya prevalencia de vida alcanza los 11.6% y la prevalencia anual 4.3%. En general, la edad promedio del inicio del consumo de estas drogas ilegales es más alta que para el alcohol y el tabaco.

Tabla N° 29. Principales indicadores de consumo de drogas en la población universitaria, Perú 2012.

Drogas	Prevalencia de consumo			Incidencia de consumo (*)	Edad promedio de inicio
	Vida	Año	Mes		
Drogas legales					
Alcohol	87.1	71.7	46.6	70.6	16.3
Tabaco	59.9	36.2	22.1	31.3	16.4
Drogas ilegales					
Marihuana	11.6	4.3	1.6	2.8	18.5
Cocaína	2.0	0.6	0.1	0.4	19.1
PBC	0.4	0.1	0.0	0.1	18.1
Inhalantes	0.7	0.3	0.0	0.4	16.4
Éxtasis	1.1	0.3	0.1	---	19.6
Anfetaminas	0.4	0.2	0.1	---	---
Crack	0.1	0.0	0.0	---	---
Ketamina	0.2	0.0	0.0	---	---
Drogas médicas					
Tranquilizantes	5.2	2.0	0.9	---	---
Estimulantes	0.8	0.3	0.0	---	---

Fuente: Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina (PRADICAN). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Perú, 2012.

Tabla N° 30. Prevalencia de consumo de alcohol entre universitarios, según sexo, Perú 2012

Alcohol	Prevalencia de consumo			Incidencia de consumo (*)		Edad promedio de inicio
	Vida	Año	Mes	Año	Mes	
Varones	91.4	77.9	54.7	79.5	67.6	15.7
Mujeres	83.0	64.9	38.9	62.3	37.4	16.6
Total	87.1	71.7	46.6	70.6	52.3	16.1

Fuente: Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina (PRADICAN). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Perú, 2012.

(*) Número de estudiantes que se iniciaron en el consumo en los últimos 12 meses por cada 100 que no consumían un año de la aplicación de la encuesta.

Como en el caso de la población general y los estudiantes de secundaria, la prevalencia de consumo de alcohol es más alto entre hombres que en mujeres (**Tabla N° 30**), con una diferencia de ocho puntos porcentuales para la prevalencia de vida y de 13 para la prevalencia anual. La edad de inicio de consumo de alcohol fue más precoz entre los hombres (15.7 años) que entre las mujeres (16.6 años).

Como se señaló anteriormente, entre las drogas ilegales destaca el consumo de marihuana, con una prevalencia de vida de 11.6%, y una prevalencia anual de 4.3%. La diferencia en su consumo es bastante diferente entre hombres y mujeres, siendo sus prevalencias de consumo más del doble para los hombres (**Tabla N° 31**).

Tabla N° 31. Prevalencia de consumo de marihuana entre universitarios, según sexo, Perú 2012

Marihuana	Prevalencia de consumo			Incidencia de consumo (*)		Edad promedio de inicio
	Vida	Año	Mes	Año	Mes	
Varones	16.9	6.0	2.7	3.9	1.6	18.2
Mujeres	6.6	2.7	0.6	1.8	0.2	19.0
Total	11.6	4.3	1.6	2.8	0.9	18.5

Fuente: Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina (PRADICAN). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Perú, 2012.

Como se puede observar en la **Tabla N° 32**, las prevalencias de consumo entre estudiantes de secundaria y universitarios son bastantes diferentes para el consumo del alcohol, tabaco y marihuana, no así para la cocaína, la pasta básica de cocaína, los inhalantes y el éxtasis, situación que requiere ser evaluada a fin de determinar los factores que permiten el acceso de las drogas ilegales a los escolares.

Tabla N° 32. Comparación de la prevalencia de consumo anual y mensual entre escolares de secundaria y universitarios, Perú 2012

Drogas	Prevalencia año		Prevalencia de mes	
	Escolares	Universitarios	Escolares	Universitarios
Drogas legales				
Alcohol	19.7	71.7	9.3	46.6
Tabaco	12.8	36.2	7.4	22.1
Drogas ilegales				
Marihuana	2.2	4.3	1.4	1.6
Cocaína	0.9	0.6	0.7	0.1
PBC	0.9	0.1	0.7	0.0
Inhalantes	1.2	0.3	0.5	0.0
Éxtasis	1.0	0.3	0.7	0.1
Drogas Médicas				
Tranquilizantes	2.3	2.0	1.3	0.9
Estimulantes	1.5	0.3	1.0	0.0

Fuentes:

- DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.
- Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina (PRADICAN). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Perú, 2012.

6.2 Estado nutricional

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Es importante porque permite reconocer factores de riesgo para la salud. La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.

Obesidad y sobrepeso

En la Encuesta Global de Salud Escolar 2010, sobre la base de auto reporte de talla y peso corporal, se calculó el índice de masa corporal (IMC); se consideró a los escolares con “bajo peso” si su IMC estuvo 2 desviaciones estándar por debajo de la mediana, con “sobrepeso” a los escolares cuyo IMC estuvo 1 desviación estándar por encima de la mediana y “obesos” a los escolares cuyo IMC estuvo 2 desviaciones estándar por encima de la mediana. La muestra correspondió a de alumnos de 2do, 3er y 4to grado de educación secundaria de escuelas estatales.

Tabla N° 33. Estado nutricional de los escolares de educación secundaria, según sexo, Perú 2010

Condición explorada	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
Bajo peso (más de 2 DE por debajo de la mediana del IMC)	0.7	0.8	0.7
Sobrepeso (más de 1 DE por encima de la mediana del IMC)	19.8	20.9	18.6
Obesidad (más de 2 DE por encima de la mediana del IMC)	3.0	3.3	2.6

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

Tabla N° 34. Estado nutricional de los escolares de educación secundaria, según año de estudio, Perú 2010

Condición explorada	2do. Grado (%)	3er. Grado (%)	4to. Grado (%)
Bajo peso (más de 2 DE por debajo de la mediana del IMC)	0.8	1.0	0.4
Sobrepeso (más de 1 DE por encima de la mediana del IMC)	26.5	18.3	13.7
Obesidad (más de 2 DE por encima de la mediana del IMC)	4.4	2.6	1.8

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

Si bien el porcentaje de escolares con bajo peso no sobrepasa el 1.0%, en ninguno de los grupos evaluados según sexo y año de estudio, si llama la atención los niveles de sobrepeso y obesidad encontrados, 19.8% para el sobrepeso y 3.0% para la obesidad, estos porcentajes son ligeramente más altos entre los hombres que entre las mujeres (**Tabla N° 33**), así como entre los escolares de 2do. Grado (**Tabla N° 34**). Tanto el sobrepeso como la obesidad afectan al doble de escolares de 2do Grado con respecto a los escolares de 4to. Grado, esto podría estar señalando que el problema de sobrepeso y obesidad estaría incrementándose progresivamente entre los niños, por lo que es necesario continuar con las evaluaciones del estado nutricional tanto en niños como adolescentes.

Aunque las poblaciones no son las mismas, escolares de secundaria en el caso de la Encuesta Global de Salud Escolar y la población de 10 a 19 años de edad en el estudio del Instituto Nacional de Salud (INS), ambas encuestas muestran porcentajes similares para la delgadez, sobrepeso y obesidad. En la Encuesta Global de Salud Escolar el sobrepeso y la obesidad afectaban al 22.8% de los escolares y en el estudio del INS al 24.2% de la población de 10 a 19 años de edad (**Tabla N° 35**). Lo que significa que uno de cada cuatro adolescentes sufre de sobrepeso y obesidad, constituyendo esto un serio problema de salud pública, por los problemas de salud a los que estarían predispuestos (diabetes tipo II, hipertensión arterial, afecciones cardiovasculares, entre otros).

Tabla N° 35. Estado nutricional de la población de 10-19 años de edad por ámbito urbano/rural y sexo, Perú 2012-2013

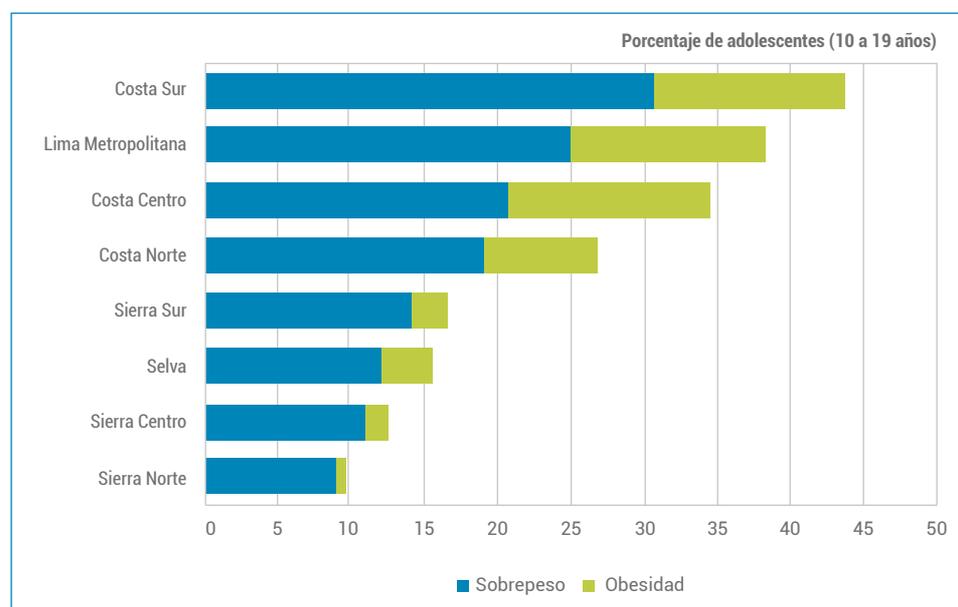
Estado nutricional	Ámbito			Sexo	
	Nacional	Urbano	Rural	Varones	Mujeres
Delgadez	1.4	1.4	1.2	1.9	0.8
Normal	74.5	69.1	86.8	74.2	74.9
Sobrepeso	17.5	20.5	10.6	16.1	19.0
Obesidad	6.7	9.1	1.3	7.9	5.4
Sobrepeso + obesidad	24.2	29.6	11.9	24.0	24.4

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida: 2012-2013.

En la población de 10 a 19 años de edad, el sobrepeso y la obesidad afectan en forma similar a hombres y mujeres, mientras que afecta a más del doble de personas del área urbana que a las del área rural (29.6% y 11.9%, respectivamente). Por regiones naturales, afecta más a los habitantes de la costa y Lima Metropolitana (**Gráfico N°18**), sobrepasando el 25%.

Estos problemas son más prevalentes entre la población no pobre que en los pobres no extremos y los pobres extremos (**Tabla N° 36**).

Gráfico N° 18. Estado nutricional de la población de 10-19 años de edad por regiones naturales, Perú 2012-2013



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida: 2012-2013.

Tabla N° 36. Estado nutricional de la población de 10-19 años de edad según nivel de pobreza, Perú 2012-2013

Estado nutricional	No pobres	Pobres no extremos	Pobres extremos
Delgadez	1.2	1.7	1.0
Normal	70.9	80.0	90.8
Sobrepeso	19.8	14.0	7.3
Obesidad	8.2	4.3	1.0
Sobrepeso + Obesidad	28.0	18.3	8.3

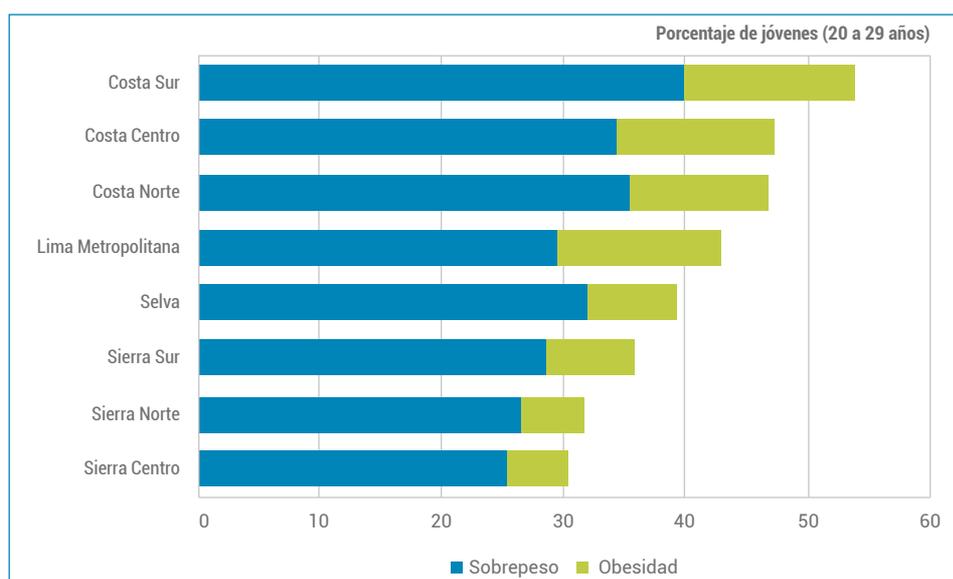
Fuente: Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida: 2012-2013.

El problema del sobrepeso y la obesidad es aún más crítica entre los jóvenes de 20 a 29 años de edad, en quienes el sobrepeso afecta al 30.7% y la obesidad al 9.9% de ellos. Es decir un 40.6% de esta población tiene sobrepeso u obesidad. Estos problemas afectan en forma similar a hombres y mujeres, y en un mayor porcentaje a los habitantes del área urbana (Tabla N° 37), así como a los habitantes de la costa y Lima Metropolitana, donde los porcentajes sobrepasan el 40.0%, llegando a 53.9% en la Costa sur (Gráfico N° 19). Asimismo, afecta más a la población no pobre (Tabla N° 38).

Tabla N° 37. Estado nutricional de los jóvenes de 20-29 años de edad por ámbito urbano/rural y sexo, Perú 2012-2013

Estado nutricional	Ámbito			Sexo	
	Nacional	Urbano	Rural	Varones	Mujeres
Delgadez	1.9	2.2	0.7	1.6	2.2
Normal	57.5	55.5	65.2	57.8	57.2
Sobrepeso	30.7	31.4	28.3	31.9	29.6
Obesidad	9.9	10.9	5.8	8.8	11.0
Sobrepeso + Obesidad	40.6	42.3	34.1	40.7	40.6

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Estado Nutricional en el Perú por etapas de vida: 2012-2013.

Gráfico N° 19. Estado nutricional de los jóvenes de 20-29 años de edad por regiones naturales, Perú 2012-2013

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida: 2012-2013.

Tabla N° 38. Estado nutricional de los jóvenes de 20-29 años de edad según nivel de pobreza, Perú 2012-2013

Estado nutricional	No pobres	Pobres no extremos	Pobres extremos
Delgadez	2.0	1.0	1.2
Normal	55.6	63.7	72.1
Sobrepeso	32.0	26.8	20.2
Obesidad	10.3	8.6	6.6
Sobrepeso + obesidad	42.3	35.4	26.8

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida: 2012-2013.

Comportamiento alimentario de los escolares de secundaria

El porcentaje de escolares que señalaron haber tenido hambre casi siempre o siempre porque no había suficiente comida en casa en los últimos 30 días, está en 3.2%, ligeramente mayor entre hombres que entre las mujeres, y similar según los grados de estudio (Tabla N° 39 y N° 40).

Solo un tercio de los escolares señalaron haber consumido frutas dos o más veces al día, en los últimos 30 días, y menos del 10% verduras tres o más veces al día, mientras que más del 50% señalaron haber consumido bebidas gaseosas una o más veces al día, en los últimos 30 días, y un 10% haber consumido en un restaurante de comida rápida, en los últimos 7 días. Estos altos porcentajes de escolares con inadecuados comportamientos alimentarios, explicaría, en parte, los altos niveles de sobrepeso y obesidad en esta población. Esto hace necesario desarrollar métodos efectivos de difusión que explique a los padres de familia las ventajas de una dieta saludable, así como los riesgos y problemas de salud que podrían generar un alto consumo de carbohidratos y grasas saturadas.

Tabla N° 39. Comportamiento alimentario de los escolares de secundaria, según sexo, Perú 2010

Condición explorada	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
Tuvieron hambre casi siempre o siempre porque no había suficiente comida en casa en los últimos 30 días	3.2	3.7	2.6
Comieron fruta habitualmente dos o más veces al día, en los últimos 30 días	31.7	29.2	34.2
Comieron verduras habitualmente tres o más veces al día, en los últimos 30 días	8.9	9.8	7.9
Consumieron bebidas gaseosas habitualmente una o más veces al día, en los últimos 30 días	54.0	54.6	53.1
Comieron en un restaurante de comida rápida tres días o más, en los últimos 7 días	10.7	12.0	9.1
Comieron fruta y verdura habitualmente cinco o más veces al día en los últimos 30 días	9.3	8.8	9.7

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

Tabla N° 40. Comportamiento alimentario de los escolares de secundaria, según Grado de estudio, Perú 2010

Condición explorada	2do. Grado (%)	3er. Grado (%)	4to. Grado (%)
Tuvieron hambre casi siempre o siempre porque no había suficiente comida en casa en los últimos 30 días	3.4	3.0	2.9
Comieron fruta habitualmente dos o más veces al día, en los últimos 30 días	31.5	34.4	29.4
Comieron verduras habitualmente tres o más veces al día, en los últimos 30 días	8.6	10.6	7.7
Consumieron bebidas gaseosas habitualmente una o más veces al día, en los últimos 30 días	56.1	57.3	47.8
Comieron en un restaurante de comida rápida tres días o más, en los últimos 7 días	10.8	10.4	10.7
Comieron fruta y verdura habitualmente cinco o más veces al día en los últimos 30 días	9.5	10.6	7.8

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

Anemia

Entre las mujeres de 15 a 29 años de edad, luego de una reducción importante de la anemia entre el año 2000 y el 2009, la prevalencia de este problema de salud se ha mantenido caso inalterable hasta el año 2015, tanto en el grupo de 15 a 19 años de edad como en el grupo de 20 a 29 años (Tabla N° 41). En 2015, el 17.3% de las mujeres de 15 a 19 años presentaba anemia leve (10.0 a 11.9 g/dl), el 2.4% anemia moderada (7.0 a 9.9 g/dl) y solo un 0.2% anemia severa (menor de 7.0 g/dl). Para las mujeres de 20 a 29 años estos porcentajes eran de 17.7%, 2.4% y 0.2%, respectivamente.

Tabla N° 41. Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 29 años de edad, por tipo de anemia, Perú 2000, 2009 y 2015

Años	Mujeres de 15 a 19 años				Mujeres de 20 a 29 años			
	Total	Leve	Moderada	Severa	Total	Leve	Moderada	Severa
2000	29.2	24.5	4.5	0.2	31.0	25.3	5.7	0.0
2009	19.9	18.2	1.7	0.1	19.5	17.0	2.3	0.3
2015	19.9	17.3	2.4	0.2	20.3	17.7	2.4	0.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES 2000, 2009 y 2015.

6.3 Actividad física

De acuerdo a los datos proporcionados por la Encuesta Global de Salud Escolar los niveles de actividad física de los escolares de secundaria de los colegios públicos es baja, solo un 25% de ellos realizaron una actividad física de 60 minutos a más, por día, en los últimos 7 días antes de la encuesta, el porcentaje es ligeramente mayor en hombres que en mujeres. Asimismo, casi el 30% no camina ni monta bicicleta para ir al colegio; y casi el 30% pasaron tres o más horas al día realizando actividades sedentarias, durante un día típico o usual (Tabla N° 42 y N° Tabla 43).

Tabla N° 42. Actividad física de los escolares de secundaria, según sexo, Perú 2010

Condición explorada	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
Realizó actividad física de 60 minutos a más por día por lo menos 5 de los últimos 7 días	24.8	26.3	23.5
No caminó ni montó bicicleta para ir o volver de la escuela durante los últimos 7 días	28.8	29.3	28.2
Tiene clase de educación física 3 días o más cada semana durante este año escolar	2.2	2.3	2.1
Pasaron tres o más horas al día realizando actividades sedentarias durante un día típico o usual	28.6	28.7	28.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES 2000, 2009 y 2015.

Tabla N° 43. Actividad física de los escolares de secundaria, según grado de estudio, Perú 2010

Condición explorada	2do. Grado (%)	3er. Grado (%)	4to. Grado (%)
Realizó actividad física de 60 minutos a más por día por lo menos 5 de los últimos 7 días	25.1	23.4	26.4
No caminó ni montó bicicleta para ir o volver de la escuela durante los últimos 7 días	33.5	28.5	23.5
Tiene clase de educación física 3 días o más cada semana durante este año escolar	3.1	2.3	1.0
Pasaron tres o más horas al día realizando actividades sedentarias durante un día típico o usual	24.5	28.5	33.7

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010

Un estudio realizado en dos instituciones educativas del distrito de San Martín de Porres, Lima-Perú⁸, uno público y otro privado, cuyo objetivo era determinar el nivel de actividad física en escolares de secundaria de edades entre los 14 -17 años, encontró que el 21.4% de los escolares tenía una actividad física moderada y solo 2.7% una actividad física intensa. Un mayor porcentaje de hombres realizaban actividades físicas moderadas o intensas, 33.8% de los hombres y el 16.2% de las mujeres.

Tabla N° 44. Nivel de actividad física de estudiantes de secundaria según tipo de institución educativa y sexo

Actividad física	Tipo de Institución educativa			Sexo	
	TOTAL	Particular	Estatad	Masculino	Femenino
Muy baja	26.8	33.9	19.5	21.6	31.2
Baja	49.1	47.8	50.4	44.6	52.7
Moderada	21.4	15.1	28.0	29.4	14.6
Intenso	2.7	3.3	2.1	4.4	1.5
Muy baja + Baja	75.9	81.6	69.9	66.2	83.8
Moderada + Intensa	24.1	18.4	30.1	33.8	16.2

Fuente: A. Montoya, D. Pinto, A. Taza, E. Meléndez, P. Alfaro. Nivel de actividad física según el cuestionario PAQ-A en escolares de secundaria en dos colegios de San Martín de Porres-Lima. Rev Hered Rehab. 2016; 1:21-31.1

⁸ A. Montoya, D. Pinto, A. Taza, E. Meléndez, P. Alfaro. Nivel de actividad física según el cuestionario PAQ-A en escolares de secundaria en dos colegios de San Martín de Porres-Lima. Rev Hered Rehab. 2016; 1:21-31

Otro hallazgo interesante de este estudio, aunque se estudiaron solo dos instituciones educativas y por tanto no es representativo de lo que ocurre en las instituciones de educación secundaria, es la baja participación en las clases de educación física (Tabla N° 45). Más de 90% de los escolares con baja o muy baja actividad física, no participan en las clases de educación física o lo hacen muy esporádicamente, mientras que los que realizan actividad física moderada o intensa, participan a menudo o siempre en estas clases (29.8% y 52.5%, respectivamente).

