



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud

Centro Nacional de Alimentación,
Nutrición y Vida Saludable



VIGILANCIA DE LA SITUACIÓN DEL SOBREPESO, OBESIDAD Y SUS DETERMINANTES EN EL MARCO DEL OBSERVATORIO DE NUTRICIÓN Y ESTUDIO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD

INFORME TÉCNICO 2025

SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y
NUTRICIONAL

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

MINISTRO

Juan Carlos Velasco Guerrero

VICEMINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Henry Alfonso Rebaza Iparraguirre

VICEMINISTRO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

Luis Melchor Loro Chero

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

PRESIDENTE EJECUTIVO

Víctor Javier Suárez Moreno

CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y VIDA SALUDABLE

Director

Victor Enrique Robles Pizarro

SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Subdirectora

Rocío Silvia Valenzuela Vargas

Informe Técnico: Vigilancia de la situación del sobrepeso, obesidad y sus determinantes en el marco del observatorio de nutrición y estudio del sobrepeso y obesidad – 2025

Elaborado por:

- Mg. Claudia Luján Del Castillo
- Mg. Guillermo Luis Gómez Guizado

Citar como:

Luján-Del Castillo C, Gómez-Guizado G. Vigilancia de la situación del sobrepeso, obesidad y sus determinantes en el marco del observatorio de nutrición y estudio del sobrepeso y obesidad - 2024 – Informe Técnico [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Salud/Centro Nacional de Alimentación, Nutrición y Vida Saludable /Subdirección de Vigilancia Alimentaria y Nutricional; 2025 [citado el...]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ins/colecciones/31961-vigilancia-del-sobrepeso-y-obesidad>

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

I.	ANTECEDENTES.....	8
II.	OBJETIVOS.....	9
2.1	OBJETIVO GENERAL.....	9
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
III.	MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	10
IV.	RESULTADOS	11
4.1	SITUACIÓN NUTRICIONAL EN LA POBLACIÓN PERUANA.....	11
4.1.1	Estado nutricional de las gestantes	12
4.1.1.1	Tendencia del estado nutricional de las gestantes según CLAP	12
4.1.1.2	Estado nutricional según IMC pre gestacional.....	16
4.1.1.3	Ganancia de peso según IMC pre gestacional	16
4.1.2	Estado nutricional de niños menores de cinco años	19
4.1.2.1	Tendencia del sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años	19
4.1.2.2	Tendencia de la doble y triple carga de malnutrición en niños menores de cinco años.....	26
4.1.3	Estado nutricional de los niños de 5 a 11 años.....	29
4.1.3.1	Tendencia del sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años según indicador IMC/edad	29
4.1.3.2	Tendencia de la doble y triple carga de malnutrición en niños de 5 a 11 años.....	33
4.1.3.3	Tendencia del sobrepeso y obesidad en escolares del nivel primario	34
4.1.3.4	Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en escolares del nivel primaria.....	41
4.1.3.5	Tendencia del sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 9 años	44
4.1.4	Estado Nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años	48
4.1.4.1	Tendencia del sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 17 años según indicador IMC/edad	48
4.1.4.2	Tendencia de la doble y triple carga de malnutrición en adolescentes de 12 a 17 años	52
4.1.4.3	Tendencia del sobrepeso y obesidad en adolescentes de 15 a 17 años	53
4.1.4.4	Tendencia del sobrepeso y obesidad en adolescentes de 10 a 19 años	57
4.1.4.5	Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en adolescentes de 12 a 17 años	61
4.1.4.6	Tendencia índice de masa corporal promedio en adolescentes de 15 a 17 años	62
4.1.5	Estado Nutricional de jóvenes de 18 a 29 años	64
4.1.5.1	Tendencia del sobrepeso y obesidad en jóvenes de 18 a 29 años	64
4.1.5.2	Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en jóvenes de 18 a 29 años	75
4.1.5.3	Tendencia índice de masa corporal promedio en jóvenes de 18 a 29 años	76
4.1.6	Estado nutricional de los adultos de 30 a 59 años.....	78
4.1.6.1	Tendencia del sobrepeso y obesidad en adultos de 30 a 59 años.....	78
4.1.6.2	Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en adultos de 30 a 59 años.....	90

4.1.6.3	Tendencia índice de masa corporal promedio en adultos de 30 a 59 años	91
4.1.7	Estado Nutricional de los adultos mayores de 60 a más años.....	93
4.1.7.1	Tendencia del sobrepeso y obesidad en adultos de 30 a 59 años.....	93
4.1.7.2	Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en adultos mayores de 60 y más años	98
4.1.7.3	Tendencia índice de masa corporal promedio en adultos mayores de 60 y más años	99
4.1.8	Estado Nutricional de las personas de 15 y más años	101
4.1.8.1	Tendencia del sobrepeso y obesidad, según IMC, en las personas de 15 y más años	101
4.1.8.2	Tendencia del índice de masa corporal promedio en personas de 15 y más años	117
4.1.9	Estado Nutricional de las Mujeres en edad fértil.....	120
4.2	CONDUCTAS RELACIONADAS AL EXCESO DE PESO.....	134
4.2.1.	Conductas relacionadas al exceso de peso en niños menores de cinco años	134
4.2.1.1.	Lactancia Materna exclusiva menores de 6 meses.....	134
4.2.1.2	Lactancia materna en niños de 6 a 36 meses	138
4.2.1.3	Consumo de fórmulas infantiles en niños menores de 36 meses	139
4.2.1.4	Ingesta de energía y nutrientes en niños de 6 a 35 meses.....	140
a.	Ingesta de energía en niños de 6 a 35 meses	140
b.	Ingesta de proteínas en niños de 6 a 35 meses	142
c.	Ingesta de grasas en niños de 6 a 35 meses	145
d.	Ingesta de carbohidratos en niños de 6 a 35 meses	148
e.	Ingesta usual de hierro en niños de 6 a 35 meses	149
f.	Ingesta de zinc en niños de 6 a 35 meses	154
g.	Ingesta de vitamina A en niños de 6 a 35 meses	156
h.	Ingesta de sodio en niños de 6 a 35 meses	158
4.2.1.5	Consumo de frutas y verduras fuente de Vitamina A en niños menores de 3 años	160
4.2.1.6	Consumo de alimentos azucarados en niños menores de 3 años.....	161
4.2.2	Conductas relacionadas al exceso de peso en niños de 5 a 11 años.....	162
4.2.2.1	Ingesta de energía y nutrientes en escolares de 6 a 14 años	162
a.	Ingesta de energía en escolares de 6 a 14 años	162
b.	Ingesta de proteínas en escolares de 6 a 14 años	163
c.	Ingesta de grasas en escolares de 6 a 14 años	166
d.	Ingesta de carbohidratos en escolares de 6 a 14 años	168
e.	Ingesta usual de hierro en escolares de 6 a 14 años	169
f.	Ingesta de zinc en escolares de 6 a 14 años	171
g.	Ingesta de vitamina A en escolares de 6 a 14 años	173
4.2.2.2	Consumo de alimentos saludables en niños de 5 a 11 años	174

