



Documento técnico
**Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes
“Una mirada al Bono Demográfico”**

Perú 2011

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes. Una mirada al Bono Demográfico.
Ministerio de Salud – Lima: Ministerio de Salud, 2011.

p. 74

ANÁLISIS / SITUACIÓN DE SALUD/ JÓVENES



República del Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº 2011-09733

**Documento técnico Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes
"Una mirada al Bono Demográfico"**

© Ministerio de Salud
Dirección General de Salud de las Personas
Dirección de Atención Integral de Salud
Etapa de Vida Adolescente y Joven
Av. Salaverry 801-Jesús María, Lima-Perú
Central Telefónica: 3156600
URL: <http://www.minsa.gob.pe>

DR. CARLOS ALBERTO TEJADA NORIEGA
Ministro de Salud

DR. ENRIQUE JACOBY MARTINEZ
Viceministro de Salud

DR. CARLOS ACOSTA SAAL
Director General de Salud de las Personas

DR. LUIS ANTONIO SUAREZ OGNIO
Director General de Epidemiología

Elaborado por:
*Guisella Magaly Ascate K'ana
María del Carmen Calle Dávila*

Equipo revisor MINSA:
*Edwin Omar Napanga Saldaña
Luis Robles Guerrero
Ana Borja Hernani*

Equipo revisor OPS:
*Adrián Díaz
María Edith Baca
Fernando González*

Primera edición: Agosto 2011
Tiraje:
Diseño e impresión: Sinco Editores SAC
Jr. Huaraz 449 - Breña Teléfono: 433-5974
sincoeditores@yahoo.com.

Versión digital disponible en: www.minsa.gob.pe

Documento elaborado y publicado gracias a la Cooperación técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud



Resolución Ministerial

Lima, 4 de Julio..... del 2011.

DR. LUIS MIGUEL LEÓN GARCÍA
Director Ejecutivo de Atención Integral de Salud

DR. EDWIN OMAR NAPANGA SALDAÑA
Director Ejecutivo de Inteligencia Sanitaria

DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA
Responsable Nacional de la Etapa de Vida Adolescente y Joven

Visto el Expediente N° 11-026928-001, que contiene el Memorándum N° 2507-2011-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:



Que, el artículo 2º de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, el artículo 41º del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, señala que la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividad de salud mental;

Que, en virtud de ello, la Dirección General de Salud de las Personas, ha propuesto para su aprobación 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;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con las visaciones del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud;

De conformidad con lo previsto en el literal I) del Artículo 8º de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;



SE RESUELVE:

Z. Solis V.
Artículo 1º.- Aprobar el Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los jóvenes "Una Mirada al Bono Demográfico", la misma que forma parte integrante de la presente resolución.



Artículo 2º.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral en Salud, se encargará de la difusión del mencionado Documento Técnico.



Artículo 3º.- Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o las que haga sus veces en el ámbito nacional, son responsables de aplicar el referido Documento Técnico, dentro de sus respectivas jurisdicciones.

W. Olivares A.

Regístrate, comuníquese y publique.



OSCAR RAÚL USARTE UBILLUZ
Ministro de Salud



Agradecimiento especial a las siguientes instituciones:

Organización Panamericana de la Salud
Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"
Instituto Nacional de Salud
Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud
Universidad Peruana Cayetano Heredia - Facultad de Salud Pública y Administración

PRÓLOGO	11
INTRODUCCIÓN	13
1. FINALIDAD	15
2. OBJETIVO	15
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	15
4. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DINÁMICA POBLACIONAL EN EL PERÚ	15
4.1. Distribución de la población peruana joven	16
4.2. Las y los jóvenes y su relación con el bono demográfico	19
4.3. Migración internacional	20
5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA	23
5.1 Lugar de vivienda en donde residen las y los jóvenes del país según área geográfica	23
5.2 Saneamiento de las viviendas donde residen las y los jóvenes según región	24
5.3 Nivel educativo de las y los jóvenes según quintil de riqueza	25
5.4 Nivel educativo de las y los jóvenes según región	26
5.5 Analfabetismo en las y los jóvenes según departamento	27
5.6 Jóvenes que dejaron los estudios de educación básica regular y las razones del porqué desertaron según región	28
5.7 Participación de las y los jóvenes en la actividad económica, según género y por tipo de actividad	29
5.8 Tipo de contrato de las y los jóvenes trabajadores peruanos	29
5.9 Pobreza en las y los jóvenes	30
5.10 Estado civil de las y los jóvenes	32
5.11 Idioma materno de las y los jóvenes según área geográfica	33
6. SALUD PSICOSOCIAL	33
6.1 Consumo de drogas en jóvenes	33
6.2 Violencia autoinflingida que afecta a jóvenes	37
6.3 Violencia interpersonal que afecta a jóvenes	39
6.4 Jóvenes privados de su libertad	42
6.5 Principales trastornos psiquiátricos según región	46
6.6 Problemas y/o trastornos mentales de la demanda de jóvenes a los servicios del MINSA-2009	47
7. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	48
7.1 Comportamiento sexual de las y los jóvenes	48
7.2 Fecundidad en jóvenes	49
7.3 Uso de métodos anticonceptivos en las y los jóvenes	50
7.4 Frecuencia con la que los jóvenes hablan con sus esposas sobre planificación familiar	51
7.5 Lugar donde acudieron las jóvenes para atenderse el parto	51

7.6 Inequidad en el acceso de las jóvenes a la atención del parto institucional	52
7.7 Control prenatal en las jóvenes según departamento	53
7.8 Incidencia de aborto en jóvenes	54
8. ITS Y VIH-SIDA	56
8.1 Conocimiento de las/ los jóvenes sobre las medidas de prevención contra el VIH/SIDA	56
8.2 Casos reportados de VIH/ SIDA en jóvenes desde 1986 al 2010	57
8.3 Infecciones de transmisión sexual en las y los jóvenes	59
9. SALUD FÍSICA Y NUTRICIONAL	62
9.1 Prevalencia de anemia en mujeres de 20 a 29 años de edad	62
9.2 Índice de masa corporal en las mujeres de 20 a 29 años de edad	63
10. MORBILIDAD, MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD	63
10.1 Morbilidad en jóvenes	63
10.2 Mortalidad en jóvenes	64
10.3 Discapacidad en jóvenes	65
11. RESPUESTA SOCIAL	67
11.1. Respuesta del sector salud	67
11.1.1 Jóvenes afiliados a algún seguro	
11.1.2 Jóvenes afiliados al Seguro Integral de Salud	68
11.1.3 Fuente de financiamiento para las consultas y medicación de las y los jóvenes	70
11.1.4 Tendencia de la demanda de las y los jóvenes a los servicios del MINSA	72
11.1.5 Razones por las que las y los jóvenes no acuden a los establecimientos de salud	73
11.2 Respuesta del sector trabajo	74
11.3 Respuesta del sector educación	74
CONCLUSIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	79

La cara de nuestro país está representada por una mayor proporción de población en edad potencialmente productiva en relación a la población dependiente y gran parte de ella es población joven, la misma que como consecuencia de la globalización y los avances de la tecnología, está mucho más conectada, tiene opiniones más enérgicas y se ha convertido en una fuerza que merece ser visibilizada, escuchada e intervenida.

Las/los jóvenes son una fuente inagotable de cambio, desarrollo y progreso así como de iniciativas orientadas a que se les otorgue el espacio necesario que permita su desarrollo armónico con el de la sociedad; no obstante, muchas veces no cuenta con las oportunidades suficientes, lo que genera desconfianza y decepción a sus necesidades, intereses y aspiraciones.

Conocedor de ello, el Ministerio de Salud ha elaborado el presente documento de Análisis de situación de Salud de las y los Jóvenes, el mismo que contempla la exploración de los indicadores sanitarios y de las determinantes sociales que influyen en su salud, recogiendo en el mismo las experiencias de quienes son actores directos de la problemática de este importante segmento de población de nuestro país.

Los resultados del análisis evidencian una necesidad latente de reforzar y redireccionar las políticas públicas a favor de las y los jóvenes, las mismas que deben ser implementadas, tanto en la dimensión intersectorial como en la intergubernamental, incluyendo los niveles de vigilancia social. Con ello se cumple un principio básico de una sociedad que busca el bienestar de su población y es el de generar políticas inclusivas para todos los que habitan nuestro país.

Así, el presente documento se constituye en el marco orientador, en la brújula para todos(as) los actores que venimos trabajando por el desarrollo integral de las y los jóvenes del país; y establece la hoja de ruta para el desarrollo de políticas públicas de nueva generación, acorde a las reformas introducidas en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la descentralización, orientadas éstas a la inclusión social y al desarrollo humano.

Con este ánimo, entregamos el contenido del presente documento a todas y todos los actores cuyo quehacer cotidiano guarda estrecha relación con la salud y el desarrollo integral de las y los jóvenes del país.

Dr. Carlos M. Acosta Saal
Director General
Dirección General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud

Introducción

Introducción

La juventud iberoamericana se caracteriza por altos niveles de heterogeneidad y desigualdad que se expresan en condiciones, visiones y prácticas diversas. Esas diferencias y desigualdades están relacionadas con procesos históricos y de carácter más reciente (globalización económica, tecnológica, política y cultural). Es en razón de tal heterogeneidad y desigualdad que es preferible hablar de juventudes múltiples. Entre las varias categorizaciones que han aparecido para denotar este fenómeno destacan las siguientes: jóvenes que estudian, jóvenes que trabajan, jóvenes que estudian y trabajan, jóvenes que ni estudian ni trabajan, mujeres jóvenes, jóvenes indígenas, jóvenes rurales, jóvenes afrodescendientes, jóvenes excluidos, entre otros. En suma, hay juventudes múltiples en sociedades desiguales¹.

La diversidad de situaciones juveniles obliga a centrar en el rango etario el criterio de unificación para determinar quiénes son propiamente jóvenes y poder fijar a la juventud como un grupo sociodemográfico y sujeto de políticas públicas. En este sentido el 14 de agosto del año 2009, el Ministerio de Salud (MINSA) emitió la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, la cual define a la población joven como aquella cuyas edades están comprendidas entre los 18 y 29 años.

Para generar e implementar políticas públicas a favor de la salud de las y los jóvenes, es necesario identificar primero su situación de salud actual considerando las determinantes sociales que contribuyen a su diversidad.

El presente documento analiza la salud actual de las y los jóvenes y las determinantes sociales que influyen en la misma, profundizando el análisis en los determinantes proximales o micro-determinantes y los determinantes intermedios.

La primera parte del documento analiza el perfil sociodemográfico, para luego abordar las determinantes intermedias, entre las cuales destacan las condiciones de vida, educación, empleo, pobreza y cultura.

El análisis de los indicadores sanitarios de la salud psicosocial, sexual y reproductiva y la morbilidad y mortalidad ha considerado también las determinantes sociales.

El penúltimo aspecto analizado se relaciona con las políticas públicas implementadas desde los diferentes sectores, en bien de la población joven.

Finalmente se presentan las conclusiones, resaltando los hallazgos más relevantes identificados durante la elaboración del presente documento.

¹ Informe CEPAL. Situaciones y Desafíos de la Juventud en Iberoamérica. 2008. Pág. 40.

Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes

"Una mirada al Bono Demográfico"

1. FINALIDAD

Contribuir a establecer políticas e intervenciones relacionadas con la salud de las y los jóvenes.

2. OBJETIVO

Proporcionar a los diferentes actores involucrados con la salud de las y los jóvenes, una herramienta necesaria para planificar y evaluar intervenciones intersectoriales.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La difusión del presente documento es de referencia obligada para el MINSA desde sus diferentes niveles de intervención y para otros sectores cuyo quehacer cotidiano guarda estrecha relación con el desarrollo de las y los jóvenes.

4. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DINÁMICA POBLACIONAL EN EL PERÚ

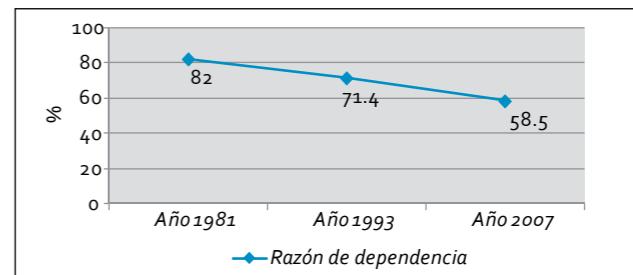
Entre los múltiples resultados que ofrecen los Censos de Población, hay uno que resulta particularmente relevante para las políticas públicas: el referido a los cambios y tendencias en la estructura de edades.

Si se comparan los últimos Censos, resultan notables los cambios en la llamada razón de dependencia, que expresa la relación entre los grupos de edad dependientes (menores de 15 y mayores de 64 años) respecto de aquellos en edad de trabajar (15 a 64 años)².

Según los resultados de los Censos de Población realizados en el Perú, en 1981 la razón de dependencia era 82%, en 1993; 71.4%, mientras que en el año 2007 fue 58.5%, tal y como se aprecia en el gráfico 1. Estos resultados demuestran la tendencia descendente de la razón de dependencia en el país.

Gráfico 1

Tendencia de la razón de dependencia



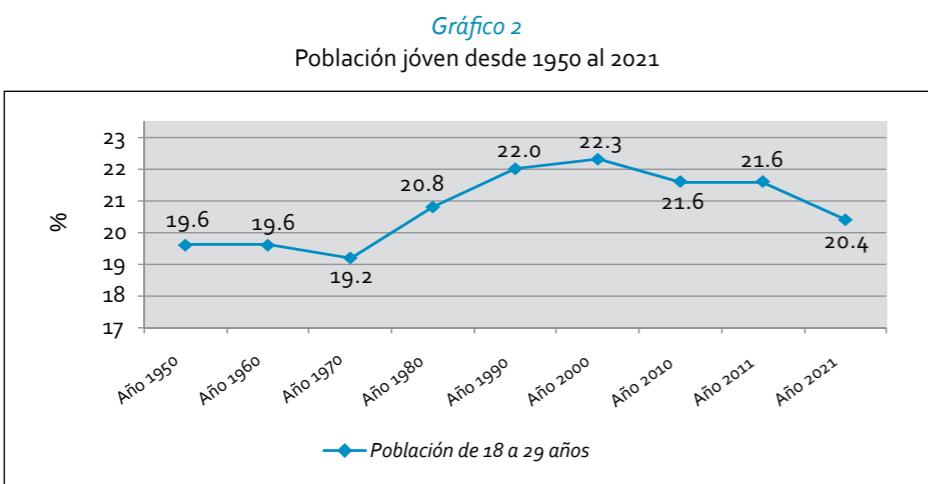
Fuente: INEI-Censos: 1981, 1993, 2007

² Perú Económico. Volumen XXXI/Nº 7/Julio 2008. Pág. 4.

4.1 Distribución de la población peruana joven

Según los resultados del último Censo realizado en el año 2007, más del 20% de la población peruana es población joven.

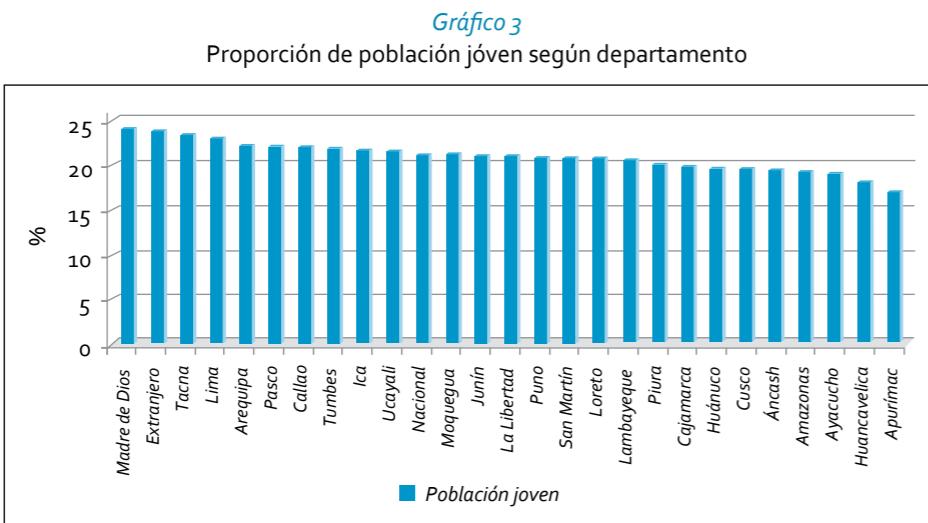
De acuerdo al gráfico 2 elaborado en base a las estimaciones y proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI desde el año 1950 al 2010 la población joven se ha incrementado, siendo el aumento mayor en el año 2000, no obstante al 2021 esta tendencia tiende a invertirse.



Según el gráfico 3, del total de población masculina a nivel nacional, el 21.5% es población joven, mientras que del total de población femenina la población joven es el 21.6%.

Cerca de una cuarta parte de las personas censadas en el Perú que habitan en el extranjero son jóvenes.

Los departamentos con concentración de población joven por encima del promedio nacional (21.5%), son: Madre de Dios (24.3%), Tacna (23.6%), Lima (23.2%), Arequipa (22.5%), Pasco (22.3%), Provincia Constitucional del Callao (22.2%), Tumbes (22.1%), Ica (21.8%) y Ucayali (21.7%).



Cuadro 1
Proporción de población joven (18-29 años) según sexo y por departamento

Departamento	Hombres			Mujeres			Total		
	Población total de hombres	Hombres jóvenes	%	Población total de mujeres	Mujeres jóvenes	%	Total de personas	Jóvenes	%
Madre de Dios	54 352	12 692	23.4	47 826	12 147	25.4	102 178	24 839	24.3
Extranjero	19 877	4 690	23.6	18 538	4 513	24.3	38 415	9 203	24.0
Tacna	142 793	33 149	23.2	142 963	34 322	24.0	285 756	67 471	23.6
Lima	4 117 354	954 942	23.2	4 264 844	989 380	23.2	8 382 198	1 944 322	23.2
Arequipa	565 875	127 470	22.5	582 525	130 848	22.5	1 148 400	258 318	22.5
Pasco	144 591	32 231	22.3	137 411	30 702	22.3	282 002	62 933	22.3
Callao	428 736	95 497	22.3	442 189	98 245	22.2	870 925	193 742	22.2
Tumbes	100 797	21 752	21.6	96 182	21 776	22.6	196 979	43 528	22.1
Ica	351 494	76 905	21.9	359 528	78 366	21.8	711 022	155 271	21.8
Ucayali	222 052	47 271	21.3	209 767	46 340	22.1	431 819	93 611	21.7
Moquegua	82 044	17 210	21.0	78 257	17 057	21.8	160 301	34 267	21.4
Junín	611 958	130 417	21.3	617 231	129 779	21.0	1 229 189	260 196	21.2
La Libertad	794 472	168 921	21.3	815 985	172 764	21.2	1 610 457	341 685	21.2
Puno	636 475	134 385	21.1	637 936	134 772	21.1	1 274 411	269 157	21.1
San Martín	386 665	81 610	21.1	352 279	74 079	21.0	738 944	155 689	21.1
Loreto	457 613	94 379	20.6	436 372	93 159	21.4	893 985	187 538	21.0
Lambayeque	543 243	112 510	20.7	570 723	119 635	21.0	1 113 966	232 145	20.8
Piura	837 895	169 278	20.2	843 472	172 685	20.5	1 681 367	341 963	20.3
Cajamarca	698 608	139 719	20.0	701 289	141 827	20.2	1 399 897	281 546	20.1
Huánuco	386 961	76 703	19.8	381 221	76 229	20.0	768 182	152 932	19.9
Cusco	584 193	115 535	19.8	585 734	117 034	20.0	1 169 927	232 569	19.9
Áncash	527 359	104 523	19.8	534 873	104 676	19.6	1 062 232	209 199	19.7
Amazonas	194 729	37 934	19.5	185 153	35 980	19.4	379 882	73 914	19.5
Ayacucho	302 508	59 218	19.6	309 135	58 959	19.1	611 643	118 177	19.3
Huancavelica	227 853	41 715	18.3	232 879	42 828	18.4	460 732	84 543	18.3
Apurímac	202 137	34 682	17.2	205 204	35 566	17.3	407 341	70 248	17.2
No especificado	6	1	16.7	1	0	0.00	7	1	14.3
Total	13 622 640	2 925 339	21.5	13 789 517	2 973 668	21.6	27 412 157	5 899 007	21.5

Fuente: INEI-Censo 2007

Son 11 los departamentos que concentran el 80% de la población joven (de Lima hasta Loreto en el cuadro 2), siendo Lima la que contribuye con el 33% y el resto de las regiones con una proporción menor al 6%.

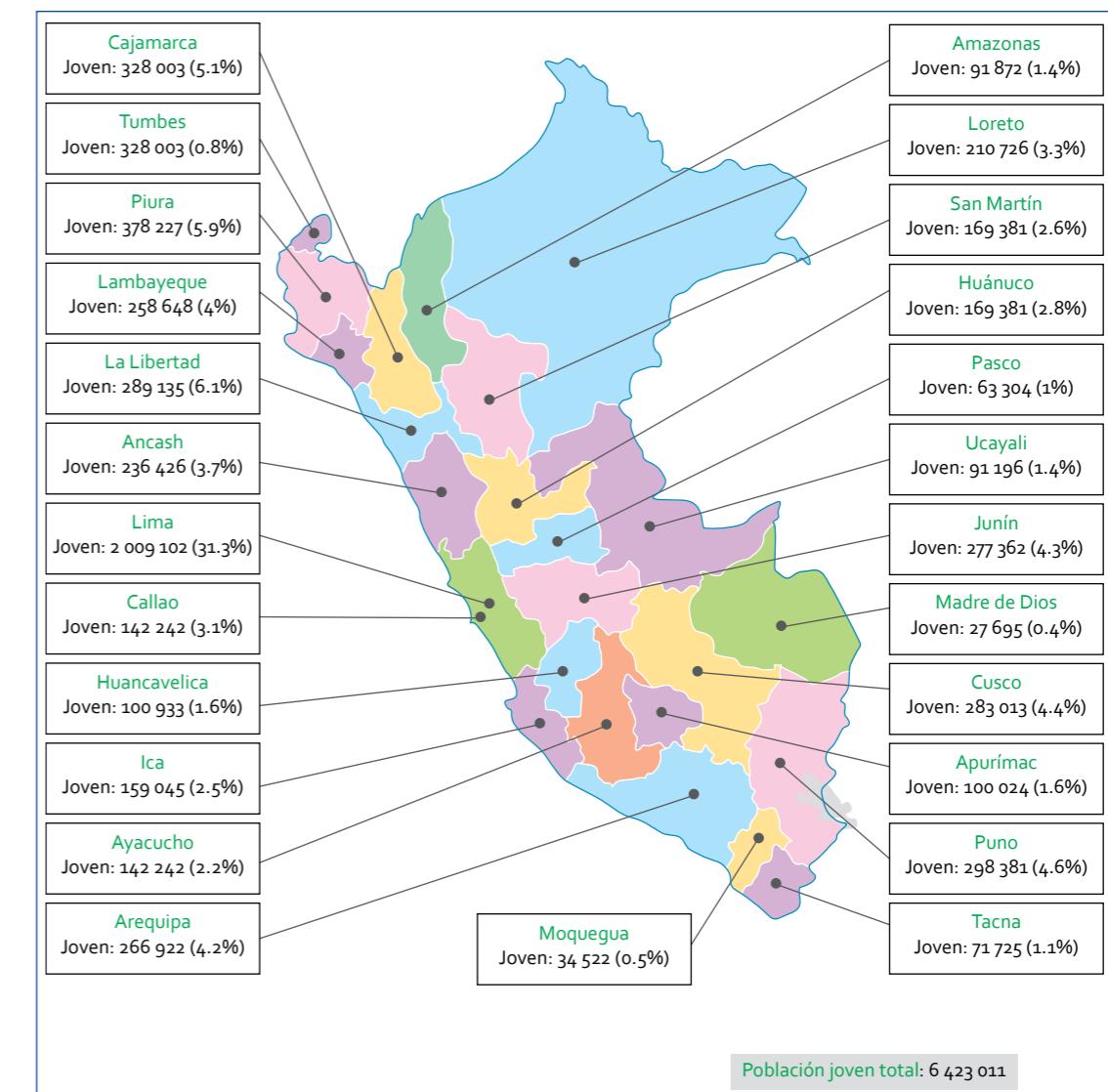
La diferencia entre hombres y mujeres jóvenes a nivel nacional es de 0.8% a favor de las mujeres, mientras que en San Martín es de 4.8% a favor de los hombres, en Lambayeque de 3% a favor de las mujeres, en Pasco de 2.4% a favor de los hombres, en Lima 1.8% a favor de las mujeres y en Tacna de 1.8% a favor de las mujeres.