Los inadecuados hábitos de consumo alimentario unido a la baja actividad física de los escolares, continuarán incrementando los niveles de sobrepeso y obesidad en esta población, con sus negativas consecuencias para su salud. Entre los factores que condicionan la baja actividad física, entre los escolares, están la inadecuada infraestructura deportiva y recreacional, falta de personal educativo calificado, horarios inadecuados y la falta de incentivos para los escolares, así como el desconocimiento de los padres y escolares de los riesgos que la inadecuada alimentación y falta de actividad física tendrán sobre su salud en el futuro.

Tabla N° 45. Participación en clases de educación física y nivel de actividad física realizada por estudiantes de secundaria

Actividad física	Participa en clases de educación física				
	No	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
Muy baja	67.4	59.3	40.1	12.2	2.5
Baja	30.4	33.3	52.9	58.0	45.0
Moderada	2.2	7.4	7.0	26.7	45.0
Intenso	0.0	0.0	0.0	3.1	7.5
Muy baja + baja	97.8	92.6	93.0	70.2	47.5
Moderada + intensa	2.2	7.4	7.0	29.8	52.5

Fuente: A. Montoya, D. Pinto, A. Taza, E. Meléndez, P. Alfaro. Nivel de actividad física según el cuestionario PAQ-A en escolares de secundaria en dos colegios de San Martín de Porres – Lima. Rev. Hered. Rehab. 2016; 1:21-31.

6.4 Situaciones de riesgo asociados al uso de internet

El internet constituye, actualmente, un instrumento importante para el acceso a información así como un medio de comunicación, tanto individual como social, pero es innegable que puede constituir también una vía que podría poner en situación de riesgo a los adolescentes, así como una vía para realizar actividades delictivas, como la venta y distribución de drogas.

Tabla N° 46. Situaciones de riesgo experimentadas por escolares de secundaria a través del internet, Perú 2012

	Sexo		Tipo de colegio		Total
	Hombre	Mujer	Público	Privado	
Le han ofrecido drogas (marihuana, PBC, cocaína u otras sustancias)					
Nunca le ha ocurrido	85.8	90.1	86.8	90.1	88.1
Al menos una vez	14.2	9.9	13.1	10.0	11.9
Siempre o casi siempre	3.2	2.1	3	1.9	2.6
Algunas veces	5.6	3.5	5	3.7	4.5
Una vez	5.4	4.3	5.1	4.4	4.8
Ha hecho amistades con personas mayores					
Nunca le ha ocurrido	54.6	53.7	56.9	49.8	54.1
Al menos una vez	45.5	46.2	43.1	50.3	45.9
Siempre o casi siempre	11.0	7.2	8.3	10.2	9.0
Algunas veces	24.2	23.9	22.3	26.8	24.1
Una vez	10.3	15.1	12.5	13.3	12.8
Ha tenido un romance o relación con una persona que conoció por internet					
Nunca le ha ocurrido	72.6	78.5	75.6	76.0	75.7
Al menos una vez	27.4	21.5	24.4	24.0	24.3
Siempre o casi siempre	5.8	3.2	4.8	3.8	4.4
Algunas veces	10.6	6.2	8.4	8.1	8.3
Una vez	11.0	12.1	11.2	12.1	11.6
Le han propuesto tener relaciones sexuales con personas que conoció por internet					
Nunca le ha ocurrido	83.6	89.2	85.9	87.5	86.5
Al menos una vez	16.4	10.8	14.1	12.5	13.4
Siempre o casi siempre	4.0	1.9	3.2	2.4	2.9
Algunas veces	5.8	3.6	4.9	4.3	4.6
Una vez	6.6	5.3	6.0	5.8	5.9
Ha tenido cibersexo con personas que conoció por internet					
Nunca le ha ocurrido	88.1	94.5	90.4	93.1	91.4
Al menos una vez	12.0	5.6	9.6	7.0	8.5
Siempre o casi siempre	3.3	1.6	2.9	1.7	2.4
Algunas veces	4.0	1.8	3.2	2.2	2.8
Una vez	4.7	2.2	3.5	3.1	3.3
Ha tenido relaciones sexuales con personas que conoció por internet					
Nunca le ha ocurrido	88.4	94.1	90.0	93.6	91.4
Al menos una vez	11.7	5.9	10.0	6.4	8.6
Siempre o casi siempre	3.6	2.0	3.1	2.2	2.8
Algunas veces	3.9	1.9	3.3	2.1	2.8
Una vez	4.2	2.0	3.6	2.1	3.0

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

De acuerdo al IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012, el 60.8% de los escolares de secundaria tenía acceso a internet, el 57.2% en su casa, 41.6% en cabinas de internet, y 8.6% en el colegio. El 40.1% podía acceder a internet todos los días o casi todos los días, mientras que 32.9% lo hacía dos o tres veces por semana. Según su propia referencia, las principales actividades cuando accedía a internet eran: (i) Buscar información/Tarea (64.2%), (ii) uso de Facebook, Twitter/Hi5 u otra red social (63.0%), (iii) chatear (34.3%), (iv) uso de YouTube (32.7%), (v) bajar programas, fotos, videos, música (29.2%), y (vi) juegos en línea (26.6%).

La **Tabla N° 46** muestra algunas situaciones de riesgo experimentados por los escolares, en relación al ofrecimiento de drogas y proposiciones para realizar cibersexo o tener relaciones sexuales.

Al 11.9% de escolares con acceso a internet, se les ofreció, al menos una vez, algún tipo de drogas, el porcentaje es mayor para los hombres y para los escolares de un colegio público. Un 45.9% ha hecho amistad con personas mayores, porcentaje similar para hombres y mujeres y ligeramente más alto para los escolares de las escuelas privadas. El 24.3% ha tenido un romance o relación con una persona que conoció por internet, un porcentaje más alto para los hombres.

Al 13.4% de los escolares al menos una vez, la persona que conoció por internet, les propusieron tener relaciones sexuales, en un porcentaje más alto a los varones (16.4%) que a las mujeres (10.8%), así como a los escolares de las escuelas públicas (14.1%) que a los de colegios privados (12.5%). Asimismo, el 8.5% tuvieron cibersexo con las personas que conocieron por internet, 12.0% en el caso de los hombres y 5.6% en el caso de las mujeres; 9.6% con escolares de escuelas públicas y 7.0% con escolares de escuelas privadas. El porcentaje de escolares que tuvieron relaciones sexuales con personas que conocieron por internet es muy similar a aquellos que tuvieron cibersexo (**Tabla N° 46**). Estas son situaciones que podrían poner en riesgo a los estudiantes, en particular a aquellos que se reunieron con personas mayores para tener relaciones sexuales, tanto en relación a contagiarse de una infección de transmisión sexual, como un embarazo no deseado o verse involucrados en actividades ilícitas, como la prostitución y la trata de personas.

6.5 Población juvenil infractora

De acuerdo al Censo Nacional de Población en los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación (CJDR), en 2016, 1,965 jóvenes se encontraban internados en esos centros. Los establecimientos de rehabilitación que concentran la mayor población juvenil son: CJDR de Lima (792), CJDR La Libertad (182), CJDR Marcavalle (159), CJDR El Tambo (153) y CJDR José Quiñones González (151), entre los principales, dando cuenta del 73.1% de la población juvenil en dichos centros. Del total de internos, 1,878 (95.6%) eran hombres y 87 (4.4%) mujeres. Su media de edad era de 17.2 años. El 89.6% tenía educación secundaria incompleta o un menor nivel educativo.

Antes de ingresar al CJDR, 1,160 (59.0%) jóvenes consumían algún tipo de drogas, 59.1% de los hombres y el 58,6% de las mujeres. Entre las principales drogas de consumo estaban: marihuana (86.5%), Pbc/cocaína/crack: 11.7%, inhalantes: 1.5% y pastillas: 0.3%. De igual manera, el consumo de bebidas alcohólicas era muy alta, el 81.7% de estos jóvenes habían consumido alguna bebida alcohólica, 82.1% de los hombres y 72.4% de las mujeres. La cerveza es la bebida alcohólica más consumida (81.0%), seguida del ron (6.8%) y el whisky (3.9%).

En la **Tabla N° 47** se señalan los tipos de infracción por los que se les acusa a estos adolescentes, siendo las principales causas el robo agravado (43.1%) y la violación sexual (12.7%). Hay que destacar que el homicidio simple y el homicidio calificado dan cuenta del 11.7% de las causas de ingreso a un CJDR.

Tabla N° 47. Población adolescente infractora, por sexo, según tipo de infracción por el que lo acusan, Perú 2016

Infracción cometida	Total		Sexo			
			Hombre		Mujer	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Total	1965	100.0	1878	100.0	87	100.0
Robo agravado	847	43.1	813	43.3	34	39.1
Violación sexual	250	12.7	250	13.3	0	0.0
Robo	174	8.9	169	9.0	5	5.7
Homicidio simple	164	8.3	159	8.5	5	5.7
Tráfico ilícito de drogas	94	4.8	86	4.6	8	9.2
Tenencia ilegal de armas	88	4.5	86	4.6	2	2.3
Homicidio calificado	66	3.4	61	3.2	5	5.7
Hurto agravado	59	3.0	57	3.0	2	2.3
Extorción	56	2.8	53	2.8	3	3.4
Tentativa de homicidio	37	1.9	33	1.8	4	4.6
Lesiones graves	24	1.2	23	1.2	1	1.1
Otras infracciones ^{1/}	106	5.4	88	4.7	18	20.7

^{1/} Comprende: Tentativa de violación sexual, hurto simple, actos contra el pudor, parricidio, tentativa de robo, entre otros.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Censo Nacional de Población en los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación, 2016.

Entre los principales motivos para cometer la infracción se encontraban el lucro personal (54.8%), la emoción violenta (16.9%), y la venganza (6.5%).

7. Salud mental

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” inició en el 2002, una serie de investigaciones epidemiológicas basadas en encuestas de hogares, con el objetivo de realizar el diagnóstico de la salud mental en cuatro grupos objetivo: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas. Estos estudios han sido realizados en Lima Metropolitana y Callao en 2002 y 2012; en la sierra urbana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) en 2003; en la selva urbana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa) en 2004; en la Costa urbana (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa) en 2006; en Lima rural (Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos) en 2007; en la sierra rural (Cajamarca, Hualgayoc, Celendín, Huamanga, Huanta, Vilcashuamán, Carhuaz, Recuay y Huaraz) en 2008 y en la selva rural (Loreto, Maynas, Coronel Portillo y Padre Abad) en 2009.

Si bien las encuestas abarcan un lapso de 10 años, es la única serie de estudios que permiten una comparación de la situación de la salud mental en las diferentes regiones naturales del país y sus ámbitos urbano y rural, de ahí la importancia que sus resultados tienen para conocer la salud mental de los adolescentes del país. Asimismo, considerando que no se han llevado a cabo grandes intervenciones que hayan modificado la situación de la salud mental en los ámbitos señalados podemos considerar que los cambios no son grandes y por tanto, son comparables.

7.1 Confianza hacia las autoridades de su entorno

Los niveles de confianza de los adolescentes hacia las principales autoridades, políticas, comunales, policiales y militares son muy bajas en todas las regiones naturales del país, tanto en el ámbito urbano como el rural (**Tabla N° 48**). Los más altos porcentajes de poca o nula confianza se da entre las autoridades políticas, incluyendo los alcaldes; en todos los ámbitos estudiados ese porcentaje se encuentra sobre el 69%, con la excepción de la Selva rural donde es 64.9%. Asimismo, la poca o nula confianza es también alta hacia las autoridades policiales, llegando esta a 69.2% en la sierra rural.

Tabla N° 48. Poca o nula confianza de los adolescentes hacia las autoridades de su entorno, por regiones naturales y ámbitos urbano y rural, 2003-2012

Autoridades	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Políticas	82.4	75.5	75.6	75.9	69.3	64.9	69.3
Líderes comunales	70.0	61.1	60.8	52.7	49.1	45.9	42.6
Policiales	55.6	42.5	42.3	48.4	69.2	47.8	45.1
Militares	--	--	45.7	39.0	52.3	40.4	46.7

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

La poca o nula confianza hacia las autoridades, incluyendo líderes comunitarios, es un fenómeno que se ve a nivel nacional y en todos los grupos de población, estando en relación con la corrupción en los diversos niveles del gobierno, la inseguridad ciudadana, así como los altos niveles de subempleo, particularmente en el ámbito urbano.

7.2 Principales factores psicosociales que causan estrés en los adolescentes

Entre los principales motivos de estrés, en los adolescentes del país, se encuentran la delincuencia, el narcotráfico y los problemas de salud (**Tabla N° 49**). Problemas también relacionados con la inseguridad, así como la percepción de una falta de protección ante la eventualidad de un grave problema de salud, que no será fácilmente resuelto por los servicios de salud del Estado, por la dificultad de acceder a servicios de salud de calidad, en el momento oportuno.

Tabla N° 49. Principales factores psicosociales que causan estrés en los adolescentes por regiones naturales y ámbitos urbano y rural, 2003-2012

Estresores psicosociales	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Delincuencia	57.2	54.0	58.4	52.4	32.6	35.4	42.2
Narcotráfico	--	46.8	54.1	44.9	25.6	31.5	34.7
Terrorismo	--	41.4	42.6	38.6	26.9	27.0	34.1
La salud	54.3	48.1	37.2	30.3	40.4	33.6	44.7
Estudio	43.3	30.6	23.8	17.8	38.2	29.2	36.9
Dinero	22.5	19.2	14.2	11.1	20.6	15.1	16.1

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

7.3 Estados anímicos prevalentes entre los adolescentes

En cuanto a los estados anímicos prevalentes que, sin ser por sí mismos patológicos, pueden repercutir significativamente en la calidad de vida de los adolescentes, llama la atención los resultados respecto a los estados negativos que dicen experimentar “siempre o casi siempre”. En promedio, en los ámbitos estudiados por el INSM (Tabla N° 50), el 22.6% de los adolescentes se sienten “siempre o casi siempre” preocupados, 16.0% irritables, 14.6% aburridos y un 13.4% tristes.

Esto hace necesario estudiar a mayor profundidad los motivos que llevan a estos estados anímicos negativos, tan prevalentes entre los adolescentes. Es posible que entre los motivos principales se encuentren los problemas de acceso a centros de educación superior y un trabajo estable en el futuro, así como la falta o el poco acceso a lugares donde puedan encontrar una amplia variedad de ofertas culturales y deportivos.

Tabla N° 50. Estados anímicos prevalentes (“siempre o casi siempre”) entre los adolescentes por regiones naturales y ámbitos urbano y rural, 2003-2012

Estados anímicos	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Triste	13.2	15.2	11.4	8.0	14.5	16.4	15.3
Tenso	12.4	13.6	14.4	9.3	9.7	13.7	12.9
Angustiado	11.9	13.8	11.1	7.3	12.0	15.5	14.2
Irritable	16.6	20.3	12.8	12.9	13.0	20.8	15.3
Preocupado	25.7	26.1	23.5	17.9	20.1	20.5	24.5
Tranquilo	61.7	69.2	71.6	68.5	76.5	73.5	66.9
Alegre	77.4	80.9	85.2	81.7	81.2	80.2	82.0
Aburrido	11.9	15.6	15.8	21.2	7.8	17.3	12.9

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

7.4 Conductas disociales

Las conductas disociales pueden iniciarse desde edades tempranas y ser predictivas de problemas severos de personalidad de difícil tratamiento en la adultez. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas, las tendencias psicopáticas (conductas disociales) se refieren a conductas como venta de objetos robados, mentiras frecuentes, actos delictivos y abandono de la escuela; mientras que las tendencias delictivas incluye el que, al menos ocasionalmente, haya ganado dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas, haya participado en un robo alguna vez o considere que ante determinadas circunstancias es permitido robar.

Tabla N° 51. Aspectos psicopáticos entre los adolescentes, por regiones naturales y ámbitos urbano y rural, 2003-2012

Aspectos psicopáticos	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Permisividad frente a psicopatías	9.9	5.1	3.4	5.0	11.5	11.5	4.7
Prevalencia de tendencias psicopáticas	39.4	44.6	36.9	35.5	21.5	40.7	40.2
Prevalencia de tendencias delictivas	9.6	3.6	3.3	6.0	3.3	5.0	4.3

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

La prevalencia de tendencias psicopáticas es elevada entre los adolescentes del país, llegando a 37.0% en promedio en el país, variando desde 40.7% en la selva rural a 21.5% en la sierra rural (**Tabla N° 51**). Es asimismo alto el porcentaje de adolescentes que son permisibles frente a psicopatías (7.3% en promedio a nivel nacional, variando de 11.5% en la selva rural a 3.4% en la costa urbana), así como la prevalencia de tendencias delictivas (5.0% como promedio nacional, variando de 9.6% en la sierra urbana a 3.3% en la sierra rural y la costa urbana). Esta situación está relacionada a los problemas de corrupción, delincuencia y narcotráfico que afectan a la sociedad peruana en su conjunto, en un entorno social marcado por la pobreza y la falta de empleo seguro.

7.5 Conductas suicidas

Los adolescentes se ven expuestos a procesos de cambio que pueden afectar su estado anímico y hacerlos proclive a ideas pesimistas acerca de su futuro. Los diferentes niveles o grados de conductas suicidas deben ser una alerta para intervenciones tempranas. Las conductas suicidas en los adolescentes han sido estudiadas en varias encuestas, como la Encuesta Global de Salud Escolar 2010, y los estudios epidemiológicos de salud mental del INSM, aunque no han tomado los mismos grupos de población (escolares de secundaria en el primer caso y adolescentes de 12 a 17 años el segundo). El Estudio Global de Salud Escolar 2010 encontró que el 20.0% de escolares de secundaria había considerado seriamente la posibilidad de suicidarse, en los últimos 12 meses, 15.3% hizo un plan de como suicidarse y 17.4% intentó suicidarse una o más veces en los últimos 12 meses. Estos porcentajes son mayores en las mujeres que en los hombres, por lo general el doble (**Tabla N° 52**), mientras que no se observan mayores diferencia según el grado de estudios en que se encuentran (**Tabla N° 53**).

Tabla N° 52. Indicadores suicidas en estudiantes de secundaria según sexo, Perú 2010

Condición explorada	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses	20.0	12.3	27.9
Hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses	15.3	9.1	21.6
Intentó suicidarse una o más veces en los últimos 12 meses	17.4	12.6	22.2

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

Tabla N° 53. Indicadores suicidas en estudiantes de secundaria según grado de estudio, Perú 2010

Condición explorada	2do. Grado (%)	3er. Grado (%)	4to. Grado (%)
Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses	18.9	20.7	20.2
Hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses	14.3	15.5	16.1
Intentó suicidarse una o más veces en los últimos 12 meses	17.9	17.9	15.7

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

Los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental encontraron que la prevalencia de vida del deseo de morir sobrepasa el 25.0% en las áreas urbanas y varía de 12.1% a 21.4% en las áreas rurales; mientras que el pensamiento de índole suicida está alrededor del 10.0% en las áreas urbanas y el 5.0% en las rurales, la planeación suicida varía de 1.5% en la sierra rural a 4.9% en Lima Metropolitana y conducta suicida de 0.5% en la Sierra rural a 3.6% en Lima Metropolitana, todos estos porcentajes son más altos en las áreas urbanas (Tabla N° 54).

En promedio, en los ámbitos estudiados por el INSM, la prevalencia anual de la conducta suicida fue 1.1%, muy por debajo del porcentaje señalado por la Encuesta Global de Salud Escolar 2010 (17.4%), probablemente debido a problemas metodológicos, siendo muy probable que la conducta suicida en los adolescentes esté en valores como los encontrados por los estudios epidemiológicos del INSM.

Tabla N° 54. Indicadores suicidas, por regiones naturales y ámbitos urbano/rural

Indicadores suicidas	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Deseos de morir							
Prevalencia de vida	29.6	25.4	25.2	25.9	12.1	15.1	21.4
Prevalencia anual	15.9	16.3	12.0	11.2	6.0	9.6	10.8
Prevalencia mensual	6.9	7.1	4.9	3.6	2.9	2.4	3.6
Pensamientos de índole suicida							
Prevalencia de vida	9.8	10.1	9.2	11.0	3.5	5.7	7.4
Prevalencia anual	6.3	5.9	5.7	6.1	1.9	3.1	5.0
Prevalencia mensual	3.0	2.2	2.3	2.1	0.7	0.9	1.6
Planeación suicida							
Prevalencia de vida	3.8	4.1	3.3	4.9	1.5	3.1	2.3
Prevalencia anual	2.7	2.9	1.8	2.7	0.7	2.0	1.9
Prevalencia mensual	1.4	1.2	0.7	1.0	0.2	0.5	1.1
Conductas suicidas							
Prevalencia de vida	2.9	1.7	1.5	3.6	0.5	0.6	1.2
Prevalencia anual	1.9	1.1	0.9	1.9	0.2	0.5	0.9
Prevalencia mensual	0.8	0.3	0.2	0.7	0.1	0.1	0.3

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

Los indicadores suicidas, en general son más altos entre los adolescentes de 15 a 17 años de edad, que entre los de 12 a 14 años (**Gráfico N° 20**), llegando la prevalencia de vida para el planeamiento suicida y la conducta suicida a 5.9% y 4.6% entre los adolescentes de 15 a 17 años en Lima y Callao, mientras que en los adolescentes de 12 a 14 años, para ese mismo ámbito, llega a 3.7% y 2.5%, respectivamente. En Lima y Callao, los indicadores suicidas son más altos entre las mujeres que en los hombres; la prevalencia de vida del planeamiento suicida y la conducta suicida llegan a 6.7% y 5.1% en las mujeres y a 3.0% y 2.1% entre los hombres (**Tabla N° 55**).