4.2.2.3 Consumo de alimentos no saludables en niños de 5 a 11 años	175
4.2.2.4 Actividad Física en escolares de 8 a 13 años.	176
4.2.2.5 Conducta sedentaria en niños de 8 a 11 años	177
4.2.2.6 Conocimientos y prácticas sobre Etiquetado nutricional en cuidadores de niños de 5 a 11 años	180
4.2.2.7 Conocimientos y prácticas sobre Advertencias publicitarias (Octógonos).....	183
4.2.3 Conductas relacionadas al exceso de peso en adolescentes de 12 a 17 años.....	187
4.2.3.1 Consumo de frutas y verduras en adolescentes de 15 a 17 años.....	187
4.2.3.2 Consumo de Tabaco en adolescentes de 15 a 17 años	187
4.2.3.3 Consumo de Alcohol en adolescentes de 15 a 17 años.....	188
4.2.4 Conductas relacionadas al exceso de peso en jóvenes	189
4.2.4.1 Consumo de frutas y verduras en jóvenes de 18 a 29 años	189
4.2.4.2 Consumo de Tabaco en jóvenes de 18 a 29 años	192
4.2.4.3 Consumo de Alcohol en jóvenes de 18 a 29 años.....	195
4.2.4.4 Actividad física en jóvenes de 18 a 29 años.....	198
4.2.5 Conductas relacionadas al exceso de peso en adultos de 30 a 59 años.....	200
4.2.5.1 Ingesta de energía y nutrientes en adultos de 18 a 59 años	200
a. Ingesta de Energía en adultos de 18 a 59 años	200
b. Ingesta de Proteínas en adultos de 18 a 59 años.....	201
c. Ingesta de carbohidratos en adultos de 18 a 59 años.....	203
d. Ingesta de grasas en adultos de 18 a 59 años	205
e. Ingesta de Hierro en adultos de 18 a 59 años	206
f. Ingesta de Zinc en adultos de 18 a 59 años	208
g. Ingesta de Retinol en adultos de 18 a 59 años.....	210
h. Ingesta de Sodio en adultos de 18 a 59 años	211
4.2.5.2 Consumo de frutas y verduras en adultos de 30 a 59 años.....	212
4.2.5.3 Consumo de Tabaco en adultos de 30 a 59 años.....	215
4.2.5.4 Consumo de Alcohol en adultos de 30 a 59 años	218
4.2.5.5 Actividad física en adultos de 30 a 59 años.	221
4.2.5.6 Conocimientos y prácticas sobre Etiquetado nutricional en adultos de 18 a 59 años	223
4.2.6 Conductas relacionadas al exceso de peso en adultos mayores de 60 y más años	224
4.2.6.1 Consumo de frutas y verduras en adultos mayores de 60 y más años.....	224
4.2.6.2 Consumo de Tabaco en adultos mayores de 60 y más años	225
4.2.6.3 Consumo de Alcohol en adultos mayores de 60 y más años.....	227
4.2.7 Conductas relacionadas al exceso de peso en mujeres en edad fértil	230
4.2.7.1 Consumo de Tabaco.....	230
4.2.8 Conductas relacionadas al exceso de peso en personas de 15 y más años.....	233

4.2.8.1	Consumo de Frutas y Verduras en personas de 15 y más años.....	233
a.	Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día.....	233
b.	Consumo de frutas y verduras según número de días a la semana	236
c.	Consumo de frutas y verduras por día	244
4.2.8.2	Consumo de Tabaco en personas de 15 y más años	247
a.	Tendencia del consumo diario de cigarrillos	248
b.	Tendencia del consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses	249
c.	Tendencia del consumo actual de cigarrillos	252
4.2.8.3	Consumo de Alcohol en personas de 15 y más años.....	256
a.	Proporción de personas que consumieron alguna vez alcohol	256
b.	Tendencia del consumo de alcohol en el último año.....	257
c.	Tendencia del consumo de alcohol en el último mes	259
4.3	CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL EXCESO DE PESO	264
4.3.1	Morbilidad relacionada al exceso de peso en adolescentes de 12 a 17 años	265
4.3.1.1	Hipertensión arterial 15 a 17 años.....	265
4.3.2	Morbilidad relacionada al exceso de peso en jóvenes de 18 a 29 años.....	266
4.3.2.1	Hipertensión arterial jóvenes de 18 a 29 años	266
4.3.2.2	Diabetes Mellitus jóvenes de 18 a 29 años.....	268
4.3.2.3	Alteración del perfil lipídico en jóvenes de 18 a 29 años	268
4.3.2.4	Colesterol Total en jóvenes de 18 a 29 años	269
4.3.2.5	Triglicéridos en jóvenes de 18 a 29 años	270
4.3.2.6	Colesterol HDL en jóvenes de 18 a 29 años	270
4.3.2.7	Colesterol LDL en jóvenes de 18 a 29 años.....	272
4.3.2.8	Síndrome Metabólico en jóvenes de 18 a 29 años.....	273
4.3.3	Morbilidad relacionada al exceso de peso en adultos de 30 a 59 años	273
4.3.3.1	Hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años.....	273
4.3.3.2	Diabetes Mellitus en adultos de 30 a 59 años	277
4.3.3.3	Alteración del perfil lipídico en adultos de 30 a 59 años	280
4.3.3.4	Colesterol Total en adulto de 30 a 59 años	280
4.3.3.5	Triglicéridos en adultos de 30 a 59 años.....	281
4.3.3.6	Colesterol HDL en adultos de 30 a 59 años	282
4.3.3.7	Colesterol LDL en adultos de 30 a 59 años	283
4.3.3.8	Síndrome Metabólico en adultos de 30 a 59 años	284
4.3.4	Morbilidad relacionada al exceso de peso en adultos mayores de 60 a más años	285
4.3.4.1	Hipertensión arterial en adultos mayores de 60 y más años	285
4.3.4.2	Diabetes Mellitus en adultos mayores de 60 y más años.....	288
4.3.5	Morbilidad relacionada al exceso de peso en personas de 15 a más años	291

4.3.5.1 Hipertensión arterial en personas de 15 y más años..... 291

4.3.5.2 Diabetes mellitus en personas de 15 y más años 295

V. RESUMEN:..... 300

VI. CONCLUSIONES..... 303

VII. RECOMENDACIONES..... 304

I. ANTECEDENTES

El Instituto Nacional de Salud (INS) es un Organismo Técnico Especializado adscrito al Ministerio de Salud según el Decreto Legislativo N° 1504-2020, dedicado a la investigación, innovación y tecnologías en salud para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Asimismo, el dispositivo normativo fortalece al INS para la prevención y control de las enfermedades, a fin de mejorar la salud pública, promover el bienestar de la población y contribuir con el desarrollo sostenible del país.