Cuadro 2

Departamento	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Lima	954 942	49.1	989 380	50.9	1 944 322	33.0
Piura	169 278	49.5	172 685	50.5	341 963	5.8
La Libertad	168 921	49.4	172 764	50.6	341 685	5.8
Cajamarca	139 719	49.6	141 827	50.4	281 546	4.8
Puno	134 385	49.9	134 772	50.1	269 157	4.6
Arequipa	127 470	49.3	130 848	50.7	258 318	4.4
Junín	130 417	50.1	129 779	49.9	260 196	4.4
Cusco	115 535	49.7	117 034	50.3	232 569	4.0
Lambayeque	112 510	48.5	119 635	51.5	232 145	3.9
Áncash	104 523	50.0	104 676	50.0	209 199	3.6
Callao	95 497	49.3	98 245	50.7	193 742	3.3
Loreto	94 379	50.3	93 159	49.7	187 538	3.2
San Martín	81 610	52.4	74 079	47.6	155 689	2.6
Huánuco	76 703	50.2	76 229	49.8	152 932	2.6
Ica	76 905	49.5	78 366	50.5	155 271	2.6
Ayacucho	59 218	50.1	58 959	49.9	118 177	2.0
Ucayali	47 271	50.5	46 340	49.5	93 611	1.6
Huancavelica	41 715	49.3	42 828	50.7	84 543	1.4
Amazonas	37 934	51.3	35 980	49.7	73 914	1.3
Pasco	32 231	51.2	30 702	48.8	62 933	1.2
Apurímac	34 682	49.4	35 566	50.6	70 248	1.2
Tacna	33 149	49.1	34 322	50.9	67 471	1.1
Tumbes	21 752	50.0	21 776	50.0	43 528	0.7
Moquegua	17 210	50.2	17 057	49.8	34 267	0.6
Madre de Dios	12 692	51.1	12 147	48.9	24 839	0.4
Extranjero	4 690	51.0	4 513	49	9 203	0.2
No especificado	1	0	0	0	1	0.00
Total	2 925 339	49.6	2 973 668	50.4	5 899 007	100.00

Fuente: Censo 2007

Gráfico 4 Población joven 2011



Fuente: Proyecciones Censo 2007

4.2 Las y los jóvenes y su relación con el bono demográfico

A causa de las aceleradas transformaciones demográficas experimentadas en Iberoamérica en las últimas décadas, expresadas básicamente en cambios en sus estructuras etarias, casi todos los países de la región, incluido el Perú, se encuentran ya transitando el período de bono demográfico.

Cabe mencionar que se considera periodo de bono demográfico cuando la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con las personas en edades potencialmente inactivas.

Para aprovechar esta oportunidad demográfica es importante invertir en educación, salud y generar opciones de desarrollo para las y los jóvenes; de hacerlo así, este periodo de “bono o dividendo” demográfico nos brindaría las posibilidades de aumentar las tasas de crecimiento económico per cápita (valor de todos los bienes económicos dividido entre el total de habitantes) y los niveles de bienestar de la población.

Estas opciones parten de reconocer a las y los jóvenes como sujetos de derechos desde su diversidad, lo cual implica fortalecer sus competencias y potencialidades, especialmente su derecho a la participación. Esto, no sólo generando espacios a través de los cuales expresen sus opiniones en todos los temas, sino escuchándolos y teniéndolos en cuenta al momento de establecer la agenda política, económica, de salud y de educación.

El bono demográfico ofrece dos beneficios a los cuales los expertos han denominado "cupones"³. El primer cupón implica la disminución de la tasa de dependencia total que permite una mayor proporción de jóvenes trabajadores. Para aprovechar el primer cupón, la población joven debería contar con un mayor acceso a educación, salud y empleo; en caso contrario incrementaría la informalidad, el desempleo y se reproduciría el círculo de pobreza en las familias.

El segundo cupón hace alusión a la cantidad de recursos adicionales provenientes de las pensiones de los adultos mayores, quienes habiendo trabajado formalmente durante un tiempo considerable, ya deben retirarse del ámbito laboral.

Cabe mencionar que para aprovechar los beneficios de los dos cupones mencionados anteriormente, es necesario que en el país se implementen diversas políticas a favor de la población joven.

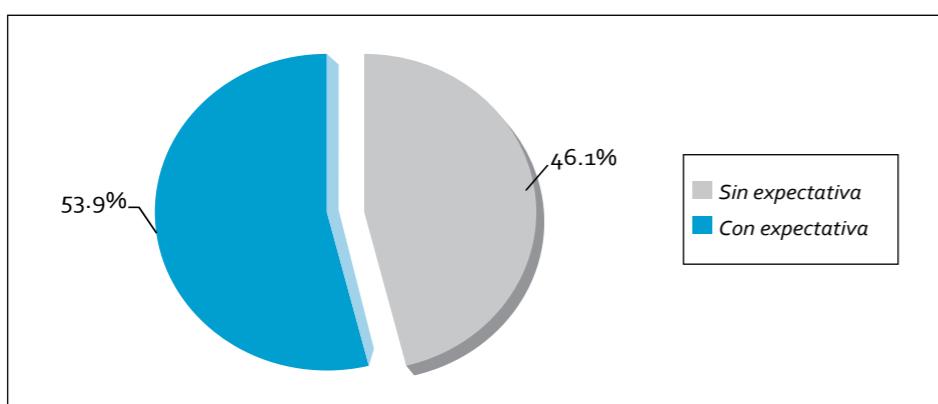
4.3 Migración internacional

Según la Organización Internacional de Migraciones (OIM) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 62% de los peruanos que emigraron en el año 2006 tenía menos de 30 años de edad.

Durante el año 2009 el INEI realizó una Encuesta Poblacional de Juventud, Empleo y Migración Internacional en las ciudades de Arequipa, Huancayo, Trujillo y Lima. Uno de los resultados de la encuesta fue que el 53.9% de las y los jóvenes peruanos tiene la expectativa de vivir fuera del país.

Gráfico 5

Jóvenes de 15 a 29 años con expectativas de vivir en otro país



Fuente: INEI - Encuesta Juventud, Empleo y Migración Internacional 2009

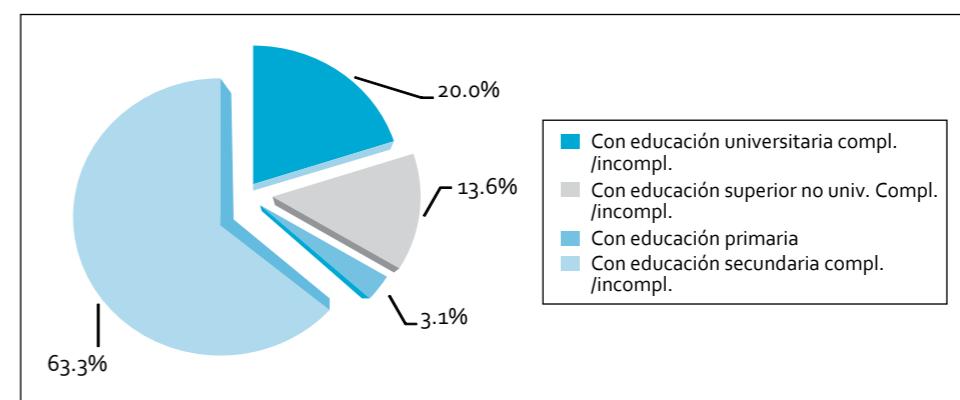
Del total de jóvenes que tienen la expectativa de vivir fuera del país, el 63.3% cuenta con educación secundaria, ya sea completa o incompleta, el 33.6% cuenta con educación superior y el 3.1% sólo con educación primaria.

Más de la quinta parte de las y los jóvenes que emigra fuera del país son habitantes con formación profesional. A este fenómeno se le conoce como "la emigración calificada o fuga de talentos".

³ Perú Económico. Volumen XXXI/Nº 7/Julio 2008. Pág. 6.

Gráfico 6

Nivel educativo de las y los jóvenes que desean emigrar fuera del Perú



Fuente: INEI - Encuesta Juventud, Empleo y Migración Internacional 2009

Para algunos expertos las consecuencias que la emigración de recursos humanos calificados produce, se relacionan con el debilitamiento de la masa crítica de conocimiento y la pérdida de recursos invertidos en educación, circunstancias que repercuten sobre el crecimiento económico de los países emisores (CEPAL, 2006; Martínez Pizarro, 2006; Lowell, Findlay y Stewart, 2004).

No obstante, en el último Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 2009) dedicado al tema de la movilidad y desarrollo humano, la migración es vista como una oportunidad con un amplio potencial para el desarrollo. Uno de los mensajes principales de este informe es que "la movilidad tiene la posibilidad de mejorar el desarrollo humano de quienes se desplazan, de quienes se quedan, y también de la mayoría de las personas de la sociedad de destino" (PNUD, 2009a:126).

De acuerdo con este informe existe una serie de argumentos a favor de la movilidad humana, sobre todo por sus efectos positivos en los países de origen en donde "los efectos se sienten en la forma de mayores ingresos y consumo, mejor educación y salud y en la expansión del nivel cultural y social" (PNUD, 2009a:3).

Se puede concluir que la migración calificada puede tener efectos positivos o negativos en los lugares de origen, dependiendo de la amplia gama de situaciones económicas, sociales y políticas de los países de origen y destino.

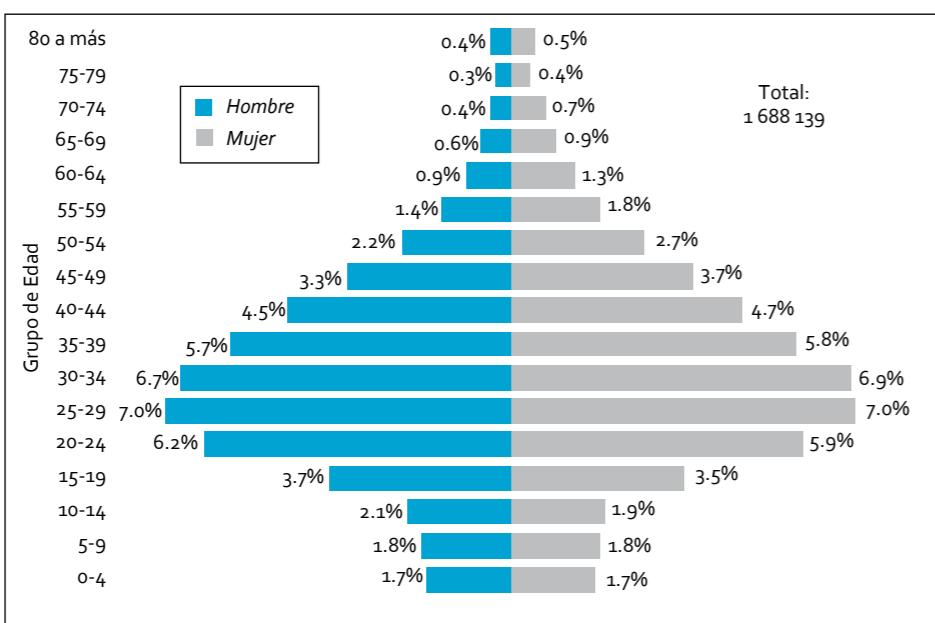
Cabe mencionar que es importante lograr que las y los jóvenes no consideren a la migración como una estrategia de desarrollo, por lo que sería necesario generar e implementar políticas que garanticen mayores oportunidades, tanto para su capacitación como para la prestación de sus servicios bien remunerados.

En el gráfico 7 se puede apreciar que las personas entre los 25 a 29 años, son las que tienden a migrar más en comparación con los otros grupos de edades, no habiendo diferencias de género.

Se identifica también que en relación a los migrantes entre los 20 y los 24 años, son los hombres quienes migran más en comparación con las mujeres (6.2% vs. 5.9%).

Gráfico 7

Emigración internacional de peruanos según grupos de edad, 1994-2007



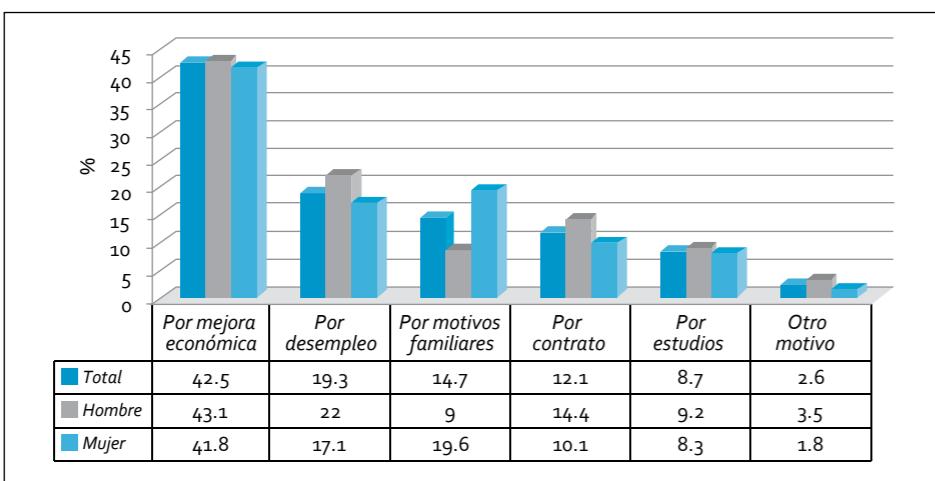
Fuente: Dirección General de Migraciones y Naturalización (DIGEMIN)/ Elaboración INEI

Según la encuesta de Juventud, Empleo y Migración Internacional realizada durante el año 2009 en el Perú, la principal razón por la cual las y los jóvenes tienden a emigrar es, en su mayoría, por una mejora económica, siendo de mayor magnitud en los hombres que en las mujeres (43.1% vs. 41.8%). En este grupo se encuentran las y los jóvenes que teniendo un empleo no se encuentran satisfechos con sus ingresos económicos.

El segundo motivo que impulsa a que las y los jóvenes emigren, es el desempleo, siendo nuevamente de mayor magnitud en los hombres en comparación con las mujeres (22% vs. 17.1%).

Gráfico 8

Motivo por los cuales las y los jóvenes emigran



Fuente: INEI - Encuesta Juventud, Empleo y Migración Internacional 2009

El tercer motivo por el cual las y los jóvenes emigran es por razones familiares, y esto repercute en mayor magnitud en las mujeres en comparación con los hombres (19.6% vs. 9%). Este hecho puede deberse a que muchas mujeres emigran junto con sus esposos una vez que estos logran establecerse en otro país.

Los otros motivos que conllevan a que las y los jóvenes emigren son la firma de un contrato (12.1%) y por razones de estudios (8.7%).

De todo lo mencionado anteriormente se puede concluir que las y los jóvenes de nuestro país emigran principalmente por la búsqueda de oportunidades para su desarrollo, oportunidades que al parecer no encuentran en nuestro país. Lamentablemente el emigrar no necesariamente implica el encuentro de mejores condiciones que contribuyan a su desarrollo, debido a que muchos de ellos emigran en situación de ilegales y terminan siendo víctimas de explotación y discriminación.

5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

5.1 Lugar de vivienda en donde residen las y los jóvenes del país según área geográfica

Cuadro 3

Lugar de vivienda de las y los jóvenes (18 a 29 años), según área geográfica

Jóvenes	Urbana	%	Rural	%
Casa independiente	4 016 000	86.01	1 030 070	83.76
Departamento en edificio	261 789	5.61	0	0.00
Vivienda en quinta	106 651	2.28	0	0.00
Casa vecindad	91 308	1.96	0	0.00
Choza o cabaña	0	0.00	172 101	13.99
Vivienda improvisada	74 351	1.59	0	0.00
No destinado	7 082	0.15	777	0.06
Otro tipo particular	7 671	0.16	690	0.06
Hotel, hospedaje	17 807	0.38	532	0.04
Casa Pensión	2 140	0.05	208	0.02
Hospital Clínica	7 343	0.16	104	0.01
Cárcel	10 035	0.21	1 855	0.15
Asilo	258	0.01	5	0.00
Aldea Infantil, Orfelinato	1 068	0.02	136	0.01
Otro tipo colectiva	48 433	1.04	21 533	1.75
En la calle	17 314	0.37	1 746	0.14
Total de jóvenes	4 669 250	100.00	1 229 757	100.00

Fuente: Censo 2007

La vivienda es uno de los aspectos nucleares en el actual diagnóstico sobre la juventud. Junto con el empleo, la vivienda representa uno de los elementos protagonistas en el proceso de emancipación del individuo y, por consiguiente, en su recorrido desde su fase juvenil hasta el inicio de la madurez.

El retraso en la consecución de un trabajo remunerado, la temporalidad de los empleos, los bajos salarios y la prolongación del período formativo de la juventud actual, han dado lugar al surgimiento de una nueva tipología de juventud que, habiendo rebasado con creces la edad tradicionalmente asignada a una persona "joven", mantiene hábitos y estilos de vida típicos del período adolescente, como por ejemplo el vivir aún con sus padres. Según los resultados del Censo 2007, una gran parte de la población peruana joven habita en la vivienda de sus padres, junto con sus hermanos y demás miembros de sus familias, y en menor cantidad, viven independientemente.

Los datos disponibles sobre vivienda de las y los jóvenes peruanos están más relacionados con el lugar de vivienda en la que habitan. Cabe resaltar que el acceder a una vivienda con las mejores condiciones debe ser considerado como derecho básico de la persona joven.

Parecen socialmente admitidos los derechos a la sanidad y a la educación, como derechos que debe proveer la administración pública. Asimismo, el derecho al trabajo, aunque no está cubierto para todas las personas, sí dispone de un soporte social importante, de modo que de no aplicarse, se arbitran programas alternativos. Sin embargo, el derecho a la vivienda ni se cubre ni se subsana con medidas alternativas. Es por tanto urgente situar el derecho a la vivienda entre los derechos básicos de las personas jóvenes.

En el Perú, el lugar de vivienda en donde habitan las y los jóvenes varía según área geográfica. Tanto en el área urbana como rural las y los jóvenes habitan en viviendas independientes (86.01% y 83.76% respectivamente), mientras que en el área urbana la mayoría de ellos viven en departamentos ubicados en edificios (5.6%), las y los jóvenes del área rural viven en chozas o cabañas (13.99%), lo cual es muestra no sólo de la inequidad existente sino también de los diferentes patrones culturales de las y los jóvenes de nuestro país.

Por otro lado, es importante mencionar que el 0.37% de jóvenes del área urbana vive en las calles, y aunque parece un porcentaje reducido, el número absoluto no lo es pues representa a 17.314 jóvenes.

5.2 Saneamiento de las viviendas donde residen las y los jóvenes según región

Según la OMS se considera saneamiento básico a la tecnología de más bajo costo que permite eliminar higiénicamente las excretas y aguas residuales, y tener un medio ambiente limpio y sano tanto en la vivienda como en las proximidades de los usuarios. El acceso al saneamiento básico comprende la seguridad y privacidad en el uso de estos servicios.

El contar con agua potable y saneamiento básico es fundamental para la salud de las y los jóvenes dado que contribuye en forma determinante en su calidad de vida, debido a que mejora las condiciones de salubridad y, por ende, contribuye a su desarrollo. En este contexto se ha visto conveniente analizar el tipo de saneamiento de las viviendas de las y los jóvenes según región.

Cuadro 4

Tipo de saneamiento básico en los hogares de jóvenes (18 a 29 años), según región

Saneamiento	Costa Norte	%	Costa Centro	%	Costa Sur	%	Sierra Norte	%	Sierra Centro	%	Sierra Sur	%	Selva	%	Lima Metrop.	%	Total General	%
Red en la vivienda	1790	73.6	999	77.7	701	82.4	507	47.5	1546	48.9	1264	54.1	1675	38.7	1946	77.8	10428	58.1
Red fuera de la vivienda	33	1.4	22	1.7	30	3.5	31	2.9	297	9.4	333	14.2	362	8.4	117	4.7	1225	6.8
Pozo séptico	88	3.6	13	1.0	44	5.2	9	0.8	79	2.5	43	1.8	66	1.5	104	4.2	446	2.5
Letrina	68	2.8	38	3.0	38	4.5	0	0.0	4	0.1	47	2.0	64	1.5	238	9.5	497	2.8
Río, acequia	111	4.6	66	5.1	10	1.2	23	2.2	49	1.6	159	6.8	385	8.9	20	0.8	823	4.6
No tiene	160	6.6	59	4.6	12	1.4	475	44.5	1104	34.9	442	18.9	1364	31.5	10	0.4	3626	20.2
Otros	181	7.4	88	6.8	16	1.9	23	2.2	81	2.6	49	2.1	409	9.5	66	2.6	913	5.1
Total de jóvenes	2431	100.0	1285	100.0	851	100.0	1068	100.0	3160	100.0	2337	100.0	4325	100.0	2501	100.0	17958	100.0

Fuente: ENAHO 2008

Tal como se aprecia en el cuadro 4, el tipo de saneamiento con el que cuentan las viviendas de las y los jóvenes entre los 18 a 29 años varía según región. Mientras que en Lima Metropolitana el 77.8% de jóvenes cuenta con una red pública, en la Sierra Norte, Sierra Centro y selva ninguna llega al 50%. Cabe mencionar que en las regiones de la costa, sierra y selva entre el 6.6% y 44.5% de jóvenes no cuentan con ningún tipo de saneamiento básico.

5.3 Nivel educativo de las y los jóvenes según quintil de riqueza

Cuadro 5

Nivel educativo de las y los jóvenes (18 a 29 años), según quintil de riqueza

Nivel educativo	Quintil 1	%	Quintil 2	%	Quintil 3	%	Quintil 4	%	Quintil 5	%	TOTAL	%
Sin nivel	27	1.4	4	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	31	1.1
Primaria incompleta	229	12.0	26	5.1	9	3.9	2	1.6	5	7.7	271	9.5
Primaria completa	262	13.7	32	6.3	9	3.9	4	3.3	4	6.2	311	11.0
Secundaria incompleta	365	19.1	112	21.9	33	14.4	23	18.9	7	10.8	540	19.0
Secundaria completa	559	29.3	195	38.1	103	45.0	56	45.9	16	24.6	929	32.7
No universitaria incompleta	157	8.2	39	7.6	15	6.6	7	5.7	6	9.2	224	7.9
No universitaria completa	98	5.1	62	12.1	31	13.5	16	13.1	14	21.5	221	7.8
Universitaria incompleta	162	8.5	24	4.7	20	8.7	7	5.7	8	12.3	221	7.8
Universitaria completa	47	2.5	16	3.1	9	3.9	7	5.7	4	6.2	83	2.9
Post grado universitario	4	0.2	2	0.4	0	0.0	0	0.0	1	1.5	7	0.2
Total	1910	100.0	512	100.0	229	100.0	122	100.0	65	100.0	2838	100.0

Fuente: ENAHO 2008

Según la información presentada en el cuadro 5, existe una gran brecha entre el nivel educativo de las y los jóvenes del quintil de riqueza más pobre (Quintil 1) y los del quintil más rico (Quintil 5).

El 29.3% de jóvenes del quintil 1 cuenta con secundaria completa vs. el 24.6% de jóvenes del quintil 5. Esta situación se debe a que el nivel educativo alcanzado por más de la quinta parte de jóvenes del quintil 5 es el nivel educativo superior no universitario completo, mientras que en el caso de las y los jóvenes del quintil 1, sólo el 5.1% ha alcanzado el nivel educativo en mención.

Por tanto se concluye que la mayoría de jóvenes del quintil 1 ha alcanzado el nivel educativo primario y secundario, mientras que en el caso de las y los jóvenes del quintil 5, la mayoría ha alcanzado el nivel educativo secundario y superior.