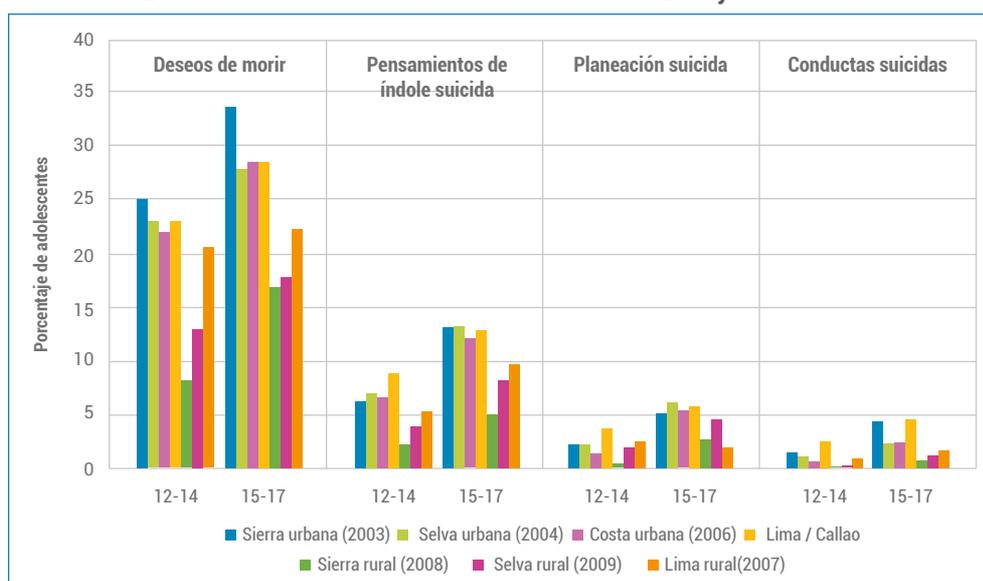
Tabla N° 55. Indicadores suicidas, por sexo y regiones naturales

Indicadores suicidas	Masculino			Femenino		
	Sierra rural (2008)	Selva rural (2009)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra rural (2008)	Selva rural (2009)	LM ⁽¹⁾ (2012)
Deseos de morir						
Prevalencia de vida	8.0	7.5	16.2	8.0	24.4	35.9
Prevalencia anual	3.3	3.5	5.0	3.3	17	17.5
Prevalencia mensual	1.4	1.7	1.7	1.4	3.3	5.5
Pensamientos de índole suicida						
Prevalencia de vida	2.7	3.9	6.0	2.7	7.8	16.0
Prevalencia anual	0.9	1.9	2.1	0.9	4.7	10.1
Prevalencia mensual	0.1	0.9	0.7	0.1	0.9	3.6
Planeación suicida						
Prevalencia de vida	0.9	1.3	3.0	0.9	5.3	6.7
Prevalencia anual	0.1	0.9	1.2	0.1	3.3	4.2
Prevalencia mensual	0.0	0.4	0.6	0.0	0.5	1.4
Conductas suicidas						
Prevalencia de vida	0.1	0.1	2.1	0.1	1.3	5.1
Prevalencia anual	0.0	0.0	0.7	0.0	1.1	3.0
Prevalencia mensual	0.0	0.0	0.3	0.0	0.2	1.1

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

Gráfico N° 20. Indicadores suicidas entre adolescentes de 12-14 y de 15-17 años de edad



Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

Motivos de intentos suicidas

Los principales motivos que dan los adolescentes para intentar suicidarse son los problemas intrafamiliares, en promedio el 61.8% de adolescentes señalan como motivo para el intento suicida los problemas con los padres, 18.6% señala los problemas con otros parientes y un 7.1% la separación de la familia. Otros motivos señalados son los problemas con: la pareja (6.1%), económicos (5.5%) y con la autoimagen” (4.3%). No existe una diferencia significativa, en los motivos de los intentos suicidas, entre los grupos de edad de 12 a 14 y el de 15 a 17 años, así como tampoco por sexo. Estos resultados señalan la necesidad de intervenciones basadas en el grupo familiar, a fin de reducir las tasas de los intentos y las conductas suicidas.

Las principales formas de intento suicida son el “cortarse las venas” y el “tomar raticida” y “tomar pastillas”, no existiendo una diferencia al respecto entre hombres y mujeres.

7.6 Tendencia a la violencia

La violencia es uno de los principales problemas sociales que enfrenta nuestra sociedad, como resultado de la precariedad de las condiciones de vida de un importante porcentaje de la población, así como las escasas intervenciones en este campo, tanto en el ámbito educativo como en el entorno familiar de los niños y adolescentes. La prevalencia de tendencias violentas como las peleas con algún tipo de armas (piedras, palos, cuchillos, hondas, verdugillo) y abuso físico contra menores, fue en promedio de 16.1% para los ámbitos estudiados por el INSM, y fue mayor entre los adolescentes de 15 a 17 años (17.5%) que entre los adolescentes de 12 a 14 años (14.8%). Asimismo, fue mayor en las áreas urbanas, alcanzando el 20.6% en la sierra urbana (Tabla N° 56).

Entre las tendencias violentas más frecuentes tenemos el haber “participado en más de una pelea que haya acabado en golpes”, y “el haberle pegado a un niño menor y dejarle moretones” (Tabla N° 57).

Tabla N° 56. Prevalencia de tendencias violentas entre adolescentes, por región natural y áreas urbano/rural

Grupos de edad	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Total	20.6	18.0	17.1	18.8	10.4	13.9	14.0
12-14	19.4	14.2	17.0	15.0	9.8	12.7	15.5
15-17	21.7	22.1	17.2	22.5	11.2	15.6	12.3

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

Tabla N° 57. Tendencias violentas en los adolescentes de Lima y Callao y la Sierra y Selva rurales

Tendencias violentas	Lima y Callao (2012)	Sierra rural (2008)	Selva rural (2009)
Le ha pegado a un niño menor y le ha dejado moretones	6.0	2.9	3.7
Ha participado en más de una pelea que haya acabado en golpes	15.7	8.0	10.4
En una pelea ha usado piedras, palos, cuchillos, hondas, machetes, verdugillo u hoz	1.9	0.9	2.0
En una pelea ha usado armas de fuego como pistolas	0.3	0.2	0.3

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

En cuanto al pensamiento homicida (haber tenido la idea de matar a alguien), si bien sus prevalencias no parecen altas, es muy significativo que más del 2% de adolescentes, de las áreas urbanas, hayan tenido la idea de matar a una persona (**Tabla N° 58**), llegando a 2.7% en Lima y Callao. Esto requiere de mayores investigaciones a fin de determinar las condiciones y factores que llevaron a este pensamiento homicida y si podrían tener alguna repercusión en el futuro de estos adolescentes.

Tabla N° 58. Prevalencia de consideraciones o pensamientos de índole homicida en adolescentes, por región natural y área urbano/rural

Grupos de edad	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Vida	2.1	2.4	2.1	2.7	1.2	0.8	1.1
Año	1.1	1.4	1.0	1.7	0.5	0.5	0.8
Mes	0.9	0.5	0.4	0.6	0.1	0.5	0.1

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

7.7 Trastornos clínicos (mentales y del comportamiento)

Con la excepción de la fobia social, cuya prevalencia es muy similar en las áreas urbanas y rurales, los trastornos clínicos en los adolescentes son más prevalentes en las áreas urbanas (**Tabla N° 59**), ocupando los primeros lugares el episodio depresivo (promedio en los ámbitos en estudio de 3.8%, variando de 7.0% en Lima y Callao a 1.1% en Lima Rural), los trastornos de ansiedad generalizada (promedio de 3.0%) y la fobia social (promedio de 2.9%).

Tabla N° 59. Prevalencia actual de trastornos clínicos en los adolescentes, según región natural y ámbito urbano/rural

Trastornos clínicos	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Trastornos psicóticos ⁽²⁾	1.5	0.3	0.1	3.0	0.3	0.5	0.9
Episodio depresivo	5.7	4.7	4.4	7.0	2.0	1.9	1.1
Distimia	0.8	0.7	0.4	0.4	0.0	0.0	0.2
Fobia social	3.1	1.2	2.3	2.9	2.8	4.1	3.9
Trastorno de ansiedad generalizada	5.5	5.0	1.9	3.0	0.4	1.1	4.2
Bulimia nervosa	0.4	0.1	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0
Conductas bulímicas ⁽³⁾	4.0	4.5	0.9	0.9	0.2	0.2	1.9
Anorexia nervosa	0.1	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0
Tendencia a problemas alimentarios	5.9	5.1	5.4	6.0	3.0	4.3	2.7

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

⁽²⁾ Prevalencia de vida.

⁽³⁾ Por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses.

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

En Lima y Callao, los trastornos clínicos más prevalentes entre los varones son trastornos de ansiedad generalizada (3.1%), el episodio depresivo (3.0%) y la fobia social (1.8%), mientras que en las mujeres son: el episodio depresivo (11.0%), el trastorno psicótico (4.3%) y la fobia social (3.9%).

7.8 Problemas alimentarios

La tendencia a problemas alimentarios⁹, tienen una alta prevalencia en las áreas urbanas del país (Tabla N° 59), llegando al 6.0% en Lima y Callao, Donde es más prevalente entre las mujeres (7.1%) que entre los hombres (4.9%). En esta misma ciudad, las conductas bulímicas¹⁰ llegan a 1.6% entre las mujeres y 0.3% entre los hombres, y la bulimia nervosa y la anorexia nervosa tienen una prevalencia de 0.7% y 0.2% en mujeres, no encontrándose casos en hombres.

8. Violencia hacia los adolescentes y jóvenes

8.1 Adolescentes y jóvenes víctimas de un hecho delictivo

Los adolescentes y jóvenes constituyen el principal grupo afectado por algún hecho delictivo en el Perú. A nivel nacional, en 2015, el 36.0% de los adolescentes y jóvenes, entre 15 y 29 años de edad, habían sido víctimas de un hecho delictivo, porcentaje superior al promedio nacional, que fue de 30.8%. Esta situación no ha cambiado sustancialmente entre el 2010 y el 2015, habiendo variado en ese período de 37.3% a 36.0%, con el pico más alto el 2011, cuando el 44.1% de los adolescentes y jóvenes fueron víctimas de algún hecho delictivo¹¹.

8.2 Violencia psicológica y física

Entre 2013 y 2015, de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES), las prevalencias, de vida y anual, de violencia física y psicológica, en el hogar y las instituciones educativas han reducido ligeramente, pero aún continúan bastante elevadas. En 2015, el porcentaje de adolescentes víctimas de violencia física o psicológica, alguna vez en la vida, en sus hogares o centros de atención residencial fue de 81.0%, mientras que en la institución educativa fue de 73.8%, la prevalencia en los últimos 12 meses llegó a 38.8% en los hogares y a 47.4% en las instituciones educativas. Llama la atención la alta prevalencia anual de violencia contra los adolescentes en las instituciones educativas, 10.6 puntos porcentuales más que la violencia sufrida en el hogar (Tabla N° 60). Las condiciones que motivan esta situación debieran ser un tema de investigación y evaluación para poder diseñar estrategias adecuadas de intervención para reducir este problema al interior de estas instituciones.

Tabla N° 60. Adolescentes de 12 a 17 años de edad, víctimas de violencia, según lugar de ocurrencia y tipo de violencia. Perú 2013 y 2015

Violencia	Alguna vez en la vida		En los últimos 12 meses	
	2013	2015	2013	2015
En el Hogar o Centro de atención residencial				
De algún tipo	86.9	81.0	44.5	38.8
Psicológica	76.7	67.1	39.2	33.2
Física	72.0	65.4	23.9	20.3
En la Institución educativa				
De algún tipo	83.7	73.8	56.2	47.4
Psicológica	80.6	71.1	49.0	42.7
Física	47.2	30.4	30.1	18.4

Fuente: INEI. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 y 2015.

⁹ Se refiere a personas que, con la finalidad de perder peso, se inducen el vómito, toman laxantes, realizan ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, toman supresores del apetito, toman diuréticos o toman pastillas para la tiroides y asumen dietas rigurosas.

¹⁰ Por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses.

¹¹ INEI. Victimización en el Perú 2010-2015. Lima, abril 2016.

En 2015, por sexo la violencia psicológica o física, alguna vez en la vida, fue ligeramente mayor en varones que en mujeres (52.9% y 47.1%, respectivamente). Aunque para los últimos 12 meses fue mayor en mujeres (53.9%) que en hombres (46.1%).

En los hogares, en 2015, las modalidades más frecuente de violencia psicológica fueron el insulto (91.0%), las amenazas (30.8%) y la exclusión (27.0%), otras modalidades fueron la discusión entre los padres, gritos, impedirles ver la TV, prohibirles salir de casa y no darles de comer (4.5%). La modalidad más frecuente de violencia física fueron los jalones de cabello u orejas (60.1%), seguida por los golpes (26.9%) y quemaduras (2.1%).

Por regiones naturales, y de acuerdo a los estudios del INSM, la violencia psicológica y física tienen una prevalencia de vida (Tabla N° 61) menor a la encontrada en la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES, posiblemente debidas a diferencias metodológicas. Un hallazgo interesante del estudio del INSM es que las prevalencias, tanto de violencia psicológica como física, son más altas en las áreas urbanas (Gráfico N° 21). El abuso psicológico como el físico fueron más prevalentes en la selva urbana, y el abuso sexual en Lima y Callao (Tabla N° 61).

Tabla N° 61. Prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra el adolescente según región natural y área urbano/rural

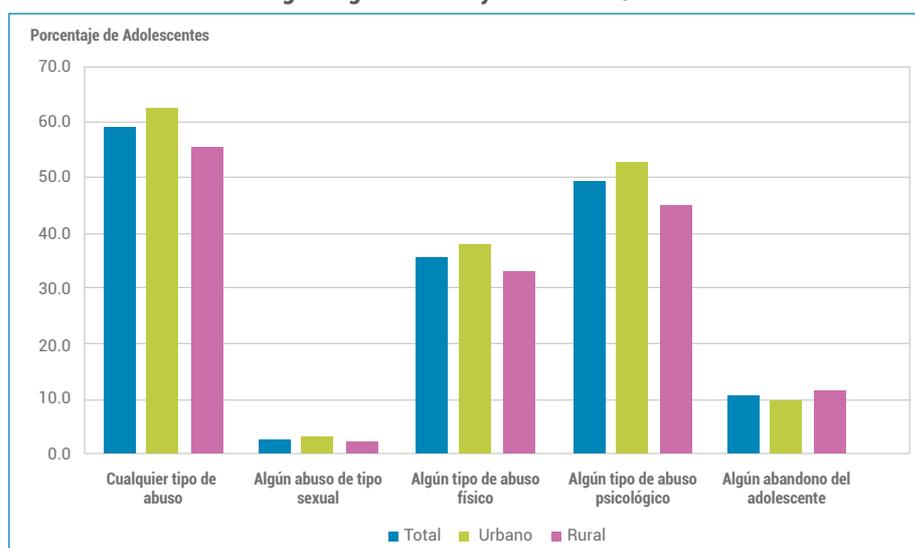
Tipo de abuso	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ⁽¹⁾ (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Cualquier tipo de abuso (sexual, físico o psicológico)	65.4	72.9	65.3	46.4	47.8	52.7	65.6
Algún abuso de tipo sexual	2.5	3.8	3.2	4.6	1.4	3.7	2.7
Algún tipo de abuso físico	40.5	48.6	37.4	25.8	29.2	29.0	41.4
Algún tipo de abuso psicológico	55.3	59.5	57.9	38.0	36.7	39.5	59.0

⁽¹⁾ Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental

Si bien la prevalencia de vida de la violencia psicológica y física es mayor en los hombres, la violencia sexual es mucho más alta en las mujeres, en Lima Metropolitana alcanza el 8.5% entre las mujeres y el 0.7% entre los hombres (Tabla N° 62).

Gráfico N° 21. Prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra el adolescente según región natural y área urbano/rural



Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

Tabla N° 62. Prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra el adolescente según región natural y sexo

Tipo de abuso	Masculino			Femenino		
	Lima-Callao (2012)	Sierra rural (2008)	Selva rural (2009)	Lima-Callao (2012)	Sierra rural (2008)	Selva rural (2009)
Cualquier tipo de abuso (sexual, físico o psicológico)	47.3	54.4	54.2	45.4	40.4	50.8
Algún abuso de tipo sexual	0.7	0.7	1.5	8.5	2.2	6.4
Algún tipo de abuso físico	30.0	35.3	30.9	21.5	22.4	26.7
Algún tipo de abuso psicológico	38.6	43.5	42.3	37.3	29.2	36.2

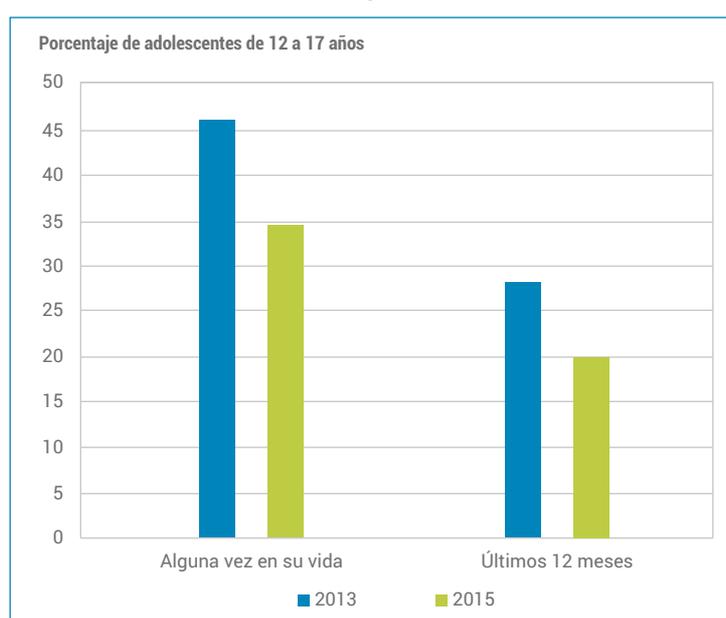
Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

8.3 Violencia sexual

En 2015, el 34.6% de adolescentes de 12 a 17 años de edad, señalaron que alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia sexual, y el 19.9% que fueron víctimas de violencia sexual en los últimos 12 meses. Estos porcentajes son ligeramente inferiores a los encontrados en 2013 (**Gráfico N° 22**).

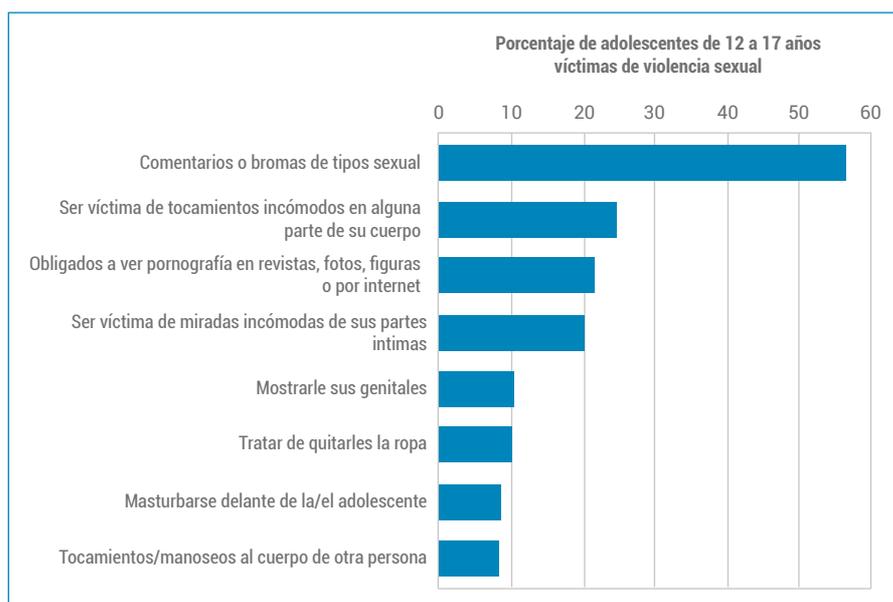
Entre las principales situaciones de violencia sexual están: los comentarios o bromas de tipo sexual (56.5%), ser víctima de tocamientos incómodos en algunas partes del cuerpo (24.0%), obligado a ver pornografía en revistas, fotos, figuras por internet (21.1%), y ser víctima de miradas incómodas de sus partes íntimas (20.3%) (**Gráfico N° 23**). Si bien es necesario que los niños y adolescentes reconozcan y denuncien cualquier tipo de situaciones que puedan ser calificadas como algún tipo de violencia sexual, es también necesario que hayan tutores o consejeros (incluyendo sus padres) que puedan ayudar a los adolescentes a reconocer adecuadamente este tipo de violencia, a fin de no magnificar innecesariamente un grave problema de salud mental, ya que según los datos de estas encuestas, en 2015, más de un tercio de adolescentes habrían sido víctimas de violencia sexual alguna vez en su vida y casi el 20.0% en el último año.

Gráfico N° 22. Adolescentes de 12 a 17 años víctimas de violencia sexual, Perú 2013 y 2015



Fuente: INEI. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 y 2015.

Gráfico N° 23. Tipos de violencia sexual ejercidas alguna vez sobre adolescentes de 12 a 17 años de edad, Perú 2015



Fuente: INEI. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 y 2015.

8.4 Adolescentes atendidos en los Centro “Emergencia Mujer” por algún tipo de violencia

Si bien solo una proporción de casos de violencia contra los adolescentes son registrados en los Centros “Emergencia Mujer”, este registro nos da una idea de la cantidad de casos graves, que son los que son denunciados y atendidos en estos centros de atención, así como la evolución del problema en el tiempo. En las encuestas nacionales de relaciones sociales ENARES 2013 y 2015, habíamos visto una disminución de los casos de violencia psicológica, física y sexual en los adolescentes de 12 a 17 años de edad, a diferencia de los casos registrados en los Centros “Emergencia Mujer” (Tabla N° 63) donde el número de casos atendidos ha ido en incremento. Esta diferencia puede deberse a que cada año es mayor el número de personas que conoce la existencia y la función de estos centros de atención, y por lo tanto son más los casos denunciados y atendidos, además de que es mayor el número de personas que reconocen sus derechos y la necesidad de denunciar cualquier tipo de violencia.

El número de adolescentes de 12 a 17 años de edad atendidos en los Centros “Emergencia Mujer” ha incrementado un 42% entre el 2012 y el 2015. En los casos de violencia psicológica este incremento ha sido de 74%, de 85% en los casos de violencia física y de 2.5% en los casos de violencia sexual. En 2015, los principales agresores de los adolescentes, en los casos de violencia psicológica y física, fueron los padres, con un 78% y un 71% para esos tipos de violencia. Mientras que para los casos de violencia sexual, lo era algún familiar del afectado con un 47%. Ese mismo año, de los 1,865 casos de violación sexual denunciados, 92% fue en mujeres y 8% en varones.

Tabla N° 63. Adolescentes de 12 a 17 años de edad atendidos por violencia familiar y sexual en los Centros "Emergencia Mujer"

Año	Casos atendidos	Violencia			Violación sexual
		Psicológica	Física	Sexual	
2012	5,689	1,690	1,255	2,744	n.d.
2013	6,739	2,292	1,702	2,745	n.d.
2014	6,785	2,440	1,741	2,631	n.d.
2015	8,078	2,941	2,324	2,813	1,865

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Estadísticas. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=36>

Como se ve, el incremento de casos atendidos, entre 2012 y 2015, fue principalmente por violencia psicológica y física, muchos de los cuales no se denunciaban anteriormente, mientras que los casos de violencia sexual se mantienen casi sin mayores modificaciones. De ahí la necesidad de continuar con las campañas de difusión sobre los derechos de adolescentes, e incentivar la denuncia de cualquier hecho de violencia contra ellos, pero además, promover una cultura de respeto hacia los derechos de los adolescentes entre los padres de familia, la comunidad educativa y el público en general.

8.5 Violencia en la institución educativa

En el contexto de las instituciones educativas, se entiende por violencia "toda acción u omisión, intencional o no, que ocasiona daño real o potencial en la o el adolescente, en perjuicio de su supervivencia, afectando su desarrollo físico, psicológico y sexual, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, producida por pares que supone la vulneración de sus derechos.