Según el Decreto Supremo N° 016-2024-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del INS, el Centro Nacional de Alimentación, Nutrición y Vida Saludable (CENAN) es el órgano desconcentrado, responsable de proponer políticas y normas, y desarrollar investigación, innovación, vigilancia especializada, tecnologías y servicios en materia de alimentación, nutrición y otras acciones para una vida saludable de las personas; y en el Art. 42º encarga al CENAN el desarrollo del análisis de riesgos y vigilancia de la situación alimentaria y el estado nutricional de la población peruana que contribuye a la formulación de políticas públicas, documentos técnico-normativos y al fortalecimiento de la articulación multisectorial e intergubernamental de las intervenciones en alimentación y nutrición.

En el artículo 5 de la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, se declara de interés la creación del Observatorio de Nutrición y del Estudio del Sobrepeso y Obesidad, a cargo del Ministerio de Salud, como herramienta de monitoreo que permita suministrar información y hacer el análisis periódico de la situación nutricional de la población infantil y de la evolución de la tasa de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes y cuantificar sus efectos.

Así mismo, en el Decreto Supremo 017-2017-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30021, y en Capítulo IV, Artículo 11, se señala que el Observatorio de Nutrición y estudio del sobrepeso y la obesidad cuenta con una plataforma virtual, que permite acceder a información oportuna y confiable de este problema de salud pública.

De la misma manera, en el Artículo 12, indica que las funciones del Observatorio, establecidas en la Ley, son desarrolladas por el Instituto Nacional de Salud para lo cual contará con un Comité Técnico de Gestión conformado por las instancias del Ministerio de Salud vinculantes con el tema el cual podrá hacer consultas a expertos mediante los mecanismos de coordinación pertinentes.

En el Plan Estratégico Multisectorial al 2030 de la política nacional multisectorial de salud “Perú, país saludable”, tiene entre sus objetivos prioritarios mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludable de la población donde se señala disminuir los factores causales de los años de vida saludables perdidos en la población por causas evitables.

En razón de lo anterior, el CENAN ha programado la elaboración de un informe Técnico sobre la situación del sobrepeso, obesidad y sus determinantes.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la situación nutricional de la población peruana, con énfasis en los indicadores de sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la tendencia del sobrepeso y obesidad en gestantes en el periodo 2009 - 2024.
- Evaluar la tendencia del sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años en el periodo 2009 - 2025.
- Evaluar la tendencia del sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años en el periodo 2007 - 2025.
- Evaluar la tendencia del sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 17 años en el periodo 2007 - 2025.
- Evaluar la tendencia del sobrepeso y obesidad en jóvenes de 18 a 29 años en el periodo 2007 - 2024.
- Evaluar la tendencia del sobrepeso y obesidad en adultos de 30 a 59 años en el periodo 2007 - 2024.
- Evaluar la tendencia del sobrepeso y obesidad en adultos mayores de 60 a más años en el periodo 2007 - 2024.
- Evaluar la tendencia del sobrepeso y obesidad en personas de 15 y más años en el periodo 2013 - 2024.
- Evaluar la tendencia del sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil en el periodo 2007 - 2024.
- Evaluar la tendencia del índice de masa corporal promedio en personas de 15 y más años en el periodo 2014 - 2024.
- Evaluar la tendencia del consumo de energía y nutrientes en niños de 6 a 35 meses en el periodo 2015 - 2019.
- Evaluar el consumo de energía y nutrientes en escolares del nivel primario de 6 a 14 años en el periodo 2015 - 2016.
- Evaluar el consumo de energía y nutrientes en adultos de 18 a 59 años en el periodo 2017 - 2018.
- Evaluar la proporción de niños de 5 a 11 años que consumen alimentos saludables y no saludables en el 2021.
- Evaluar la tendencia del consumo de frutas y verduras por curso de vida en el periodo 2014 - 2024.

- Evaluar la tendencia del consumo de tabaco por curso de vida en el periodo 2014 - 2024.
- Evaluar la tendencia del consumo de alcohol por curso de vida en el periodo 2014 - 2024.
- Evaluar las características de actividad física en escolares de 6 a 13 años 2015.
- Evaluar las características de actividad física en jóvenes y adultos en el periodo 2017-2018
- Evaluar la conducta sedentaria en niños de 8 a 11 años 2021.
- Evaluar los conocimientos y prácticas sobre etiquetado nutricional y advertencias publicitarias en los cuidadores de niños de 5 a 11 años en el 2021.
- Evaluar los conocimientos y prácticas sobre etiquetado nutricional en jóvenes y adultos en el periodo 2017-2018.
- Evaluar la tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial por curso de vida en el periodo 2013 - 2024.
- Evaluar la tendencia de la prevalencia de Diabetes Mellitus diagnosticado por curso de vida en el periodo 2014 - 2024.
- Evaluar las características de las alteraciones del perfil lipídico en jóvenes y adultos en el periodo 2017-2018.
- Evaluar las características del Síndrome Metabólico en jóvenes y adultos en el periodo 2017-2018.

III. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

El presente informe tiene como fuentes de Información la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES del INEI (2007-2024)^{1,2}, el Sistema de Información de Estado Nutricional (SIENHIS) (2009-2025)³ y los resultados de las Encuestas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida (2015-2021)⁴ realizado por el INS, a través del CENAN.

En el marco del Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre el INS y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), y con el objeto fortalecer las acciones de vigilancia de los principales indicadores de salud a través del recojo e intercambio de información, se solicitó al INEI el procesamiento de indicadores adicionales por curso de vida, correspondiente a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Informes Principales (2007 - 2022). Lima- Perú; 2024. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/resultados.asp>

² Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles (2013 - 2022). Lima- Perú; 2024. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/salud.asp> / Contenido Temático: Sociales-Salud: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/>

³ Instituto Nacional de Salud. Alimentación y Nutrición: Vigilancia Alimentaria Nutricional / Vigilancia del Sistema de Información del Estado Nutricional en EESS (2009-2022). Lima: INS [internet] 2024 [Consultado 20-06-2024]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/alimentacion-y-nutricion/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/vigilancia-del-sistema-de-informacion-del-estado-nutricional-en-%20EESS>

⁴ Instituto Nacional de Salud. Alimentación y Nutrición: Vigilancia Alimentaria Nutricional / Vigilancia del Estado Nutricional en población (2015-2021). Lima: INS [internet] 2024 [Consultado 20-06-2024]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/alimentacion-y-nutricion/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/vigilancia-del-estado-nutricional-en-poblacion>

IV. RESULTADOS

4.1 SITUACIÓN NUTRICIONAL EN LA POBLACIÓN PERUANA

Se estima que alrededor del 58 % de la población (cerca de 360 millones de personas) tiene sobrepeso, y que la obesidad afecta al 23 % (140 millones) en los países de América Latina y el Caribe. El sobrepeso afecta a más de la mitad de la población adulta, lo cual es preocupante por el alto costo económico y social. Según la OPS, las mayores prevalencias de sobrepeso se encuentran en Chile, México y Bahamas con 63%, 64% y 69%, respectivamente; así mismo, la prevalencia de obesidad en mujeres es mayor a la encontrada en hombres, y en más de 20 países la diferencia es mayor de 10 puntos porcentuales⁵. A ello hay que agregar que la región posee la dieta saludable más cara a nivel mundial, con una estimación de 3,89 USD vs 3,54 USD del promedio mundial, valor que la hace inaccesible para 131 millones de personas en América Latina y el Caribe⁶.