5.4 Nivel educativo de las y los jóvenes según región

Cuadro 6
Nivel educativo de las y los jóvenes (18 a 29 años), según región

Nivel educativo	Costa Norte	%	Costa Centro	%	Costa Sur	%	Sierra Norte	%	Sierra Centro	%	Sierra Sur	%	Selva	%	Lima Metrop.	%
Sin nivel	20	0.9	5	0.4	5	0.6	43	4.2	44	1.4	21	0.9	49	1.2	13	0.5
Primaria incompleta	2	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1	0	0.0	1	0.0	0	0.0
Primaria completa	160	6.8	35	2.8	14	1.7	193	18.7	284	9.3	123	5.5	465	11.3	62	2.5
Secundaria incompleta	178	7.6	31	2.5	16	1.9	224	21.7	244	8.0	137	6.1	510	12.4	69	2.8
Secundaria completa	322	13.7	190	15.2	83	10.1	155	15.0	508	16.6	275	12.3	889	21.7	318	13.0
No universitaria incompleta	844	36.0	454	36.3	323	39.2	211	20.4	996	32.5	783	35.0	1200	29.3	1081	44.2
No universitaria completa	223	9.5	134	10.7	74	9.0	62	6.0	242	7.9	213	9.5	297	7.2	231	9.4
Universitaria incompleta	210	9.0	159	12.7	101	12.3	49	4.7	217	7.1	201	9.0	280	6.8	225	9.2
Universitaria completa	282	12.0	168	13.4	154	18.7	63	6.1	362	11.8	341	15.2	331	8.1	298	12.2
Post grado universitario	98	4.2	74	5.9	46	5.6	29	2.8	153	5.0	128	5.7	74	1.8	147	6.0
Sin nivel	6	0.3	2	0.2	7	0.9	3	0.3	8	0.3	18	0.8	3	0.1	4	0.2
Total	2345	100.0	1252	100.0	823	100.0	1032	100.0	3060	100.0	2240	100.0	4099	100.0	2448	100.0

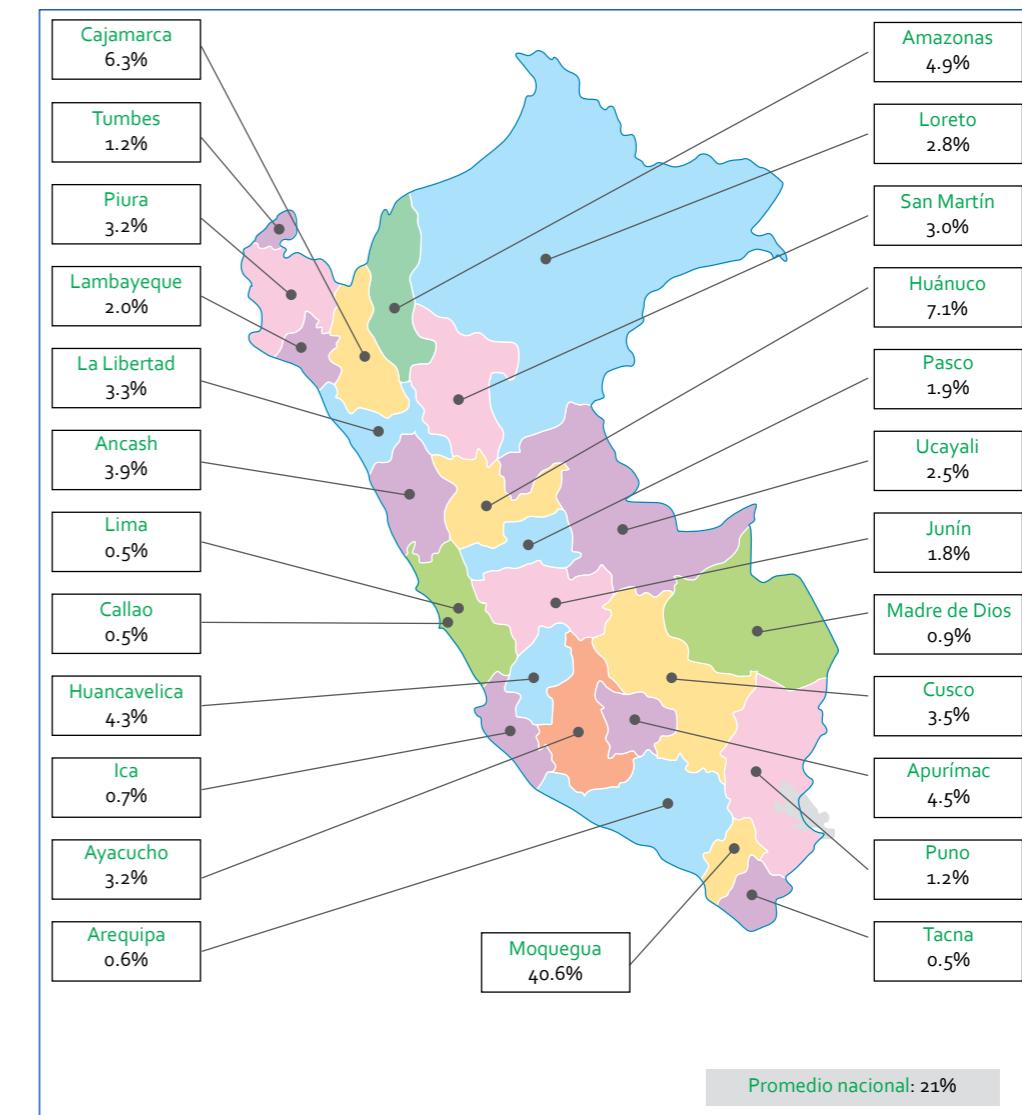
Fuente: ENAHO 2008

En cuanto al nivel educativo según región, se identifica que la población joven con menor nivel educativo es la que reside en la Sierra Norte en comparación con la población joven de Lima Metropolitana. Así, mientras que en la Sierra Norte la población joven en su mayoría cuenta sólo con primaria completa (21.7%), en Lima, la mayoría cuenta con secundaria completa (44.2%).

En todas las regiones son pocos los jóvenes que cuentan con educación superior; los porcentajes oscilan entre 6% y 18%, siendo Lima Metropolitana y la Costa Centro las regiones que presentan un mayor porcentaje de jóvenes con educación superior universitaria completa. (6% y 5.9% respectivamente).

5.5 Analfabetismo en las y los jóvenes según departamento

Gráfico 9
Analfabetismo en jóvenes según departamento



Fuente: Censo 2007

En relación a la tasa de analfabetismo en jóvenes de 18 a 29 años, en el gráfico 9 se puede apreciar que son 18 los departamentos donde se concentra el 60% del analfabetismo en jóvenes; el resto de regiones tiene una tasa de analfabetismo menor al 1%. La diferencia de analfabetismo según género es mínima.

Es importante mencionar que el bajo nivel educativo y el analfabetismo están estrechamente relacionados con la inasistencia de la población a los centros de educación básica regular.

5.6 Jóvenes que dejaron los estudios de educación básica regular y las razones del porqué desertaron según región

Cuadro 7

Razones por las que las /los jóvenes (18 a 29 años) no asisten a un centro educativo regular para complementar sus estudios

Razón por la que no asiste a un centro educativo regular	Costa Norte	%	Costa Centro	%	Costa Sur	%	Sierra Norte	%	Sierra Centro	%	Sierra Sur	%	Selva	%	Lima Metrop.	%	Total	%
Problemas económicos	394	40.3	144	29.6	101	38.1	258	51.1	519	42.8	286	35.9	729	38.3	325	34.0	2 756	38.8
Estoy trabajando	259	26.5	179	36.8	72	27.2	52	10.3	210	17.3	194	24.4	405	21.3	397	41.5	1 768	24.9
Problemas familiares	89	9.1	41	8.4	21	7.9	28	5.5	172	14.2	95	11.9	269	14.1	69	7.2	784	11.0
Se dedica a los quehaceres del hogar	71	7.3	47	9.7	17	6.4	49	9.7	64	5.3	50	6.3	144	7.6	81	8.5	523	7.4
Otra razón	62	6.3	27	5.6	25	9.4	32	6.3	117	9.6	91	11.4	120	6.3	46	4.8	520	7.3
No me gusta el estudio	60	6.1	27	5.6	6	2.3	54	10.7	94	7.7	36	4.5	140	7.4	14	1.5	431	6.1
Por accidente o enfermedad	27	2.8	14	2.9	14	5.3	15	3.0	29	2.4	19	2.4	40	2.1	16	1.7	174	2.4
No existe centro de enseñanza en centro poblado	3	0.3	0	0.0	1	0.4	6	1.2	0	0.0	4	0.5	5	0.3	0	0.0	19	0.3
Lo que se enseña en el colegio no tiene utilidad en trabajo	4	0.4	3	0.6	2	0.8	0	0.0	0	0.0	5	0.6	6	0.3	1	0.1	21	0.3
Desaprobo	2	0.2	2	0.4	2	0.8	2	0.4	3	0.2	3	0.4	8	0.4	2	0.2	24	0.3
No hay centro de enseñanza para adulto	1	0.1	0	0.0	0	0.0	3	0.6	1	0.1	1	0.1	4	0.2	2	0.2	12	0.2
Servicio militar	6	0.6	2	0.4	4	1.5	6	1.2	4	0.3	12	1.5	34	1.8	4	0.4	72	1.0
Total de jóvenes	978	100.0	486	100.0	265	100.0	505	100.0	1 213	100.0	796	100.0	1 904	100.0	957	100.0	7 104	100.0

Fuente: ENAHO 2008

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares y Vivienda (ENAHO) 2008, las diferentes razones por las cuales las y los jóvenes refirieron haber dejado de asistir a un centro de educación básica regular, fueron: los problemas económicos (38.8%), por tener que trabajar (24.9%), lo cual está estrechamente relacionado con el problema económico; por problemas familiares (11%) ; por dedicarse a los quehaceres del hogar (7.4%) y por no gustarles el estudio (6.4%). Estos resultados son semejantes en casi todas las regiones.

5.7 Participación de las y los jóvenes en la actividad económica, según género y por tipo de actividad

Cuadro 8

Tipo de ocupación de las y los jóvenes (18 a 29 años)

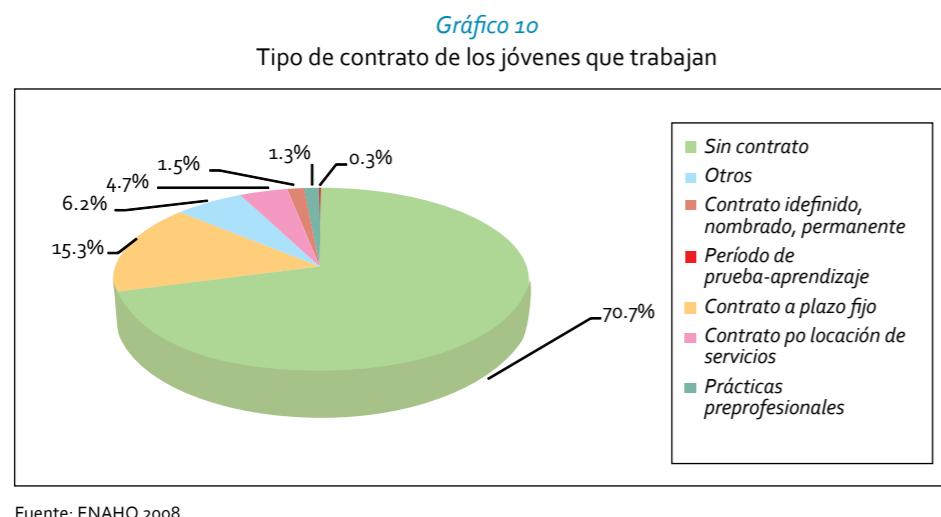
Ocupación	Hombres	%	Mujer	%	Total	%
Miembros Poder Ejecutivo y Legislativo, Directores, Administradores Públicos y empleados	1 203	0.1	804	0.07	2 007	0.1
Profesores, científicos e intelectuales	97 028	4.8	130 134	11.27	227 162	7.2
Técnicos de nivel medio y trabajador asimilados	128 432	6.4	101 011	8.75	229 443	7.3
Jefes y empleados de oficina	91 354	4.6	121 643	10.54	212 997	6.7
Trabajadores de servicios personales y vendedores del comercio y mercado	220 400	11.0	263 676	22.84	484 076	15.3
Agricultores, trabajador calificado, agropecuarios y pesqueros	240 568	12.0	34 957	3.03	275 525	8.7
Obrero y operadores de minas, industrias, manufactureras y otros	292 641	14.6	85 301	7.39	377 942	12.0
Obreros de construcción, confección, papelería, fábricas industriales.	293 217	14.6	16 459	1.43	309 676	9.8
Trabajadores no calificados, servicios de peones, vendedores ambulantes y afines	567 033	28.3	351 914	30.49	918 947	29.1
Otras ocupaciones	71 594	3.6	48 330	0.01	119 924	3.8
Total	2 003 470	100.0	1 154 229	95.82	3 157 699	100.0

Fuente: INEI-Censo 2007

Tal como se mencionó en el punto 4.2 del presente documento, actualmente nos encontramos en el periodo del bono demográfico el cual se aprovecharía si a la población joven se le otorgara educación, salud y un buen empleo formal. No obstante, en el cuadro 8 se aprecia que la mayoría de jóvenes peruanos tiene un trabajo no calificado como peones, vendedores y/o afines (29.1%), siendo éste de mayor magnitud en la población femenina (30.5%) en comparación con la población masculina (28.3%).

5.8 Tipo de contrato de las y los jóvenes trabajadores peruanos

Según la ENAHO 2008, el 70.7% de las y los jóvenes laboran sin ningún contrato, lo que significa que este grupo cuenta con empleos informales y probablemente expuestos a explotación. Sólo el 15.3% de jóvenes cuenta con empleos con contratos fijos y un 4.7% es contratado por locación de servicios.



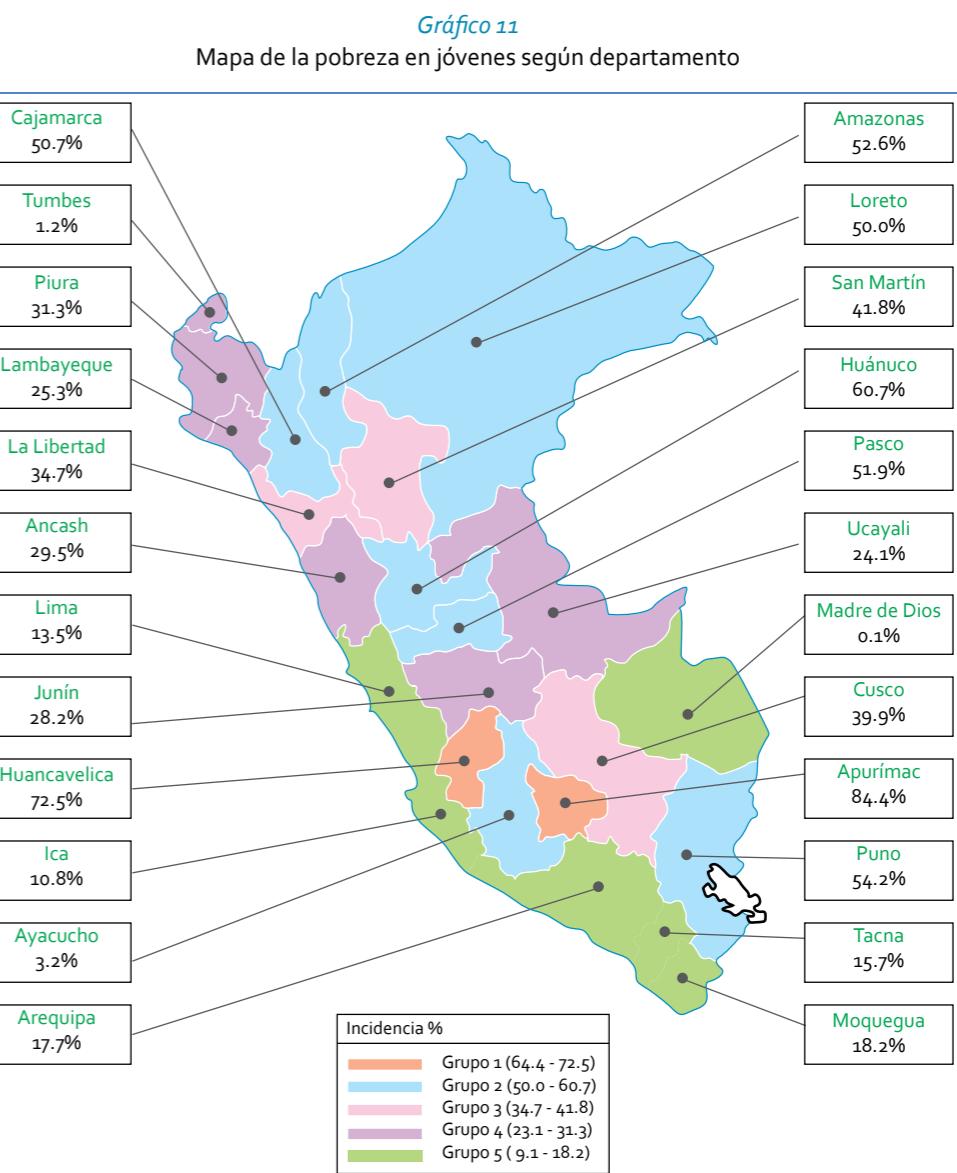
Según los datos mostrados en el cuadro 8, las y los jóvenes en su mayoría tienen empleos no calificados como peones, vendedores o afines. En el gráfico 10 se aprecia que la mayoría de jóvenes no cuenta con un contrato (70.7%), lo que implicaría que las y los jóvenes que cuentan con trabajos no calificados no cuentan con un contrato que ampare sus derechos laborales, situación que los hace más vulnerables a maltratos y/o explotación, limitando así sus posibilidades de desarrollo.

5.9 Pobreza en las y los jóvenes

La pobreza que afecta a las y los jóvenes es uno de los grandes problemas del país y de América Latina, aunque la exclusión y la inequidad representan otro tal vez más grave. Cabe mencionar que América Latina es la región más inequitativa del mundo.

Entre la diversidad de "juventudes" que coexisten, existe también una gran diferencia en la estructura de oportunidades, la formación de capacidades individuales para aprovechar esas oportunidades y los espacios para realizarlas.

Esta situación atenta seriamente contra el desarrollo del capital humano, de la estabilidad y del futuro. La pobreza en general, pero muy particularmente la pobreza de las y los jóvenes, además de ser una deuda social pendiente y un grave riesgo, es una amenaza para la gobernabilidad y la democracia⁴.



Según el estudio de la Pobreza Juvenil publicado por la Secretaría Nacional de Juventud en el año 2010, el 30.1% del total de la población entre las edades de 15 a 29 años se encuentra en situación de pobreza.

El gráfico 11 presenta el mapa de pobreza de la población entre los 15 y los 29 años, elaborado por el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social - FONCODES en el 2010, el mismo que sirve como instrumento para identificar los ámbitos geográficos que concentran la población más pobre en términos de mayores carencias de servicios básicos y mayor vulnerabilidad a la pobreza (Mujeres de 15 a más años analfabetas, niños de 0 a 12 años, tasa de desnutrición en niños de 6 a 9 años).

El primer grupo del mapa de pobreza lo representan los departamentos con mayor índice de pobreza y está conformado por Huancavelica y Apurímac. El segundo grupo lo representan las regiones cuyo índice de pobreza oscila entre el 50% y el 60.7%, y está conformado por Loreto, Cajamarca, Pasco, Amazonas, Puno, Ayacucho y Huánuco. El tercer grupo lo integran La Libertad, Cusco y San Martín,

⁴ Juventud, pobreza y desarrollo en jóvenes de América Latina y El Caribe. XII Conferencia de Primeras Damas, Esposas y Representantes de los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, del 15 al 17 de octubre de 2003, Santo Domingo, República Dominicana.

y sus niveles de pobreza están entre el 34.7% y el 41.8%. El cuarto grupo cuyo nivel de pobreza está entre el 23.1% y el 31.3% lo conforman Tumbes, Ucayali, Lambayeque, Junín, Áncash y Piura.

Finalmente en el quinto grupo se encuentran los departamentos con menor índice de pobreza (9.1% a 18.2%), y está conformado por Madre de Dios, Ica, Lima, Tacna, Arequipa y Moquegua.

Como se puede apreciar, la población joven más pobre se encuentra en los departamentos de Huancavelica, Apurímac, Loreto, Cajamarca, Pasco, Amazonas, Puno, Ayacucho y Huánuco.

5.10 Estado civil de las y los jóvenes

Cuadro 9

Estado civil de las y los jóvenes (18 a 29 años), según departamento

	Conviviente	%	Separado	%	Casado	%	Viudo	%	Divorciado	%	Soltero	%	Total
Extranjero	1 344	14.6	139	1.5	1 633	17.7	14	0.2	31	0.3	6 042	65.7	9 203
Amazonas	31 907	43.2	1 709	2.3	7 339	9.9	211	0.3	100	0.1	32 648	44.2	73 914
Áncash	70 469	33.7	5 729	2.7	18 510	8.8	431	0.2	199	0.1	113 861	54.4	209 199
Apurímac	26 428	37.6	1 841	2.6	9 639	13.7	170	0.2	117	0.2	32 053	45.6	70 248
Arequipa	68 281	26.4	3 996	1.5	21 136	8.2	298	0.1	340	0.1	164 267	63.6	258 318
Ayacucho	42 100	35.6	3 018	2.6	13 494	11.4	276	0.2	148	0.1	59 141	50.0	118 177
Cajamarca	112 922	40.1	7 851	2.8	26 706	9.5	681	0.2	495	0.2	132 891	47.2	281 546
Callao	54 411	28.1	5 048	2.6	18 526	9.6	192	0.1	187	0.1	115 378	59.6	193 742
Cusco	89 060	38.3	4 829	2.1	17 527	7.5	512	0.3	352	0.2	120 289	51.7	232 569
Huancavelica	26 093	30.9	2 359	2.8	16 621	19.7	322	0.2	193	0.2	38 955	46.1	84 543
Huánuco	58 978	38.6	4 525	3.0	10 898	7.1	496	0.3	262	0.2	77 773	50.9	152 932
Ica	47 998	30.9	4 114	2.6	19 421	12.5	232	0.1	159	0.1	83 347	53.7	155 271
Junín	90 236	34.7	6 006	2.3	20 352	7.8	507	0.2	280	0.1	142 815	54.9	260 196
La Libertad	114 355	33.5	9 305	2.7	27 343	8.0	587	0.2	398	0.1	189 697	55.5	341 685
Lambayeque	63 776	27.5	6 244	2.7	27 251	11.7	319	0.1	210	0.1	134 345	57.9	232 145
Lima	526 288	27.1	42 596	2.2	149 438	7.7	2 041	0.1	2 422	0.1	1 221 537	62.8	1 944 322
Loreto	85 557	45.6	3 580	1.9	10 628	5.7	360	0.2	156	0.1	87 257	46.5	187 538
Madre de Dios	12 262	49.4	622	2.5	1 120	8.8	36	0.1	25	0.1	10 774	43.4	24 839
Moquegua	11 002	32.1	660	1.9	3 120	9.1	52	0.2	50	0.1	19 383	56.6	34 267
Pasco	22 091	35.1	1 544	2.5	5 119	8.1	155	0.2	84	0.1	33 940	53.9	62 933
Piura	103 679	30.3	8 522	2.5	48 624	14.2	453	0.1	246	0.1	180 439	52.8	341 963
Puno	95 883	35.6	4 668	1.7	23 602	8.8	599	0.2	307	0.1	144 098	53.5	269 157
San Martín	66 457	42.6	2 709	1.7	16 661	10.7	289	0.2	164	0.1	69 409	44.5	155 869
Tacna	20 263	30.0	1 655	2.5	5 123	7.6	76	0.1	95	0.1	40 259	59.7	67 471
Tumbes	16 333	37.5	1 402	3.2	5 809	13.3	53	0.1	46	0.1	19 885	45.7	43 528
Ucayali	43 400	46.4	2 289	2.4	4 930	5.3	178	0.2	109	0.1	42 705	45.62	93 611
Total	1 901 573	32.2	136 960	2.3	530 570	9.0	9 540	0.2	7 175	0.1	3 313 188	56.2	5 899 006

Fuente: Censo 2007

Del total de la población joven, el 56.2% se encuentra en estado civil de soltería, mientras que el 32.2% convive con su pareja, el 9% se encuentra casado(a), el 2.3% se encuentra separado(a), el 0.2% viudo(a) y el 0.1% divorciado(a).

Las regiones con porcentajes de jóvenes solteros(as) superiores al promedio nacional son: Arequipa (63.6%), Lima (62.8%), Callao (59.6%) y Tacna (59.7%).

Las regiones con porcentajes de jóvenes convivientes superiores al promedio nacional son: Madre de Dios (49.4%), Ucayali (46.4%), Loreto (45.6%), Amazonas (43.2%), Cajamarca (43.1%) y San Martín (42.6%).

Las regiones con porcentajes de jóvenes separados(as) superiores al promedio nacional son: Tumbes (3.2%), Huánuco (3%), Cajamarca (2.8%), Huancavelica (2.8%), La Libertad (2.7%), Lambayeque (2.7%) y Áncash (2.7%).

De acuerdo a los datos anteriormente presentados se concluye que la mayoría de jóvenes en estado civil de soltería se encuentran en la costa, la mayoría de jóvenes convivientes se encuentran en la selva, y la mayoría de jóvenes separados se encuentran en la sierra.

Cabe mencionar que la población joven que permanece soltera coincidentemente se encuentra en las regiones con menor índice de pobreza.

5.11 Idioma materno de las y los jóvenes según área geográfica

Cuadro 10

Lengua materna de las y los jóvenes (18 a 29 años), según área geográfica

Idioma	Urbano	%	Rural	%	Total
Castellano	4 322 909	92.6	808 131	65.7	5 131 040
Quechua	288 590	6.2	326 637	26.6	615 227
Aymara	39 306	0.8	47 207	3.8	86 513
Otra lengua nativa	8 416	0.2	31 113	2.5	39 529
Asháninka	2 021	0.0	14 058	1.1	16 079
Idioma extranjero	3 645	0.1	159	0.0	3 804
Es sordomudo	4 363	0.1	2 452	0.2	6 815
Total	4 669 250	100.0	1 229 757	100.0	5 899 007

Fuente: Censo 2007

Según el Director Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia, actualmente existen aproximadamente unas 500 lenguas maternas en América Latina, las cuales son activamente usadas por poblaciones indígenas.

Tal como se aprecia en el cuadro 10, el 86.98% de la población joven tiene como lengua materna al castellano, el 10.43% al quechua y el 1.47% al aymara. El 0.12% de la población joven es sordomuda.

El mayor porcentaje de jóvenes que tienen como lengua materna al quechua y/o aymara reside en el área rural.

Teniendo en cuenta que la promoción y protección de los derechos lingüísticos de los pueblos indígenas forman parte de la democracia cultural, es relevante la implementación de políticas públicas a favor de la salud de las y los jóvenes, que consideren la diversidad cultural existente en nuestro país.