En 2015, el 73.8% de los adolescentes de 12 a 17 años señalaron, que alguna vez en su vida, fueron víctimas de algún tipo de violencia en su institución educativa, Entre los afectados, fue mayor el porcentaje de varones (51.5%) que de mujeres (48.5%). Asimismo, el 71.1% de los adolescentes señalaron que alguna vez en su vida habían sido víctimas de violencia psicológica por parte de sus pares; la modalidad más frecuente fue el hostigamiento (95.5%), que incluye insultos, burlas, desprecio, apodos, rechazo, chismes que lo hacen sentir mal entre otros, seguida del acoso (41.7%), que incluye mensajes virtuales o escritos ofensivos, fotos o videos colgados en internet o Facebook que lo avergüenzan, romper o esconder sus cosas, encierro en algún lugar (baño, salón de clases, entre otros) y amenazas (14.2%), que incluyen amenazas de hacerle algún daño físico y amenazas de muerte.

La encuesta, de ese mismo año, indicaba que 30.4% de los adolescentes señalaba haber sido víctima de violencia física. Siendo los golpes la modalidad más frecuente (87.9%), este incluye cachetadas, pellizcos o nalgadas, patadas, codazos o rodillazos, golpes con algún objeto, seguida por jalones de cabello u orejas (33.0%), otras modalidades (1.3%) fueron quemaduras en alguna parte del cuerpo, ataque con cuchillo, navaja, verdugillo u otros objetos punzocortantes y ataque con pistolas.

La violencia en las instituciones educativas ocurre en el salón de clases (80.3%), el patio (30.0%), fuera del colegio terminando el horario de clases (17.3%), y los pasillos o escaleras (11.1%)¹².

¹² INEI. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 y 2015. Lima, octubre 2016.

8.6 Violencia y traumatismos no intencionales

La Encuesta Global de Salud Escolar 2010, exploró la prevalencia de violencia y traumatismos no intencionados ocurridos en las instituciones educativas, encontrando que el 38.0% de los escolares de secundaria habían sido agredidos físicamente una o más veces en los doce últimos meses, el porcentaje es mayor en hombres que en mujeres, con once puntos porcentuales de diferencia (**Tabla N° 64**). Asimismo, el 37.8% había participado en una pelea física una o más veces, el porcentaje de varones involucrados duplica al de las mujeres; algo más de la mitad de los estudiantes varones de secundaria estuvieron involucrados en una pelea física.

Tabla N° 64. Situaciones de violencia y traumatismos no intencionales en los estudiantes de secundaria según sexo. Perú 2010

Condición explorada	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
Fueron agredidos físicamente una o más veces en los últimos 12 meses	38.0	43.4	32.4
Participaron en una pelea física una o más veces en los últimos 12 meses	37.8	52.9	22.2
Sufrieron una lesión seria o grave una o más veces en los últimos 12 meses	49.5	54.5	44.4
Entre los estudiantes que sufrieron una lesión seria o grave en los últimos 12 meses, aquellos que se rompieron algún hueso o se dislocaron alguna articulación como herida más grave	14.8	17.1	12.0
Entre los estudiantes que sufrieron una lesión seria o grave entre los últimos 12 meses, aquellos cuya herida más grave fue causada por un accidente en un vehículo a motor o como consecuencia de un choque con un vehículo a motor	5.4	6.6	4.0
Fueron intimidados o humillados uno o más días en los últimos 30 días	47.5	46.3	48.7
Entre los estudiantes que fueron intimidados en los últimos 30 días, aquellos que lo fueron la mayoría de veces con golpes, patadas, empujones, o que fueron encerrados	9.5	12.0	7.1

Fuente: Ministerio de Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

De los que fueron agredidos físicamente, el 49.5% sufrió una lesión seria o grave, y de estos últimos el 14.8% se rompió algún hueso o se dislocó alguna articulación. Estos porcentajes son bastantes altos, y requieren ser monitoreados, así como identificar las causas sociales subyacentes detrás de estos altos índices de violencia.

El porcentaje de escolares intimidados o humillados, en los últimos doce meses, es también bastante elevado, casi la mitad de todos los escolares, y a diferencia de la violencia física que afecta más a los varones, este tipo de violencia afecta más a las mujeres (**Tabla N° 64**).

No se observa una diferencia importante, según grado de estudio, entre las condiciones exploradas en la Encuesta Global de Salud Escolar (**Tabla N° 65**), indicando que los niveles de violencia se da por igual en todos los niveles de la institución educativa.

Tabla N° 65. Situaciones de violencia y traumatismos no intencionales en los estudiantes de secundaria según grado de estudio, Perú 2010

Condición explorada	2do. Grado (%)	3er. Grado (%)	4to. Grado (%)
Fueron agredidos físicamente una o más veces en los últimos 12 meses	36.3	39.3	38.2
Participaron en una pelea física una o más veces en los últimos 12 meses	39.0	38.6	35.3
Sufrieron una lesión seria o grave una o más veces en los últimos 12 meses	48.8	51.7	47.9
Entre los estudiantes que sufrieron una lesión seria o grave en los últimos 12 meses, aquellos que se rompieron algún hueso o se dislocaron alguna articulación como herida más grave	14.3	14.5	15.9
Entre los estudiantes que sufrieron una lesión seria o grave entre los últimos 12 meses, aquellos cuya herida más grave fue causada por un accidente en un vehículo a motor o como consecuencia de un choque con un vehículo a motor	4.7	5.0	6.9
Fueron intimidados o humillados uno o más días en los últimos 30 días	47.4	48.5	46.0
Entre los estudiantes que fueron intimidados en los últimos 30 días, aquellos que lo fueron la mayoría de veces con golpes, patadas, empujones, o que fueron encerrados	8.1	10.8	10.1

Fuente: Ministerio de Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

8.7 Bullying

El *bullying* es una práctica específica de violencia de pares al interior de la escuela. Se define como “Un comportamiento prolongado de insulto verbal, rechazo social, intimidación psicológica y/o agresividad física de unos niños hacia otros que se convierten, de esta forma, en víctimas de sus compañeros. Un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas que lleva a cabo otro alumno o varios de ellos”¹³. El *bullying* se circunscribe a la violencia entre pares y no cualquier par, sino aquellos que comparten una misma escuela, es decir, compañeros de colegio. El concepto de *bullying* no cubre todo el espectro de la violencia escolar, en sus múltiples formas, y tampoco da cuenta de las distintas formas como se manifiesta la violencia juvenil y adolescente. El *bullying* se circunscribe a la violencia de pares, que tiene lugar al interior de las escuelas, a ello hay que agregar la intencionalidad, la repetición sistemática de la agresión y el desequilibrio de poder entre el agresor y la víctima, como características distintivas de este tipo de violencia.

En 2012, el 45.1% de los escolares de secundaria estuvieron expuestos a un alto nivel de *bullying* y un 34.3% a un nivel medio, es decir casi el 80.0% de los escolares de secundaria fue testigo u observador de moderado o alto nivel de acoso escolar, con porcentajes muy similares para hombres y mujeres, así como para estudiantes de colegios públicos y privados (Tabla N° 66).

El nivel de victimización moderado y alto alcanzó al 38.7% de los escolares (Tabla N° 67), siendo mayor en hombres (43.7%) que en mujeres (33.7%), no existiendo casi diferencia entre los estudiantes de colegios públicos (38.1%) y colegios privados (37.8%).

¹³Olweus, D. “*Bullying at school. What we know and what we can do*”. Oxford U.K., Blackwell, 1993

El más alto nivel de *bullying* se da hacia los escolares que poseen una discapacidad física, cojear en este caso, es algo menor hacia los que no escuchan bien o tienen dificultad para hablar (Tabla N° 68), que son aquellos escolares que requieren de un mayor soporte familiar y social para integrarse adecuadamente a su entorno social.

Según su origen, los estudiantes con mayor nivel de victimización por *bullying* son aquellos de origen indígena o de raza negra, y por su lugar de procedencia los que proceden de la sierra y son provincianos (Tabla N° 69). Esto no es más que un reflejo de la situación que se da a nivel de toda la población peruana, en quien el racismo es aún un importante problema a resolver.

Tabla N° 66. Nivel de exposición al *bullying* en estudiantes de secundaria, Perú 2012

Exposición (testigo u observador)	Sexo		Tipo de colegio		Total
	Hombre	Mujer	Público	Privado	
Bajo	20.0	21.1	22.2	16.3	20.5
Medio	29.4	39.3	32.5	39.1	34.3
Alto	50.6	39.6	45.3	44.6	45.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Tabla N° 67. Nivel de victimización por *bullying* en estudiantes de secundaria, por sexo y tipo de colegio, Perú 2012

Nivel de victimización por <i>bullying</i> (Exposición directa)	Sexo		Tipo de colegio		Total
	Hombre	Mujer	Público	Privado	
Bajo	56.3	66.2	60.9	62.3	61.3
Medio	28.9	26.4	26.8	29.9	27.6
Alto	14.8	7.3	12.3	7.9	11.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Tabla N° 68. Nivel de victimización por *bullying* en estudiantes de secundaria, según problema de discapacidad o enfermedad, Perú 2012

Nivel de victimización por <i>bullying</i>	Usa lentes	No escucha bien	Cojea	Dificultad para hablar	Problemas de aprendizaje	Otros problemas	Total
Bajo	60.8	49.9	53.0	49.3	49.2	54.4	61.3
Medio	29.6	32.2	18.2	33.3	33.1	33.0	27.6
Alto	9.6	17.9	28.8	17.4	17.7	12.6	11.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Tabla 69. Nivel de victimización por *bullying* en estudiantes de secundaria, según grupo de origen, Perú 2012

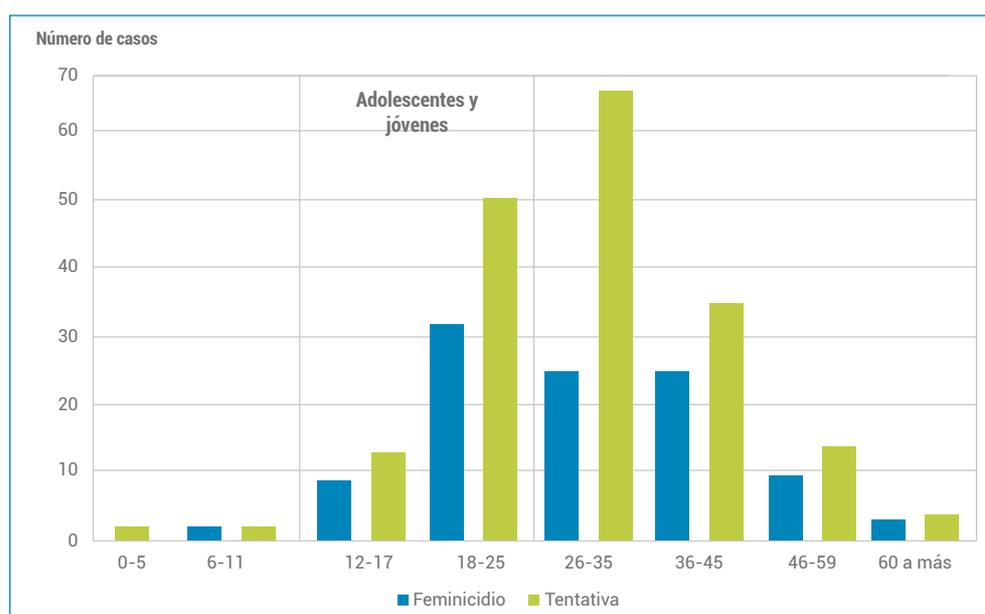
Grupo de origen	Nivel de victimización por bullying			
	Bajo	Medio	Alto	Total
Blanco	57.7	28.7	13.6	100.0
Indígena	52.2	30.1	17.6	100.0
Raza negra	52.5	29.1	18.3	100.0
Asiático	57.4	29.8	12.8	100.0
Mestizo	58.8	30.0	11.1	100.0
Extranjero	54.9	29.3	15.8	100.0
Personas de la costa				
Persona de la costa	61.7	28.3	10.1	100.0
Persona de la sierra	58.8	27.2	14.0	100.0
Persona de la selva	63.4	25.1	11.5	100.0
Personas de la sierra				
Limeño	64.2	27.9	7.9	100.0
Provinciano	57.0	30.8	12.3	100.0
Total				
	61.3	27.6	11.1	100.0

Fuente: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

8.8 Femicidio en adolescentes y jóvenes

El femicidio es un acto de violencia que atenta o que termina con la vida de las mujeres. Si bien este delito se da en todos los grupos de edad, es más frecuente entre las adolescentes y jóvenes. En 2014, el grupo de edad más afectado fue el de 18 a 25 años de edad (**Gráfico N° 24**), grupo en el que se produjeron el 33.3% de todos los casos de femicidio (32 casos) y el 26.9% de las tentativas de femicidio (50 tentativas). Entre las adolescentes de 12 a 17 años de edad, estos porcentajes fueron de 9.4% (9 casos) y 7.0% (15 tentativas) respectivamente. Estos datos están en relación con la alta vulnerabilidad, tanto social como económica, de las mujeres adolescentes y jóvenes.

Gráfico N° 24. Víctimas de femicidio y tentativa de femicidio, por grupos de edad, Perú 2014



Fuente: Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

En el 70.8% de los casos, la persona responsable del feminicidio fue la actual pareja sexual de la víctima (esposo, conviviente), su enamorado o ex pareja sexual¹⁴.

8.9 Homicidios

Entre 2011 y el 2015, el número de homicidios ha ido en incremento en el Perú, en parte por un mejor registro pero también por el incremento de la violencia que se observa en el país, consecuencia de problemas sociales, como el desempleo y subempleo, pero también relacionado al crimen organizado como el narcotráfico, la extorsión y el sicariato. Las principales víctimas de los homicidios son los jóvenes de 15 a 29 años de edad (**Tabla N° 70**), representando, entre 2011 y el 2015, el 40% de todas las víctimas de homicidio.

Tabla N° 70. Homicidios registrados en el país y el porcentaje de víctimas de 15 a 29 años de edad, Perú 2011-2015

Año	Homicidios registrados	Población	Tasa por 100,000 habitantes	Víctimas de 15-29 años de edad (%)
2011	1,617	29,797,694	5.4	39.0
2012	1,968	30,135,875	6.5	40.4
2013	2,013	30,475,144	6.6	41.1
2014	2,076	30,814,175	6.7	39.9
2015	2,247	31,151,643	7.2	39.3

Fuente: Comité Estadístico Interinstitucional de la Criminalidad-CIEC. Homicidios en el Perú, Contándolos uno a uno 2011-2015.

A abril de 2016, la población penitenciaria por homicidio doloso era de 4,852 personas, de ellas 1,610 tenían entre 18 y 29 años de edad (33.2% del total)¹⁵. Así, se puede señalar que entre los jóvenes de 15 y 29 años de edad están la mayoría tanto de las víctimas como los victimarios de los homicidios en el Perú.

8.10 Trata de persona: adolescentes y jóvenes

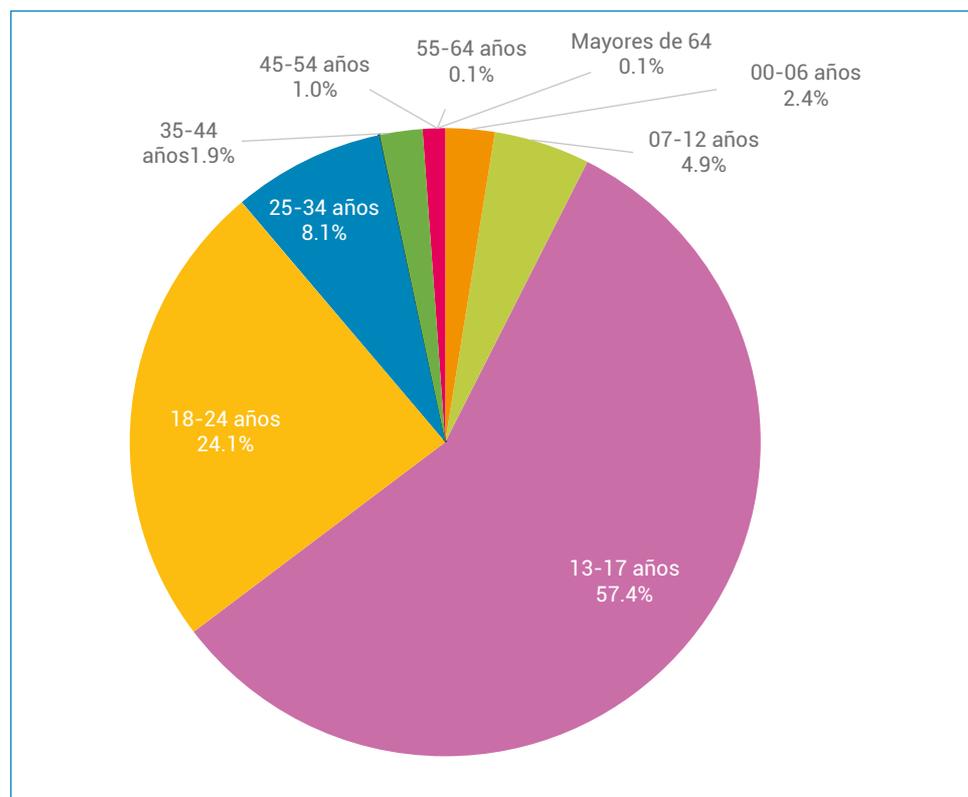
Entre 2009 y 2014, el Ministerio Público registró 3,911 presuntas víctimas de trata de personas. En 3,412 casos se tenía registrado la edad de la presunta víctima, de estas personas el 81.5% tenían entre 13 y 24 años de edad (**Gráfico N° 25**). Las mujeres fueron las principales víctimas de trata de personas, en 2014, el porcentaje de mujeres fue de 79.7%. Entre los casos investigados, se determinó que en el 66.4% de los casos el motivo fue explotación sexual y en 23.2% explotación laboral.

Estas cifras señalan que las principales víctimas de la trata de personas en el país son mujeres adolescentes y jóvenes, entre 13 y 24 años de edad, con fines de explotación sexual. Esta situación, como en el caso de los feminicidios, se deben a la situación de vulnerabilidad social y económica de las mujeres adolescentes y jóvenes.

¹⁴ Congreso de la República. Informe Temático N° 126/2014-2015: Estadísticas sobre violencia familiar y sexual, violencia contra la mujer y feminicidio en el Perú. Lima, febrero de 2015.

¹⁵ CINEI. Perú: Primer Censo Nacional Penitenciario 2016, Lima, junio 2016.

Gráfico N° 25. Presuntas víctimas de trata de personas por grupos de edad, Perú 2009-2014



Fuente: Ministerio Público. Fiscalía de la Nación. Observatorio de Criminalidad. Cifras Estadísticas, Trata de Personas 2009-2014.

9. Salud sexual y reproductiva

9.1 Comportamiento sexual en estudiantes de secundaria

En 2010, el 19.7% de los estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre estos estudiantes, 46.7% tuvo su primera relación sexual antes de los 14 años. Estos porcentajes son más altos entre los varones (28.3% han tenido relaciones sexuales y de ellos 50.9% antes de los 14 años), que entre las mujeres (11.1% han tenido relaciones sexuales y 36.1% antes de los 14 años) (**Tabla N° 71**). De acuerdo a estos datos, el 9.2% de los escolares de secundaria tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años de edad, el 14.4% de los varones y el 4.0% de las mujeres.

Es importante mencionar que 9.1% refieren haber tenido relaciones sexuales con 2 o más personas en su vida, este porcentaje es siete veces mayor en varones que en mujeres (15.6% y 2.6% respectivamente). Asimismo, solo el 64.3% de los que tuvieron relaciones sexuales, en los últimos 12 meses, utilizaron condón, aunque un 38.9% refieren haber utilizado otro método anticonceptivo. En el uso de condón u otro método anticonceptivo no se observa una diferencia importante entre hombres y mujeres (**Tabla N° 71**).

Tabla N° 71. Comportamiento sexual de escolares de secundaria, según sexo, Perú 2010

Condición explorada	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida	19.7	28.3	11.1
Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez, aquellos que tuvieron su primera relación antes de los 14 años	46.7	50.9	36.1
Tuvo relaciones sexuales con dos o más personas en su vida	9.1	15.6	2.6
Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, aquellos que utilizaron un condón en su última relación	64.3	65.7	61.5
Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, aquellos que utilizaron cualquier otro método contraceptivo en su última relación	38.9	38.0	41.8

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

El porcentaje de alumnos de 4to año que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida fue significativamente superior (29.0%), al de los alumnos de 2do y 3er año (15.7% y 15.6% respectivamente). Asimismo, el porcentaje de alumnos de 4to año que reportaron haber tenido relaciones sexuales con 2 o más personas en su vida fue significativamente superior (14.8%), al de los alumnos de 2do y 3er año (6.9% y 6.5% respectivamente), aunque las diferencias en uso de condón y otro método anticonceptivo fue similar (**Tabla N° 72**).

Tabla N° 72. Comportamiento sexual de escolares de secundaria, según grado de estudio, Perú 2010

Condición explorada	2do. Grado (%)	3er. Grado (%)	4to. Grado (%)
Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida	15.7	15.6	29.0
Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez, aquellos que tuvieron su primera relación antes de los 14 años	64.5	47.1	34.0
Tuvo relaciones sexuales con dos o más personas en su vida	6.9	6.5	14.8
Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, aquellos que utilizaron un condón en su última relación	58.8	66.9	66.6
Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, aquellos que utilizaron cualquier otro método contraceptivo en su última relación	34.5	39.0	41.5

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

9.2 Conocimiento sobre el VIH o SIDA entre estudiantes de secundaria

El 92.2% de los escolares de secundaria señalaron haber oído hablar del VIH o del SIDA, pero solo el 84.6% tuvieron clases sobre este tema, y al 83.8% le enseñaron como evitar la infección por el VIH. Asimismo, solo al 37.6% de ellos sus padres o tutores le hablaron sobre este tema. Estos porcentajes son ligeramente más altos entre las mujeres que entre los hombres (**Tabla N° 73**). Por grado de estudio, estos porcentajes eran ligeramente más altos entre los estudiantes de 4to año (**Tabla N° 74**).