En la actualidad, el Perú se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) los mismos que se encuentran determinados por condicionantes económicos, demográficos, ambientales y socioculturales que se interrelacionan entre sí.

El hambre y una nutrición deficiente contribuyen a la muerte prematura de las madres, lactantes y niños pequeños, y al desarrollo físico y cerebral deficiente en los jóvenes. Al mismo tiempo, las tasas crecientes de sobrepeso y obesidad están relacionadas con el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer, todas ellas afecciones que originan años de vida saludable perdidos en la población por causas evitables.

La malnutrición por déficit genera efectos en morbilidad y mortalidad, generando un mayor costo para el sistema de salud y las familias de los afectados, y produciendo pérdidas en la productividad potencial del país. Mientras que, en educación se estima un efecto sobre la repitencia que generará costos extras para el sistema educacional y las familias; e influye en la deserción escolar, afectando negativamente el nivel de productividad potencial del país.

Según el informe “Impacto económico y social de la doble carga de la malnutrición en el Perú”, los costos asociados a las atenciones de salud, el bajo rendimiento escolar y la baja productividad debido a la doble carga de la malnutrición en el Perú se tradujeron en la pérdida de 10.5 mil millones dólares en el 2019, equivalentes al 4,6% del Producto Interno Bruto (PIB). De éstos, 6.56 mil millones (aproximadamente dos tercios) son atribuibles a la desnutrición infantil y 3.89 mil millones al sobrepeso y la obesidad⁷.

⁵ FAO, OPS. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe, 2016, Santiago: FAO/OPS; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33680/9789253096084-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶ FAO, OPS. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe, 2022, Santiago: FAO/OPS; 2024. Disponible en: www.fao.org/3/cc3859es/cc3859es.pdf

⁷ Perú: El Costo de la Doble Carga de la Malnutrición - Impacto Social y Económico, <https://reliefweb.int/report/peru/peru-el-costo-de-la-doble-carga-de-la-malnutricion-impacto-social-y-economico>

4.1.1 Estado nutricional de las gestantes

Durante el periodo 2009–2024, la vigilancia de la ganancia de peso gestacional se realizó utilizando las curvas del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), las cuales permitieron el monitoreo del exceso de peso durante el embarazo. Sin embargo, este enfoque presentó limitaciones al no considerar el estado nutricional pregestacional, lo cual impide diferenciar entre gestantes con sobrepeso y obesidad, condiciones que presentan riesgos materno-perinatales distintos.

En este contexto, en la actualidad se utilizan como referencia las recomendaciones del Institute of Medicine (2009)⁸, basadas en el IMC pre gestacional, lo que permite una clasificación más precisa del estado nutricional y una mejor identificación de grupos de riesgo.

4.1.1.1 Tendencia del estado nutricional de las gestantes según CLAP

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN, entre los años 2009 y 2024, la prevalencia de sobrepeso en las gestantes, a través de la evaluación nutricional por P/T (CLAP), mostró una marcada tendencia hacia el incremento; aumentando 22,5 puntos porcentuales (un incremento de 73% en 15 años).

Por otro lado, la prevalencia del déficit de peso en las gestantes presentó una tendencia hacia el descenso; encontrándose que, entre los años 2009 y 2024, las cifras se redujeron en 6,8 pp.

Gráfico 01. Tendencia del sobrepeso y déficit de peso en las gestantes.
Perú 2009-2024



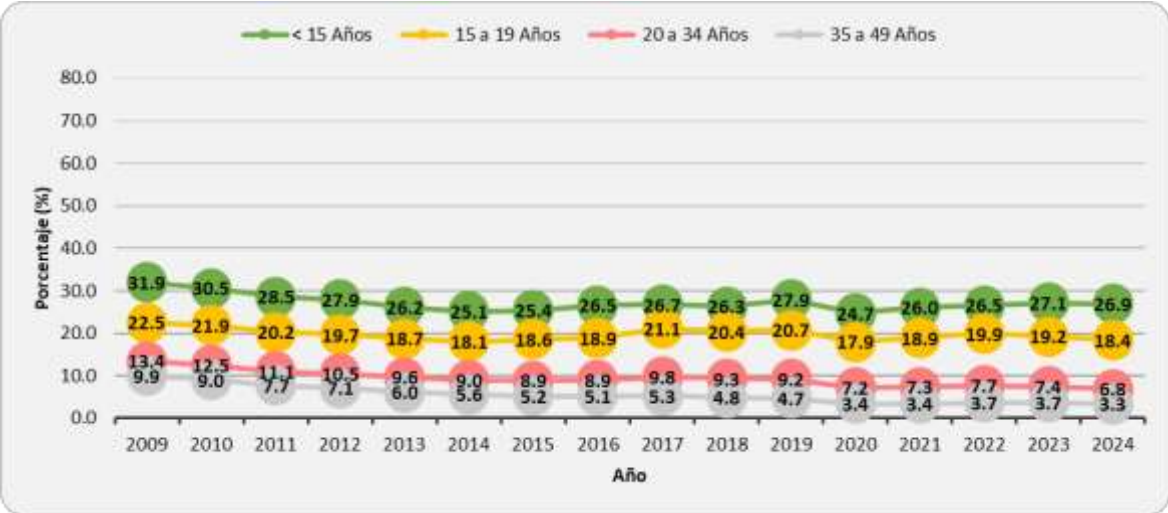
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2009-2024.

Según el SIEN/HIS, el déficit de peso, a través de la evaluación nutricional por P/T (CLAP), afectó principalmente a las gestantes menores de 15 años, siendo la prevalencia, en el 2024, ocho veces mayor a lo observado en las gestantes de 35 a 49 años. Así mismo, se observó que el déficit de peso disminuyó principalmente en las gestantes de mayores de 20 años (en más de 50%), sin embargo, en las menores de 20 años se mantienen las proporciones con muy poca variación.

⁸ <https://www.nationalacademies.org/read/12584/chapter/2>

Contrariamente a lo observado en el déficit de peso, la prevalencia de sobrepeso en la gestante aumentó con la edad; es así que, en gestantes de 35 a 49 años, para el 2024, cuadruplicó las cifras observadas en las de menores de 15 años, con un aumento sostenido principalmente en las gestantes de ≥ 20 años.