6. SALUD PSICOSOCIAL

6.1 Consumo de drogas en jóvenes

▶ Consumo de alcohol

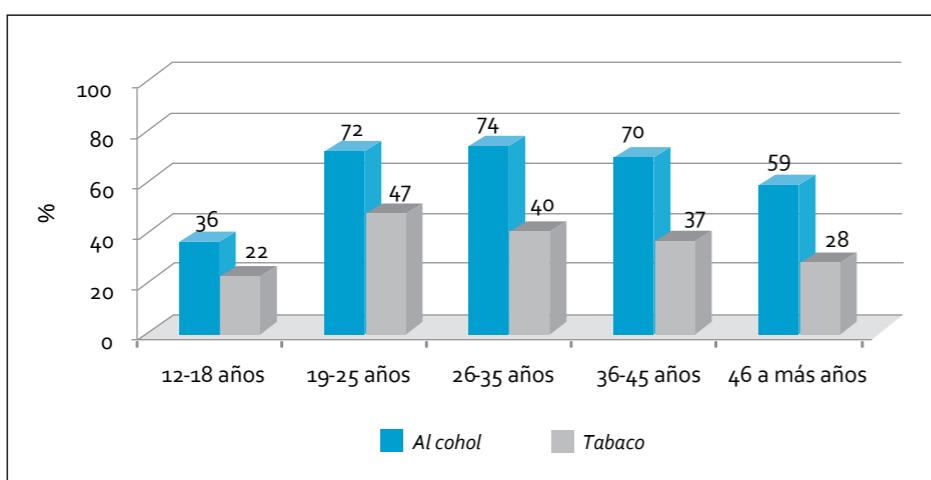
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alcohol es el responsable del 3.7% de la mortalidad mundial; al menos 2.3 millones de personas mueren cada año en todo el mundo por causas relacionadas con la ingesta de alcohol.

El consumo de alcohol tiene una relación causal con 60 tipos de enfermedades y lesiones⁵; además, se estima que el consumo excesivo de alcohol causa entre el 20% y 30% del total de casos de cáncer al esófago, al hígado, cirrosis hepática, homicidio, ataques epilépticos y accidentes de tránsito en todo el mundo⁶.

Cabe mencionar que en el Perú los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar como causa de mayor carga de enfermedad y el abuso del consumo de alcohol ocupa el tercer lugar⁷.

Tal y como se aprecia en el gráfico 12, la población peruana joven entre los 19 y 25 años de edad, presenta una prevalencia elevada de consumo de alcohol en el año (72%), en comparación con otros grupos de edades.

Gráfico 12
Prevalencia del consumo de drogas legales según grupo de edades



Fuente: DEVIDA 2006

La encuesta nacional de consumo de alcohol y drogas realizada por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), es la única fuente que recoge información relacionada con el consumo de drogas legales e ilegales en población en general a nivel nacional.

No existe disponibilidad de información del consumo de alcohol según género por los grupos de edades en las publicaciones de las encuestas nacionales.

La información producida y publicada por DEVIDA es valiosa, no obstante, tiene ciertas limitantes que no permiten un análisis objetivo de la situación del consumo de alcohol. Su publicación del año 2002 presentó información según género por grupos de edades, no así en el año 2006.

Por otro lado la publicación del año 2002 presentó el análisis de consumo de drogas teniendo en cuenta grupos de edades diferentes a los establecidos para el año 2006, situación que imposibilita analizar la evolución de la prevalencia del consumo de alcohol en la población joven.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Alcohol. 2004. Pág. 1.

⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la Salud. 2002.

⁷ MINSA. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. Primera edición. 2009. Pág. 58.

Consumo de tabaco

En relación al consumo de tabaco se estima que entre los años 2025 al 2030 en los países en vías de desarrollo morirán cerca de siete millones de personas por daños a la salud atribuibles al consumo de tabaco⁸.

El consumo elevado de tabaco en la población adulta tiene su origen en el inicio de su consumo a temprana edad⁹.

De acuerdo a un estudio publicado en México durante el año 2006, las y los jóvenes con mayores ingresos económicos son quienes presentan una mayor prevalencia de consumo de tabaco¹⁰.

En el Perú la prevalencia de consumo de tabaco en población joven entre los 19 y los 25 años de edad es alta (47%) en comparación con la prevalencia de consumo en los otros grupos de edades, tal y como se observa en el gráfico 12. No hay disponibilidad de información de la prevalencia de consumo según género y/o situación socioeconómica.

Consumo de drogas ilegales

La droga ilegal más consumida por las y los jóvenes entre los 19 y los 25 años de edad, al igual que en los otros grupos de edades, es la marihuana.

Cuadro 11
Prevalencia del consumo de drogas ilegales según grupos de edades

Drogas	12-18 años %	19-25 años %	26-35 años %	36-45 años %	46 a más años %
Marihuana	1.2	1.2	0.5	0.3	0.3
Cocaína	0.4	0.3	0.1	0.1	0.4
PBC	0.5	0.3	0.3	0.2	0.4
Inhalantes	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Éxtasis	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0

Fuente: DEVIDA 2006

Cabe mencionar que algunos estudios han demostrado la peligrosidad de la marihuana por su relación con el aumento de la prevalencia de casos de depresión y ansiedad¹¹.

Consumo de drogas en jóvenes según región

De acuerdo al cuadro 12, la mayor prevalencia del consumo de alcohol la presenta la población joven de la costa (56%), mientras que la mayor prevalencia de consumo de tabaco la tienen las y los jóvenes de la selva (26.5%).

⁸ Geneva. Mackay J, Eriksen M. Organización Mundial de la Salud. The tobacco atlas. 2002.

⁹ DiFranza JR, Tye JB. Who profits from tobacco sales to children? JAMA 1990; 263(20):2784-7.

¹⁰ Reddy-Jacobs C, Téllez-Rojo MM, Meneses-González F, Campuzano-Rincón J, Hernández-Ávila M. Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. Salud pública de México / vol.48, suplemento 1. 2006.

¹¹ G. Patton, C. Coffey, J. Carlin, L. Degenhardt, M. Lynskey, W. Hall. Consumo de marihuana y salud mental en jóvenes. British Medical Journal. 2002;325:1195-1198.

Cuadro 12

Prevalencia anual del consumo de drogas en el último mes según región

Tipo de droga que consume	Costa %	Sierra %	Selva %
Consumo de alcohol	56.0	46.0	50.0
Consumo de tabaco	22.8	17.2	26.5
Consumo de tranquilizantes	0.4	0.2	0.1
Consumo de pastillas para dormir	0.7	0.0	0.3
Consumo de pastillas para el dolor de cabeza	0.2	0.0	1.3
Consumo de estimulantes	0.1	0.0	0.0
Consumo de hoja de coca	3.6	4.5	0.1
Consumo de marihuana	0.2	0.0	0.2
Consumo de cocaína	0.0	0.0	0.1
Consumo de PBC	0.1	0.0	0.1

Fuente: Estudios del Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi; 2003, 2004, 2006

La mayor prevalencia de consumo de drogas legales como tranquilizantes, pastillas para dormir, pastillas para el dolor de cabeza y estimulantes, la tiene la población joven de la costa. Cabe mencionar que los datos de consumo de pastillas no especifican si éstas fueron prescritas por un profesional de salud.

Las drogas ilegales como la marihuana y el PBC son las más consumidas por las y los jóvenes de la costa y selva.

► Disposición al consumo de drogas ilícitas según grupos de edades

La disposición para consumir drogas ilícitas es más fuerte en la población más joven, siendo mucho mayor entre las y los jóvenes cuyas edades oscilan entre los 19 a 25 años (3.2%), en comparación con los otros grupos de edades.

Cuadro 13

Disposición al consumo de drogas ilícitas según grupos de edades

Disposición	12-18 años %	19-25 años %	26-35 años %	36-45 años %	46 a más años %
Fuerte	2.5	3.2	2.3	1.2	1.6
Moderada	12	16.3	12	8.9	6.0
No tiene	86	80.5	85.7	89.9	92.4
Total	100	100	100	100	100

Fuente: DEVIDA 2006

Es importante tener en cuenta que según los resultados de la Encuesta Nacional de consumo de drogas en población general publicada por DEVIDA en el año 2006, las personas que tienen una mayor disposición al consumo de drogas ilegales son quienes más las consumen.

► Relación entre la integración familiar y el consumo de drogas

De acuerdo a la publicación de los resultados de la Encuesta Nacional de consumo de drogas en población en general, realizada en el año 2006 por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas, la población que proviene de una familia con baja integración es la que más consume tanto drogas legales como ilegales, mientras que la que proviene de una familia altamente integrada es la que menos las consume.

Para determinar la escala de integración familiar la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas empleó los siguientes criterios:

- Diálogo entre los miembros de la familia
- Nivel de comunicación entre los miembros de la familia
- Nivel de violencia entre los miembros de la familia
- Atención ante los acontecimientos de la vida personal de cada miembro de la familia
- Momentos que comparten en la mesa los miembros de la familia, y
- El nivel de confianza entre los miembros de la familia.

Cuadro 14

Prevalencia anual del consumo de drogas, según nivel de integración familiar

Tipo de droga	Escala de integración familiar			Promedio nacional	Rho Spearman
	Baja	Media	Alta		
Drogas legales					
Alcohol	69.5	63.6	62.1	63	0.762
Tabaco	43.6	36.7	32.8	34.7	0.810
Drogas ilegales					
Marihuana	3.6	0.6	0.4	0.7	0.988
PBC	3.4	0.2	0.1	0.3	0.988
Cocaína	2.2	0.2	0.1	0.3	0.749
Inhalantes	0.3	0.04	0.0	0.03	0.409
Éxtasis	0.01	0.04	0.05	0.04	0.247

Fuente: DEVIDA 2006

En conclusión, la familia juega un rol importante en la vida de las personas y puede convertirse en un factor de riesgo o un factor protector para el consumo de drogas tanto legales como ilegales.

6.2 Violencia autoinflingida que afecta a jóvenes

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la violencia autoinflingida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio, también llamados "parasuicidio" o "intento deliberado de matarse" y el suicidio consumado.

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815 000 personas, lo que convierte al suicidio en la decimotercera causa de muerte¹².

► Indicadores de índole suicida en las y los jóvenes según región

Según los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi en población de 18 a 44 años, la prevalencia del deseo de morir durante los años de vida es mayor en la población de la sierra, siendo más alta en mujeres (44.9%) que en hombres (22.8%).

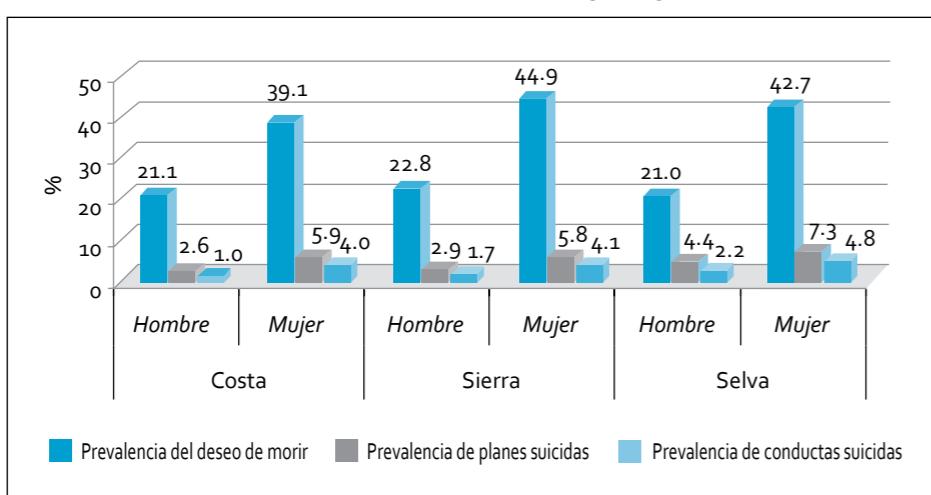
La prevalencia de planes suicidas durante los años de vida es mayor en las mujeres de la selva (7.3%), en comparación con la prevalencia de planes suicidas de las mujeres de la costa (5.9%) y sierra (5.8%). La prevalencia de planes suicidas en hombres de todas las regiones es menor en comparación con la prevalencia de planes suicidas en mujeres.

¹² Informe Mundial sobre la Violencia y Salud 2003. Organización Mundial de la Salud. Pág. 5.

En relación a la prevalencia de conductas suicidas, es mucho mayor en mujeres que en hombres a nivel de todas las regiones. La mayor prevalencia de conductas suicidas la presentan las mujeres de la selva (4.8%) en comparación con la prevalencia de conductas suicidas de las mujeres de la costa (4.1%) y sierra (4%).

Gráfico 13

Indicadores de índole suicida según región



Fuente: Estudios del Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi; 2003, 2004, 2006

► Motivos de intento de suicidio según región

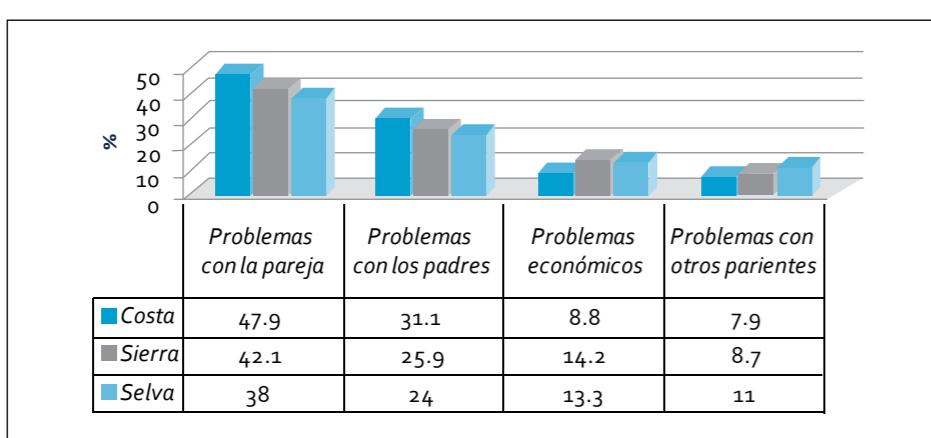
El principal motivo para el deseo o intento de suicidio a nivel de todas las regiones es el conflicto con la pareja, con una magnitud mayor entre la población de la costa (47.9%).

El segundo motivo para el deseo o intento de suicidio es el conflicto con los padres, con una magnitud mayor también entre la población de la costa (31.1%).

Los problemas económicos representan el tercer motivo para el deseo o intento de suicidio y su magnitud es mayor entre la población de la sierra (14.2%).

Gráfico 14

Motivos del deseo o intento suicida según región



Fuente: Estudios del Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi; 2003, 2004, 2006

6.3 Violencia interpersonal que afecta a jóvenes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como violencia interpersonal a los actos violentos cometidos por un individuo o un pequeño grupo de individuos, y comprende la violencia juvenil, la violencia contra la pareja, otras formas de violencia familiar como los maltratos de niños o ancianos, las violaciones y las agresiones sexuales y la violencia en entornos institucionales como las escuelas, los lugares de trabajo, los hogares de ancianos o los centros penitenciarios. La violencia interpersonal cubre un amplio abanico de actos y comportamientos que van desde la violencia física, sexual y psíquica hasta las privaciones y el abandono.

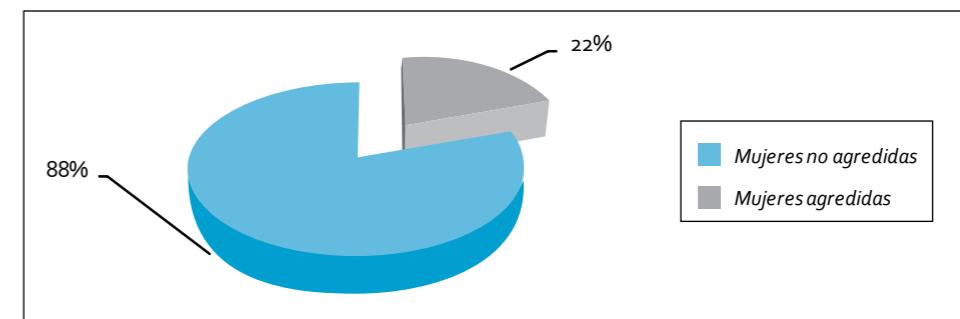
Se calcula que en el año 2000 murieron en el mundo 520 000 personas a consecuencia de la violencia interpersonal, lo que representa una tasa de 8.8 por cada 100,000 habitantes. Mucho más numerosas aún son las víctimas de agresiones físicas o sexuales no mortales y sufridas de forma reiterada¹³.

► Mujeres jóvenes, víctimas de violencia

Según los datos oficiales de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2009, en el Perú, un poco más de la quinta parte de las mujeres de 20 a 29 años de edad encuestadas han sido maltratadas físicamente (22%).

Gráfico 15

Mujeres entre los 20 a 29 años, víctimas de violencia



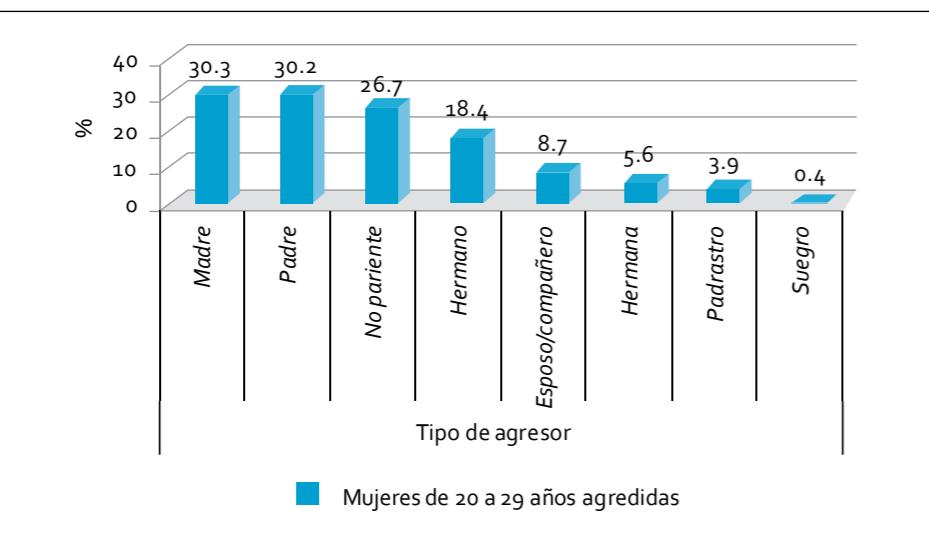
Fuente: ENDES 2009

► Tipo de agresor más frecuente contra las jóvenes

Los tipos de agresores más frecuentes contra las mujeres jóvenes son: la madre (30.3%), el padre (30.2%), no parientes (26.7%), hermanos(as) (18.4%), el esposo/compañero (8.7%), el padrastro (3.9%) y el suegro (0.4%).

¹³ Informe Mundial sobre la Violencia y Salud 2003. Organización Mundial de la Salud. Pág. 4.

Gráfico 16
Tipo de agresor de las mujeres de 20 a 29 años



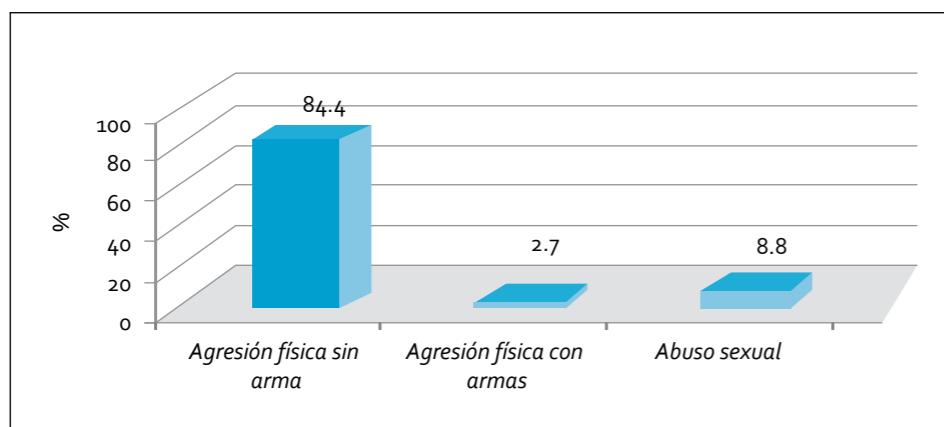
Fuente: ENDES 2009

► **Tipo de violencia física de las que son víctimas las mujeres jóvenes por parte de sus parejas**

De acuerdo al gráfico 17 elaborado con información de la ENDES 2009, la principal agresión física de la que son víctimas las mujeres jóvenes por parte de sus parejas es la agresión física sin arma (84.4%), la cual implica golpes y patadas. El segundo tipo de violencia más frecuente del que son víctimas las mujeres jóvenes es el abuso sexual (8.8%).

Según el Informe Mundial sobre la violencia y salud publicado en el 2003 por la OMS, para muchas mujeres, la violencia sexual comienza en la infancia y adolescencia y puede tener lugar en una gran variedad de contextos incluyendo el hogar, la escuela y la comunidad.

Gráfico 17
Tipo de violencia física de las que son víctimas las mujeres entre los 20 a 29 años por parte de sus parejas



Fuente: ENDES 2009

Estudios realizados en diversos lugares como Camerún, el Caribe, Perú, Nueva Zelanda, Sudáfrica y Tanzania, muestran altas tasas de denuncias de iniciación sexual forzada.

► **Violencia verbal y de situaciones de control de las que son víctimas las mujeres jóvenes por parte de sus parejas**

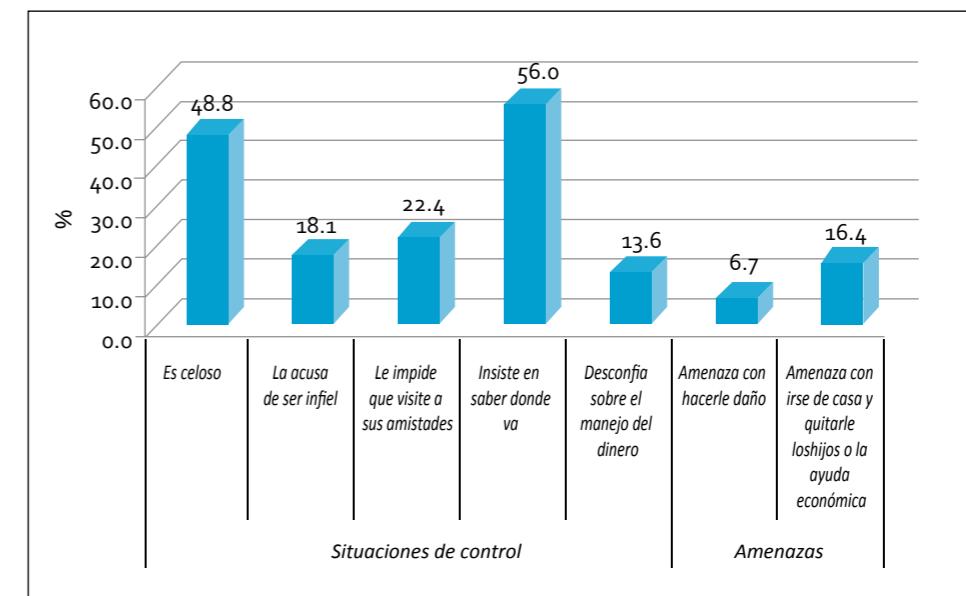
De acuerdo al gráfico 16 anteriormente presentado, uno de los principales agresores de las jóvenes es el esposo o compañero (8.7%).

La principal situación de control a la que son sometidas las jóvenes por parte de su pareja es la insistencia en saber adónde va (56%), situación que atenta contra su libertad. Además, también son sometidas a amenazas que afectan su salud mental.

Según los resultados de la ENDES 2009, la principal amenaza de la que son víctimas las jóvenes es la del abandono y la amenaza de quitarle los hijos, así como el apoyo económico (16.4%).

Es importante tener en cuenta que muchas de las mujeres no declaran ser víctimas de ningún tipo violencia, ya sea por vergüenza o por temor, por tanto, estos porcentajes pueden ser aun mucho mayores.

Gráfico 18
Violencia verbal y de situaciones de control de las que son víctimas las mujeres jóvenes entre los 20 a 29 años por parte de sus parejas



Fuente: ENDES 2009

► **Solicitud de ayuda de las mujeres jóvenes víctimas de violencia**

Según los datos de la ENDES 2009, del total de mujeres entre los 20 a 29 años de edad que afirmaron ser víctimas de violencia por parte del esposo, compañero o de alguien más, sólo el 52% refirió haber pedido ayuda, ya sea a una persona cercana o a una institución.

En el siguiente cuadro se muestran las razones del porqué algunas de las jóvenes entre 20 a 29 años de edad, no pidieron ayuda alguna:

Cuadro 15

Razones por las que las jóvenes no buscan ayuda ante una agresión

Razones	Mujeres de 20 a 29 años (%)
No sabe a dónde ir	41.26
Tiene vergüenza	18.04
Tiene miedo a más agresión	16.75
Piensa que ella tienen la culpa	7.33
Teme hacerle daño a su pareja	6.65
Tiene miedo a la separación	3.14
Piensa que no sirve de nada	2.96
Otra razón	2.16
Piensa que son cosas de la vida	1.72

Fuente: ENDES 2009

La mayoría de las jóvenes víctimas de violencia, que no solicitan ayuda alguna, no lo hacen debido a que no saben dónde acudir (41.26%), y otro grupo no lo hace por vergüenza (18.04%) o temor (16.75%).

Otra de las razones de menor magnitud por las que las jóvenes no buscan ayuda ante un caso de violencia es el sentimiento de culpa (7.33%). Cabe mencionar que las demás razones están estrechamente relacionadas con la baja autoestima de las jóvenes.

6.4 Jóvenes privados de su libertad

Según información de la Unidad de Estadística del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), la prevalencia nacional de población joven del sexo masculino privada de su libertad aumentó desde el año 2005 al 2008, sin embargo del 2008 al año 2009 se evidencia un pequeño descenso.