Tabla N° 73. Conocimiento sobre VIH o SIDA de los escolares de secundaria, según sexo, Perú 2010

Condición explorada	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
Alguna vez oyó hablar del VIH o del SIDA	92.2	90.9	93.3
Le enseñaron en cualquier clase sobre VIH o el SIDA	84.6	81.4	87.9
Le enseñaron en cualquier clase sobre cómo evitar el VIH o SIDA	83.8	81.3	86.4
Han hablado alguna vez con sus padres o tutores acerca del VIH o del SIDA	67.6	62.2	72.8

Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

Tabla N° 74. Conocimiento sobre VIH o SIDA de los escolares de secundaria, según grado de estudio, Perú 2010

Condición explorada	2do. Grado (%)	3er. Grado (%)	4to. Grado (%)
Alguna vez oyó hablar del VIH o del SIDA	91.6	90.3	94.8
Le enseñaron en cualquier clase sobre VIH o el SIDA	83.6	81.7	88.9
Le enseñaron en cualquier clase sobre cómo evitar el VIH o SIDA	82.5	80.1	89.3
Han hablado alguna vez con sus padres o tutores acerca del VIH o del SIDA	64.0	66.3	72.8

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

9.3 Fecundidad de las adolescentes y jóvenes

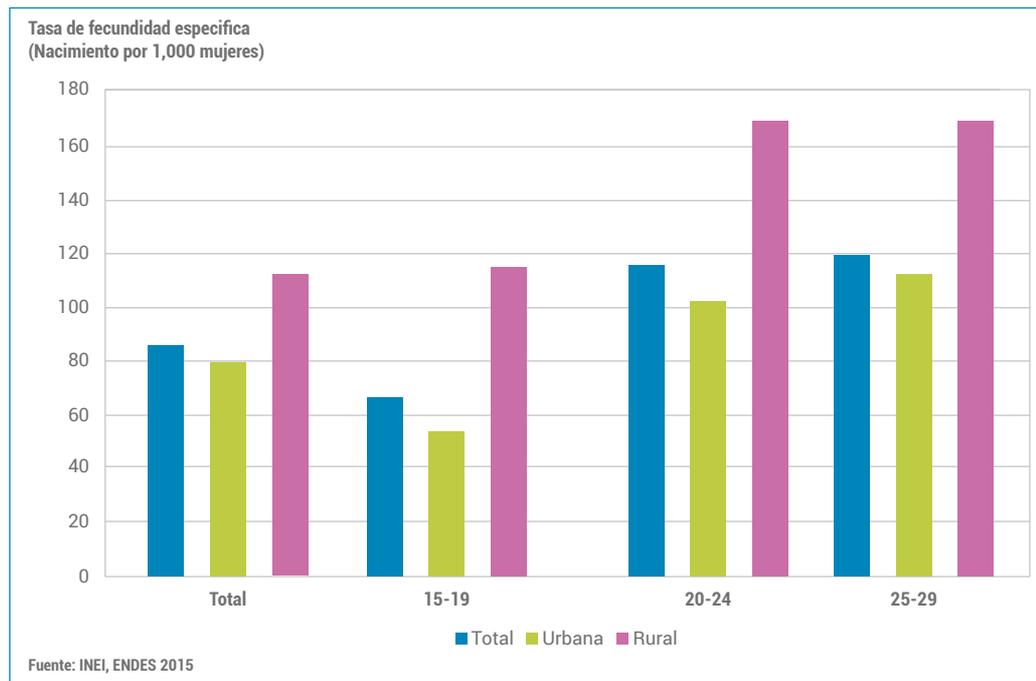
De acuerdo a los resultados de las diferentes Encuestas de Demografía y Salud Familiar (ENDES), realizadas por el INEI, entre el año 1986 y el 2015, se puede observar una reducción importante de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en las mujeres de 15 a 49 años de edad, de 4.3 a 2.5 hijos por mujer, aunque las Tasas Específicas de Fecundidad (TEF), en los en los diferentes de edad, no se han reducido en la misma magnitud. En el período 1986-2015, se ha producido una marcada reducción de las TEF en las mujeres jóvenes de 20 a 24 años y de 25 a 29 años de edad, de 37.5% y 40.7% respectivamente, mientras que en las mujeres de 15 a 19 años la reducción ha sido bastante modesta de solo 17.7%, en el mismo periodo.

En las áreas rurales, las TEF, tanto en las mujeres de 15 a 19 años, como en las mujeres jóvenes, son más altas que en las áreas urbanas (**Gráfico N° 24**). La fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años de edad, del área rural, es similar a la fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años de esa misma área.

Tabla N° 75. Evolución de la fecundidad por grupos de edad, 1986, 1991-1992, 1996, 2011, 2014-2015

Grupos de edad	1986	1991-1992	1996	2011	2014-2015	% de reducción
15-19	79	74	75	61	65	17.7
20-24	184	200	179	124	115	37.5
25-29	199	193	162	124	118	40.7
30-34	161	157	140	108	105	34.8
35-39	122	109	99	72	75	38.5
40-44	64	47	44	25	26	59.4
45-49	14	14	7	3	3	78.6

Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015.

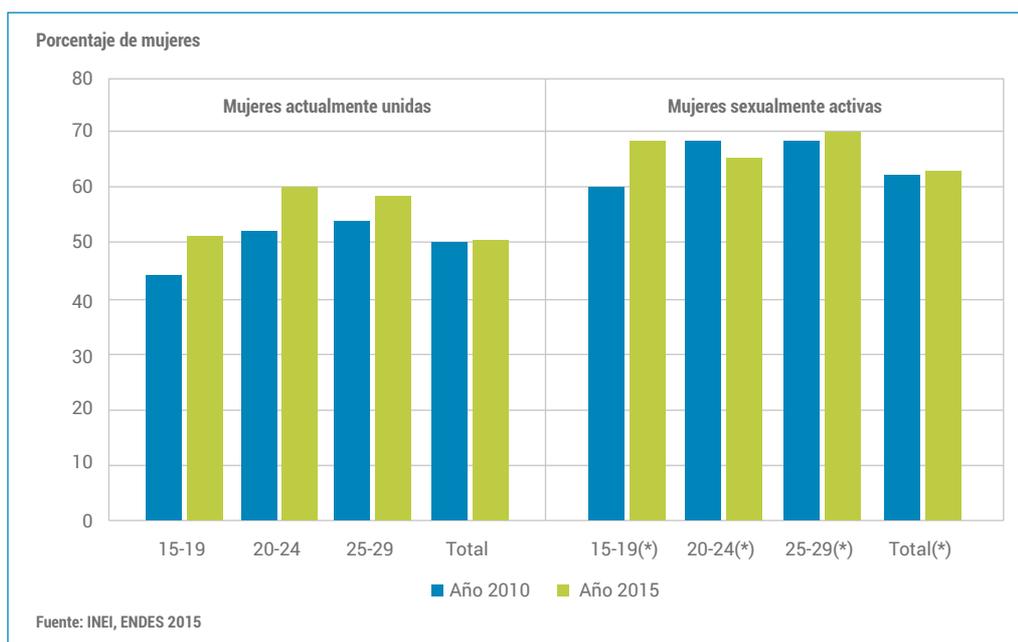
Gráfico N° 26. Tasas de Fecundidad específicas por grupos de edad y área urbano/rural, Perú 2015

Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015.

9.4 Algunos determinantes de la fecundidad

Uso de métodos anticonceptivos

Si bien, el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos, entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, no ha variado sustancialmente, entre el 2010 y el 2015 (**Gráfico N° 27**), sí se observa un incremento de su uso entre las mujeres de 15 a 19, de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad de 44.6% a 51.6%, de 52.8% a 60.1% y de 54.4% a 58.9%, respectivamente.

Gráfico N° 27. Uso de métodos anticonceptivos modernos por grupos de edad, en las mujeres actualmente unidas y sexualmente activas, Perú 2010 y 2015

Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010 y 2015.

Tabla N° 76. Uso de métodos anticonceptivos, en las mujeres adolescentes y jóvenes, actualmente unidas y sexualmente activas, Perú 2010

Método anticonceptivo	Actualmente unidas				Sexualmente activas ^{1/}			
	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	Total ^{2/}	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	Total ^{2/}
Cualquier método	63.6	72.2	76.4	74.4	87.7	88.0	91.2	85.9
Total métodos modernos	44.6	52.8	54.4	50.5	60.3	69.3	69.3	62.8
Esterilización femenina	0.0	0.6	1.6	9.3	0.0	0.0	0.0	2.3
Esterilización masculina	0.0	0.0	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4
Píldoras	6.5	10.1	11.6	8.3	5.2	17.3	12.3	10.8
DIU	1.3	1.4	3.1	3.3	0.0	0.7	1.8	2.3
Inyección	28.6	29.1	24.1	17.5	10.5	12.6	18.7	12.8
Condón masculino	8.2	11.3	13.1	11.2	42.6	37.4	35.6	32.8
Métodos vaginales	0.0	0.0	0.2	0.3	0.0	0.8	0.8	0.9
Método amenorrea por lactancia	0.0	0.2	0.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Anticoncepción de emergencia	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.5	0.1	0.4
Implantes	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
Total métodos tradicionales	19.0	19.4	22.0	23.9	27.4	18.7	21.9	23.2
Abstinencia periódica	9.3	9.7	13.4	15.8	17.7	9.9	13.6	14.5
Retiro	8.8	8.2	7.6	7.2	9.3	8.5	8.4	8.6
Métodos folclóricos	0.9	1.5	1.1	1.0	0.4	0.2	0.0	0.1
No usa	36.4	27.8	23.6	25.6	12.3	12.0	8.8	14.1

^{1/} Comprende a las mujeres no unidas que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta

^{2/} Total de mujeres de 15 a 49 años de edad.

Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010

En 2015, los métodos más usados eran la inyección, la píldora y el condón masculino (Tabla N° 77). Aunque hay que señalar que un porcentaje importante aún usan métodos tradicionales o no usan ningún método anticonceptivo. De ahí la necesidad de mejorar los conocimientos de las mujeres en cuanto a las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, así como mejorar la disponibilidad de los métodos modernos a todas las mujeres sexualmente activas. La Tabla N° 76 y la Tabla N° 77 muestran los porcentajes de uso de los diferentes métodos anticonceptivos entre las mujeres adolescentes y jóvenes, actualmente unidas y las sexualmente activas¹⁶, los años 2010 y 2015, respectivamente.

¹⁶ Comprende a las mujeres no unidas que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta

Tabla N° 77. Uso de métodos anticonceptivos, en las mujeres adolescentes y jóvenes, actualmente unidas y sexualmente activas, Perú 2015

Método anticonceptivo	Actualmente unidas				Sexualmente activas ^{1/}			
	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	Total ^{2/}	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	Total ^{2/}
Cualquier método	66.1	77.4	78.8	75.4	87.7	84.7	88.3	86.1
Total métodos modernos	51.6	60.1	58.9	51.1	69.0	66.4	70.5	63.7
Esterilización femenina	0.0	0.4	1.7	9.4	0.0	0.0	0.2	1.7
Esterilización masculina	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0
Píldoras	7.7	8.9	11.8	8.3	8.1	9.9	16.9	10.2
DIU	0.6	2.7	2.5	2.6	0.4	2.0	1.4	1.7
Inyección	35.4	34.1	25.7	18.0	11.2	13.4	12.9	13.3
Condón masculino	7.6	12.0	15.5	12.0	48.4	38.1	37.6	34.1
Métodos vaginales	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.7	1.3
Método amenorrea por lactancia	0.0	0.2	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Anticoncepción de emergencia	0.1	0.1	0.0	0.1	0.9	2.2	0.6	1.5
Implantes	0.1	1.7	1.3	0.1	0.0	0.9	0.2	0.0
Total métodos tradicionales	14.5	17.3	19.9	24.3	18.7	18.4	17.8	22.4
Abstinencia periódica	4.7	8.7	10.6	15.8	8.9	6.1	11.4	14.1
Retiro	8.7	7.9	8.5	7.4	9.6	10.9	6.4	7.9
Métodos folclóricos	1.1	0.7	0.8	1.1	0.2	1.4	0.0	0.4
No usa	33.9	22.6	21.2	24.6	12.3	15.3	11.7	13.9

^{1/} Comprende a las mujeres no unidas que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta.

^{2/} Total de mujeres de 15 a 49 años de edad.

Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015.

Inicio de relaciones sexuales y actividad sexual reciente de las mujeres de 15 a 19 años de edad

Un fenómeno que viene observándose, entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, es el incremento en el porcentaje de aquellas que tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad, este porcentaje paso de 5.1% en el 2000 a 6.9% en el 2015. Asimismo, el porcentaje de mujeres, de este grupo de edad, que tuvieron actividad sexual reciente paso de 11.4% a 14.4%; y el porcentaje de aquellas que nunca tuvieron relaciones sexuales se redujo en casi diez puntos porcentuales en el mismo período (**Tabla N° 78**), señalando que la actividad sexual entre las mujeres de 15 a 19 años de edad ha ido en incremento desde el 2000 al 2015.

Tabla N° 78. Evolución del inicio de relaciones sexuales y de la actividad sexual reciente de las mujeres de 15 a 19 años de edad, Perú 2000 al 2015

Año de la encuesta	Mujeres de 15 a 19 años de edad		
	Que tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir 15	Actividad sexual recientes ^{1/}	Porcentaje que nunca ha tenido relaciones sexuales
2000	5.1	11.4	77.8
2009	6.2	11.5	72.2
2012	6.0	13.6	70.8
2013	5.7	14.8	70.8
2015	6.9	14.4	67.9

^{1/} Comprende a las mujeres no unidas que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta.

Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000, 2009, 2012, 2013 y 2015.

9.5 Principales problemas de los adolescentes en el tema de salud sexual

En 2015, se realizó la Encuesta sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Perú¹⁷, en la cual se entrevistó a más de 2,000 personas en cinco ciudades, con el objetivo de conocer las percepciones de la opinión pública acerca de temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, así como los conceptos de género e identidad. Entre los principales problemas que los entrevistados consideraron, en relación con la salud sexual de los adolescentes, fueron el embarazo no deseado (64%), la maternidad temprana (42%) y el aborto clandestino (34%). En general, no hubo mucha diferencia entre la opinión de los entrevistados hombres y mujeres, solo en el caso de “aborto clandestino” y “*bullying* homofóbico en las escuelas”, el porcentaje de mujeres que opinaron que estos eran problemas importantes fue mayor que el de los hombres (Tabla N° 79).

Casi la totalidad de los entrevistados consideraron que los adolescentes deben tener acceso a atención de salud sexual y reproductiva en los servicios y salud y que deberían recibir educación sexual integral en las escuelas, aunque solo un 85% estuvo de acuerdo en que recibieran métodos anticonceptivos gratuitos y un 53% que usaran la píldora del día siguiente (Tabla N° 80).

Tabla N° 79. Principales problemas de los adolescentes en el tema de salud sexual, Perú 2015

	Total %	Hombres	Mujeres
Embarazo no deseado	64	64	63
Maternidad temprana	42	42	41
Aborto clandestino	34	31	37
Relaciones sexuales sin protección	33	33	33
<i>Bullying</i> homofóbico en las escuelas	28	21	35
Infecciones de transición sexual	23	19	26
Desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos	18	21	15
Violencia sexual	18	17	18

Fuente: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Encuesta sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Perú, 2015.

¹⁷ Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Disponible en: <http://www.encuesta.promsex.org/metodologia/>

Tabla N° 80. Opinión sobre acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos, Perú 2015

Estaría de acuerdo o en desacuerdo con que las y los adolescentes tengan acceso a:	De acuerdo	En desacuerdo	No precisa
Atención en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud	94%	5%	1%
Educación sexual integral en sus escuelas	94%	5%	1%
Métodos anticonceptivos gratuitos	85%	13%	1%
El uso de la píldora del "día siguiente"	53%	43%	4%

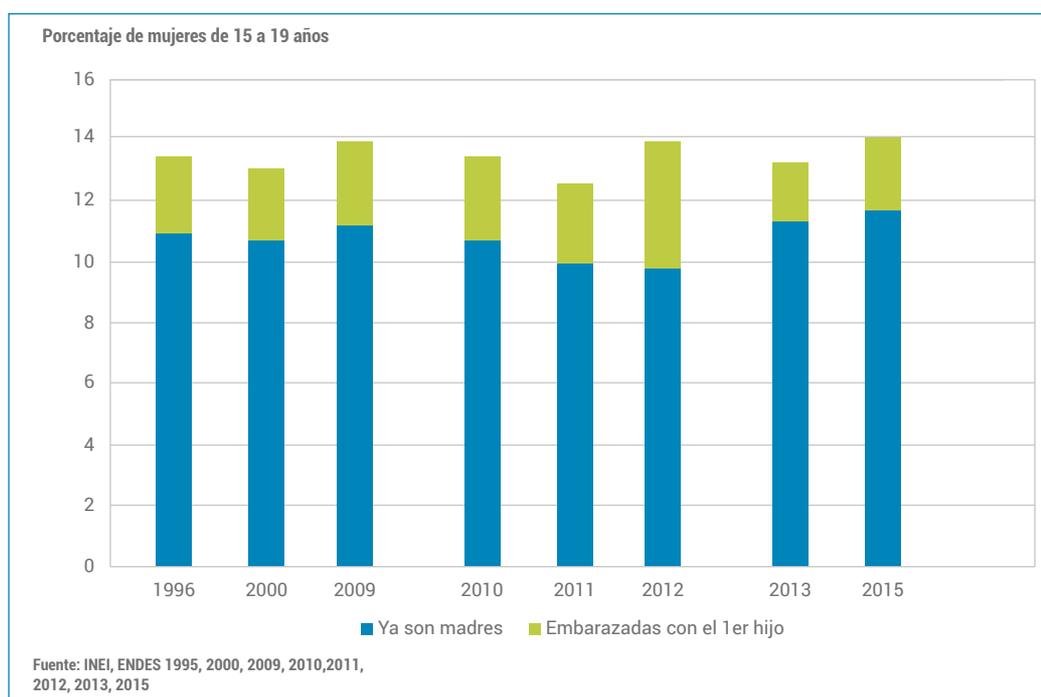
Fuente: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Encuesta sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Perú, 2015.

Solo un 33% de los entrevistados considero que las madres y padres de familia se encuentran preparados para conversar con su hijo(a) sobre temas sexuales. Si bien esto esta es una opinión y no una evaluación sobre la capacidad de los padres para tratar el tema de sexualidad con sus hijos, se debe de tomar en cuenta en el diseño de estrategias para mejorar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes, ya que los padres de familia deben estar involucrados en la educación de este importante aspecto de la vida de los adolescentes.

9.6 Embarazo adolescente

El porcentaje de adolescente, alguna vez embarazadas, en el Perú no ha sufrido cambios importantes entre 1996 y el 2015, años en que este porcentaje fue de 13.4% y 13.6%, respectivamente. En ese período la fluctuación ha sido mínima de 12.5% en el 2011 a 14.0% en el 2013 (Gráfico N° 28).

Gráfico N° 28. Evolución del embarazo adolescente en el Perú entre 1996 y el 2015



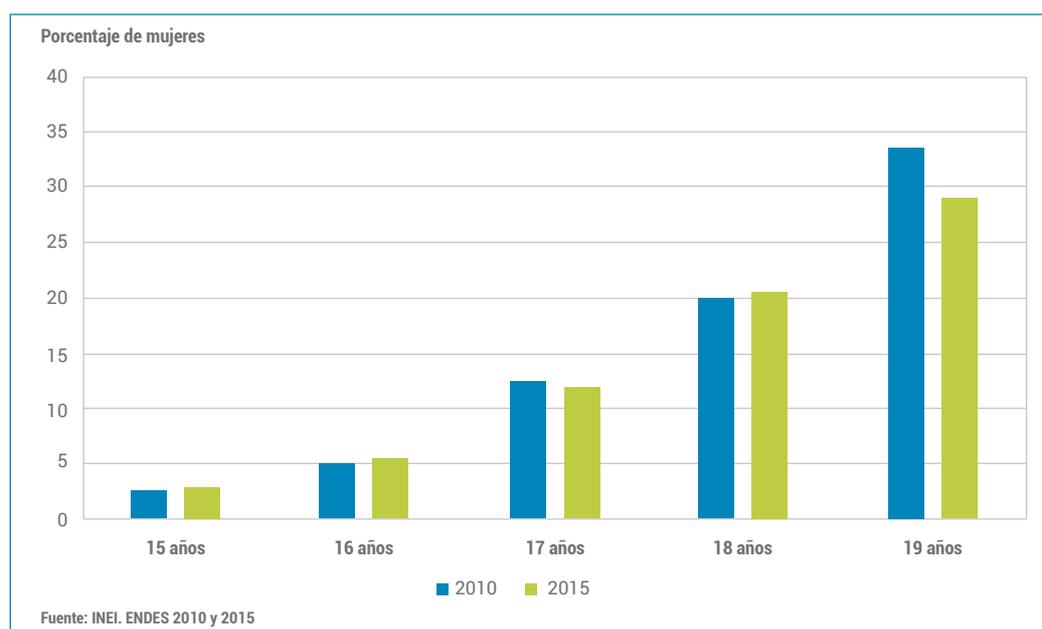
Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996, 2000, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2015.

Como se muestra en la **Gráfica N° 29**, entre 2010 y 2015, hubo un ligero incremento en el porcentaje de mujeres alguna vez embarazada de 15, 16, 17 y 18 años de edad, solo en las mujeres de 19 años de edad este porcentaje se redujo de 33.5% a 28.7%, motivo por lo cual el promedio, para las mujeres de 15 a 19 años, se ha mantenido constante.

El embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación al área urbana (22.5% y 10.6% respectivamente para el 2015). Asimismo, es más alta en la selva que en resto de regiones naturales del país, y triplica el porcentaje de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3% respectivamente, para el 2015).

El embarazo adolescente es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo primario con respecto a las que tienen nivel educativo superior (37.9% y 6.1% respectivamente, para el 2015), y es cinco veces más alto entre las mujeres del quintil inferior de riqueza con respecto de las adolescentes del quintil superior (24.9% y 4.9% respectivamente, para el 2015). En la **Tabla N° 81** se muestran las características del embarazo adolescente para los años 2010 y 2015.

Gráfico N° 29. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas, Perú 2010 y 2015



Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010 y 2015.

Tabla N° 81. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas, según área de residencia, región natural, nivel educativo y quintil de riqueza, Perú 2010 y 2015

	Año 2010			Año 2015		
	Ya son madres	Embarazadas con el 1er hijo	Alguna vez embarazada	Ya son madres	Embarazadas con el 1er hijo	Alguna vez embarazada
TOTAL	10.7	2.7	13.5	10.6	2.9	13.6
Área de residencia						
Urbana	8.9	2.3	11.3	8.2	2.6	10.6
Rural	15.5	3.8	19.3	18.6	3.9	22.5
Región natural						
Lima Metropolitana	8.4	2.5	10.9	6.2	2.1	8.3
Resto Costa	9.3	2.8	12.1	11.0	3.5	14.5
Sierra	9.7	2.4	12.1	10.4	2.7	13.1
Selva	22.2	3.9	26.2	20.7	4.2	24.9
Nivel educativo						
Sin educación	--	--	--	--	--	--
Primaria	29.2	4.6	33.7	32.9	5.0	37.9
Secundaria	9.1	2.4	11.5	9.6	3.0	12.6
Superior	3.8	2.9	6.7	4.6	1.5	6.1
Quintil de riqueza						
Inferior	18.5	3.9	22.4	20.5	4.4	24.9
Segundo	14.8	4.2	19.0	14.1	3.9	18.0
Intermedio	9.3	3.0	12.4	9.0	3.7	12.6
Cuarto	9.2	1.0	10.2	6.3	1.5	7.8
Superior	2.7	1.5	4.2	3.9	1.1	4.9

Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010 y 2015.