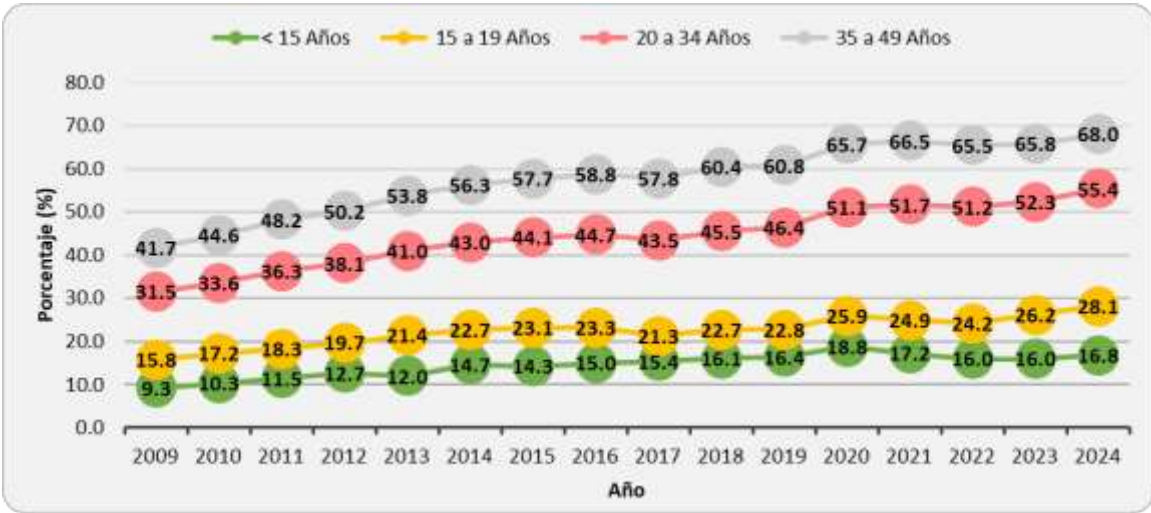
Gráfico 02. Tendencia del déficit de peso en gestantes según grupos de edad.
Perú 2009-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2009-2024.

La prevalencia de sobrepeso mostró un mayor incremento entre los años 2009 y 2024 en las gestantes de 35 a 49 años con un aumento de 26,3 pp.; seguido del grupo de 20 a 34 años con un incrementó de 23,9 pp. El sobrepeso en las gestantes de 15 a 19 años incrementó en 12,3 pp.

Gráfico 03. Tendencia del Sobrepeso en gestantes según grupos de edad.
Perú 2009-2024

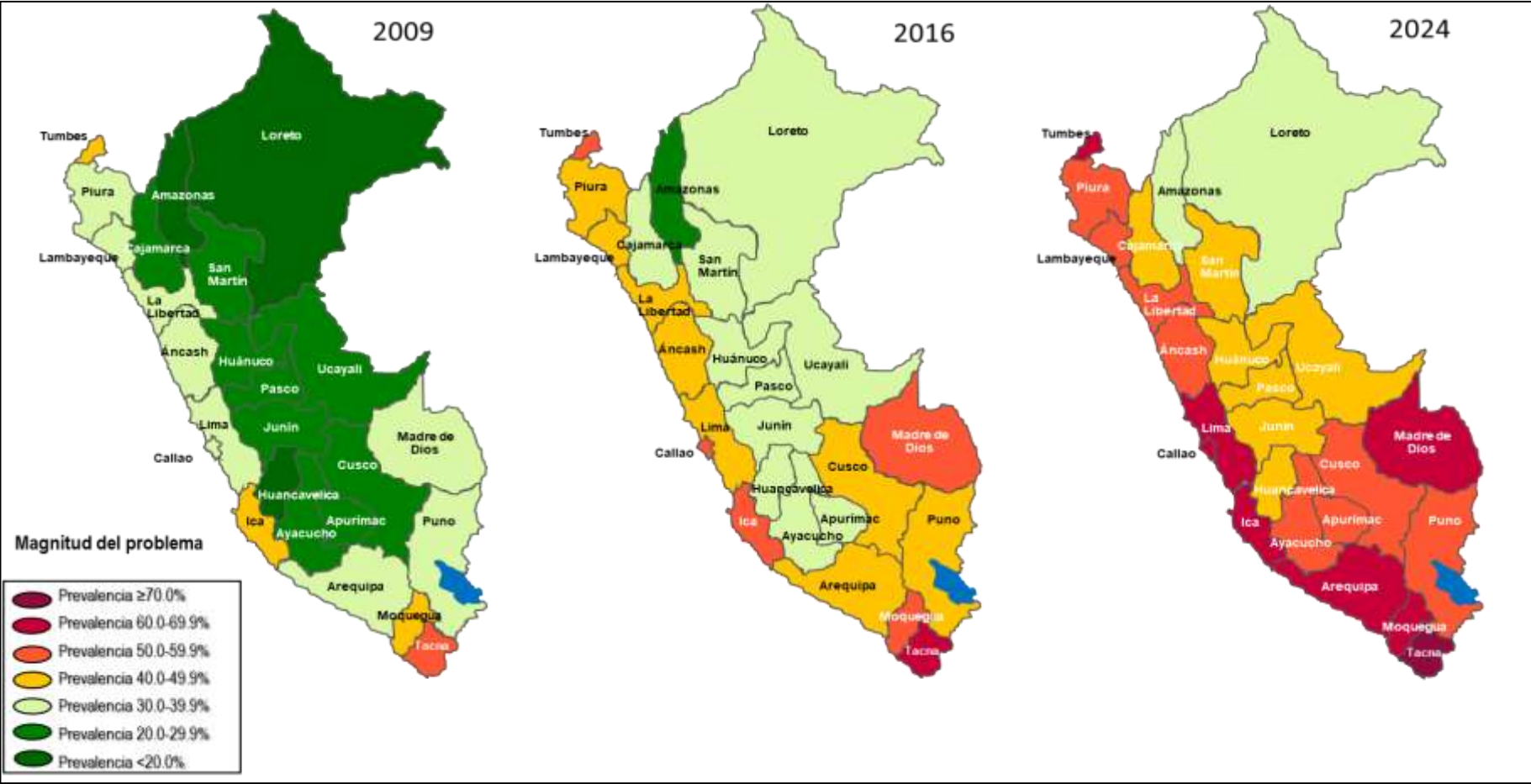


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2009-2024.

Según departamentos, la prevalencia de sobrepeso en gestantes, a través de la evaluación nutricional por P/T (CLAP), ha mostrado cambios importantes en los últimos catorce años evaluados, notándose una marcada tendencia hacia el incremento.

Se puede observar que Lima, Callao, Ica, Arequipa, Moquegua, Madre de Dios y, sobretodo, Tacna, presentaron prevalencias de sobrepeso en gestantes $\geq 60\%$. Igualmente, los departamentos con prevalencias $\geq 50\%$ se han incrementado, especialmente en la costa y en el trapecio andino, al compararlo con el año 2016.