En el cuadro 16 se observa que la prevalencia de población joven del sexo masculino privada de su libertad, aumentó del 2008 al 2009 en las regiones de: Ayacucho, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios y Ucayali.

Cuadro 16

Población de jóvenes varones detenidos según departamento

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	Jóvenes detenidos
Amazonas	240	259	263	275	261	
Áncash	410	427	517	580	551	
Apurímac	143	154	154	163	128	
Arequipa	428	422	439	499	383	
Ayacucho	347	285	374	497	613	Aumentó
Cajamarca	348	382	414	455	427	
Callao	758	865	1 023	1 201	1 101	
Cusco	528	502	607	697	703	
Huancavelica	44	56	67	73	69	
Huánuco	432	430	540	532	492	
Ica	518	567	477	464	594	Aumentó
Junín	509	599	649	681	731	Aumentó
La Libertad	658	827	819	715	745	Aumentó
Lambayeque	395	445	450	482	549	Aumentó

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	Jóvenes detenidos
Lima	6 708	6 944	7 034	7 315	6 996	
Loreto	239	307	351	343	350	Aumentó
Madre de Dios	102	117	148	218	227	Aumentó
Moquegua	32	48	54	47	33	
Pasco	71	66	63	62	62	
Piura	571	649	822	846	753	
Puno	246	288	313	365	342	
San Martín	544	532	494	483	509	
Tacna	226	271	316	291	240	
Tumbes	101	119	179	249	249	
Ucayali	410	490	496	395	470	Aumentó
Total	15 008	16 051	17 063	17 928	17 578	

Fuente: Unidad de Estadística del INPE 2010

No existe disponibilidad de información relacionada con el número de ingresos de jóvenes a los centros penitenciarios por año, información que sería idónea para afirmar si realmente está aumentado el número de jóvenes infractores de la ley.

Por otro lado tampoco existe disponibilidad de información de los reingresos a los centros penitenciarios; no obstante, se presume que parte de la población detenida, al ser liberada, no logra reintegrarse en la sociedad, volviendo así a cometer infracciones por las cuales son nuevamente detenidos.

Cuadro 17

Población de jóvenes mujeres detenidas según departamento

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	Jóvenes detenidas
Amazonas	2	2	4	8	46	Aumentó
Áncash	14	15	19	49	11	
Apurímac	10	12	8	29	32	Aumentó
Arequipa	28	32	26	86	51	
Ayacucho	34	30	32	96	36	
Cajamarca	16	14	14	45	92	Aumentó
Callao	0	0	0	0	59	Aumentó
Cusco	23	22	19	64	6	
Huancavelica	1	2	1	4	41	Aumentó
Huánuco	38	32	38	108	50	
Ica	26	24	22	72	61	
Junín	13	17	25	55	62	Aumentó
La Libertad	24	26	24	73	46	
Lambayeque	4	5	8	17	583	Aumentó
Lima	328	361	496	1 184	29	
Loreto	16	11	15	41	19	
Madre de Dios	6	8	15	29	3	
Moquegua	4	5	4	13	5	
Pasco	3	1	2	6	63	Aumentó
Piura	18	19	23	59	28	
Puno	18	21	26	65	42	

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	Jóvenes detenidas
San Martín	9	9	10	28	20	
Tacna	49	54	50	153	21	
Tumbes	6	13	14	33	39	Aumentó
Ucayali	18	28	23	69	0	
Total	708	763	918	2 386	1 445	

Fuente: Unidad de Estadística del INPE 2010

La prevalencia de población joven del sexo femenino privada de su libertad, también aumentó del 2005 al 2008, sin embargo disminuyó significativamente del 2008 al 2009, situación que podría deberse a un incremento de egresos de los centros penitenciarios y un descenso de los ingresos. No obstante también existe la posibilidad de un mal sistema de registro.

Las regiones cuya prevalencia de jóvenes privadas de su libertad aumentó desde el año 2008 al 2009, son: Amazonas, Apurímac, Cajamarca, Huancavelica, Junín, Lambayeque, Pasco, Tumbes, Ucayali y la Provincia Constitucional del Callao.

► Motivos por los cuales las y los jóvenes se encuentran privados de su libertad

Según información del INPE a septiembre del 2010, en los centros penitenciarios del país se encuentra un total de 16.588 jóvenes del sexo masculino entre los 18 y los 29 años de edad, quienes fueron detenidos debido a las causas presentadas en el cuadro 18:

Cuadro 18

Principales causas por las que los jóvenes entre 18 a 29 años se encuentran presos

1. Delitos contra el patrimonio	6 330
Robo agravado	5 041
Hurto agravado	784
Otros	248
Extorsión	112
Estafa	68
Abigeato	30
Receptación	25
Apropiación ilícita	15
Hurto simple	7
2. Delitos contra la seguridad pública	4 257
Tráfico ilícito de drogas	3 797
Tenencia ilegal de armas	371
Microcomercialización o micro producción de drogas	64
Otros	25
3. Delitos contra la libertad	3 923
Violación sexual	1 558
Violación sexual de menor de edad	1 651
Actos contra el pudor en menores de 14 años	296
Secuestro	250
Otros	122
Violación a persona en estado de inconsciencia o en la imposibilidad de resistir	29
Proxenetismo	13

Violación sexual de menor de edad seguida de muerte o lesión grave	4
4. Delitos contra la vida el cuerpo y la salud	1 397
Homicidio simple	446
Homicidio calificado – asesinato	548
Lesiones graves	184
Otros	125
Parricidio	72
Lesiones leves	20
Aborto	2
5. Delitos contra la tranquilidad pública	278
Delito de terrorismo	206
Asociación ilícita para delinquir	57
Otros	15
6. Delitos contra la administración pública	88
Peculado	34
Otros	33
Corrupción de funcionarios	16
Concusión	5
7. Delitos contra los poderes del estado y el orden constitucional	33
Rebelión	33
8. Delitos contra la fe pública	32
Falsificación de documentos	29
Falsificación de sellos, timbres y marcas oficiales	1
Otros	2
9. Delitos contra la humanidad	7

Fuente: Unidad de Estadística del INPE 2010

Según datos del INPE a septiembre del 2010, en los centros penitenciarios del país se encuentran 774 jóvenes del sexo femenino entre los 18 a 29 años de edad, quienes fueron detenidas por las causas presentadas en el cuadro 19:

Cuadro 19

Principales causas por las que las jóvenes entre 18 a 29 años se encuentran presas

1. Delitos contra la seguridad pública	518
Tráfico ilícito de drogas	474
Microcomercialización o micro producción	35
Otros	5
Tenencia ilegal de armas	4
2. Delitos contra el patrimonio	123
Robo agravado	67
Hurto agravado	32
Extorsión	11
Estafa	10
Apropiación ilícita	2
Receptación	1

3. Delitos contra la vida el cuerpo y la salud	54
Homicidio calificado – asesinato	20
Homicidio simple	15
Parricidio	13
Lesiones graves	5
Otros	1
4. Delitos contra la libertad	39
Secuestro	23
Proxenetismo	8
Otros	5
Violación sexual de menor de edad	2
Actos contra el pudor en menores de 14 años	1
5. Delitos contra la tranquilidad pública	20
Delito de terrorismo	18
Asociación ilícita para delinquir	2
6. Delitos contra el orden financiero y monetario	6
Delitos monetarios	4
Delitos financieros	2
7. Delitos contra la administración pública	5
Peculado	2
Otros	2
Corrupción de funcionarios	1
8. Delitos contra la fe pública	3
Falsificación de documentos	3

Fuente: Unidad de Estadística del INPE 2010

Tal como se aprecia en los cuadros 18 y 19, las principales causas por las que los jóvenes son detenidos, están relacionadas con los delitos contra el patrimonio a diferencia de las principales causas de los jóvenes, quienes en su mayoría han sido detenidas por delitos contra la seguridad pública como el tráfico ilícito de drogas.

Además es importante tener en cuenta que la tercera causa por la que son detenidos los jóvenes es la violación sexual, mientras que en las jóvenes lo es el delito contra la vida, el cuerpo y la salud (Homicidio calificado, homicidio simple, parricidio, lesiones graves, entre otros).

6.5 Principales trastornos psiquiátricos según región

Si bien no existe disponibilidad de información sobre los trastornos psiquiátricos en población específicamente joven (18 a 29 años) según región, sí la hay en población mayor de 18 años.

De acuerdo a la información publicada por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, el principal trastorno psiquiátrico que presenta la población de la costa es el trastorno depresivo, el cual es mayor en las mujeres (20.1%) en comparación con los hombres (8%).

Cuadro 20
Prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos

Trastornos clínicos según CIE-10	Costa		Sierra		Selva	
	%		%		%	
Episodio depresivo	8	20.1	12.8	19.5	13.5	28.4
Trastorno de ansiedad generalizada	2.2		6.2	5.4	10.9	5.6
Trastorno de estrés post traumáticos	2.2		5.1	9.7	15.8	6.7
Fobia social	0.7		1.8	2.4	3.3	1.5
Historia de trastorno de pánico	0.6		1.9	1.2	2.5	0.9

Fuente: Estudios del Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi

La depresión también es el principal trastorno que presenta la población de la sierra; no obstante, la brecha entre la prevalencia de depresión durante los años de vida entre hombres y mujeres no tiene tanta diferencia como en la población de la costa. (6.7% y 12.1% respectivamente)

La selva también tiene como principal trastorno psiquiátrico a la depresión y se presenta en mayor magnitud en comparación con otras regiones, siendo la prevalencia de vida en hombres (13.5%) y en mujeres (28.4%).

Es importante tener en consideración que en el Perú la depresión es el quinto diagnóstico con mayor carga de enfermedad debido a que puede producir mayor muerte prematura y/o tiene mayor incidencia, mayor duración de la enfermedad y mayor discapacidad¹⁴.

Otros de los principales trastornos psiquiátricos que se presentan en las tres regiones son: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés post traumático, siendo la prevalencia de vida de este último en mención de mayor magnitud en la población de la sierra: Mujeres (15.8%) y Hombres (9.7%).

De acuerdo al estudio publicado en el 2007 por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, en la costa, la edad mediana para el inicio de la depresión es 27 años¹⁵.

Problemas y/o trastornos mentales de la demanda de jóvenes a los servicios de salud del Ministerio de Salud.

6.6 Problemas y/o trastornos mentales de la demanda de jóvenes a los servicios del MINSA - 2009

Cuadro 21
Problemas y/o trastornos mentales de la demanda de jóvenes a los servicios del MINSA - 2009

Diagnósticos en consulta	Nº	%
1 Otros trastornos de ansiedad	34 324	36.0
2 Episodio depresivo	24 560	25.7
3 Esquizofrenia	5 691	6.0
4 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	4 970	5.2
5 Trastornos específicos de personalidad	3 572	3.7
6 Trastorno depresivo recurrente	2 842	3.0

¹⁴ MINSA. La carga de enfermedad en el Perú. Primera edición. 2009. Pág. 13.

¹⁵ Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana. 2006. Volumen XXIII. Lima. 2007. Pág. 90.

Diagnósticos en consulta	Nº	%
7 Otros trastornos debido a lesión y disfunción cerebral	2 362	2.5
8 Trastornos mentales y de comportamiento por consumo de alcohol	2 138	2.2
9 Trastorno obsesivo compulsivo	1 363	1.4
10 Trastornos somatomorfos	992	1.0
11 otros	12 606	13.2
Total	95 420	100

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2010

De acuerdo a los resultados del cuadro 21, del total de jóvenes que acude a los servicios de salud del MINSA y son diagnosticados con algún problema y/o trastorno mental, el 36% es diagnosticado con trastornos de ansiedad. Es importante tener en cuenta que este tipo de patología puede presentarse de diferentes maneras, ya sea como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno del pánico, fobias, y/o trastorno postraumático por tensión.

El segundo trastorno mental más frecuente entre las y los jóvenes que acuden a los servicios del MINSA, es el episodio depresivo (25.7%). Los demás problemas y/o trastornos mentales en jóvenes son inferiores al 10%.

7. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

7.1 Comportamiento sexual de las y los jóvenes

El adulto joven desarrolla una vida sexual más activa que la población adolescente, con más oportunidades y sin los límites paternos y/o maternos para desarrollar su sexualidad. El comportamiento sexual de la población joven está determinado por el contexto en el que viven, siendo importante tener en cuenta que es durante la etapa de vida adulto joven cuando se toman decisiones importantes relacionadas al trabajo, estilos de vida y hasta el matrimonio¹⁶.

Cuadro 22

Comportamiento sexual de varones y mujeres entre los 18 a 29 años, en 8 ciudades del Perú

Comportamiento sexual	Varones (%)	Mujeres (%)
Ha tenido relaciones sexuales	82.1	78.3
Edad de inicio sexual en años (mediana)	16	18
Número de parejas sexuales en toda la vida (mediana)	4	2
Historia de relaciones sexuales con trabajadores sexuales	29.6	0
Relaciones sexuales con trabajadores sexuales el último año	15.5	0
Historia de relaciones sexuales con otro hombre	6.6	0
Relaciones sexuales con otro hombre el último año	1.9	0
Pareja ocasional en la última relación sexual	25.9	5.0
Usó condón en la última relación sexual	44.6	18.7
Última relación sexual bajo la influencia del alcohol	23.3	13.3
Última relación sexual bajo la influencia de otras drogas	3.1	0.9
Relaciones sexuales por dinero con última pareja sexual	0	1.1
Historia de relaciones sexuales contra su voluntad	0	15.8

Fuente: Proyecto PREVEN 2007

¹⁶ Soto A. Características psicológicas y sociales del adulto joven. Revista El Cotidiano 2002, México.

Durante el año 2007 se realizó un estudio como parte del Proyecto PREVEN, en el cual se encuestó a más de 50,000 habitantes entre las edades de 18 a 29 años residentes en las ciudades de Lima, Callao, Arequipa, Trujillo, Chiclayo, Puerto Maldonado y Yurimaguas. El estudio en mención tuvo como objetivo identificar las prevalencias y factores asociados a las ITS y al VIH.

En el estudio se identificó que el 82.1% y 78.3% de los y las jóvenes respectivamente, ya han tenido relaciones sexuales, siendo la edad inicio en los hombres a los 16 años y en las mujeres a los 18 años.

De acuerdo a los resultados del estudio, son los jóvenes quienes tienen un número mayor de parejas sexuales en toda la vida, en comparación con las mujeres.

Ninguna mujer refirió haber tenido relaciones sexuales con trabajadores sexuales, lo contrario a los hombres (29.6% refirió haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras sexuales).

El 6.6% de los jóvenes encuestados refirió haber tenido relaciones sexuales con otros hombres.

En cuanto al uso del condón, se identificó una brecha de 25.9 puntos porcentuales entre las y los jóvenes, a favor de los jóvenes.

Más de la quinta parte de los jóvenes refirieron haber tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y el 3.1% refirió haberla tenido bajo la influencia de otros tipos de drogas. Es importante resaltar que son los jóvenes los más expuestos a las relaciones sexuales bajo influencia de drogas en comparación con la población femenina.

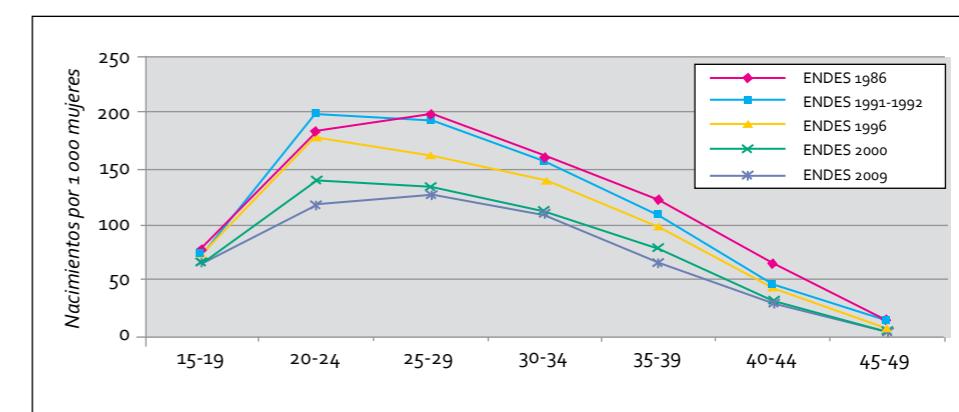
Finalmente, se identificó que el 15.8% de las jóvenes encuestadas ha sido víctima de abuso sexual y el 1.1% ha tenido relaciones sexuales por dinero.

7.2 Fecundidad en jóvenes

Según la ENDES 2009, la tasa de fecundidad en todos los grupos de edades ha disminuido desde el año 1986 al 2009, siendo el descenso mucho mayor en la población femenina joven entre los 20 y los 29 años de edad. Este descenso de la fecundidad ha determinado cambios en la estructura de la pirámide poblacional y estaría contribuyendo a que el país se encuentre en el proceso de transición demográfica.

Gráfico 19

Tasa específica de fecundidad según grupos de edades



Fuente: ENDES 2009

Aunque las causas de la disminución de la fecundidad en el mundo son complejas, para muchos demógrafos algunas ya están identificadas y varias de ellas son principalmente de índole socioeconómico

como la incorporación de la mujer al trabajo y su mayor nivel de educación que contribuye a más acceso a metodología anticonceptiva. Al mismo tiempo aparecen problemas que refuerzan la poster-gación de la maternidad y/o paternidad, como el desempleo y el aumento del costo de vida. (Chackiel y Schkolnik, 1992; Schkolnik y Chackiel, 1998; CEPAL, 2005).

7.3 Uso de métodos anticonceptivos en las y los jóvenes

Según los resultados de la ENDES 2009 (Cuadro 23), el 48.6% del total de mujeres jóvenes entrevistadas no usa ningún método anticonceptivo, y de este grupo quienes menos lo usan son las mujeres unidas a su pareja (26.2%) en comparación con las mujeres sexualmente activas no unidas a su pareja (11.6%).

Los métodos modernos son los más usados por las mujeres sexualmente activas no unidas a su pareja (65.6%) en comparación con las mujeres unidas a su pareja (53.4%).

Cuadro 23

Prevalencia de uso de MAC en jóvenes entre los 20 a 29 años

Uso de MAC	Total de mujeres de 20 a 29 años %	Mujeres unidas a su pareja %	Mujeres sexualmente activas no unidas a su pareja %
No usa	48.6	26.2	11.6
Usa MAC modernos	37.6	53.4	65.6
Usa MAC tradicionales	13.8	20.4	22.8
Total de mujeres entrevistadas	7 309	3 956	796

Fuente: ENDES 2009

En el cuadro 24 se presentan los tipos de métodos anticonceptivos modernos más usados por las mujeres jóvenes; entre ellos el más usado por las jóvenes es el inyectable (17.8%), siendo las mujeres unidas a su pareja quienes más lo usan (27%) en comparación con las no unidas (14.7%).

El segundo tipo de método más elegido por las parejas de las jóvenes es el condón (10.6%), siendo las parejas de las mujeres no unidas a su pareja quienes más lo usan (36.8%) en comparación con las parejas de las mujeres unidas a su pareja (12%).

Cuadro 24

Tipo de MAC moderno más usado por las jóvenes de 20 a 29 años

Tipo de MAC moderno más usado	Total de mujeres de 20 a 29 años %	Mujeres unidas a su pareja %	Mujeres sexualmente activas no unidas a su pareja %
Inyectables	17.0	27	14.7
Condón	10.6	12	36.8
Píldoras	6.9	10	11.3
DIU	2.0	3.0	1.8
Ligadura de trompas	0.5	0.8	0.1
Tabletas vaginales	0.1	0.0	0.8
Vasectomía	0.0	0.2	0.0
Total de mujeres entrevistadas	7 309	3 956	796

Fuente: ENDES 2009

Considerando que el condón es el único método anticonceptivo que previene no sólo el embarazo no deseado sino también las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH-SIDA, los resultados del cuadro 24 indican que las jóvenes unidas a su pareja son las que se encuentran más expuestas a las ITS/VIH-SIDA que las no unidas.

7.4 Frecuencia con la que los jóvenes hablan con sus esposas sobre planificación familiar

Existe consenso social sobre la importancia de la planificación familiar; decidir cuándo y cuántos hijos tener, y a partir de allí qué método anticonceptivo utilizar para llevar una vida sexual segura y satisfactoria.

La comunicación en una pareja es un factor clave para lograr el uso correcto y sistemático de los métodos anticonceptivos, sobre todo de los métodos de barrera. Sin embargo, en muchas sociedades pocas parejas abordan los temas de salud de la reproducción¹⁷. Entre las parejas que no hablan al respecto hay mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual y de embarazo involuntario¹⁸.

En el Perú, la mayoría de los jóvenes sólo han hablado con sus esposas sobre planificación familiar una o dos veces; jóvenes de 20 a 24 años (65.7%); y jóvenes de 25 a 29 años (58.9%). Menos del 30% refirió hacerlo muy a menudo; jóvenes de 20 a 24 años (19.9%) y jóvenes de 20 a 29 años (26.8%).

Entre el 14.3% y 14.4% de los jóvenes nunca han hablado con sus parejas sobre planificación familiar.

Cuadro 25

Frecuencia con la que los jóvenes hablan con sus esposas sobre planificación familiar

Frecuencia	Grupos de edad	
	20-24 años %	25-29 años %
Nunca han hablado	14.4	14.3
Una o dos veces	65.7	58.9
Muy a menudo	19.9	26.8
Porcentaje total	100	100

Fuente: ENDES Varones 2008

Si bien se han desarrollado múltiples estrategias de intervención para promover el uso de los métodos anticonceptivos, muy poco se ha hecho por fomentar la comunicación y responsabilidad compartida entre las parejas respecto a la planificación familiar; reflejo de ello son los datos porcentuales presentados en el cuadro 25.

7.5 Lugar donde acudieron las jóvenes para atenderse el parto

Uno de los aspectos en los que el sector ha puesto especial énfasis es en la promoción del parto institucional; no obstante, aún no se ha logrado tener una cobertura del 100% de partos institucionales en el país.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares y Vivienda (ENAHO) realizada en el año 2008, en los departamentos de la costa la mayor parte de la población joven atendió su parto en establecimientos de salud, en especial en los del MINSA: Costa Norte (66.3%), Costa Centro (72.6%) y Costa Sur (83.3%).

¹⁷ Gage AJ. Women's socioeconomic position and contraceptive behavior in Togo. Stud Fam Plann 1995;26 (5):264-77.¹⁸ Edwards SR. The role of men in contraceptive decision-making: Current knowledge and future implications. Fam Plann Perspect 1994;26 (2):77-82.

El porcentaje de partos domiciliarios en la costa fue mayor en la Costa Norte (7.6%).

La mayoría de jóvenes de la sierra refirió haber atendido su parto en los establecimientos del MINSA, sobre todo las jóvenes de la Sierra Sur (83.3%).

El porcentaje de partos domiciliarios de jóvenes de la sierra fue mayor en comparación con los de la costa, sobre todo en el departamento de la Sierra Norte, donde el porcentaje de partos domiciliarios alcanzó al 51.5% del total de partos.

En la selva las jóvenes atendieron su parto principalmente en los establecimientos de salud del MINSA (62.6%), el 30.8% lo hizo en su domicilio, el 4.3% lo hizo en los establecimientos de EsSALUD, el 2.2% en establecimientos de salud particulares y el 0.1% lo hizo en establecimientos de las Fuerzas Armadas (FFAA).

Cuadro 26

Lugar donde se atienden el parto las jóvenes (18 – 29 años), según región

Región	MINSA	%	EsSALUD	%	FFAA	%	Particular	%	Domicilio o partera	%	Total
Costa Norte	228	66.3	27	7.8	1	0.3	62	18.0	26	7.6	344
Costa Centro	122	72.6	25	14.9	0	0.0	19	11.3	2	1.2	168
Costa Sur	80	83.3	10	10.4	1	1.0	2	2.1	3	3.1	96
Sierra Norte	74	44.8	2	1.2	0	0.0	4	2.4	85	51.5	165
Sierra Centro	289	73.0	17	4.3	1	0.3	8	2.0	81	20.5	396
Sierra Sur	205	77.9	8	3.0	0	0.0	8	3.0	42	16.0	263
Selva	485	62.6	33	4.3	1	0.1	17	2.2	239	30.8	775
Lima Metrop.	216	72.2	46	15.4	2	0.7	27	9.0	8	2.7	299
Total	1 699	67.8	168	6.7	6	0.2	147	5.9	486	19.4	2 506

Fuente: ENAHO 2008

A nivel nacional, el 67.8% de las jóvenes refirieron haberse atendido el parto en los establecimientos de salud del MINSA, el 6.7% lo hizo en los establecimientos de EsSALUD, el 5.9% lo hizo en establecimientos particulares y el 0.2% lo hizo en establecimientos de las Fuerzas Armadas.

Según la ENAHO 2008, casi la quinta parte del total de partos de jóvenes han sido atendidos en su domicilio o en el de la partera (19.4%).