Tabla N° 82. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas por departamentos, Perú 2010 y 2015

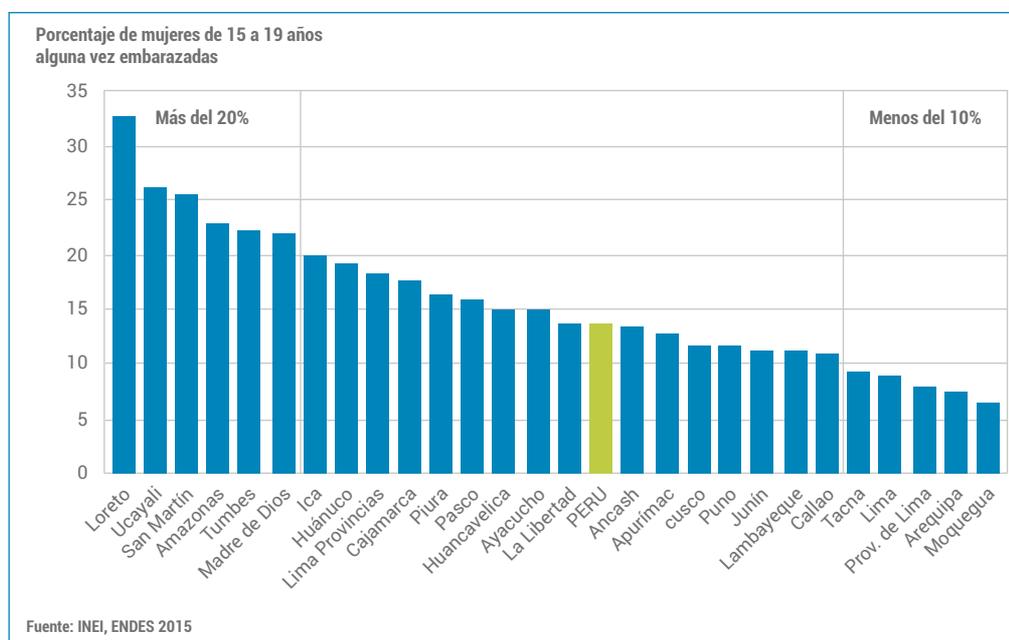
	Año 2010			Año 2015		
	Ya son madres	Embarazadas con el 1er hijo	Alguna vez embarazada	Ya son madres	Embarazadas con el 1er hijo	Alguna vez embarazada
TOTAL	10.7	2.7	13.5	10.6	2.9	13.6
Amazonas	18.5	3.6	22.1	18.7	4.0	22.8
Ancash	7.8	3.4	11.2	11.4	2.1	13.5
Apurímac	9.5	1.6	11.2	9.0	3.7	12.7
Arequipa	10.8	0.0	10.8	6.0	1.5	7.5
Ayacucho	16.7	3.3	20.1	12.2	2.9	15.1
Cajamarca	13.7	2.0	15.7	13.4	4.2	17.6
Callao	--	--	--	8.6	2.3	11.0
Cusco	7.8	3.0	10.8	9.4	2.3	11.7
Huancavelica	9.0	6.2	15.2	11.7	3.7	15.4
Huánuco	15.3	0.9	16.2	15.9	3.3	19.2
Ica	10.1	2.9	13.0	15.7	4.2	19.9
Junín	10.4	1.7	12.1	9.8	1.5	11.2
La Libertad	12.8	3.6	16.3	10.8	2.9	13.7
Lambayeque	7.4	4.2	11.6	7.8	3.4	11.2
Lima	8.3	2.5	10.8	6.7	2.3	9.0
Prov. de Lima	--	--	--	5.9	2.0	7.9
Lima Provincias	--	--	--	13.5	4.9	18.4
Loreto	25.7	6.1	31.8	27.3	5.5	32.8
Madre de Dios	21.6	6.8	28.3	19.6	2.3	21.9
Moquegua	9.9	1.6	11.5	5.6	0.8	6.4
Pasco	11.8	2.0	13.7	13.4	2.6	16.0
Piura	9.2	3.1	12.2	12.4	4.0	16.4
Puno	7.3	2.3	9.6	9.4	2.2	11.6
San Martín	17.8	3.4	21.3	21.5	4.0	25.5
Tacna	2.8	0.8	3.6	6.4	2.9	9.3
Tumbes	9.6	3.0	12.6	16.5	5.7	22.2
Ucayali	17.9	3.2	21.1	20.1	6.0	26.2

Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010 y 2015.

La **Tabla N° 82** muestra el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que ya son madres o están embarazadas con su primer hijo por departamentos, para los años 2010 y 2015. Observándose algunos incrementos de más de 4 puntos porcentuales en Ica, Piura, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali. Situación que merece un seguimiento en los próximos años, así como tratar de identificar los factores que podrían estar generando este incremento del embarazo adolescente.

Como se señaló anteriormente, el embarazo adolescente es más alto en la selva que en el resto de regiones naturales del país. En 2015, todos los departamentos ubicados en esta región natural tuvieron porcentajes de embarazo adolescente por encima del 20%, mientras que en el otro extremo con menos del 10% de embarazo adolescente están Lima y la provincia de Lima, así como los departamentos ubicados al sur del país (Arequipa, Moquegua y Tacna **(Gráfico N° 30)**).

Gráfico N° 30. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas por departamentos, Perú 2015



Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015.

9.7 VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual

De acuerdo a las estadísticas del MINSA, entre 1983 y el 2016, se ha notificado un total de 65,657 casos de infección por VIH, y 34,438 casos de SIDA. De los casos notificados de SIDA¹⁸, el 2.6% fueron diagnosticados cuando los pacientes tenían entre los 10 y 19 años de edad, y el 29.3% cuando tenían entre 20 y 29 años de edad. Dado el largo período de incubación de esta enfermedad, un porcentaje importante de ellos deben haberse infectado antes de los 20 años de edad. De ahí la necesidad de mejorar los programas de educación sexual para adolescentes, así como poner a su disposición insumos para su protección.

El 26.5% de todos los casos notificados de SIDA en adolescentes y jóvenes eran mujeres, con una relación de 2.8 hombres por mujer.

En Perú existen serias dificultades para conocer la situación de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Las estadísticas sobre este problema están basadas en los registros de la consulta externa, donde los casos sospechosos de una ITS son tratados de manera sintomática, no realizándose el diagnóstico específico a una muestra de estos casos.

De acuerdo a las estadísticas de la consulta externa de MINSA, en 2015, se realizaron 2, 682, 111 consultas externas, en adolescentes de 12 a 18 años de edad, de ellas 24,215 correspondieron a una ITS (0.9% del total) **(Tabla N° 83)**. Siendo muy llamativa la diferencia entre hombres y mujeres (1,242 y 22,973, respectivamente), asimismo, que el 90.2% de todos los diagnósticos correspondieran a "Infección de transmisión sexual no especificada". En parte esto podría ser explicado por el manejo sintomático de los casos sospechosos de ITS, y

¹⁸ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual, diciembre de 2016.

por el hecho que las mujeres, por causas ginecológicas, incluyendo el embarazo, acuden en mayor cantidad que los hombres, que deben recibir atención y tratamiento en los consultorios médicos particulares.

Tabla N° 83. Casos de infecciones de transmisión sexual, en adolescentes de 12 a 18 años de edad, atendidos en la consulta externa de los establecimientos de salud del MINSA, Perú, 2010 y 2015

Enfermedades de transmisión sexual (ITS)	2010			2015		
	TOTAL	Masculino	Femenino	TOTAL	Masculino	Femenino
Total consultas externas	2,594,279	1,063,579	1,530,700	2,682,111	1,083,386	1,598,725
Total consultas por ITS	19,254	1,104	18,150	24,215	1,242	22,973
A50 - Sífilis congénita	59	21	38	109	42	67
A51 - Sífilis precoz	144	56	88	255	98	157
A52 - Sífilis tardía	20	8	12	24	13	11
A53 - Otras sífilis y las no especificadas	81	31	50	318	105	213
A54 - Infección gonocócica	221	149	72	253	196	57
A55 - linfogranuloma (venéreo) por clamidias	13	11	2	30	22	8
A56 - Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias	92	19	73	104	27	77
A57 - Chancro blando	8	8	0	10	4	6
A58 - Granuloma inguinal	21	10	11	17	9	8
A59 - Tricomoniasis	518	21	497	339	6	333
A60 - Infección anogenital debida a virus del herpes (herpes simple)	143	59	84	156	77	79
A63 - Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, no clasificadas en otra parte	640	113	527	759	132	627
A64 - Enfermedad de transmisión sexual no especificada	17,294	598	16,696	21,841	511	21,330

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Entre las ITS con diagnóstico definido (A51 a A60 de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10), la sífilis (precoz, tardía y las no especificadas) da cuenta del 39.6% de todos los casos, la tricomoniasis del 22.5%, la infección gonococia del 16.8% y la infección anogenital debido a virus del herpes del 10.4%. Entre estas cuatro infecciones suman el 89.3% de los casos de ITS con diagnóstico definido.

Tabla N° 84. Casos de infecciones de transmisión sexual, en jóvenes de 19 a 29 años de edad, atendidos en la consulta externa de los establecimientos de salud del MINSA, Perú, 2010 y 2015

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	2010			2015		
	TOTAL	Masculino	Femenino	TOTAL	Masculino	Femenino
Total consultas externas	4,738,343	1,089,835	3,648,508	5,592,553	1,128,568	4,463,985
Total consultas por ETS	193,052	8,928	184,124	291,318	9,196	282,122
A50 - Sífilis congénita	78	24	54	195	59	136
A51 - Sífilis precoz	1,308	702	606	2,122	1,191	931
A52 - Sífilis tardía	146	60	86	408	306	102
A53 - Otras sífilis y las no especificadas	656	295	361	2,097	963	1,134
A54 - Infección gonocócica	783	447	336	1,118	759	359
A55 - linfogranuloma (venéreo) por clamidias	38	27	11	69	53	16
A56 - Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias	444	54	390	516	79	437
A57 - Chancro blando	35	29	6	43	29	14
A58 - Granuloma inguinal	78	20	58	68	32	36
A59 - Tricomoniasis	4,700	124	4,576	2,907	31	2,876
A60 - Infección anogenital debida a virus del herpes (herpes simple)	896	489	407	1,018	533	485
A63 - Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, no clasificadas en otra parte	3,609	1,078	2,531	4,937	1,493	3,444
A64 - Enfermedad de transmisión sexual no especificada	180,281	5,579	174,702	275,820	3,668	272,152

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Una situación similar sucede con las estadísticas de jóvenes de 19 a 29 años de edad (**Tabla N° 84**). En este caso las cuatro ITS señaladas en el párrafo anterior dan cuenta del 93.3% de todas las ITS con diagnóstico definido (sífilis: 44.6%, tricomoniasis: 28.0%, infección gonocócica: 10.8% e infección anogenital debido a virus del herpes: 9.8%).

La situación de las estadísticas de las ITS hace necesario mejorar los servicios de diagnóstico y tratamiento que permitan la evaluación del impacto de las intervenciones realizadas por el sistema de salud para prevenir y controlar estas infecciones.

10. Principales problemas de salud de los adolescentes y jóvenes

10.1 Morbilidad

La morbilidad registrada en la consulta externa, de los servicios de salud, representa la patología más frecuente que se da en una población determinada, que por lo general es leve y puede ser resuelta en forma simple y sencilla de forma ambulatoria, mientras que la morbilidad hospitalaria, representa a aquellos problemas de

salud más complejos, y que puede poner en riesgo la integridad física de la persona o producirle la muerte. En esta sección mostraremos la patología registrada en los servicios de salud del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud, que brindan servicio a un poco más del 60% de la población del país, proporcionada por la Oficina General de Tecnologías de la Información, para los años 2010 y 2015.

Morbilidad en los adolescentes

Consulta externa

La **Tabla N° 85** y la **Tabla N° 86** muestran los principales motivos de consulta externa registrados en los servicios de salud del MINSA, para los años 2010 y 2015. Como se puede observar, en esas tablas, las principales patologías que afectan a los adolescentes son las infecciones de las vías respiratorias superiores y los problemas dentales y de la cavidad oral, que en ambos años dan cuenta de casi el 38% de todas las consultas médicas. Otros importantes problemas, pero con un porcentaje bastante menor, son las parasitosis intestinales, la gastritis y duodenitis, las dorsalgias y las micosis superficiales. Se observa poca diferencia en la magnitud de estos problemas de salud por sexo.

Tabla N° 85. Morbilidad registrada en la consulta externa en los adolescentes de 12 a 17 años de edad, según sexo, Perú 2010

Consultas externas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2,594,279	100.0	1,063,579	100.0	1,530,700	100.0
Problemas dentales y de la cavidad oral	352,169	13.6	132,440	12.5	219,729	14.4
Infecciones de las vías respiratorias superiores	602,809	23.2	270,200	25.4	332,609	21.7
Gastritis y duodenitis	53,320	2.1	15,744	1.5	37,576	2.5
Parasitosis intestinal	88,952	3.4	41,031	3.9	47,921	3.1
Gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	45,669	1.8	21,493	2.0	24,176	1.6
Dorsalgia	24,467	0.9	10,354	1.0	14,113	0.9
Micosis superficiales	52,166	2.0	23,213	2.2	28,953	1.9
Enfermedades de transmisión sexual	17,294	0.7	598	0.1	16,696	1.1

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Tabla N° 86. Morbilidad registrada en la consulta externa en los adolescentes de 12 a 17 años de edad, según sexo, Perú 2015

Consultas xternas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2,682,111	100.0	1,083,386	40.4	1,598,725	59.6
Problemas dentales y de la cavidad oral	611,940	22.8	247,349	22.8	364,591	22.8
Infecciones de las vías respiratorias superiores	410,438	15.3	184,507	17.0	225,931	14.1
Gastritis y duodenitis	52,046	1.9	14,576	1.3	37,470	2.3
Parasitosis intestinal	42,788	1.6	19,139	1.8	23,649	1.5
Gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	34,016	1.3	16,536	1.5	17,480	1.1
Dorsalgia	27,680	1.0	11,389	1.1	16,291	1.0
Micosis superficiales	22,156	0.8	9,478	0.9	12,678	0.8
Enfermedades de transmisión sexual	21,841	0.8	511	0.05	21,330	1.3

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Morbilidad hospitalaria

De acuerdo a los registros hospitalarios de los establecimientos de salud del MINSA, en 2010 fueron hospitalizados 64,402 adolescentes (12,531 hombres y 51,871 mujeres), mientras que en 2015 fueron hospitalizados 54,040 (10,996 hombres y 43,044 mujeres), en ambos años hubo una relación Hombre/Mujer de 1/4. La diferencia principal está dada por los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio (CIE 10: O00-O99). Sin ese grupo el número de hospitalizaciones en las mujeres serían de 13,248 para el 2010 y de 12,422 para el 2015, solo ligeramente superior al número de varones adolescentes hospitalizados.

Entre los varones adolescentes la primera causa de hospitalización son los traumatismos, que representaron el 25.8% del total de hospitalizaciones en 2010 y 23.2% en 2015, seguida de las enfermedades del apéndice (17.4%), de algunos tumores (3.7%) y ciertas enfermedades infecciosas (**Tabla N° 87**). Si bien la tuberculosis no se encuentra entre las primeras 10 causas de morbilidad hospitalaria, representó el 2.0% (256 casos) de las hospitalizaciones en el 2010 y el 1.2% (137 casos) en el 2015, solo un poco por debajo de la causa número 10.

En el caso de las adolescentes mujeres, el parto (O080-O84) representa la principal causa de hospitalización, 26,774 (51.6% del total de hospitalizaciones) en 2010 y 23,611 (54.9%) en 2015. Asimismo, entre las patologías que causaron un alto número de hospitalización en este grupo de población están un conjunto de enfermedades y complicaciones del embarazo y los embarazos que terminan en aborto, otros problemas importantes son las enfermedades del apéndice y los trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos. La **Tabla N° 88** muestra las más importantes causas de morbilidad hospitalaria en las adolescentes, para los años 2010 y 2015.

Tabla N° 87. Principales causas de morbilidad hospitalaria en adolescentes varones, Perú 2010 y 2015

	2010		2015	
	N°	%	N°	%
(S00 - S99) y (T00 - T14) Traumatismos	3,229	25.8	2,553	23.2
(K35 - K38) Enfermedades del apéndice	2,183	17.4	2,193	19.9
(C00 - C97) Tumores (Neoplasias) malignos	426	3.4	408	3.7
(L00 - L08) Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	418	3.3	399	3.6
(A90 - A99) Fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas	58	0.5	316	2.9
(A00 - A09) Enfermedades infecciosas intestinales	395	3.2	281	2.6
(T51 - T65) Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	528	4.2	254	2.3
(G40 - G47) Trastornos episódicos y paroxísticos ^{1/}	190	1.5	230	2.1
(N40 - N51) Enfermedades de los órganos genitales masculinos	158	1.3	171	1.6
(J09 - J18) Influenza (Gripe) y neumonía	267	2.1	166	1.5

^{1/} Incluye: Epilepsia, Estado de mal epiléptico, Migrañas, Otros síndromes de cefalea y enfermedades del sueño.

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Tabla N° 88. Principales causas de morbilidad hospitalaria en adolescentes mujeres, Perú 2010 y 2015

	2010		2015	
	N°	%	N°	%
(O10 - O75) y (O85 - O99) Enfermedades y complicaciones relacionados al embarazo	8,317	16.0	4,101	9.5
(O00 - O08) Embarazo terminado en aborto	3,532	6.8	2,910	6.8
(K35 - K38) Enfermedades del apéndice	2,112	4.1	2,158	5.0
(N80 - N98) Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	450	0.9	531	1.2
(T51 - T65) Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	1,229	2.4	515	1.2
(K80 - K87) Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	406	0.8	471	1.1
(C00 - C97) Tumores (neoplasias) malignos	324	0.6	419	1.0
(A00 - A09) Enfermedades infecciosas intestinales	422	0.8	357	0.8
(A90 - A99) Fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas	97	0.2	345	0.8
(N10 - N16) Enfermedad renal tubulointersticial	336	0.6	319	0.7

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Morbilidad en los jóvenes

Consulta externa

Como en el caso de los adolescentes, las dos principales motivos de consulta externa en los establecimientos de salud del MINSA, en 2010 y en 2015, fueron las infecciones de las vías respiratorias superiores y los problemas dentales y de la cavidad oral, que conjuntamente dieron cuenta de casi el 30% de las consultas médicas en este grupo de población (**Tabla N° 89 y Tabla N° 90**). Hay que señalar que en este grupo adquieren una mayor relevancia las infecciones de transmisión sexual, los trastornos del sistema urinario y la obesidad como causas de morbilidad. Estos dos últimos problemas de salud son más prevalentes entre las mujeres.

Tabla N° 89. Morbilidad registrada en la consulta externa en los jóvenes de 18 a 29 años de edad, según sexo, Perú 2010

Consultas externas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	4,738,343	100.0	1,089,835	100.0	3,648,508	100.0
Problemas dentales y de la cavidad oral	557,631	11.8	99,461	9.1	458,170	12.6
Infecciones de las vías respiratorias superiores	840,168	17.7	233,481	21.4	606,687	16.6
Enfermedades de transmisión sexual	180,281	3.8	5,579	0.5	174,702	4.8
Trastornos del sistema urinario	238,182	5.0	26,277	2.4	211,905	5.8
Gastritis y duodenitis	164,302	3.5	39,036	3.6	125,266	3.4
Obesidad	79,325	1.7	5,445	0.5	73,880	2.0
Dorsalgia	116,898	2.5	40,147	3.7	76,751	2.1
Gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	81,090	1.7	30,238	2.8	50,852	1.4

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Tabla N° 90. Morbilidad registrada en la consulta externa en los jóvenes de 18 a 29 años de edad, según sexo, Perú 2015

Consultas externas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	5,592,553	100.0	1,128,568	100.0	4,463,985	100.0
Problemas dentales y de la cavidad oral	916,101	16.4	158,937	14.1	757,164	17.0
Infecciones de las vías respiratorias superiores	627,214	11.2	164,283	14.6	462,931	10.4
Enfermedades de transmisión sexual	275,820	4.9	3,668	0.3	272,152	6.1
Trastornos del sistema urinario	236,806	4.2	22,532	2.0	214,274	4.8
Gastritis y duodenitis	164,134	2.9	38,013	3.4	126,121	2.8
Obesidad	158,217	2.8	14,830	1.3	143,387	3.2
Dorsalgia	133,103	2.4	42,078	3.7	91,025	2.0
Gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	65,334	1.2	23,289	2.1	42,045	0.9

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Morbilidad hospitalaria

Las principales causas de morbilidad hospitalaria difieren bastante entre hombres y mujeres jóvenes de 18 a 29 años de edad (**Tabla N° 91 y Tabla N° 92**). Mientras que entre los hombres los traumatismos son la principal causa de morbilidad hospitalaria (30.0% en 2010 y 27.1% en 2015) seguida por las enfermedades del apéndice (16.8% y 19.0% para 2010 y 2015 respectivamente), entre las mujeres son los problemas relacionados con el embarazo las principales causas de hospitalización. En la Tabla N° 92 no se han incluido las hospitalizaciones por el parto, que en 2010 dieron cuenta del 60.2% de estas y en 2015 del 67.5%.