Gráfico 04. Evolución del Sobrepeso en las gestantes según departamentos.
Perú, 2009, 2016 y 2024



Fuente: Corresponde a INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Gerencial 2009: Estado Nutricional de Niños Menores de 5 años y Gestantes que acuden a los Establecimientos de Salud. / Informe Gerencial 2016: Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. / Indicadores Gestantes 2025: Reporte Estado Nutricional en Niños y Gestantes que acceden a los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.

En el año 2024 los departamentos de la costa norte del país tuvieron proporciones de sobrepeso mayores a 53,0%, presentando un incremento de al menos 1,3 pp/ año. Así mismo, se puede evidenciar que, de este grupo de departamentos, Ancash presentó un incremento de 25,5 pp en los últimos quince años (1,7 pp/año); mientras que, Tumbes presentó cifras más altas, en el mismo periodo de tiempo, con proporciones cercanas al 60% en los últimos cinco años evaluados.

Gráfico 05. Tendencia del Sobrepeso en las gestantes en departamentos de la Costa Norte del país. Perú, 2009-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2009-2024.

En la costa sur del Perú se encuentran los departamentos con mayores proporciones de sobrepeso en gestantes del país; con prevalencias de sobrepeso en gestantes mayores a 60,0% en el 2024. Si bien es cierto, el departamento de Tacna presentó las mayores prevalencias de sobrepeso en el año 2024 (70,1%), se puede observar que Moquegua y Arequipa incrementaron en mayor proporción sus prevalencias en 26,5 pp (1,8 pp/año) y 22.6 pp (1,5 pp/año) respectivamente.

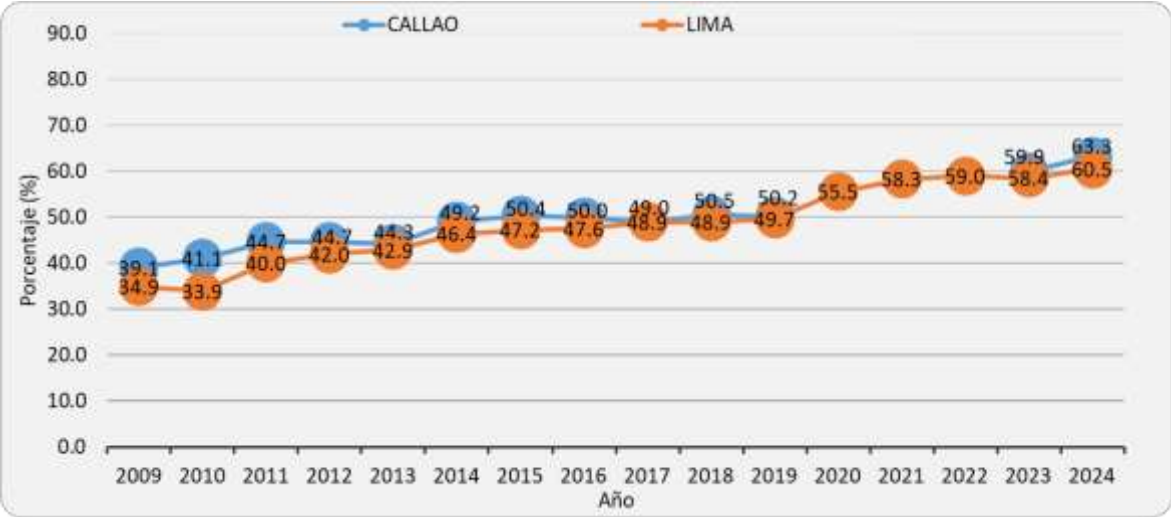
Gráfico 06. Tendencia del Sobrepeso en las gestantes en departamentos de la Costa Sur del país. Perú, 2009-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2009-2024.

Entre el año 2009 y 2024, Lima aumentó la prevalencia de sobrepeso en gestantes en 25,6 pp, mientras que la Provincia constitucional del Callao la incrementó en 24,2 pp, manteniendo una velocidad de incremento de 1,7 pp/ año y 1,6 pp/ año respectivamente.

Gráfico 07. Tendencia del Sobrepeso en las gestantes en Lima y Callao.
Perú, 2009-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2009-2024.

En el año 2024, sobre el sobrepeso en las gestantes de la sierra norte y centro del Perú, se observó que, en los últimos quince años el incremento en este grupo de departamentos fue de al menos de 21,9 pp.

En este grupo de departamentos sobresalen Huánuco y Cajamarca quienes entre los años 2009 y 2024 casi duplicaron su proporción de sobrepeso en gestantes, con un incremento de 26,5 pp (1,8 pp/año) y 24,4 pp (1,6 pp/año) respectivamente.

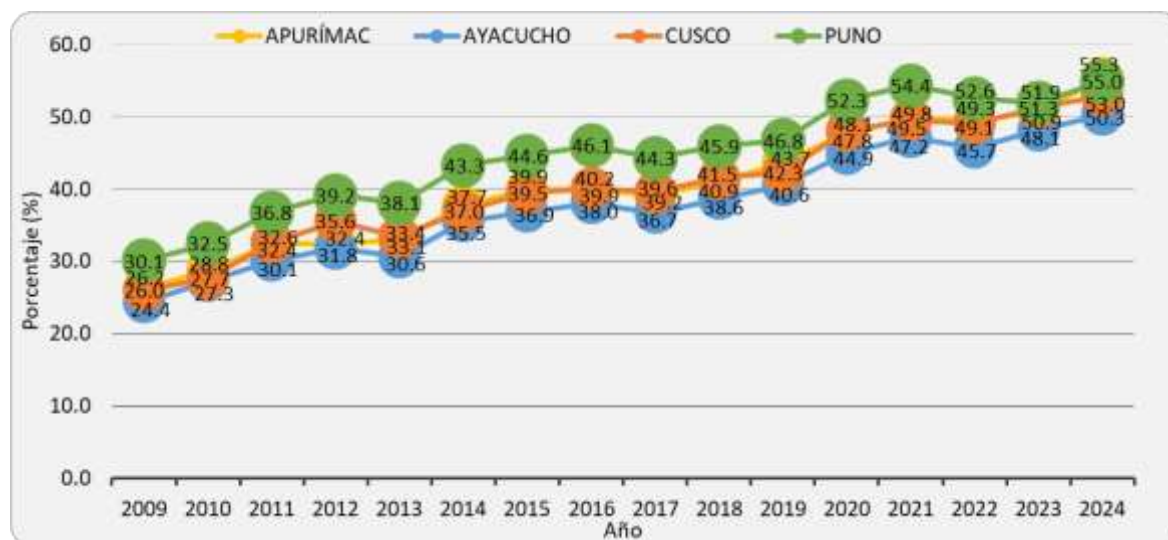
Gráfico 08. Tendencia del Sobrepeso en las gestantes de la Sierra Norte y Centro del país.
Perú, 2009-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2009-2024.