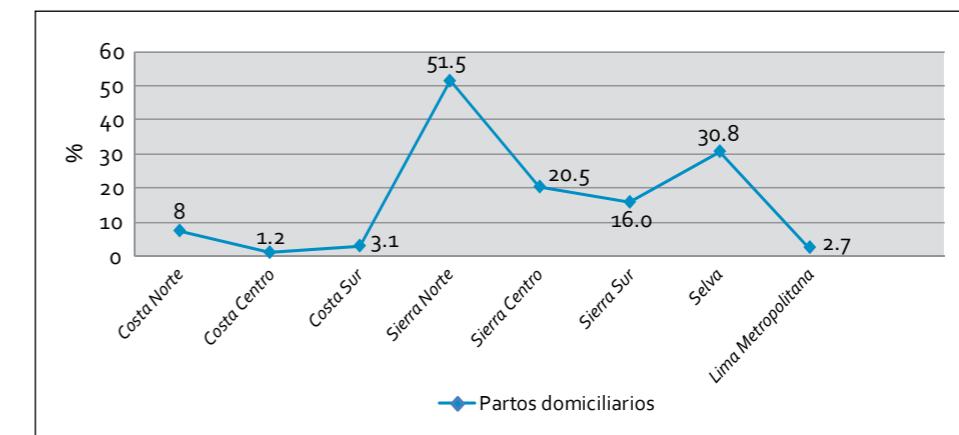
7.6 Inequidad en el acceso de las jóvenes a la atención de parto institucional

De acuerdo al gráfico 20, elaborado con la base de datos de la ENAHO 2008, el porcentaje de partos domiciliarios de las jóvenes de la costa fue inferior al 10%: Costa Norte (8%), Costa Centro (1.2%) y Costa Sur (3.1%), mientras que en la sierra estos alcanzaron al 51.5% en la Sierra Norte, 20.5% en la Sierra Centro y 16% en la Sierra Sur.

En la selva la cobertura de partos domiciliarios fue de 30.8%, mientras que en Lima Metropolitana fue 2.7%.

Estos datos demuestran la inequidad existente entre las jóvenes de la costa, sierra y selva para el acceso a partos institucionales, situación preocupante dado que se han venido realizando múltiples esfuerzos por promover el parto institucional y contribuir a una maternidad segura. Esta realidad puede deberse a las múltiples barreras de acceso que aún persisten, entre ellas la barrera cultural, de accesibilidad geográfica, entre otras.

Gráfico 20
Inequidad de acceso al parto institucional según regiones



Fuente: ENAHO 2008

7.7 Control prenatal en las jóvenes según departamento

Otra de las intervenciones para contribuir a una maternidad segura es el control prenatal, el mismo que permite vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que mientras más tempranamente se inicie con el control prenatal, la oportunidad para identificar y atender oportunamente los factores de riesgos, es mayor.

Según el cuadro 27, elaborado con información de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA, durante el 2010 sólo el 40.8% de las jóvenes entre 18 a 29 años de edad realizó su control en el primer trimestre de gestación, el 37% lo hizo en el segundo trimestre y el 22.2% lo hizo en el tercer trimestre.

Es de notar que sin embargo en Apurímac, Moquegua y San Martín más del 50% de mujeres jóvenes realizaron su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación. (53.1%), (51.3%) y (52.4%) respectivamente.

Cuadro 27
Trimestre de gestación en que las jóvenes acuden y/o son captadas para su primer control prenatal

Departamento	1º Control					Total	
	I trimestre	%	II trimestre	%	III Trimestre		
Amazonas	3 977	44.7	3 507	39.2	1 409	15,8	8 893
Áncash	6 395	35.2	6 787	37.3	4 978	27,4	18 160
Apurímac	2 699	53.1	1 681	32.7	705	13,9	5 085
Arequipa	7 863	47.8	5 904	35.8	2 689	16,3	16 456
Ayacucho	4 815	43.6	4 640	41.8	1 599	14,5	11 054
Cajamarca	6 583	37.6	6 728	38.4	4 176	23,9	17 487
Callao	6 664	42.7	5 695	36.4	3 262	20,9	15 621
Cusco	8 857	28.9	10 861	35.4	10 970	35,7	30 688
Huancavelica	3 614	48.7	3 066	41.0	746	10,0	7 426
Huánuco	4 886	38.7	4 524	35.7	3 208	25,4	12 618
Ica	5 574	41.6	4 579	34.1	3 231	24,1	13 384

Departamento	1º Control						Total
	I trimestre	%	II trimestre	%	III Trimestre	%	
Junín	7 286	41.3	6 847	38.7	3 496	19,8	17 629
La Libertad	14 017	50.0	10 483	37.3	3 525	12,6	28 025
Lambayeque	4 199	35.1	3 059	25.5	4 697	39,3	11 955
Lima	46 984	42.0	39 508	35.3	25 363	22,7	111 855
Loreto	4 081	28.7	5 880	41.3	4 254	29,9	14 215
Madre de Dios	1 532	38.0	1 570	38.6	927	23,0	4 029
Moquegua	971	51.3	726	37.3	196	10,4	1 893
Pasco	1 610	32.1	1 691	33.5	1 714	34,2	5 015
Piura	11 722	49.2	8 758	36.7	3 361	14,1	23 841
Puno	5 695	27.6	9 502	45.9	5 467	26,5	20 664
San Martín	8 662	52.4	6 101	36.8	1 759	10,6	16 522
Tacna	1 810	44.2	1 604	38.8	679	16,6	4 093
Tumbes	2 010	39.9	1 753	34.5	1 280	25,4	5 043
Ucayali	4 036	35.9	4 568	40.5	2 634	23,4	11 238
Total	176 542	40.8	160 022	37.0	96 325	22,3	432 889

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2010

Las regiones en donde más de la tercera parte de las jóvenes acudieron a su primer control prenatal recién en el tercer trimestre de gestación fueron: Lambayeque (39.3%), Cusco (35.7%) y Pasco (34.2%).

7.8 Incidencia de aborto en jóvenes

Según la Organización Panamericana de la Salud, el aborto inducido es uno de los problemas de salud pública más preocupantes.

Debido a que la mayoría de los abortos se realizan en la clandestinidad, resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos, y obtener datos fiables en los países donde esta práctica es ilegal. Las investigaciones han tenido que recurrir a varios métodos indirectos, como datos sobre hospitalizaciones relacionadas con aborto y entrevistas a mujeres. Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos. En América Latina, 17% de las muertes maternas se atribuyen al aborto inseguro³⁹.

De acuerdo al artículo N° 119 del Código Penal, en el Perú sólo está permitido el aborto terapéutico, el mismo que se puede practicar siempre y cuando el embarazo ponga en riesgo la vida o la salud de la madre gestante.

Si bien el aborto no terapéutico inducido está penalizado en nuestro país, éste es realizado sobre todo por las mujeres entre los 15 y los 29 años de edad con actividad sexual (3.1%), tal como se muestra en el cuadro 28, elaborado en base a los resultados de un estudio publicado en el 2009 y realizado en 20 ciudades representativas de la costa, sierra y selva del Perú.

Del total de mujeres jóvenes que participaron en el estudio, el 3.7% tuvo algún aborto, y dentro de este grupo el 2% tuvo algún aborto inducido.

³⁹ Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Ginebra. Cuarta edición. 2004.

Cuadro 28

Incidencia anual de abortos espontáneos e inducidos entre las mujeres de 15 a 29 años con antecedentes de actividad sexual, por región

Región	Todos los abortos		Abortos inducidos	
	Mujeres con actividad sexual	Todas las mujeres	Mujeres con actividad sexual	Todas las mujeres
Costa	5.3	3.4	2.4	1.5
Sierra	6.0	3.6	3.1	1.9
Selva	6.7	4.9	4.4	3.2
Total	5.9	3.7	3.1	2.0

Fuente: Clandestine induced abortion- CMAJ 2009; 180(3):298-304

La incidencia de aborto fue mucho mayor en las mujeres con actividad sexual: todos los abortos (5.9%) y abortos inducidos (3.1%).

Según el mismo estudio, la edad media de las mujeres que se sometieron a un aborto inducido fue 24 años. La mayor incidencia de aborto inducido la tuvieron las jóvenes de la selva (20.8%), las de mayor nivel educativo (14.5%), las jóvenes solteras (14.5%), las que cuentan con mayor ingreso económico (14.5%), las que tienen 1 o más hijos (14.8%), las que sí usan métodos anticonceptivos (15.6%), las que tienen más de 3 parejas sexuales (28.2%) y las que recibieron algún regalo o remuneración por parte de sus compañeros sexuales (21.9%).

Cuadro 29

Características de las mujeres peruanas entre 15 a 29 años con antecedentes de actividad sexual que se indujeron el aborto

Edad media		
24.4%		
Región		
Costa	Sierra	Selva
11.7%	13.3%	20.8%
Nivel educativo		
Menor (Menor de 12 años)		Alto (Mayor de 12 años)
14.1%	14.5%	
Estado civil		
Soltera		Casada
14.5%	13.2%	
Ingreso económico		
Menor (Menor de 500 soles)		Mayor (Mayor de 500 soles)
14.0%	14.5%	
Número de hijos		
Ninguno		Mayor o igual a 1 hijo
13.3%	14.8%	
Uso de anticoncepción		
No usa		Si usa
13.5%	15.6%	

Nº de parejas sexuales en el curso de vida		
Uno	Dos	De 3 a más
8.4%	14.2%	28.2%
Recibió regalos o dinero de su último o últimos compañeros sexuales		
SI	NO	
21.9%	14.0%	

Fuente: Clandestine induced abortion- CMAJ 2009; 180(3):298-304

Es importante tener en cuenta que los riesgos asociados con el aborto inducido dependen de una serie de variables: el método utilizado, la competencia técnica de quien lo realiza, el momento del embarazo en el que se efectúa, la edad, el estado de salud de la embarazada y la disponibilidad y calidad de los cuidados de salud.

Tal como se observó en el cuadro 29, la mayor incidencia de aborto inducido la tuvieron las jóvenes que refirieron tener mayores ingresos económicos y mayor nivel educativo, por lo que probablemente fueron atendidas en instituciones clandestinas calificadas.

Si bien la incidencia de aborto inducido fue menor en las jóvenes con menores ingresos económicos y menor nivel educativo, es muy probable que éstas se hayan sometido a un aborto inducido en instituciones clandestinas insalubres, lo cual pone en riesgo sus vidas. Por ende quienes estarían en mayor riesgo de muerte materna serían las mujeres jóvenes con menores oportunidades.

8. ITS Y VIH/ SIDA

8.1 Conocimiento de las/ los jóvenes sobre las medidas de prevención contra el VIH/SIDA

La infección por el VIH/SIDA sigue siendo uno de los problemas más graves de salud pública con los que se enfrenta el mundo, en particular los países en desarrollo como el nuestro.

La mayoría de personas inician su actividad sexual durante la adolescencia, y una parte de ellas llegan a la edad adulta sin tener los conocimientos y habilidades necesarios para protegerse contra las ITS, VIH-SIDA.

Según la ENDES 2009, el 91.4% de los jóvenes entre los 20 y los 29 años de edad consideran que es necesario el uso del condón para prevenir la infección del VIH por vía sexual, mientras que el porcentaje en población femenina joven es menor (77%).

Las y los jóvenes en su mayoría consideran que para prevenir el VIH es necesario limitar el número de parejas sexuales (84.4% y 93.3% respectivamente).

Cuadro 30

Conocimientos de las y los jóvenes de 20 a 29 años para prevenir el VIH por transmisión sexual

	Mujeres	%	Varones	%
Usar condón	5 628	77	1 116	91.4
Limitar el número de parejas	6712	84.4	1139	93.3
Total	12 340	100	2 255	100

Fuente: ENDES Hombres 2008-ENDES 2009

8.2 Casos reportados de VIH/ SIDA desde 1986 al 2010

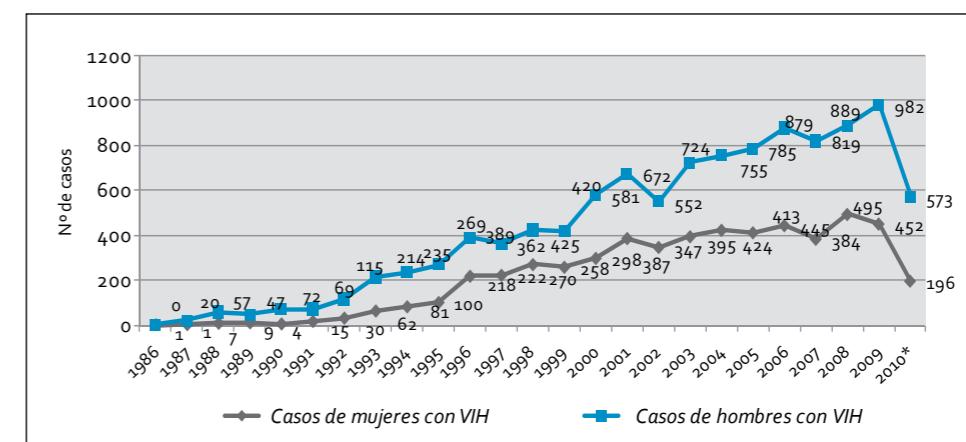
En relación a los casos de VIH/SIDA, sólo se cuenta con los datos emitidos por la Dirección General de Epidemiología del MINSa. No existe un sistema de vigilancia compartido entre las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud que permita estimar tasas de incidencia o prevalencia de VIH en población en general y menos aún en población joven.

No obstante es importante mencionar que la mayoría de casos notificados en el MINSa han sido identificados en población entre las edades de 25 a 29 años.

Los casos de VIH identificados por el MINSa en jóvenes entre los 18 a 29 años de edad, han ido aumentando desde el año 1986 al 2009. La mayoría de casos han sido identificados en población masculina.

Gráfico 21

Casos identificados de VIH en jóvenes de 18 a 29 años desde 1986 a septiembre del 2010



Fuente: Dirección General de Epidemiología-2010

Según la Organización de las Naciones Unidas, el Perú es un país de epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, trabajadores y trabajadoras sexuales.

La mayor cantidad de casos de VIH en jóvenes han sido identificados en las regiones de Lima, Loreto, San Martín y en la provincia constitucional del Callao, tal y como se aprecia en el cuadro 31. Cabe mencionar que los casos de VIH en estos departamentos han aumentado desde el año 2005 al 2009.

Cuadro 31
Casos de VIH en jóvenes según departamento y sexo

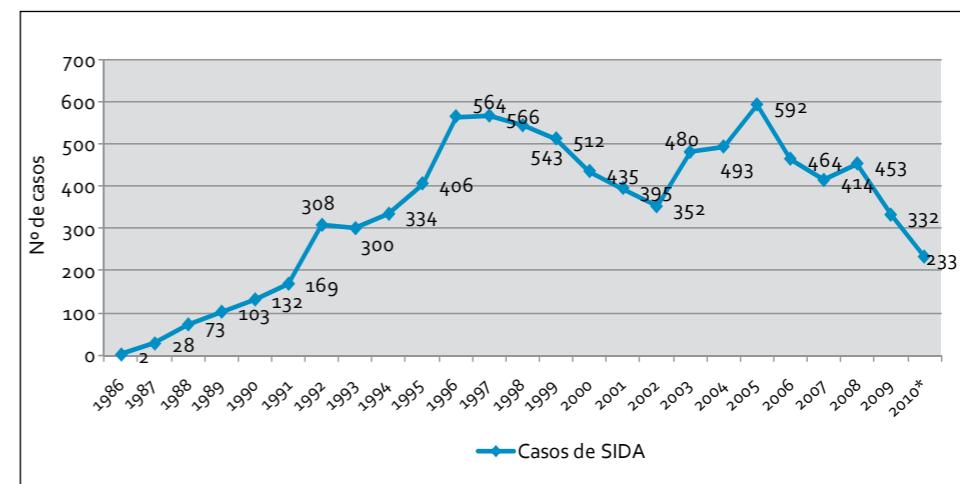
Departamento	2005		2006		2008		2007		2009		2010 *	
	Hombre	Mujer										
Amazonas	3	2	8	4	5	2	10	3	3	3	2	1
Áncash	10	8	13	13	10	10	22	14	5	9	12	5
Apurímac	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
Arequipa	15	15	27	18	30	13	22	12	33	9	17	6
Ayacucho	3	4	2	4	5	2	5	3	2	3	4	0
Cajamarca	1	1	1	2	1	0	4	2	1	1	1	1
Callao	48	21	79	27	44	19	64	29	75	35	45	6
Cusco	5	3	6	7	9	5	4	2	5	2	2	3
Huancavelica	1	0	3	3	3	6	1	1	1	0	0	0
Huánuco	8	4	4	3	18	11	9	9	10	5	3	5
Ica	24	12	25	12	26	14	23	17	19	18	6	5
Junín	24	13	25	14	26	15	23	16	19	10	6	6
La Libertad	27	16	40	19	20	16	22	27	41	21	31	7
Lambayeque	26	17	38	17	23	10	20	6	33	17	26	8
Lima	379	201	389	187	393	159	434	215	468	163	282	77
Loreto	94	42	77	36	95	36	127	51	131	58	46	20
Madre de Dios	10	3	11	4	5	3	9	7	14	12	5	7
Moquegua	8	2	2	2	2	3	4	2	2	5	6	2
Piura	28	10	19	11	24	15	25	29	19	10	14	8
Pasco	2	3	6	2	3	17	0	3	5	8	1	1
Puno	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Martín	21	13	46	21	34	10	36	11	50	31	36	19
Tacna	1	0	1	4	2	5	5	3	5	2	5	0
Tumbes	14	12	6	10	14	4	6	8	15	16	8	4

Fuente: Dirección General de Epidemiología-2010

*2010= Casos sólo hasta el mes septiembre del 2010

Según el gráfico 22, los casos de SIDA en jóvenes se elevaron en los años 1996 y 2005; no obstante, del año 2005 a la actualidad han ido disminuyendo, situación que puede estar asociada a la identificación oportuna de la mayoría de casos por el acceso a las pruebas rápidas y el mayor acceso al Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad (TARGA).

Gráfico 22
Casos notificados de SIDA en jóvenes de 18 a 29 años desde 1986 a septiembre 2010



Fuente: Dirección General de Epidemiología-2010

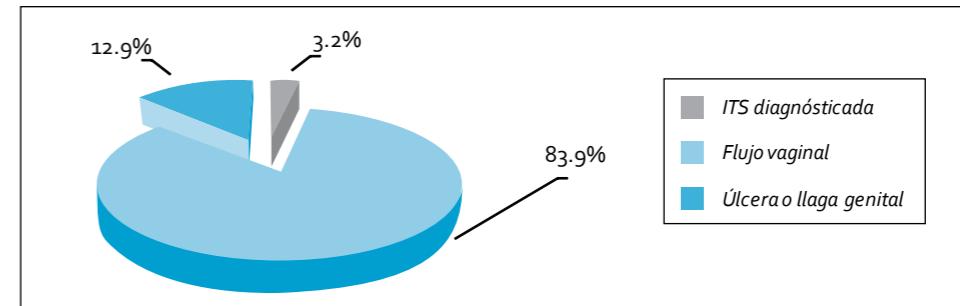
8.3 Infecciones de transmisión sexual en jóvenes

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son muy frecuentes en nuestro país. Estudios recientes demuestran que en población joven, casi una de cada diez mujeres tiene infección por Chlamydia trachomatis, tres de cada diez, vaginosis bacteriana y la prevalencia de herpes es de casi 24%²⁰.

Según la ENDES 2009, del total de mujeres entre 20 y 29 años de edad entrevistadas, el 14.06% informó tener alguna ITS o síntoma no diagnosticado.

Según el gráfico 23, del total de mujeres con edades entre los 20 y los 29 años de edad, que refirieron tener alguna ITS, el 83.9% refirió presentar flujo vaginal, el 12.9% refirió tener alguna úlcera o llaga genital y el 3.2% refirió tener una ITS diagnosticada por un profesional de salud.

Gráfico 23
Diagnóstico o síntomas de ITS identificado por las jóvenes entre los 20 a 29 años de edad



Fuente: ENDES 2009

²⁰ Carcamo C, Hughes J, Garcia P, Campos P, Garnett G, White P, et al. Sexually transmitted disease (STD). prevalences from the 2002 National Household-Based General Population Survey of young urban adults in Peru. In: 15th ISSTD Congress. Ottawa: International Society of Sexually Transmitted Diseases. Research; 2003. Abstract 0589.

Existe aún la necesidad de desarrollar más acciones de prevención sobre todo dirigidas a los grupos con mayor prevalencia de ITS²¹, en este caso, la población joven.

El manejo de la mayoría de casos de ITS es sindrómico. No se dispone de una base de datos de las ITS en jóvenes según tipo de ITS a nivel nacional, sin embargo sí existen estudios transversales en los que se ha podido identificar las prevalencias de las principales ITS en jóvenes de algunas ciudades del país.

En el cuadro 32 se observan los resultados de prevalencia de las principales ITS y del VIH en los jóvenes de 8 ciudades. En dicho estudio se pudo identificar que las prevalencias de VIH mayores a la prevalencia promedio del estudio, se hallaron en las ciudades de Chiclayo y Puerto Maldonado.

Las ciudades con prevalencias de sífilis en jóvenes, mayores que la prevalencia promedio del estudio, fueron: Bagua (0.5%), Trujillo (0.6%) y Yurimaguas (2.7%).

En el caso de la prevalencia de clamidia, los jóvenes que presentaron mayor prevalencia que la del promedio del estudio, fueron los residentes en las ciudades de Puerto Maldonado, Yurimaguas y Trujillo.

Los jóvenes de la ciudad de Chiclayo presentaron la mayor prevalencia de gonorrea (0.5%). La prevalencia de herpes virus tipo 2 fue mayor en los jóvenes de Yurimaguas (30.2%) y Puerto Maldonado (10.7%).

Finalmente se concluye que la mayor prevalencia de ITS la presentaron los jóvenes de Yurimaguas.

Cuadro 32

Prevalencia de ITS en varones entre los 18 a 29 años en 8 ciudades del Perú

Infecciones de trasmisión sexual				
Ciudad	Sífilis (%)	Clamidia (%)	Gonorrea (%)	HSV-2(%)
Arequipa	0.0	3.0	0.0	1.7
Bagua	0.5	5.1	0.0	5.2
Chiclayo	0.2	3.1	0.5	4.1
Lima y Callao	0.1	6.4	0.1	2.2
Puerto Maldonado	0.0	12.6	0.0	10.7
Trujillo	0.6	5.7	0.0	5.3
Yurimaguas	2.7	7.2	0.0	30.2
Total	0.2	5.4	0.1	3.1

Fuente: Estudio PREVEN 2007

Las prevalencias de ITS en las jóvenes fueron mayores que la de los hombres, siendo la vaginosis bacteriana la ITS más prevalente en las mujeres (Más del 50% de las jóvenes de 7 de las 8 ciudades del estudio presentaron vaginosis bacteriana).

El herpes virus tipo 2 fue la segunda ITS más prevalente en las jóvenes, sobre todo en las jóvenes de Yurimaguas (48.4%), seguido de la clamidia, la cual también fue más prevalente en las jóvenes de Yurimaguas (15.8%). Cabe mencionar que la clamidia no tratada puede causar Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI) en mujeres y epididimitis en hombres.

La EPI puede causar infertilidad o embarazo ectópico (embarazo fuera del útero) en las mujeres y la epididimitis puede ser causas de infertilidad en los hombres.

²¹ Patricia García, Magaly M. Blas. Las infecciones de transmisión sexual y el VIH: La epidemia desde una visión global y local. Rev Perú Med. Exp Salud Pública. 2007.

Cuadro 33

Prevalencia de ITS en mujeres entre los 18 a 29 años en 8 ciudades del Perú

Ciudad	Infecciones de trasmisión sexual					
	Sífilis (%)	Clamidia (%)	Gonorrea (%)	Tricomonas (%)	Vaginosis bacteriana (%)	HSV-2 (%)
Arequipa	0.7	8.8	0.1	1.0	51.4	7.1
Bagua	0.2	4.5	0.0	8.5	30.2	18.0
Chiclayo	0.8	5.4	0.0	1.9	54.4	18.8
Lima y Callao	0.7	6.1	0.3	2.4	51.8	11.6
Puerto Maldonado	0.4	11.2	0.0	9.4	52.1	35.6
Trujillo	0.0	5.3	0.0	1.7	55.9	9.5
Yurimaguas	1.4	15.8	1.6	5.4	56.5	48.4
Total	0.7	6.4	0.3	2.3	52.2	12.0

Fuente: Estudio PREVEN 2007

► Prevalencia de ITS en jóvenes indígenas

Como parte del proyecto PREVEN durante el año 2007 también se realizó un estudio transversal en 16 comunidades indígenas ubicadas en proximidades de los puertos amazónicos de Pucallpa, Yurimaguas, Iquitos y Puerto Maldonado. En dicho estudio participaron 641 jóvenes indígenas con edades comprendidas entre los 18 y 29 años.

La infección por clamidia fue la ITS de mayor prevalencia entre los jóvenes indígenas, siendo ésta mayor entre los jóvenes de Pucallpa.

Cuadro 34

Prevalencia de ITS-VIH en varones indígenas con edades entre los 18 a 29 años

Infecciones de trasmisión sexual			
Puerto de referencia para las comunidades	Sífilis (%)	Clamidia (%)	Gonorrea (%)
Puerto Maldonado	1.8	5.3	0.0
Yurimaguas	5.2	10.3	0.0
Iquitos	0.0	14.5	1.6
Pucallpa	10.5	15.1	1.9
Total	5.3	12.0	1.1

Fuente: Estudio PREVEN 2007

Las jóvenes indígenas presentaron prevalencias más altas de ITS en comparación con los jóvenes, siendo la infección por clamidia la ITS de mayor prevalencia, sobre todo en las jóvenes también de Pucallpa.