Tabla N° 91. Principales causas de morbilidad hospitalaria en jóvenes varones, Perú 2010 y 2015

	2010		2015	
	N°	%	N°	%
(S00 - S99) y (T00 - T14) Traumatismos	9,016	30.0	7,345	27.1
(K35 - K38) Enfermedades del apéndice	5,045	16.8	5,140	19.0
(C00 - C97) Tumores (Neoplasias) malignos	791	2.6	936	3.5
(K80 - K87) Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	808	2.7	870	3.2
(A15 - A19) Tuberculosis	980	3.3	757	2.8
(T51 - T65) Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	1,532	5.1	691	2.6
(L00 - L08) Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	810	2.7	622	2.3
(F20 - F29) Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	474	1.6	512	1.9
(K40 - K46) Hernia	503	1.7	512	1.9
(A00 - A09) Enfermedades infecciosas intestinales	716	2.4	495	1.8

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Tabla N° 92. Principales causas de morbilidad hospitalaria en jóvenes mujeres, Perú 2010 y 2015

	2010		2015	
	N°	%	N°	%
(O10 - O75) y (O85 - O99) Enfermedades y complicaciones relacionados al embarazo	5,1050	17.8	33,640	11.6
(O00 - O08) Embarazo terminado en aborto	2,3722	8.3	24,266	8.4
(K80 - K87) Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	4,658	1.6	5,556	1.9
(K35 - K38) Enfermedades del apéndice	4,535	1.6	4,850	1.7
(N80 - N98) Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	2,655	0.9	2,316	0.8
(N10 - N16) Enfermedad renal tubulointersticial	1,352	0.5	1,529	0.5
(C00 - C97) Tumores (neoplasias) malignos	873	0.3	1,036	0.4
(N70 - N77) Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	1,082	0.4	927	0.3
(A00 - A09) Enfermedades infecciosas intestinales	1,045	0.4	833	0.3
(T51 - T65) Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	1,658	0.6	716	0.2

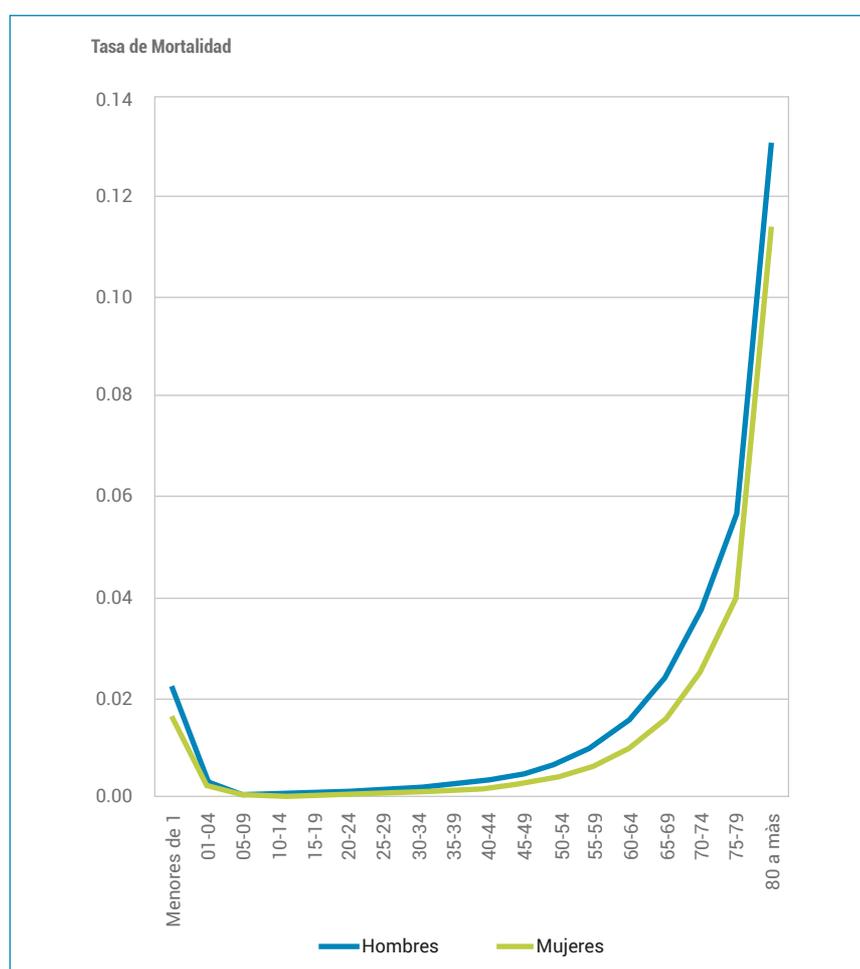
Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Hay que destacar el problema de la Tuberculosis entre los jóvenes, ya que fue la quinta causa de hospitalización entre los hombres, con 757 casos; y si bien entre las mujeres no se encuentra entre las 10 primeras causas de hospitalización, el número de mujeres jóvenes hospitalizadas por esta causa fue de 462, en 2015.

10.2 Mortalidad

Las tasas de mortalidad en adolescentes y jóvenes son las más bajas de entre todos los grupos de edad (Gráfico N° 31), tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico N° 31. Tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo, Perú 2010-2015



Fuente: INEI. Perú: Situación y Perspectivas de la Mortalidad por Sexo y Grupos de Edad, Nacional y por Departamentos, 1990-2025. Lima, julio 2010.

En Perú existe un importante problema con el registro de la mortalidad, que va desde su certificación médica, el registro mismo de la defunción, hasta la entrega de los certificados de defunción a las oficinas de estadística de las Direcciones de Salud de las Regiones y de ahí al Ministerio de Salud. Para el año 2015, y según las tablas de mortalidad elaboradas por el INEI, el número de defunciones en adolescentes, de 12 a 17 años de edad, debió ser de 2,089 (para ambos sexos), pero solo se tienen registrados 997. El caso de los jóvenes de 18 a 29 años de edad es similar, debieron haberse producido 7,481 defunciones en 2015, pero solo se tienen registrados 4,054. Si bien estos datos demuestran la necesidad de mejorar los sistemas de estadística en salud, ello no impide obtener valiosa información sobre las causas de mortalidad de adolescentes y jóvenes, y por tanto, determinar los más graves problemas de salud que aquejan a estas poblaciones.

Mortalidad en adolescentes

Tanto en el 2010 como en el 2015, las causas externas fueron las principales causas de muerte entre los adolescentes hombres. En 2010, diez de las 20 primeras causas de muerte se debieron a estos problemas, y en 2015, ocho. Lamentablemente, en muchos de los certificados de defunción no se encuentra señalado si la muerte por causa externa fue accidental, intencional o autoinfligida, como, por ejemplo, en los casos de la exposición a factores no especificados o la obstrucción no específica de las vías respiratorias.

Entre las causas externas habría que destacar las muertes debidas a accidentes de transporte no especificado (V99), que ocupó el tercer lugar como causa de muerte, tanto en 2010 como en 2015. Así como el disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas (W34), que ocupó el décimo primer lugar en 2015.

A las causas externas, le siguen como importantes causas de muerte las enfermedades transmisibles, ocupando la neumonía un lugar preponderante. Es probable que la muerte con esta causa esté en relación al retraso en recibir atención médica y las dificultades en el acceso a servicios de salud de calidad, ya que con la tecnología actual las neumonías no deberían estar entre las primeras causas de muerte. Así mismo, hay que destacar a la tuberculosis, que ocupó el octavo lugar en 2010 y el noveno en 2015; así como a los tumores, en particular los tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (Tabla N° 93 y Tabla N° 94).

Tabla N° 93. Principales causas de mortalidad en adolescentes hombres, Perú 2010

	Causa de muerte	N°	% del total
	Total defunciones registradas	744	100.0
1	Neumonía, organismo no especificado (J18)	47	6.3
2	Otras septicemias (A41)	40	5.4
3	Accidente de transporte no especificado (V99)	39	5.2
4	Exposición a factores no especificados (X59)	37	5.0
5	Ahogamiento y sumersión no especificados (W74)	27	3.6
6	Leucemia linfoide (C91)	22	3.0
7	Obstrucción no especificada de la respiración (W84)	18	2.4
8	Tuberculosis (A15-A19)	18	2.4
9	Hemorragia intraencefálica (I61)	16	2.2
10	Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado (V89)	16	2.2
11	Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas (W34)	16	2.2
12	Edema pulmonar (J81)	15	2.0
13	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados (V09)	14	1.9
14	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados (X49)	13	1.7
15	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte (J96)	13	1.7
16	Leucemia de células de tipo no especificado (C95)	12	1.6
17	Encefalitis, mielitis y encefalomiелitis (G04)	12	1.6
18	Lesión auto infligida intencionalmente por medios no especificados (X84)	11	1.5
19	Epilepsia (G40)	10	1.3
20	Ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, de intención no determinada (Y20)	10	1.3
	Total 20 primeras causas	406	54.6
	Causas externa	201	27.0
	Enfermedades transmisibles	87	11.7

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Tabla N° 94. Principales causas de mortalidad en adolescentes hombres, Perú 2015

	Causa de muerte	N°	% del total
	Total defunciones registradas	558	100.0
1	Exposición a factores no especificados (X59)	62	11.1
2	Neumonía, organismo no especificado (J18)	41	7.3
3	Accidente de transporte no especificado (V99)	39	7.0
4	Leucemia linfoide (C91)	33	5.9
5	Obstrucción no especificada de la respiración (W84)	32	5.7
6	Otras enfermedades bacterianas, no clasificadas en otra parte (A48)	28	5.0
7	Agresión por medios no especificados (Y09)	27	4.8
8	Ahogamiento y sumersión no especificados (W74)	22	3.9
9	Tuberculosis (A15-A19)	11	2.0
10	Tumor maligno del encéfalo (C71)	10	1.8
11	Leucemia mieloide (C92)	10	1.8
12	Insuficiencia cardíaca (I50)	10	1.8
13	Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)	9	1.6
14	Insuficiencia renal crónica (N18)	9	1.6
15	Desnutrición proteico calórica severa no especificada (E43)	8	1.4
16	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados (V09)	8	1.4
17	Exposición a corriente eléctrica no especificada (W87)	7	1.3
18	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte (J15)	6	1.1
19	Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares de los miembros (C40)	6	1.1
20	Leucemia de células de tipo no especificado (C95)	6	1.1
	Total 20 primeras causas	384	68.8
	Causas externa	206	36.9
	Enfermedades transmisibles	80	14.3

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

El perfil de la mortalidad entre las adolescentes mujeres (**Tabla N° 95 y Tabla N° 96**) no difiere sustancialmente del de los adolescentes varones, aunque en magnitud es mayor la mortalidad por causas externas entre los hombres. En este último grupo de causas, el envenenamiento accidental o auto infligido es mayor entre las mujeres. Entre las enfermedades infecciosas, la neumonía ocupa uno de los primeros lugares, así como la tuberculosis.

Entre los tumores, la leucemia linfocítica y leucemia mieloide ocupan un lugar importante, tanto en hombres como en mujeres.

Tabla N° 95. Principales causas de mortalidad en adolescentes mujeres, Perú 2010

	Causa de muerte	N°	% del total
	Total defunciones registradas	531	100.0
1	Neumonía, organismo no especificado (J18)	42	7.9
2	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados (X49)	34	6.4
3	Otras septicemias (A41)	32	6.0
4	Tuberculosis (A15-A19)	17	3.2
5	Exposición a factores no especificados (X59)	16	3.0
6	Leucemia linfocítica (C91)	16	3.0
7	Accidente de transporte no especificado (V99)	15	2.8
8	Epilepsia (G40)	15	2.8
9	Edema pulmonar (J81)	13	2.4
10	Obstrucción no especificada de la respiración (W84)	12	2.3
11	Hemorragia intraencefálica (I61)	10	1.9
12	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte (J96)	10	1.9
13	Leucemia mieloide (C92)	10	1.9
14	Ahogamiento y sumersión no especificados (W74)	9	1.7
15	Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado (V89)	7	1.3
16	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (C22)	7	1.3
17	Leucemia de células de tipo no especificado (C95)	6	1.1
18	Lesión auto infligida intencionalmente por medios no especificados (X84)	6	1.1
19	Otros estrangulamientos y ahorcamientos accidentales (W76)	6	1.1
20	Ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, de intención no determinada (Y20)	5	0.9
	Total 20 primeras causas	288	54.2
	Causas externa	110	20.7
	Enfermedades transmisibles	91	17.1

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Tabla N° 96. Principales causas de mortalidad en adolescentes mujeres, Perú 2015

	Causa de muerte	N°	% del total
	Total defunciones registradas	439	100.0
1	Exposición a factores no especificados (X59)	51	11.6
2	Neumonía, organismo no especificado (J18)	36	8.2
3	Obstrucción no especificada de la respiración (W84)	33	7.5
4	Otras enfermedades bacterianas, no clasificadas en otra parte (A48)	24	5.5
5	Accidente de transporte no especificado (V99)	22	5.0
6	Leucemia linfoide (C91)	12	2.7
7	Tuberculosis (A15-A19)	11	2.5
8	Tumor maligno del encéfalo (C71)	11	2.5
9	Ahogamiento y sumersión no especificados (W74)	10	2.3
10	Agresión por medios no especificados (Y09)	9	2.1
11	Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)	9	2.1
12	Leucemia mieloide (C92)	7	1.6
13	Insuficiencia cardíaca (I50)	7	1.6
14	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados (X69)	7	1.6
15	Encefalitis, mielitis y encefalomielitis (G04)	6	1.4
16	Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares, de otros sitios y de sitios no especificados (C41)	5	1.1
17	Insuficiencia renal crónica (N18)	4	0.9
18	Desnutrición proteico calórica severa no especificada (E43)	4	0.9
19	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte (J15)	4	0.9
20	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados (X49)	4	0.9
	Total 20 primeras causas	276	62.9
	Causas externa	145	33.0
	Enfermedades transmisibles	75	17.1

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Mortalidad en jóvenes

En los hombres jóvenes, las causas externas son la principal causa de muerte, compartiendo los accidentes de tránsito y las agresiones los primeros lugares. Asimismo, la tuberculosis continua siendo una importante causa de enfermedad, a la que se agrega la infección por el VIH ([Tabla N° 97](#) y [Tabla N° 98](#)).

Tabla N° 97. Principales causas de mortalidad en hombres jóvenes, Perú 2010

	Causa de muerte	N°	% del total
	Total defunciones registradas	3,161	100.0
1	Exposición a factores no especificados (X59)	247	7.8
2	Accidente de transporte no especificado (V99)	220	7.0
3	Tuberculosis (A15-A19)	163	5.2
4	Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas (W34)	158	5.0
5	Neumonía, organismo no especificado (J18)	155	4.9
6	Otras septicemias (A41)	122	3.9
7	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación (B24)	105	3.3
8	Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado (V89)	95	3.0
9	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte (J96)	72	2.3
10	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados (X49)	63	2.0
11	Ahogamiento y sumersión no especificados (W74)	62	2.0
12	Edema pulmonar (J81)	53	1.7
13	Evento no especificado, de intención no determinada (Y34)	53	1.7
14	Obstrucción no especificada de la respiración (W84)	48	1.5
15	Infarto agudo del miocardio (I21)	48	1.5
16	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados (V09)	46	1.5
17	Agresión con objeto cortante (X99)	41	1.3
18	Lesión auto infligida intencionalmente por medios no especificados (X84)	34	1.1
19	Epilepsia (G40)	33	1.0
20	Exposición a corriente eléctrica no especificada (W87)	31	1.0
	Total 20 primeras causas	1,849	58.5
	Causas externa	1,098	34.7
	Enfermedades transmisibles	545	17.2

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Tabla N° 98. Principales causas de mortalidad en hombres jóvenes, Perú 2015

	Causa de muerte	N°	% del total
	Total defunciones registradas	2,755	100.0
1	Exposición a factores no especificados (X59)	387	14.0
2	Accidente de transporte no especificado (V99)	329	11.9
3	Agresión por medios no especificados (Y09)	207	7.5
4	Neumonía, organismo no especificado (J18)	115	4.2
5	Obstrucción no especificada de la respiración (W84)	101	3.7
6	Tuberculosis	100	3.6
7	Otras enfermedades bacterianas, no clasificadas en otra parte (A48)	94	3.4
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación (B24)	71	2.6
9	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados (V09)	58	2.1
10	Ahogamiento y sumersión no especificados (W74)	52	1.9
11	Insuficiencia cardíaca (I50)	41	1.5
12	Leucemia linfoide (C91)	39	1.4
13	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias (B20)	35	1.3
14	Infarto agudo del miocardio (I21)	35	1.3
15	Tumor maligno del encéfalo (C71)	34	1.2
16	Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)	30	1.1
17	Exposición a corriente eléctrica no especificada (W87)	27	1.0
18	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas (X95)	25	0.9
19	Leucemia mieloide (C92)	24	0.9
20	Agresión con disparo de arma corta (X93)	24	0.9
	Total 20 primeras causas	1,828	66.4
	Causas externa	1,139	41.3
	Enfermedades transmisibles	321	11.7

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Entre las mujeres jóvenes, la neumonía continúa ocupando uno de los primeros lugares como causa de muerte, pero los accidentes de tránsito y las agresiones también se encuentran entre los primeros lugares (Tabla N° 99 y Tabla N° 100).

Tanto en hombres como en mujeres aparece el tumor maligno de estómago entre las primeras veinte causas de mortalidad, y en las mujeres el tumor maligno de mama.

Tabla N° 99. Principales causas de mortalidad en mujeres jóvenes, Perú 2010

	Causa de muerte	N°	% del total
	Total defunciones registradas	1,616	100.0
1	Neumonía, organismo no especificado (J18)	106	6.6
2	Otras septicemias (A41)	90	5.6
3	Tuberculosis	81	5.0
4	Accidente de transporte no especificado (V99)	54	3.3
5	Exposición a factores no especificados (X59)	52	3.2
6	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados (X49)	52	3.2
7	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte (J96)	41	2.5
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación (B24)	40	2.5
9	Edema pulmonar (J81)	32	2.0
10	Obstrucción no especificada de la respiración (W84)	29	1.8
11	Tumor maligno del estómago (C16)	27	1.7
12	Infarto agudo de miocardio (I21)	24	1.5
13	Insuficiencia renal crónica (N18)	23	1.4
14	Epilepsia (G40)	21	1.3
15	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico (I64)	21	1.3
16	Insuficiencia cardíaca (I50)	21	1.3
17	Tumor maligno del encéfalo (C71)	20	1.2
18	Leucemia linfoide (C91)	20	1.2
19	Lesión auto infligida intencionalmente por medios no especificados (X84)	18	1.1
20	Evento no especificado, de intención no determinada (Y34)	17	1.1
	Total 20 primeras causas	789	48.8
	Causas externa	222	13.7
	Enfermedades transmisibles	317	19.6

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Tabla N° 100. Principales causas de mortalidad en mujeres jóvenes, Perú 2015

	Causa de muerte	N°	% del total
	Total defunciones registradas	1,299	100.0
1	Exposición a factores no especificados (X59)	106	8.2
2	Neumonía, organismo no especificado (J18)	84	6.5
3	Accidente de transporte no especificado (V99)	82	6.3
4	Otras enfermedades bacterianas, no clasificadas en otra parte (A48)	59	4.5
5	Tuberculosis	53	4.1
6	Obstrucción no especificada de la respiración (W84)	45	3.5
7	Agresión por medios no especificados (Y09)	32	2.5
8	Insuficiencia cardíaca (I50)	27	2.1
9	Leucemia linfoide (C91)	22	1.7
10	Tumor maligno del encéfalo (C71)	22	1.7
11	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación (B24)	20	1.5
12	Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)	20	1.5
13	Hemorragia intraencefálica (I61)	20	1.5
14	Insuficiencia renal crónica (N18)	20	1.5
15	Tumor maligno del estómago (C16)	18	1.4
16	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados (X69)	18	1.4
17	Tumor maligno de la mama (C50)	17	1.3
18	Encefalitis, mielitis y encefalomielitis (G04)	16	1.2
19	Envenenamiento accidental por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados (X49)	15	1.2
20	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias (B20)	14	1.1
	Total 20 primeras causas	710	54.7
	Causas externa	318	24.5
	Enfermedades transmisibles	230	17.7

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información.

Mortalidad materna en adolescentes y jóvenes

En 2011, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) era de 93 por cada 100,000 nacidos vivos, y en 2015 se estimó en 68. Dado que el INEI, estima en 572 mil nacimientos como promedio anual para el quinquenio 2019-2020¹⁹, en 2015 debieron ocurrir 388 muertes maternas en el país. Según el MINSA²⁰, el 6.6% de esas muertes ocurrieron en adolescentes y el 44.6% en jóvenes de 18 a 29 años de edad, es decir un promedio anual de 26 muertes maternas en adolescentes y 173 en jóvenes. Para el 2015, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades tiene registradas 21 muertes maternas en adolescentes y 194 en jóvenes. De estas 215 muertes maternas, 129 (60.0%) correspondieron a causas directas y 86 (40.0%) a causas indirectas.

Entre las principales causas de mortalidad están: (i) hemorragia obstétrica (42.6%), (ii) trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (22.7%), (iii) complicaciones no obstétricas (14.0%) y (iv) embarazo que termina en aborto (9.8%), estas cuatro causas dan cuenta del 89.1% de todas las muertes maternas, todas ellas prevenibles a través de un adecuado control prenatal y el acceso a servicios de atención médica de calidad, en el momento oportuno.

¹⁹ Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 - 2050 - Boletín de Análisis Demográfico N° 36.

²⁰ MINSA. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Lima 2013.

Conclusiones

1. En 2015, la población de 10 a 19 años constituía el 18.6% de la población peruana, y será 17.4% en 2021, mientras que la población de 20 a 29 años era el 17.6% de la población, y será 17.0% en 2021. En términos absolutos la población de 10 a 19 años se reducirá de 5'801,691 a 5'778,585, y la población de 20 a 29 años se incrementará de 5'489,733 a 5'626,274 en ese mismo período.
2. El 30.6% de la población de 10 a 14 años, en 2015, estaba en situación de pobreza, así como el 23.5% de la población de 15 a 19 años, valores más altos que el promedio nacional (21.8%).
3. Los indicadores educativos han mejorado desde el 2001 al 2015, indicando un mayor acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios educativos, así como a un mayor nivel de instrucción, aunque aún persisten brechas muy amplias entre las áreas urbanas y rurales.
4. La población económicamente activa (PEA) adolescente, se ha reducido de 36.7% a 24.1%, entre el 2008 y el 2015, consecuencia de la mejor situación económica del país, y que ha hecho posible el incremento en el número de adolescentes que pueden estudiar.
5. Entre 2011 y 2016, el porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años con cobertura de algún tipo de seguro de salud se ha incrementado de 69.9% a 81.0%, y el de los jóvenes de 18 a 29 de 50.7% a 64.3%.
6. Entre 2010 y 2015, en el área urbana, la prevalencia de vida de consumo de alcohol, en los adolescentes ha disminuido de 62.7% a 59.7%, el consumo de tabaco de 35.5% a 24.5%, de la marihuana de 4.7% a 3.5%, de la PBC de 1.9% a 1.0% y la cocaína de 1.5% a 1.4%.
7. La prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco, entre los escolares de secundaria, era en 2012, de 37.2% y 22.3%, con un promedio de inicio de consumo de 13.3 años de edad. La familia constituye el principal entorno para el inicio del consumo de alcohol, mientras que los amigos del barrio lo son para el tabaco y la marihuana, y los compañeros de estudio para el consumo de otras drogas ilegales.
8. Entre estudiantes universitarios, la prevalencia de vida de consumo de alcohol es del 87.1%, del tabaco 59.9%, de la marihuana 11.6%; de la cocaína 2.0%, la pasta básica de cocaína 0.4% y el de los tranquilizantes 5.2%.
9. En 2013, entre la población de 10 a 19 años de edad, el 17.5% tenían sobrepeso (16.1% de hombres y 19.0% de mujeres), y 6.7% obesidad (7.9% de hombres y 5.4% de mujeres). Asimismo, el 30.7% de los jóvenes de 20 a 29 años de edad tenían sobrepeso (31.9% de hombres y 29.6% de mujeres), y el 9.9% obesidad (8.8% de hombres y el 11.0% de mujeres).
10. En 2015, el 17.3% de la mujeres de 15 a 19 años presentaba anemia leve, el 2.4% anemia moderada y 0.2% anemia severa. Entre las mujeres de 20 a 29 años estos porcentajes eran de 17.7%, 2.4% y 0.2% respectivamente.
11. Según los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), la prevalencia de tendencias psicopáticas, entre los adolescentes del país, es del 37.0% en promedio, y el de adolescentes que son tolerantes a conductas delictivas de 7.3%. El planeamiento suicida va del 11.0% en Lima Metropolitana a 3.5% en la sierra rural y la conducta suicida de 2.9% en la sierra urbana a 0.5% en la sierra rural.
12. En 2015, el porcentaje de adolescentes víctimas de violencia física o psicológica, alguna vez en la vida, en sus hogares o centros de atención residencial, fue de 81.0%, mientras que en la institución educativa fue de 73.8%; la prevalencia en los últimos 12 meses llegó a 38.8% en los hogares y a 47.4% en las instituciones educativas. El 34.6% señalaron que alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia sexual, 19.9% en los últimos 12 meses.