Los departamentos de la sierra sur presentaron proporciones mayores a 50,0% con un incremento de al menos 24,0 pp. en quince años y, a una velocidad aproximada de 1,6 pp./año. Cusco y Apurímac incrementaron sus cifras en 27,0 pp y 29,1 pp respectivamente, manteniendo una velocidad de incremento de 1,8 pp/año y 1,9 pp/año cada uno.

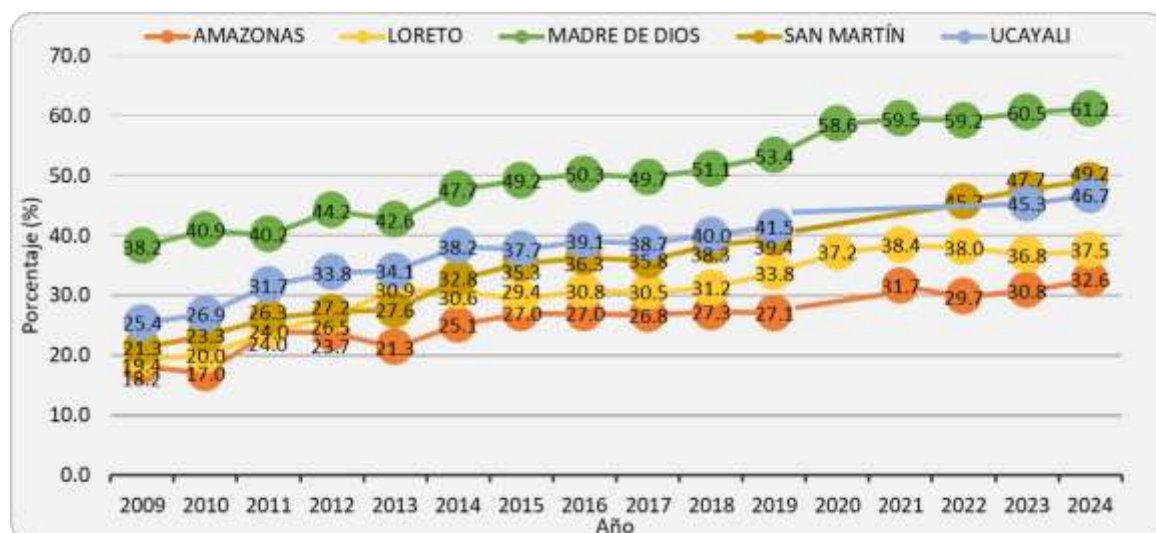
Gráfico 09. Tendencia del Sobrepeso en las gestantes en departamentos de la Sierra Sur del país. Perú, 2009-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2009-2024.

Entre los años 2009 y 2024, en los departamentos de la selva se evidenció un incremento en su prevalencia de sobrepeso en gestantes, aunque con comportamientos distintos. Es así que, el departamento de Madre de Dios presenta las proporciones más elevadas, con un aumento de 23,0 pp. En dicho periodo, a una velocidad de incremento de 1,5 pp./año. Sin embargo, el mayor aumento se observó en San Martín, con una variación de 27,4 pp y una velocidad de crecimiento de 1,9 pp por año. En contraste, Amazonas mostró un incremento más moderado, aumentando 14,4 pp en el periodo, equivalente a una tasa anual de 1,0 pp.

Gráfico 10. Tendencia del Sobrepeso en las gestantes en departamentos de la Selva del país. Perú, 2009-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2009-2024.

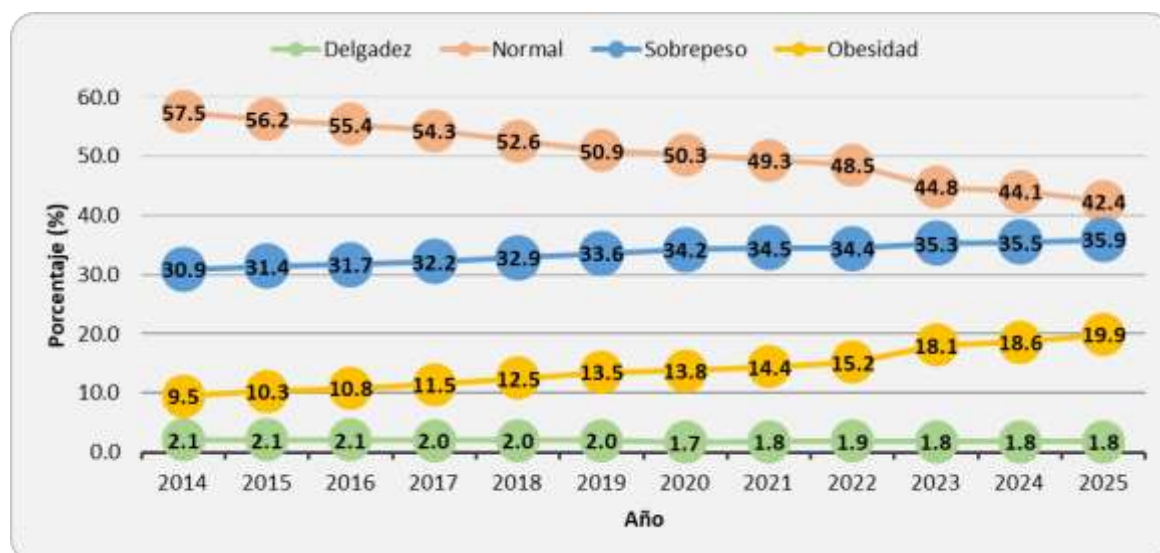
4.1.1.2 Estado nutricional según IMC pre gestacional

El IMC pregestacional es el principal criterio utilizado para clasificar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. Se calcula mediante la relación entre el peso y la talla al cuadrado (kg/m^2) y permite categorizar a las gestantes en bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad.

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), la proporción de sobrepeso previo al inicio del embarazo aumentó 5,0 pp entre los años 2014 y 2025. Así mismo, la obesidad incrementó de 9,5% a 19,9%, es decir duplicó sus proporciones. Se puede resaltar que, el incremento de la obesidad es prácticamente el doble que el de sobrepeso.

Por otro lado, sólo el 1,8% de las gestantes tuvo bajo peso antes del embarazo en el año 2024, cifra que se mantuvo constante en los últimos años evaluados. Es notorio el cambio producido en el IMC pregestacional normal, con una disminución 15,1 pp en el periodo, con una velocidad de casi de 1,0 pp/año.

Gráfico 11. Tendencia del Estado nutricional pre gestacional. Perú, 2014-2025



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2014-2025.

4.1.1.3 Ganancia de peso según IMC pre gestacional

La ganancia de peso durante el embarazo constituye un indicador clave del estado nutricional materno y del adecuado desarrollo fetal. Se encuentra asociada a diversos desenlaces maternos y perinatales, incluyendo bajo peso al nacer, macrosomía, parto pretérmino y complicaciones metabólicas.