Cuadro 35

Prevalencia de ITS-VIH en mujeres indígenas con edades entre los 18 a 29 años

Puerto de referencia para las comunidades	Infecciones de trasmisión sexual			
	Sífilis (%)	Clamidia (%)	Gonorea (%)	Tricomonas (%)
Puerto Maldonado	1.5	10.6	0.0	3.0
Yurimaguas	3.1	9.1	1.5	3.1
Iquitos	0.0	10.8	1.5	1.5
Pucallpa	3.8	17.4	3.7	8.1
Total	2.5	13.4	2.2	5.0

Fuente: Estudio PREVEN 2007

9. SALUD FÍSICA Y NUTRICIONAL

9.1 Prevalencia de anemia en mujeres de 20 a 29 años de edad

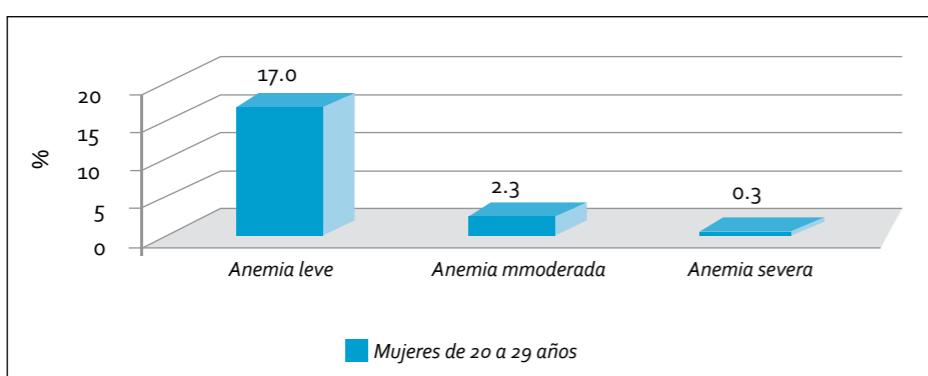
Según la ENDES 2009, del total de mujeres con edades entre los 20 a 29 años, casi la quinta parte ha padecido de algún tipo de anemia (19.5%).

La anemia de mayor prevalencia entre las jóvenes es la anemia leve, seguida de la anemia moderada y finalmente la anemia severa, tal como se observa en el gráfico 24.

Cabe mencionar que la ENDES considera anemia leve a la hemoglobina de 10 a 11.9 g/dl, anemia moderada a la hemoglobina de 7 a 9.9 g/dl, y anemia severa a la hemoglobina menor de 7 g/dl.

Gráfico 24

Prevalencia de anemia en mujeres con edades entre los 20 a 29 años



Fuente: ENDES 2009

Es importante tener en consideración que la anemia puede tener efectos negativos sobre el rendimiento cognitivo y el desempeño laboral de las personas, y un consecuente impacto negativo en la productividad económica.

Por otro lado si una mujer con anemia se embaraza, no sólo hay mayor probabilidad de morbilidad materna, también puede incrementarse la incidencia de problemas en el niño por nacer, tales como el bajo peso y la prematuridad.

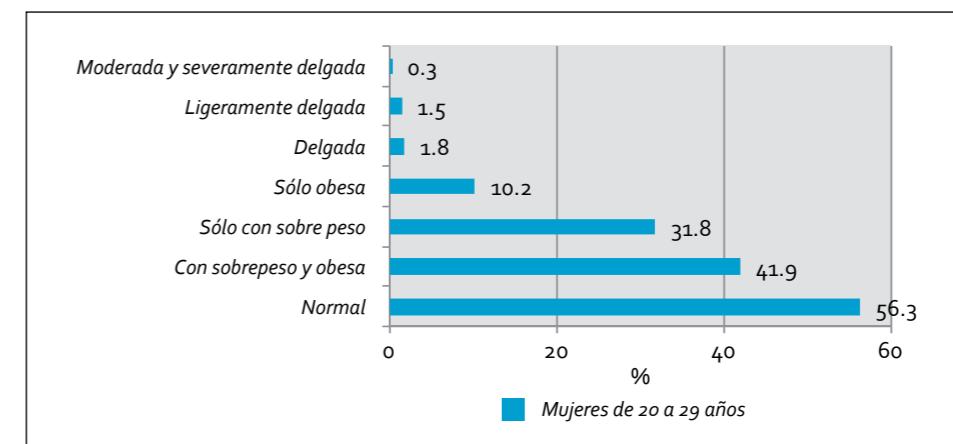
9.2 Índice de masa corporal en las mujeres de 20 a 29 años de edad

De acuerdo a los resultados de la ENDES 2009, el 56.3% de las jóvenes tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) normal; el 41.9% presenta sobrepeso y obesidad; el 31.8% presenta sólo sobrepeso y el 10.2% sólo obesidad. Una minoría la representan las jóvenes delgadas o ligeramente delgadas.

Es notoria la alta prevalencia de mujeres con problemas de obesidad y/o sobrepeso. Cabe mencionar que la obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida de una persona hasta en diez años.

Gráfico 25

Índice de masa corporal en mujeres de 20 a 29 años



Fuente: ENDES 2009

Debido a las múltiples barreras que les impiden a las jóvenes tener una alimentación y estilo de vida saludable, éstas presentan altas prevalencias de obesidad y/o sobrepeso y, como consecuencia de ello, forman parte de la población con mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, las mismas cuya atención recuperativa implican un alto costo.

10. MORBILIDAD, MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD

10.1 Morbilidad en jóvenes

Según la Oficina de Estadística e Informática del MINSA, el principal motivo de consulta de las y los jóvenes es debido a las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (26.2%) y del total de casos, el mayor porcentaje es en mujeres, probablemente debido a que son ellas quienes consultan más en comparación con los hombres.

El segundo motivo de consulta por parte de las y los jóvenes es debido a enfermedades de la cavidad bucal (19.9%), siendo también de mayor magnitud en las jóvenes.

El tercer motivo de consulta por parte de las jóvenes es el relacionado con los trastornos maternos propios del embarazo (12.3%).

Otros motivos de consulta por parte de las y los jóvenes son: las infecciones del sistema urinario (9.9%), las infecciones de transmisión sexual (7.2%), las enfermedades del estómago (7.2%), las enfermedades infecciosas intestinales (5%), las enfermedades inflamatorias pélvicas (4.7%), las dorsopatías (4%) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias superiores.

Cuadro 36
Principales enfermedades en jóvenes de 18 a 29 años según género

Morbilidad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
1. Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	575981	72.5	218114	7.2	794095	26.2
2. Enfermedades de la cavidad bucal	552411	91.5	51230	8.5	603641	19.9
3. Trastornos maternos relacionados con el embarazo	373894	100.0	0	0.0	373894	12.3
4. Enfermedades del sistema urinario	263635	88.1	35635	11.9	299270	9.9
5. Infecciones de transmisión sexual	209250	95.4	10113	4.6	219363	7.2
6. Enfermedades del estómago, esófago y duodeno	166814	76.1	52518	23.9	219332	7.2
7. Enfermedades infecciosas intestinales	97088	64.6	53214	35.4	150302	5.0
8. Enfermedades inflamatorias pélvicas del órgano femenino	141644	100.0	0	0.0	141644	4.7
9. Dorsopatías	79415	65.6	41604	34.4	121019	4.0
10. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias superiores	73982	69.4	32642	30.6	106624	3.5
Total	2534114	83.7	495070	16.3	3029184	100.0

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2010

Tal como se aprecia en el cuadro 36, varios de los motivos de consulta de la población joven repercuten en mayor magnitud en las jóvenes, resultado que podría deberse a que son ellas quienes más acuden a los servicios de salud en comparación con los jóvenes.

Por otro lado es importante destacar que el principal motivo de consulta de las jóvenes es el relacionado con los problemas de la cavidad bucal, mientras que para los jóvenes lo es la enfermedad intestinal.

10.2 Mortalidad en jóvenes

Las principales causas de mortalidad en población joven son los eventos de intención no determinada (11.5%), seguido por otros accidentes (6.2%), accidentes de transporte terrestre (6.2%), la tuberculosis (5.4%), las infecciones respiratorias agudas (4.8%), las enfermedades del sistema nervioso (4.4%), demás accidentes de transporte no especificados (4.3%), el SIDA (4.3%), otras enfermedades del sistema respiratorio (4%) y los accidentes que obstruyen la respiración.

Como se puede apreciar en el cuadro 37, la mayoría de las causas de mortalidad en población joven están relacionadas con los accidentes. Si bien no hay información de los factores asociados a los accidentes por los que mueren las y los jóvenes, hay que tener en consideración que según la OMS, gran parte de los accidentes sobre todo de tránsito, están asociados al consumo de alcohol, siendo relevante recordar que según la información anteriormente presentada en el punto 6.1, la mayor prevalencia de año de consumo de alcohol la presenta la población adulta joven.

Cuadro 37
Mortalidad en jóvenes

Causas de mortalidad	Total	%
1. Eventos de intención no determinada	719	11.5%
2. Otros accidentes	388	6.2%
3. Accidentes de transporte terrestre	384	6.2%
4. Tuberculosis	334	5.4%
5. Infecciones respiratorias agudas	302	4.8%
6. Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis	272	4.4%
7. Los demás accidentes de transporte no especificados	271	4.3%
8. SIDA	265	4.3%
9. Resto de enfermedades del sistema respiratorio	250	4%
10. Accidentes que obstruyen la respiración	241	3.9%

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2007

La cuarta causa de mortalidad en población joven a nivel nacional es la tuberculosis; no obstante, según información la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA, la tuberculosis es la tercera causa de mortalidad para las y los jóvenes de Lima. Cabe mencionar que Lima es el departamento que concentra a la mayor parte de la población joven a nivel nacional.

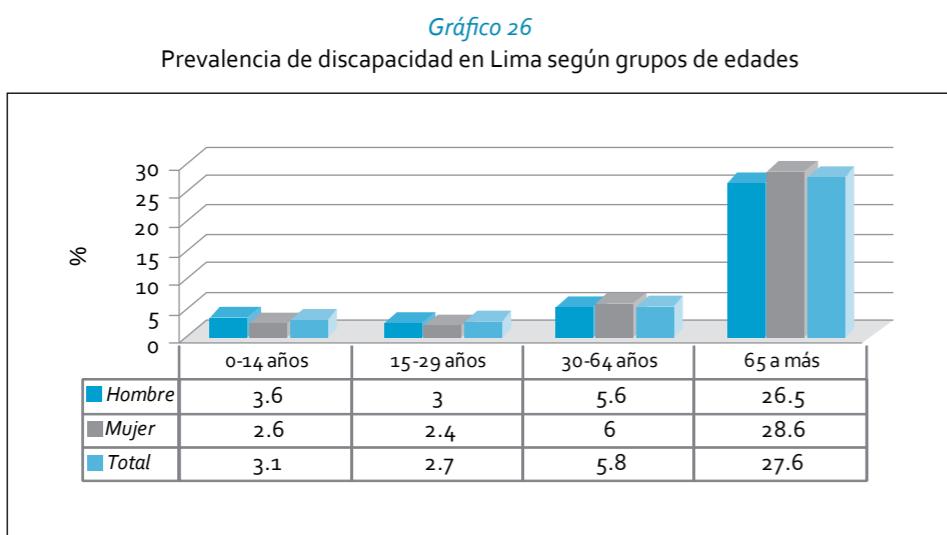
En el cuadro 36 de morbilidad se observó que uno de los principales motivos de consulta está relacionado con las infecciones de transmisión sexual, las cuales aumentan el riesgo para la infección del VIH. Coincidientemente en el cuadro 37 se identifica que el SIDA es una de las 10 principales causas de muerte en población joven. Cabe mencionar que el SIDA es la enfermedad desarrollada a causa de la infección por el VIH.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de las causas de muerte en jóvenes son prevenibles y tratables.

10.3 Discapacidad en jóvenes

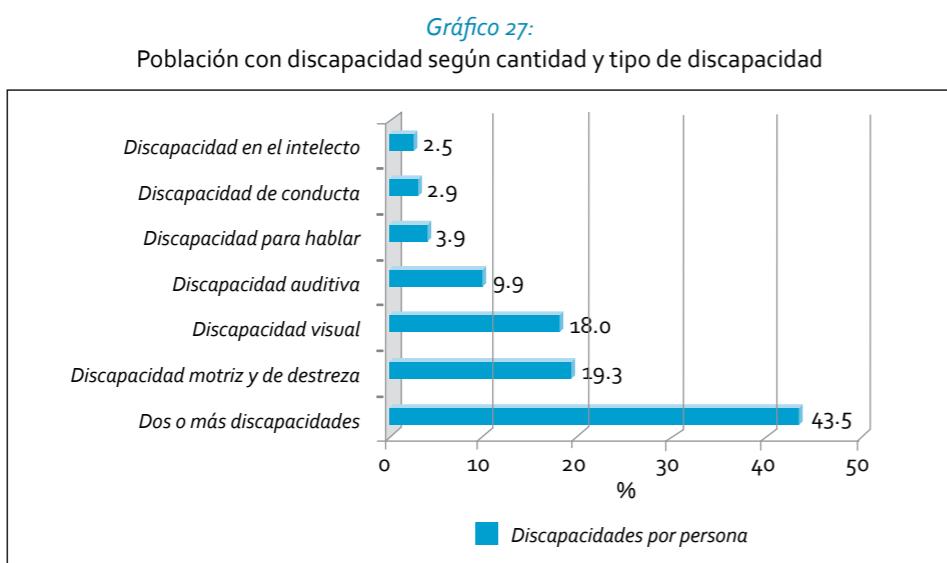
Según los resultados de la encuesta sobre discapacidad realizada en Lima Metropolitana en el año 2005, el 5.7% de la población sufre de algún tipo de discapacidad. Dicho porcentaje representa a cerca de medio millón de personas.

La prevalencia de discapacidad en población entre los 15 y los 29 años de edad es 2.7%, siendo mayor en los hombres (3%), en comparación con las mujeres (2.4%).



Fuente: INEI-CONADIS. Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana – 2005

No existe disponibilidad de información del tipo de discapacidad más frecuente específicamente en población joven; no obstante, sí se ha publicado información en población en general de Lima Metropolitana, la misma que se presenta en el gráfico 27, en donde se identifica que el 43.5% de la población presenta 2 ó más discapacidades, el 19.3% presenta discapacidad motriz, el 18% discapacidad visual, el 9.9% discapacidad auditiva, el 3.9% discapacidad para hablar, el 2.9% discapacidad de conducta y el 2.5% discapacidad en el intelecto.



Fuente: INEI-CONADIS. Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana - 2005

El sector salud ha desarrollado estrategias de intervención en población con discapacidad, que siguen siendo limitadas.

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) cuenta con el Consejo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad, el mismo que vela por los derechos de las personas con discapacidad residentes en el país.

Por otro lado los gobiernos locales han desarrollado algunas iniciativas como la implementación de las Oficinas Municipales de Atención de la Persona con Discapacidad (OMAPED). Estas oficinas tienen como principal objetivo promover la igualdad de oportunidades, desarrollando actividades que conduzcan a la inclusión de las personas con discapacidad en la comunidad.

11. RESPUESTA SOCIAL

La respuesta social a los problemas de salud no se traduce solamente en acciones de los prestadores de servicios de salud, sean públicos o privados, sino que proviene también de otros sectores, bajo la forma de acciones para generar bienestar y mejorar las condiciones de vida y/o de trabajo de la población. Es decir, que estas acciones no atacan directamente a los problemas de salud, sino a los factores condicionantes o mitigan sus efectos sociales, influyendo positivamente en el estado de salud²².

En este sentido a continuación se presentan las acciones que desde diversos sectores se vienen desarrollando a favor de la población joven.

11.1 Respuesta del sector salud

Una de las respuestas del sector a favor de la salud de las y los jóvenes, ha sido realizada por el Ministerio de Salud, entidad rectora, que creó la Etapa de Vida Joven como parte de la estructura del MINSA. Esta nueva etapa de vida fue reconocida oficialmente el 14 de agosto del 2009 mediante Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA y tiene como objetivo principal normar e implementar políticas públicas de salud a favor de las y los jóvenes peruanos.

Además, en el año 2009 se implementaron tanto en EsSALUD como en el MINSA, la estrategia del voluntariado juvenil, la misma que tiene como base legal a la Ley N° 28238, Ley General del Voluntariado y al Decreto Supremo N° 008-2004- MINDES. Esta estrategia pretende promover la participación de las y los jóvenes en la corresponsabilidad sanitaria.

Otra de las respuestas del sector ante las necesidades de salud de la población en general, incluyendo en ella a la población joven, ha sido la promulgación de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, recientemente aprobada, la cual busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud.

El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud. Refiere, además, que la afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población residente.

Adicionalmente, la Ley define a las instituciones prestadoras de servicios de salud como los establecimientos públicos, privados o mixtos que brindan los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención. Asimismo, homogeniza a todas las instituciones o subsectores vinculados con la cobertura de salud, como Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (AFAS). La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud se crea con el fin de supervisar a las AFAS, además, se establecen regímenes de financiamiento y planes de aseguramiento a cargo de éstas.

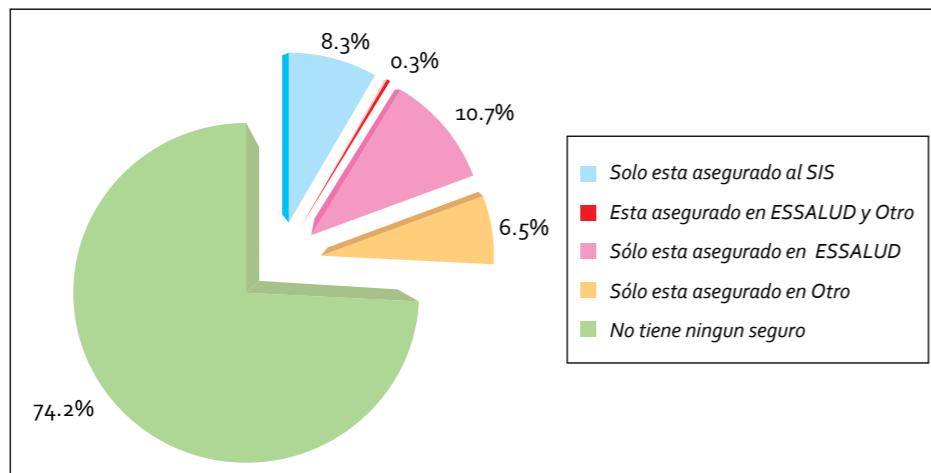
11.1.1 Jóvenes afiliados a algún seguro de salud

Según el último Censo realizado en el año 2007, el 74.2% de la población joven entre los 18 a 29 años de edad no cuenta con algún tipo de seguro de salud.

Del total de jóvenes que sí cuentan con algún seguro de salud, el 10.7% está afiliado en EsSALUD, el 8.3% está afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS), el 6.5% está afiliado a otro seguro y el 0.3% está afiliado tanto a EsSALUD como a otro seguro.

²² MINSA-USAID. Guía para el análisis de la respuesta social a los problemas de salud. 2002.

Gráfico 28
Aseguramiento de salud en jóvenes



Fuente: Censo 2007

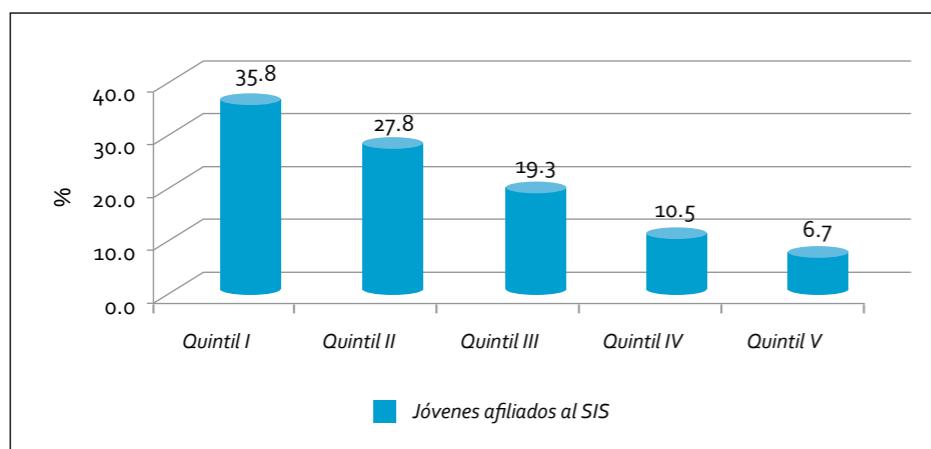
Las y los jóvenes son la población que menos cuenta con algún seguro de salud en comparación con otros grupos de edades.

Del total de jóvenes asegurados, la mayoría lo está en los establecimientos de ESSALUD.

11.12 Jóvenes afiliados al Seguro Integral de Salud

Del total de jóvenes entre 18 a 29 años de edad, afiliados al SIS, el 35.8% pertenece al quintil más pobre (Quintil I), el 27.8% pertenece al quintil II, el 19.3% al quintil III, el 10.5% pertenece al quintil IV y el 6.7% pertenece al quintil menos pobre (Quintil V).

Gráfico 29
Jóvenes afiliados al SIS según quintil de pobreza em el 2009



Fuente: Base de Datos SIS - Central 2009

Las regiones que tienen a más del 50% de jóvenes más pobres afiliados al SIS son: Huancayo (82.6%), Huánuco (71.4%), Cajamarca (66.4%), y Ayacucho (54.1%).

Por otro lado, las regiones que tienen a más del 30% de jóvenes menos pobres afiliados al SIS son: La Provincia Constitucional del Callao (53.6%), Tacna (39.2%), y Moquegua (34.7%).

Cuadro 38
Jóvenes afiliadas al SIS según región y quintil de pobreza hasta diciembre del 2009

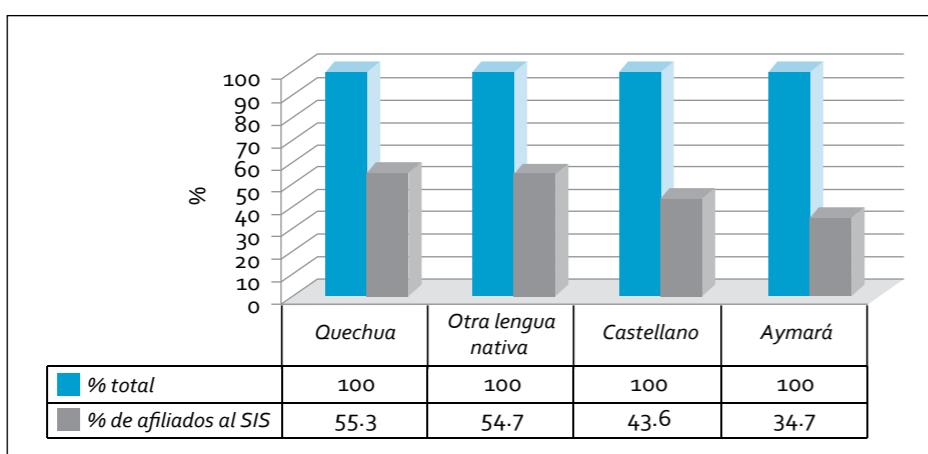
Departamento	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Amazonas	44.2	40.6	10.6	4.6	0	46 076
Áncash	44.4	27.5	12.0	16.1	0.0	77 475
Apurímac	48.9	34.6	16.5	0.0	0.0	45 350
Arequipa	6.6	26.7	13.8	34.6	18.3	44 194
Ayacucho	54.1	30.7	15.2	0.0	0.0	60 659
Cajamarca	66.4	26.2	7.4	0.0	0.0	160 093
Callao	0.0	0.0	42.4	4.1	53.6	28 408
Cusco	56.9	24.7	12.9	3.8	1.7	95 182
Huancayo	82.6	17.4	0.0	0.0	0.0	44 115
Huánuco	71.4	10.8	17.9	0.0	0.0	97 562
Ica	1.5	8.6	67.0	15.3	7.7	21 261
Junín	38.8	45.4	8.6	7.3	0.0	57 789
La Libertad	36.5	12.0	31.5	10.1	9.9	141 544
Lambayeque	16.6	33.5	26.7	23.0	0.2	92 740
Lima	0.9	11.8	25.3	33.1	29.0	237 180
Loreto	44.1	43.4	12.5	0.0	0.0	134 059
Madre de Dios	8.2	29.4	62.3	0.0	0.0	6 070
Moquegua	0.0	19.1	7.3	38.8	34.7	5 651
Pasco	49.2	44.6	6.2	0.0	0.0	13 627
Piura	32.8	34.3	18.8	14.2	0.0	144 570
Puno	32.8	51.3	15.9	0.0	0.0	57 681
San Martín	24.7	55.4	15.0	1.9	3.0	97 634
Tacna	0.0	3.9	11.3	45.7	39.2	13 928
Tumbes	0.0	19.9	80.1	0.0	0.0	18 611
Ucayali	27.3	38.2	34.5	0.0	0.0	47 467
Total general	35.8	27.8	19.3	10.5	6.7	1 788 926

Fuente: Base de Datos SIS - Central 2010

► Jóvenes afiliados al SIS según región y lengua materna

Gráfico 30

Jóvenes afiliados al SIS según lengua materna



Fuente: ENAHO 2009

Según la ENAHO 2009, del total de jóvenes quechua hablantes encuestados, el 55.3% manifestó estar afiliado al Seguro Integral de Salud.