13. Las principales víctimas de los homicidios en el Perú son los jóvenes de 15 a 29 años de edad, representando, entre 2011 y el 2015, el 40% de todas las víctimas de homicidio. En 2016, entre la población penitenciaria condenada por homicidio doloso, el 33.2% eran jóvenes entre 18 y 29 años de edad, poniendo en evidencia que son los jóvenes las principales víctimas como los principales responsables de los homicidios en el Perú.
14. Entre 2009 y 2014, el 81.5% de las víctimas de trata de personas tenían entre 13 y 24 años de edad. Las mujeres fueron las principales víctimas de trata de personas (79.7% en 2014). El 66.4% de los casos fue por explotación sexual y el 23.2% por explotación laboral.
15. En 2010, el 19.7% de los estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre estos estudiantes, 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años.
16. El porcentaje de adolescentes, alguna vez embarazadas, no ha sufrido cambios importantes entre 1996 y el 2015, años en que este porcentaje fue de 13.4% y 13.6% respectivamente. El embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación al área urbana (22.5% y 10.6% respectivamente para el 2015).
17. Las principales causas de hospitalización en los adolescentes varones son los traumatismos, que representaron el 23.2% del total de hospitalizaciones en 2015, seguida de las enfermedades del apéndice (17.4%). Entre las adolescentes mujeres, el parto representó la principal causa de hospitalización, seguida de las enfermedades y complicaciones relacionadas al embarazo (9.5%); embarazo terminado en aborto (6.8%) y las enfermedades del apéndice (5.0%). Entre los jóvenes las causas de hospitalización no difieren mucho, aunque la tuberculosis constituye un importante motivo de hospitalización en varones con un 2.8% de todas las hospitalizaciones.
18. Las causas externas son la principal causa de muerte entre los adolescentes. En 2015, entre los varones representaron el 36.9% del total, siendo las principales los accidentes de transporte no especificado (7.0% del total de muertes), la obstrucción no especificada de la respiración (5.7%), la agresión por medios no especificados (4.8%), y el ahogamiento y sumersión no especificada (3.9%). Entre las mujeres adolescentes las causas externas dan cuenta del 33.0% de las defunciones.
19. En 2015, entre los varones jóvenes las causas externas dieron cuenta del 41.3% de las defunciones, y la tuberculosis fue la sexta causa de mortalidad con un 3.6% de todas las defunciones, la enfermedad por el VIH el octavo (2.6%) y la enfermedad por VIH, resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias, el décimo tercero (1.3%). En las mujeres, las causas externas dieron cuenta del 24.5% de todas las defunciones, la tuberculosis del 4.1%, la enfermedad por el VIH del 1.5% y la enfermedad por VIH, resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias, del 1.1%.
20. En 2015, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) se estimó en 68 por 100,000 nacidos vivos, es decir debieron ocurrir 388 muertes maternas en el país, 26 muertes maternas en adolescentes y 173 en jóvenes. Entre las principales causas de mortalidad materna están: (i) hemorragia obstétrica (42.6%), (ii) trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (22.7%), (iii) complicaciones no obstétricas (14.0%) y (iv) embarazo que termina en aborto (9.8%), estas cuatro causas dan cuenta del 89.1% de todas las muertes maternas.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Compendio Estadístico 2015.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y proyecciones de la población por años calendario y edades simples, 1995-2025.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 - 2050 - Boletín de Análisis Demográfico N° 36.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estadísticas de la Emigración Internacional de Peruanos e Inmigración de Extranjeros, 1990-2013.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2015. Informe Técnico. Lima, abril 2016.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2001-2012.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2004-2015.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Niñez y Adolescencia. Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2016. Informe Técnico N° 3 – setiembre 2016.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Victimización en el Perú 2010-2015. Lima, abril 2016.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2015.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional de Población en los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación, 2016.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Situación y Perspectivas de la Mortalidad por Sexo y Grupos de Edad, Nacional y por Departamentos, 1990-2025. Lima, julio 2010.
15. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar 2010. Lima, 2011.
16. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual, Diciembre de 2016.
17. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Lima 2013.
18. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud (SIS). Sala Situacional del SIS.
19. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003.
20. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004.
21. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006.

22. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007.
23. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008.
24. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009.
25. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012.
26. Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Estado Nutricional en el Perú por etapas de vida: 2012-2013. Lima, 2015.
27. EsSalud. Estadísticas Institucionales, Junio 2016. Disponible en <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>, consultado el 7 de diciembre de 2016.
28. Congreso de la Republica. Informe Temático N° 126/2014-2015: Estadísticas sobre violencia familiar y sexual, violencia contra la mujer y feminicidio en el Perú. Lima, febrero de 2015.
29. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 166 “Trabajo infantil y derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en el Perú”.
30. Ministerio Público. Fiscalía de la Nación. Observatorio de Criminalidad. Cifras Estadísticas, Trata de Personas 2009-2014.
31. Comité Estadístico Interinstitucional de la Criminalidad – CIEC. Homicidios en el Perú, Contándolos uno a uno 2011-2015.
32. CEDRO. Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2010.
33. CEDRO. Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2015.
34. DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.
35. Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina (PRADICAN). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Perú, 2012.
36. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El bono Demográfico Regional en el Perú. Lima, 2012.
37. Montoya, D. Pinto, A. Taza, E. Meléndez, P. Alfaro. Nivel de actividad física según el cuestionario PAQ-A en escolares de secundaria en dos colegios de San Martín de Porres – Lima. Rev Hered Rehab. 2016; 1:21-31.
38. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y reproductivos (PROMSEX). Encuesta sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Perú, 2015.

Lista de Tablas y Gráficos

Tablas

4. La Población adolescente y joven

Tabla N° 1. Principales indicadores demográficos por quinquenios. Perú 2000-2025.

Tabla N° 2. Población adolescentes y joven, por sexo y edades simples, Perú 2010 y 2015.

5. Indicadores socio económicos entre la población adolescente y joven del Perú

Tabla N° 3. Incidencia de la pobreza monetaria por ámbitos geográficos, Perú 2010 y 2015.

Tabla N° 4. Incidencia de pobreza por grupos de edad nacional y urbano/rural, Perú 2010 y 2015.

Tabla N° 5. Tasas de analfabetismo por grupos de edad, Perú 2001, 2010 y 2015.

Tabla N° 6. Tasa de asistencia escolar de la población de 12 a 16 años de edad, Perú 2001, 2010 y 2015.

Tabla N° 7. Tasa de asistencia escolar de la población de 12 a 16 años de edad, según lengua materna, Perú 2005, 2010 y 2015.

Tabla N° 8. Tasa de asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad, Perú 2005, 2010 y 2015.

Tabla N° 9. Actividades que realizan los jóvenes de 15 a 29 años de edad, Perú 2005, 2010, 2015.

Tabla N° 10. Actividades que realizan los jóvenes de 15 a 29 años de edad, por sexo, Perú 2005, 2010, 2015.

Tabla N° 11. Población con algún Seguro de salud, según grupos de edad y área de residencia, Perú 2011 – 2016.

Tabla N° 12. Población con Seguro Integral de Salud (SIS), según grupos de edad y área de residencia, Perú 2011-2016.

Tabla N° 13. Población con Seguro Social de Salud (EsSalud), según grupos de edad y área de residencia, Perú 2011-2016.

Tabla N° 14. Adolescentes y jóvenes afiliados al Seguro Integral de Salud y EsSalud, Perú, 2016.

6. Factores de riesgo y protección

Tabla N° 15. Prevalencia de consumo de alcohol y conductas vinculadas a abuso de alcohol entre adolescentes de 12 a 17 años, por regiones y ámbito urbano/rural.

Tabla N° 16. Prevalencia de vida de consumo de tabaco en adolescentes, según regiones naturales y área urbano/rural.

Tabla N° 17. Prevalencia de vida del consumo de drogas ilegales en el área urbana, por grupos de edad, Perú 2010 y 2015.

Tabla N° 18. Prevalencia de vida de consumo de drogas en adolescentes, según regiones naturales y área urbano/rural.

Tabla N° 19. Principales indicadores de consumo de drogas en la población escolar de secundaria residente en ciudades de 30,000 y más habitantes, Perú 2012.

Tabla N° 20. Prevalencia de año del consumo de drogas en escolares de secundaria, según sexo y grupo de edad.

Tabla N° 21. Prevalencia de año del consumo de drogas en escolares de secundaria, según año de estudio, Perú 2012.

Tabla N° 22. Prevalencia de año del consumo de drogas en la población escolar según tipo de colegio y género de la población escolar, Perú 2012.

Tabla N° 23. Frecuencia de consumo de drogas en escolares de secundaria, usuarios de drogas en el último año, Perú 2012.

- Tabla N° 24. Porcentaje de respuestas que los estudiantes consumidores recientes de alcohol dieron a cada una de las preguntas de la Escala CRAFFT.
- Tabla N° 25. Porcentaje de escolares con consumo problemático de alcohol, total y según sexo y tipo de colegio, Perú 2012.
- Tabla N° 26. Proporción de estudiantes secundarios que reportan bebida exceso de alcohol (Usuarios de último mes).
- Tabla N° 27. Proporción de estudiantes secundarios que reportan haberse embriagado al menos un día en el último mes, Perú 2012.
- Tabla N° 28. Entorno de inicio del consumo de drogas en la población escolar de secundaria, Perú 2012.
- Tabla N° 29. Principales indicadores de consumo de drogas en la población universitaria, Perú 2012.
- Tabla N° 30. Prevalencia de consumo de alcohol entre universitarios, según sexo, Perú 2012 2012.
- Tabla N° 31. Prevalencia de consumo de marihuana entre universitarios, según sexo, Perú 2012.
- Tabla N° 32. Comparación de la prevalencia de consumo anual y mensual entre escolares de secundaria y universitarios, Perú 2012.
- Tabla N°33. Estado nutricional de los escolares de educación secundaria, según sexo, Perú 2010.
- Tabla N°34. Estado nutricional de los escolares de educación secundaria, según año de estudio, Perú 2010.
- Tabla N°35. Estado nutricional de la población de 10-19 años de edad por ámbito urbano / rural y sexo, Perú 2012-2013.
- Tabla N°36. Estado nutricional de la población de 10-19 años de edad según nivel de pobreza, Perú 2012-2013.
- Tabla N°37. Estado nutricional de los jóvenes de 20-29 años de edad por ámbito urbano / rural y sexo, Perú 2012-2013.
- Tabla N°38. Estado nutricional de los jóvenes de 20-29 años de edad según nivel de pobreza, Perú 2012-2013.
- Tabla N°39. Comportamiento alimentario de los escolares de secundaria, según sexo, Perú 2010.
- Tabla N°40. Comportamiento alimentario de los escolares de secundaria, según Grado de estudio, Perú 2010.
- Tabla N°41. Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 29 años de edad, por tipo de anemia, Perú 2000, 2009 y 2015.
- Tabla N°42. Actividad física de los escolares de secundaria, según sexo, Perú 2010.
- Tabla N°43. Actividad física de los escolares de secundaria, según Grado de estudio, Perú 2010.
- Tabla N°44. Nivel de actividad física de estudiantes de secundaria según tipo de institución educativa y sexo.
- Tabla N°45. Participación en clases de educación física y nivel de actividad física realizada por estudiantes de secundaria.
- Tabla N°46. Situaciones de riesgo experimentadas por escolares de secundaria a través del internet.
- Tabla N° 47. Población adolescente infractora, por sexo, según tipo de infracción por el que lo acusan, Perú 2016.

7. Salud mental

- Tabla N°48. Poca o nula confianza de los adolescentes hacia las autoridades de su entorno, por regiones naturales y ámbitos urbano y rural, 2003-2012.
- Tabla N°49. Principales estresores psicosociales de los adolescentes por regiones naturales y ámbitos urbano y rural, 2003-2012.
- Tabla N°50. Estados anímicos prevalentes (“siempre o casi siempre”) entre los adolescentes por regiones naturales y ámbitos urbano y rural, 2003-2012.
- Tabla N°51. Aspectos psicopáticos entre los adolescentes, por regiones naturales y ámbitos urbano y rural, 2003-2012.

- Tabla N°52. Indicadores suicidas en estudiantes de secundaria según sexo, Perú 2010.
- Tabla N°53. Indicadores suicidas en estudiantes de secundaria según grado de estudio, Perú 2010.
- Tabla N°54. Indicadores suicidas, por regiones naturales y ámbitos urbano / rural.
- Tabla N°55. Indicadores suicidas, por sexo y regiones naturales.
- Tabla N°56. Prevalencia de tendencias violentas entre adolescentes, por región natural y áreas urbano / rural.
- Tabla N°57. Tendencias violentas en los adolescentes de Lima y Callao y la Sierra y Selva rurales.
- Tabla N°58. Prevalencia de consideraciones o pensamientos de índole homicida en adolescentes, por región natural y área urbano / rural.
- Tabla N°59. Prevalencia actual de trastornos clínicos en los adolescentes, según región natural y ámbito urbano/rural.

8. Violencia hacia los adolescentes

- Tabla N°60. Adolescentes de 12 a 17 años de edad, víctimas de violencia, según lugar de ocurrencia y tipo de violencia. Perú 2013 y 2015.
- Tabla N°61. Prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra el adolescente según región natural y área urbano/rural.
- Tabla N°62. Prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra el adolescente según región natural y sexo.
- Tabla N°63. Adolescentes de 12 a 17 años de edad atendidos por violencia familiar y sexual en los Centros “Emergencia Mujer”.
- Tabla N°64. Situaciones de violencia y traumatismos no intencionales en los estudiantes de secundaria según sexo. Perú 2010.
- Tabla N°65. Situaciones de violencia y traumatismos no intencionales en los estudiantes de secundaria según grado de estudio, Perú 2010.
- Tabla N°66. Nivel de exposición al bullying en estudiantes de secundaria, Perú 2012.
- Tabla N°67. Nivel de victimización por bullying en estudiantes de secundaria, por sexo y tipo de colegio, Perú 2012.
- Tabla N°68. Nivel de victimización por bullying en estudiantes de secundaria, según problema de discapacidad o enfermedad, Perú 2012.
- Tabla N°69. Nivel de victimización por bullying en estudiantes de secundaria, según grupo de origen, Perú 2012.
- Tabla N°70. Homicidios registrados en el país y el porcentaje de víctimas de 15 a 29 años de edad, Perú 2011 – 2015.

9. Salud sexual y reproductiva

- Tabla N°71. Comportamiento sexual de escolares de secundaria, según sexo, Perú 2010.
- Tabla N°72. Comportamiento sexual de escolares de secundaria, según grado de estudio, Perú 2010.
- Tabla N°73. Conocimiento sobre VIH o SIDA de los escolares de secundaria, según sexo, Perú 2010.
- Tabla N°74. Conocimiento sobre VIH o SIDA de los escolares de secundaria, según grado de estudio, Perú 2010.
- Tabla N°75. Evolución de la fecundidad por grupos de edad, 1986, 1991-1992, 1996, 2011, 2014-2015.
- Tabla N°76. Uso de métodos anticonceptivos, en las mujeres adolescentes y jóvenes, actualmente unidas y sexualmente activas, Perú 2010.
- Tabla N°77. Uso de métodos anticonceptivos, en las mujeres adolescentes y jóvenes, actualmente unidas y sexualmente activas, Perú 2015.

- Tabla N°78. Evolución del inicio de relaciones sexuales y de la actividad sexual reciente de las mujeres de 15 a 19 años de edad, Perú 2000 al 2015.
- Tabla N°79. Principales problemas de los adolescentes en el tema de salud sexual, Perú 2015.
- Tabla N°80. Opinión sobre acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos, Perú 2015.
- Tabla N°81. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas, según área de residencia, región natural, nivel educativo y quintil de riqueza, Perú 2010 y 2015.
- Tabla N°82. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas por departamentos, Perú 2010 y 2015.
- Tabla N°83. Casos de enfermedades de transmisión sexual, en adolescentes de 12 a 18 años de edad, atendidos en la consulta externa de los establecimientos de salud del MINSA, Perú, 2010 y 2015.
- Tabla N°84. Casos de enfermedades de transmisión sexual, en jóvenes de 19 a 29 años de edad, atendidos en la consulta externa de los establecimientos de salud del MINSA, Perú, 2010 y 2015.

10. Principales problemas de salud

- Tabla N°85. Morbilidad registrada en la consulta externa en los adolescentes de 12 a 17 años de edad, según sexo, Perú 2010.
- Tabla N°86. Morbilidad registrada en la consulta externa en los adolescentes de 12 a 17 años de edad, según sexo, Perú 2015.
- Tabla N°87. Principales causas de morbilidad hospitalaria en adolescentes varones, Perú 2010 y 2015.
- Tabla N°88. Principales causas de morbilidad hospitalaria en adolescentes mujeres, Perú 2010 y 2015.
- Tabla N°89. Morbilidad registrada en la consulta externa en los jóvenes de 18 a 29 años de edad, según sexo, Perú 2010.
- Tabla N°90. Morbilidad registrada en la consulta externa en los jóvenes de 18 a 29 años de edad, según sexo, Perú 2015.
- Tabla N°91. Principales causas de morbilidad hospitalaria en jóvenes varones, Perú 2010 y 2015.
- Tabla N°92. Principales causas de morbilidad hospitalaria en jóvenes mujeres, Perú 2010 y 2015.
- Tabla N°93. Principales causas de mortalidad en adolescentes hombres, Perú 2010.
- Tabla N°94. Principales causas de mortalidad en adolescentes hombres, Perú 2015.
- Tabla N°95. Principales causas de mortalidad en adolescentes mujeres, Perú 2010.
- Tabla N°96. Principales causas de mortalidad en adolescentes mujeres, Perú 2015.
- Tabla N°97. Principales causas de mortalidad en hombres jóvenes, Perú 2010.
- Tabla N°98. Principales causas de mortalidad en hombres jóvenes, Perú 2015.
- Tabla N°99. Principales causas de mortalidad en mujeres jóvenes, Perú 2010.
- Tabla N°100. Principales causas de mortalidad en mujeres jóvenes, Perú 2015.

Gráficos

4. La Población adolescente y joven

- Gráfico N°1. Estructura de la población peruana, por grupos quinquenales de edad y sexo, Perú año 2020, 2015 y 2021.
- Gráfico N°2. Evolución de la población peruana, para algunos grupos de población, entre el 2000 y el 2021.
- Gráfico N°3. Peruanos emigrantes por grupos de edad, Perú 1994 – 2012.
- Gráfico N°4. Peruanos retornantes del extranjero entre los años 2000 al 2013.

5. Indicadores socio económicos entre la población adolescente y joven del Perú

- Gráfico N°5. Porcentaje de hogares con adolescente de 12 a 17 años según pobreza, Perú 2010-2015.
- Gráfico N°6. Tasas de analfabetismo por sexo y grupos de 15 a 19 años de edad y de 20 a 209 años, Perú 2001, 2010 y 2015.
- Gráfico N°7. Tasas de asistencia escolar, para la población de 12 a 14 años de edad, por sexo, para los años 2001, 2010 y 2015.
- Gráfico N°8. Tasas neta de asistencia escolar, para la población de 12 a 14 años de edad, por quintiles de ingreso, para los años 2001, 2010 y 2015.
- Gráfico N°9. Tasa de asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad, Perú 2005, 2010 y 2015.
- Gráfico N°10. Tasa de asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad por sexo, Perú 2005 y 2015.
- Gráfico N°11. Tasa de asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad por quintiles de ingreso, Perú 2015.
- Gráfico N°12. Población económicamente activa adolescente, y porcentaje de ocupación. Perú 2005-2015.

6. Factores de riesgo y protección

- Gráfico N°13. Prevalencia de vida de consumo de alcohol en las áreas urbanas: población total, adolescentes y jóvenes, Perú 2010 y 2015.
- Gráfico N°14. Prevalencia de vida de consumo de alcohol entre adolescentes hombres y mujeres, según región natural y área urbano / rural.
- Gráfico N°15. Edad promedio de inicio de consumo de alcohol de los adolescentes, por regiones naturales y ámbitos urbano / rural.
- Gráfico N°16. Prevalencia de vida de consumo de tabaco, por grupos de edad, Perú 2010 y 2015.
- Gráfico N°17. Lugar donde les ofrecieron marihuana y otras drogas a los estudiantes, Perú 2012.
- Gráfico N°18. Estado nutricional de la población de 10-19 años de edad por regiones naturales, Perú 2012-2013.
- Gráfico N°19. Estado nutricional de los jóvenes de 20-29 años de edad por regiones naturales, Perú 2012-2013.

7. Salud mental

- Gráfico N°20. Indicadores suicidas entre adolescentes de 12-14 y de 15-17 años de edad.

8. Violencia hacia los adolescentes

- Gráfico N°21. Prevalencia de vida de algún tipo de abuso contra el adolescente según región natural y área urbano/rural.
- Gráfico N°22. Adolescentes de 12 a 17 años víctimas de violencia sexual, Perú 2013 y 2015.

Gráfico N°23. Tipos de violencia sexual ejercidas alguna vez sobre adolescentes de 12 a 17 años de edad, Perú 2015.

Gráfico N°24. Víctimas de feminicidio y tentativa de feminicidio, por grupos de edad, Perú 2014.

Gráfico N°25. Presuntas víctimas de trata de personas por grupos de edad, Perú 2009-2014.

9. Salud sexual y reproductiva

Gráfico N°26. Tasas de fecundidad específicas por grupos de edad y área urbano/rural, Perú 2015.

Gráfico N°27. Uso de métodos anticonceptivos modernos por grupos de edad, en las mujeres actualmente unidas y sexualmente activas, Perú 2010 y 2015.

Gráfico N°28. Evolución del embarazo adolescente en el Perú entre 1996 y el 2015.

Gráfico N°29. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas, Perú 2010 y 2015.

Gráfico N°30. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas por departamentos, Perú 2015.

10. Principales problemas de salud de los adolescentes y jóvenes

Gráfico N° 31. Tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo, Perú 2010-2015.





Av. Salaverry 801 - Lima 11
INFOSALUD 0800 - 10828
www.minsa.gob.pe