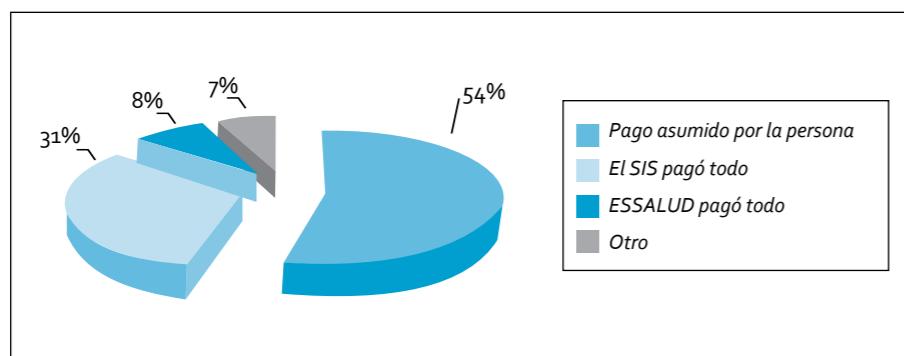
El 54.7% de jóvenes con otra lengua nativa también manifestó tener SIS, mientras que en el caso de la población con lengua materna castellano, el porcentaje de afiliados fue menor (43.6%).

El porcentaje de jóvenes con lengua materna aymara, afiliados al SIS, es inferior en comparación con el porcentaje de jóvenes con otro tipo de lengua materna afiliados al SIS.

11.13 Fuente de financiamiento para las consultas y medicación de las y los jóvenes

Según los datos de la ENAHO 2008, la mayoría de consultas realizadas por las y los jóvenes entre los 18 a 29 años de edad, fueron financiadas por los mismos jóvenes (54%), el 31% las financió el SIS, el 8% las financió ESSALUD y el 7% fue financiado por otra fuente no especificada.

Gráfico 31
Fuentes de financiamiento de las y los jóvenes



Fuente: ENAHO 2008

Según la ENAHO 2008, las consultas de las y los jóvenes fueron principalmente financiadas por los mismos jóvenes de todos los quintiles de riqueza: Quintil I (45%), quintil II (55%), quintil III (71%), quintil IV (73%), y el quintil V (75%).

La segunda principal fuente de financiamiento de las consultas de las y los jóvenes varía según quintil de riqueza, mientras que para la población joven del quintil de riqueza I, II y IV, fue el SIS, para el quintil II, fue otro tipo de fuente desconocida, y para el quintil V la segunda principal fuente de financiamiento fue EsSALUD.

Cuadro 39

Fuente de financiamiento de las consultas de salud realizadas por las y los jóvenes

QUINTIL DE RIQUEZA	Quintil 1	%	Quintil 2	%	Quintil 3	%	Quintil 4	%	Quintil 5	%	TOTAL	%
Pago asumido por la persona	110	45	31	55	17	71	11	73	6	75	175	50.0
El SIS pagó todo	87	35	11	20	1	4	2	13	0	0	101	28.9
EsSALUD pagó todo	17	7	4	7	2	8	1	7	2	25	26	7.4
Donación del MINSA	17	7	6	11	1	4	0	0	0	0	24	6.9
Otro	14	5	3	5	3	13	1	7	0	0	32	6.0
Seguro privado pagó todo	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.6
Seguro privado pagó una parte	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0.3
Total general	247	100	56	100	24	100	15	100	8	100	350	100

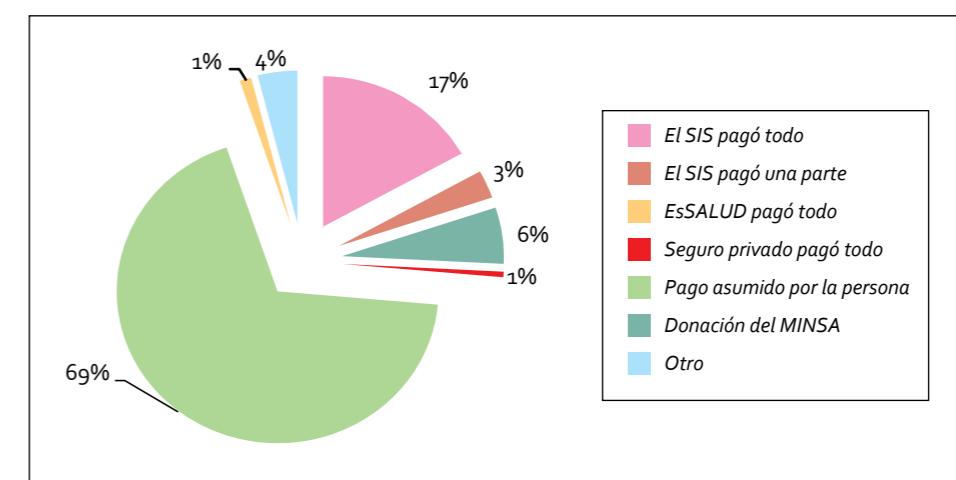
Fuente: ENAHO 2008

En relación al financiamiento de los medicamentos consumidos por las y los jóvenes entre los 18 a 29 años de edad, el 69% fue cubierto por los mismos jóvenes, el 17% fue cubierto por el SIS, el 6% por ESSALUD, el 4% por otra fuente, el 1% por donación del MINSA y el otro 1% fue cubierto por el seguro privado.

Además, el 3% de las y los jóvenes financiaron el consumo de sus medicamentos con una parte del SIS.

Gráfico 32

Fuentes de financiamiento de las y los jóvenes para la adquisición de medicamentos



Fuente: ENAHO 2008

Al igual que en el caso de las consultas, el consumo de medicamentos por parte de las y los jóvenes también fue principalmente financiado por los mismos jóvenes de todos los quintiles de riqueza.

La segunda principal fuente de financiamiento para el consumo de medicamentos por parte de las y los jóvenes varía según quintil de riqueza: para la población joven de los quintiles I, II y IV fue el SIS, mientras que para los jóvenes del quintil V fue EsSALUD.

Cuadro 40

Fuente de financiamiento para el pago de medicamentos como parte del tratamiento en la salud de las y los jóvenes

QUINTIL DE RIQUEZA	Quintil 1	%	Quintil 2	%	Quintil 3	%	Quintil 4	%	Quintil 5	%	TOTAL	%
Pago asumido por la persona	130	54.9	35	64.8	21	87.5	11	78.6	6	75	564	69.5
El SIS pagó todo	68	28.7	6	11.1	1	4.2	2	14.3	0	0	135	16.6
EsSALUD pagó todo	17	7.2	3	5.6	2	8.3	0	0.0	2	25	45	5.5
Otro	7	3.0	3	5.6	0	0.0	1	7.1	0	0	27	3.3
El SIS pagó una parte	11	4.6	3	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0	24	3.0
Donación del MINSA	2	0.8	2	3.7	0	0.0	0	0.0	0	0	9	1.1
Seguro privado pagó todo	1	0.4	1	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0	4	0.5
ESSALUD pagó una parte	0	0.0	1	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0	3	0.4
Seguro privado pagó una parte	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	1	0.1
Total general	237	100.0	54	100.0	24	100.0	14	100.0	8	100.0	812	100.0

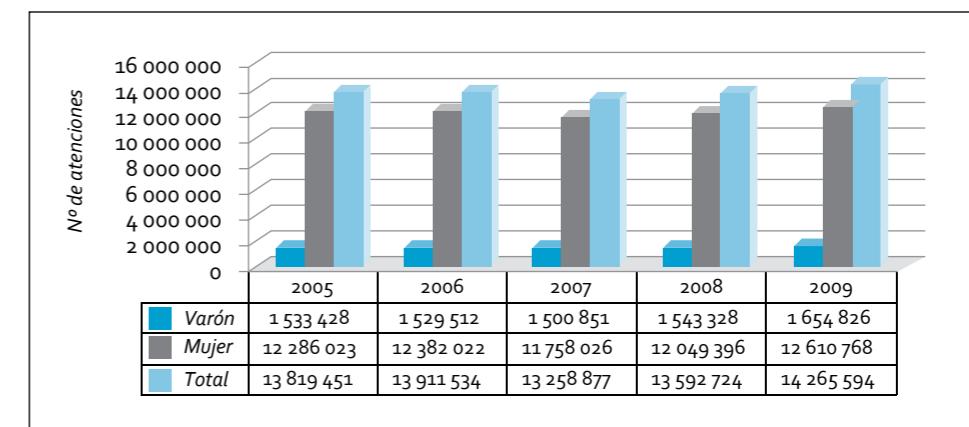
Fuente: ENAHO 2008

11.1.4 Tendencia de la demanda de las y los jóvenes a los servicios del MINSA

La demanda de la población joven a los servicios de salud del MINSA se ha ido incrementando desde el año 2005 al 2009, aunque en cantidad poco significativa.

Al igual que en los demás grupos etarios, quienes más acuden a los servicios de salud son las jóvenes en comparación con los jóvenes.

Gráfico 33
Demanda de las y los jóvenes a los servicios de salud del MINSA



Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2010

11.15 Razones por las que las y los jóvenes no acuden a los establecimientos de salud

Según los datos de la ENAHO 2008, la principal razón por la que la población joven entre los 18 a 29 años de edad no acudió a los establecimientos de salud es porque consideraron que su malestar no era lo suficientemente grave (35.7%); la segunda razón es que se autorecetaron (17.3%); la tercera razón es porque no tuvieron tiempo (13%), razón estrechamente relacionada con la primera ya que el no invertir tiempo en una consulta médica es símbolo de no considerarla importante.

Cuadro 41
Razones por las que las y los jóvenes no acuden a un establecimiento de salud

Razones para no acudir al EESS	Costa Norte	Costa Centro	Costa Sur	Sierra Norte	Sierra Centro	Sierra Sur	Selva	Lima Metrop.	Total General	%
Considera que no era grave como para ir	457	245	175	213	378	350	664	441	2 923	35.7
Se auto recetó	135	149	70	88	286	123	389	171	1 411	17.3
No tenía tiempo de ir	151	82	64	32	201	233	166	132	1 061	13.0
No tengo dinero	172	50	20	91	173	173	211	79	969	11.8
Prefiere curar se con remedios caseros	33	17	30	39	309	166	130	27	751	9.2
No confía en los médicos	36	24	10	10	54	69	54	9	266	3.3
La demora en la atención	36	17	8	8	57	45	69	22	262	3.2
No hay un establecimiento cerca	13	3	7	31	41	35	78	5	213	2.6
Otro	33	4	0	12	14	28	58	23	172	2.1
No tiene seguro	20	0	10	6	30	14	23	4	107	1.3
Por maltrato del personal	4	2	2	1	10	15	8	1	43	0.5
Total	1 090	593	396	531	1 553	1 251	1 850	914	8 178	100.0

Fuente: ENAHO 2008

Las otras razones por las que las y los jóvenes no acudieron a los establecimientos de salud son: porque no tenían dinero (11.8%), preferían curarse con remedios caseros (9.2%), no confía en los médicos (3.3%), la demora en la atención (3.2%), no cuentan con un establecimiento cercano (2.6%), no cuentan con seguro (1.3%) y por experiencia de maltrato del personal (0.5%).

Según estos datos, el contar con un seguro de salud no juega un papel importante en la decisión de la población joven para acudir o no a un establecimiento de salud, siendo el factor principal de su inasistencia su sentimiento de invulnerabilidad propio de la adolescencia y que al parecer aún se mantiene en la juventud.

El orden de las razones de los jóvenes para no acudir a los establecimientos de salud, varía según región, aunque no de manera significativa.

11.2 Respuesta del sector trabajo

El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo del Estado peruano como respuesta a las necesidades laborales de las y los jóvenes, creó en 1996 el Programa Pro-Joven, el cual es un Programa de Capacitación Laboral Juvenil que tiene como objetivo facilitar el acceso de la población joven entre las edades de 16 a 24 años, de escasos recursos económicos, al mercado laboral a través de la capacitación y el fortalecimiento de competencias laborales, contribuyendo a incrementar las tasas de inserción en el mercado laboral, la calidad de empleo y los niveles de ingreso de los jóvenes usuarios.

A nivel nacional existen 22 oficinas regionales instaladas para la atención de la demanda de capacitación de los jóvenes de los sectores en condiciones de pobreza y extrema pobreza del país. Las oficinas están ubicadas en los siguientes departamentos: Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cerro de Pasco, Chichamayo, Chimbote, Cusco, Huacho, Huancayo, Huánuco, Huaraz, Ica, Iquitos, Lima, Madre Dios, Moquegua, Piura, Puno, Tacna, Tarapoto, Trujillo, Tumbes y en la Provincia Constitucional del Callao.

En la actualidad más de 100 entidades de capacitación laboral juvenil se han aliado al programa, conformando así una red Nacional por el Empleo Juvenil.

Por otro lado como parte del programa, se inició el proyecto Pro-Joven Rural, que pretende beneficiar a 5,000 jóvenes de las zonas alto andinas y amazónicas, incluyéndose la zona del VRAE, de nuestro país. Pro Joven Rural interviene en los departamentos de Ayacucho, Junín, Cusco, Puno, Huancavelica y Huánuco, los cuales registran elevados índices de pobreza.

Cabe mencionar también que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo ha elaborado el Plan de Acción para la Promoción del Empleo Juvenil que se viene implementando desde el año 2009 al 2012, el mismo que tiene como desafío facilitar la inserción de la población joven al mercado laboral.

11.3 Respuesta del sector educación

En el Ministerio de Educación se encuentra adscrita la Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU), la misma que tiene como objetivos promover, articular, coordinar, monitorear y evaluar políticas, planes, proyectos y acciones del sector público, así como iniciativas de la sociedad civil dirigidas a las y los jóvenes peruanos entre los 15 y los 29 años de edad, como actores estratégicos del desarrollo, en el marco del cumplimiento de las Políticas Nacionales en materia de Juventud contempladas en el Decreto Supremo Nº 027-2007-PCM²³.

La SENAJU ha implementado los siguientes programas a favor de la población joven:

- Programa Juventud Profesional, el cual se creó mediante Decreto Supremo Nº 011-2009-ED con el fin de financiar, por única vez parcial o totalmente, el costo de la titulación profesional de jóvenes bachilleres egresados de universidades públicas en las carreras de Ingeniería Civil, Ingeniería Agrícola y Medicina Humana.

- Programa Nacional de Orientación e Información profesional, el cual tiene como fin orientar a las y los jóvenes peruanos en la elección de su carrera profesional y la formulación de un plan de vida.
- Programa de Fortalecimiento de Organizaciones Juveniles, el cual tiene como objetivo articular los programas y servicios del Estado peruano con las organizaciones juveniles, generando espacios seguros de participación juvenil, y:
- El Programa Nacional de Voluntariado Juvenil, el cual busca incrementar la participación efectiva de las y los jóvenes en ejes estratégicos del desarrollo. En la actualidad el programa cuenta con más de 2.000 jóvenes peruanos voluntarios, inscritos desde el año 2009, y con 60 organizaciones de servicio voluntario juvenil²⁴.

²³ .Ministerio de Educación. SENAJU. Rostro Joven de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Primera edición. 2010. Pág. 52.

²⁴ Ministerio de Educación. SENAJU. Rostro Joven de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Primera edición. 2010. Pág. 54.

Conclusiones

- ▶ La quinta parte de la población peruana está compuesta por jóvenes. Madre de Dios, Tacna, Lima, Arequipa, Pasco, Tumbes, Ica, Ucayali y la Provincia Constitucional del Callao tienen una concentración de población joven muy por encima del promedio nacional.
- ▶ El Perú se encuentra ya transitando el período de bono demográfico, periodo en el cual la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con las personas en edades potencialmente inactivas.
- ▶ El 53.9% de las y los jóvenes peruanos tiene la expectativa de vivir fuera del país.
- ▶ Las y los jóvenes peruanos emigran principalmente por la búsqueda de oportunidades para su desarrollo, oportunidades que al parecer no encuentran en nuestro país.
- ▶ Las condiciones de saneamiento en la mayoría de viviendas de las y los jóvenes no es salubre.
- ▶ El nivel educativo de las y los jóvenes varía según quintil de riqueza: mientras que la mayoría de jóvenes del quintil 5, tienen educación superior no universitaria completa (21.5%), la mayoría de las y los jóvenes del quintil 1 apenas llegan a tener educación secundaria completa (29.3%).
- ▶ En todas las regiones son pocos los jóvenes que cuentan con educación superior, los porcentajes oscilan entre 6 y 18%, siendo Lima Metropolitana y la Costa Centro los lugares en donde se evidencia un mayor porcentaje.
- ▶ La mayoría de jóvenes peruanos tiene un trabajo no calificado como peones, vendedores y/o afines (29.1%), siendo este de mayor magnitud en la población femenina (30.49%) en comparación con la población masculina (28.3%).
- ▶ El 70.7% de las y los jóvenes laboran sin ningún contrato, lo que significa que este grupo cuenta con empleos informales y probablemente expuesto a explotación.
- ▶ La población joven más pobre se encuentra en las regiones de Huancavelica, Apurímac, Loreto, Cajamarca, Pasco, Amazonas, Puno, Ayacucho y Huánuco.
- ▶ La población peruana joven entre los 19 y 25 años de edad, presenta una prevalencia elevada de consumo de alcohol en el año (72%), en comparación con otros grupos de edades.
- ▶ En el Perú la prevalencia de consumo de tabaco en población joven entre los 19 a 25 años de edad es alta (47%) en comparación con la prevalencia de consumo en los otros grupos de edades.
- ▶ La disposición para consumir drogas ilícitas es más fuerte en la población más joven, siendo importante mencionar que las personas que tienen una mayor disposición al consumo de drogas ilegales son quienes más las consumen.
- ▶ La familia juega un rol importante en la vida de las personas y puede convertirse en un factor de riesgo o en un factor protector para el consumo de drogas tanto legales como ilegales.
- ▶ La prevalencia de planes y conductas suicidas durante los años de vida de los hombres de todas las regiones es menor en comparación con la prevalencia de planes suicidas en mujeres. La mayor prevalencia de vida de conductas suicidas la presentan las mujeres de la selva (4.8%).
- ▶ El principal motivo para el deseo o intento de suicidio a nivel de todas las regiones es el conflicto con la pareja, con una magnitud mayor entre la población de la costa (47.9%).
- ▶ Un poco más de la quinta parte de las mujeres de 20 a 29 años de edad han sido maltratadas físicamente (22%).

Bibliografía

- Sólo el 52% de las mujeres jóvenes víctimas de violencia solicitan ayuda. El 41.26% de las jóvenes agredidas no solicita ayuda por no saber en donde solicitarla.
- El principal trastorno psiquiátrico que presenta la población peruana es la depresión cuya edad mediana de inicio es los 27 años. Cabe mencionar que es la depresión el quinto diagnóstico con mayor carga de enfermedad.
- El 48.6% del total de mujeres jóvenes, no usa algún tipo de método anticonceptivo, y de este grupo quienes menos lo usan son las mujeres unidas a su pareja.
- Aproximadamente el 14% de los jóvenes nunca habla con sus parejas sobre planificación familiar. Es importante tener en consideración que las estrategias de intervención que promueven la comunicación entre la pareja son aún limitadas.
- Casi la quinta parte del total de partos de jóvenes han sido atendidos en su domicilio o en el de la partera (19.4%).
- Sólo el 40.8% de las jóvenes entre 18 a 29 años de edad realizó su control en el primer trimestre de gestación, el 37% lo hizo en el segundo trimestre y el 22.2% lo hizo en el tercer trimestre. Los departamentos en donde más de la tercera parte de las jóvenes acudieron a su primer control prenatal recién en el tercer trimestre de gestación fueron Lambayeque (39.1%), Cusco (35.7%) y Pasco (33.7%).
- Las mujeres jóvenes con mayor nivel educativo y mayores ingresos económicos son quienes tienen la más alta incidencia de aborto inducido, probablemente porque son quienes pueden pagar a instituciones privadas clandestinas por el servicio.
- La mayoría de casos de VIH notificados en el MINSA han sido identificados en población entre las edades de 25 a 29 años. La mayor cantidad de casos de VIH en jóvenes han sido identificados en los departamentos de Lima, Loreto, San Martín y en la Provincia Constitucional del Callao.
- El principal motivo de consulta en los servicios de salud por parte de las jóvenes es el relacionado con los problemas de salud bucal, mientras en los jóvenes son las enfermedades intestinales.
- Gran parte de las enfermedades identificadas en la población joven se presenta más en mujeres, probablemente debido a que son ellas quienes acuden más a los servicios de salud.
- La mayoría de las causas de mortalidad en población joven están relacionadas con los accidentes.
- El SIDA es una de las 10 principales causas de muerte en población joven.
- La prevalencia de discapacidad en población entre los 15 y los 29 años de edad es 2.7%, siendo mayor en los hombres (3%), en comparación con las mujeres (2.4%).
- Las intervenciones del sector a favor de la población con discapacidad son aún limitadas. Por otro lado existen avances de iniciativas implementadas por otros sectores y los gobiernos locales.
- Las y los jóvenes son la población que menos cuenta con algún seguro de salud en comparación con los otros grupos de edades. Según el Censo de población realizado en el año 2007, el 74.2% de la población joven entre los 18 y los 29 años de edad no cuenta con ningún tipo de seguro de salud.
- Más del 50% de las y los jóvenes cubren por sí mismos sus gastos por consulta médica y consumo de medicamento.
- La principal razón por la que las y los jóvenes no acuden a los servicios de salud, es porque no consideran su malestar, lo suficientemente grave. Situación que refleja aún el sentimiento de vulnerabilidad muy comúnmente presentado por las y los adolescentes y que al parecer todavía se mantiene en la juventud.
- Desde los sectores salud, trabajo y educación se han implementado diversos programas a favor de las y los jóvenes peruanos.
- No existe información compartida con enfoque de género e interculturalidad entre los diferentes sectores, lo que limita el análisis y la evaluación de políticas públicas implementadas a favor de las y los jóvenes.

1. Informe CEPAL. Situaciones y Desafíos de la Juventud en Iberoamérica. 2008.
2. Perú Económico. Volumen XXXI/Nº 7/Julio 2008.
3. Perú Económico. Volumen XXXI/Nº 7/Julio 2008.
4. Juventud, pobreza y desarrollo en jóvenes de América Latina y El Caribe. XII Conferencia de Primeras Damas, Esposas y Representantes de los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, del 15 al 17 de octubre de 2003, Santo Domingo, República Dominicana.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Alcohol. 2004.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la Salud. 2002.
7. MINSA. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. Primera edición. 2009.
8. Organización Mundial de la Salud. The tobacco atlas. Geneva. Mackay J, Eriksen M. 2002.
9. DiFranza JR, Tye JB. Who profits from tobacco sales to children? *JAMA* 1990; 263(20):2784-7.
10. Reddy-Jacobs C, Téllez-Rojo MM, Meneses-González F, Campuzano-Rincón J, Hernández-Ávila M. Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. Salud pública de México / vol. 48, suplemento 1. 2006.
11. G. Patton, C. Coffey, J. Carlin, L. Degenhardt, M. Lynskey, W. Hall. Consumo de marihuana y salud mental en jóvenes. *British Medical Journal*. 2002; 325:1195-1198.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y Salud 2003.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y Salud 2003.
14. MINSA. La carga de enfermedad en el Perú. Primera edición. 2009.
15. Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi 2006. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana. Volumen XXIII. Lima. 2006.
16. Soto A. Características psicológicas y sociales del adulto joven. *Rev El Cotidiano* 2002, México.
17. Gage AJ. Women's socioeconomic position and contraceptive behavior in Togo. *Stud Fam Plann* 1995; 26 (5):264-77.
18. Edwards SR. The role of men in contraceptive decision-making: Current knowledge and future implications. *Fam Plann Perspect* 1994; 26 (2):77-82.
19. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Cuarta edición. Ginebra, 2004.
20. Carcamo C, Hughes J, Garcia P, Campos P, Garnett G, White P, et al. Sexually transmitted disease (STD). Prevalences from the 2002 National Household-Based General Population Survey of young urban adults in Peru. In: 15th ISSTD Congress. Ottawa: International Society of Sexually Transmitted Diseases. Research; 2003. Abstract 0589.
21. Patricia García, Magaly M. Blas. Las infecciones de transmisión sexual y el VIH: La epidemia desde una visión global y local. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2007.
22. MINSA-USAID. Guía para el análisis de la respuesta social a los problemas de salud. 2002

23. Ministerio de Educación. SENAJO. Rostro Joven de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Primera edición. 2010. Pag 52
24. Ministerio de Educación. SENAJO. Rostro Joven de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Primera edición. 2010. Pag 54
25. INEI. Perú: Salud sexual y reproductiva de los varones. Primera edición. 2008.
26. OPS. Matilde Maddaleno. Jóvenes, opciones y cambios. Primera edición. 2008.
27. MINSA. Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 – 2012.
28. Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi 2003. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana. Volumen XIX. Lima. 2003.
29. Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi 2004. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. Volumen XXI. Lima. 2005.
30. MINSA. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación de salud del Perú. Primera edición. 2010.

Documento técnico

Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes
“Una mirada al Bono Demográfico”

Se terminó de imprimir en agosto de 2011
en los talleres gráficos de SINCO editores
Jr. Huaraz 449 - Breña • Teléfono 433-5974
sincoeditores@yahoo.com