El principal referente internacional es el informe del Institute of Medicine (IOM) y el National Research Council (NRC) (2009), que establece recomendaciones basadas en el índice de masa corporal (IMC) pregestacional. Estas recomendaciones definen rangos de ganancia total de peso durante el embarazo, con el objetivo de optimizar los resultados materno-infantiles. En función de esta clasificación, el IOM (2009) propone los siguientes rangos de ganancia de peso:

- Bajo peso: 12.5–18 kg

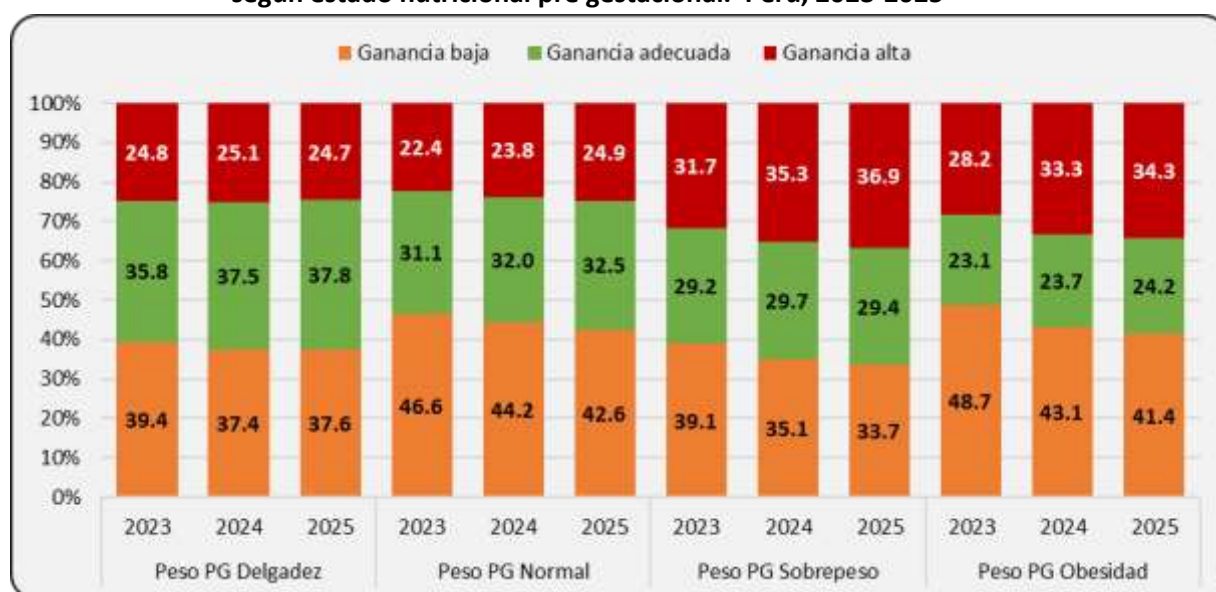
- Normal: 11.5–16 kg
- Sobrepeso: 7–11.5 kg
- Obesidad: 5–9 kg

Para efectos del presente informe, en mujeres de baja estatura (< 157 cm) se utilizó como referencia la ganancia de peso en el extremo inferior del rango correspondiente a su IMC pregestacional (Guías del Instituto de Medicina-1990).

Según el SIEN, alrededor del 40% de las gestantes con talla de 1,57 metros a más, que iniciaron el embarazo con IMC pre gestacional con “Déficit de peso” o “Sobrepeso” tuvieron baja ganancia de peso; sin embargo, en aquellas que lo iniciaron con IMC “Normal” u “Obesidad”, la baja ganancia fue mayor, manteniéndose en el rango de 44,0% a 48,0%.

La ganancia de peso alta se observó en la cuarta parte de las gestantes que iniciaron el embarazo con IMC pre gestacional de “Delgadez” o “Normalidad”; en aquellas que lo iniciaron con “Sobrepeso” u “Obesidad”, la ganancia de peso alta afectó alrededor del 30,0%.

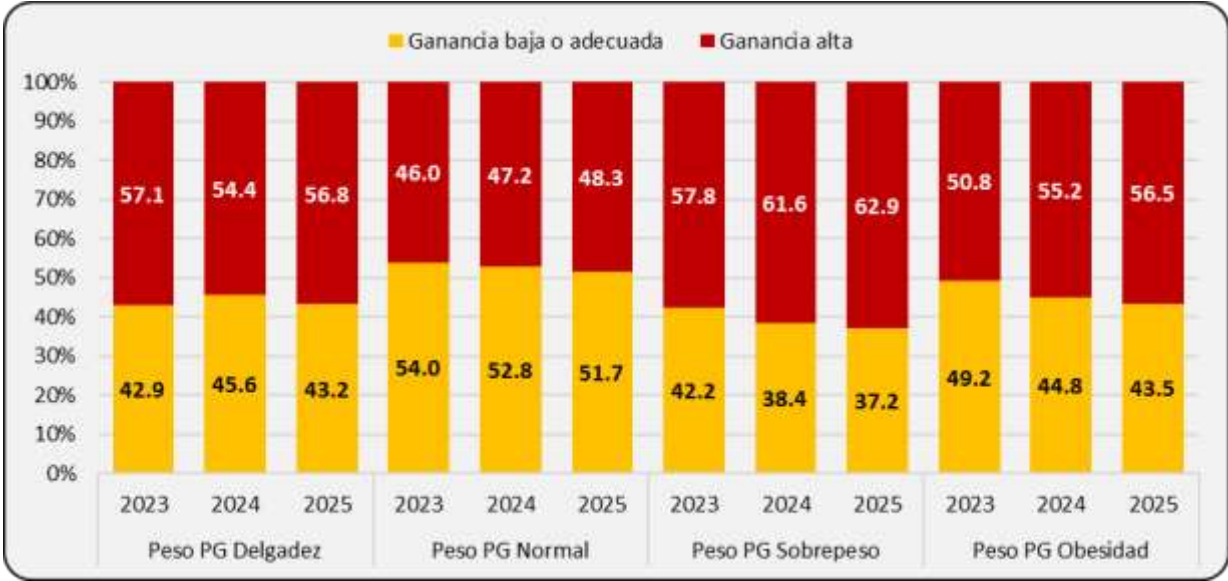
Gráfico 12. Tendencia de la Ganancia de peso en gestantes con talla de 1,57 metros a más según estado nutricional pre gestacional. Perú, 2023-2025



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2023-2025.

En el año 2025, según el SIEN, en las gestantes con talla menor de 1,57 metros y que iniciaron el embarazo con IMC pre gestacional “Normal”, se observó que, alrededor del 48% tuvieron alta ganancia de peso; y, en aquellas que lo iniciaron con IMC “Delgadez”, “Sobrepeso” u “Obesidad”, la ganancia alta tuvo una mayor proporción, manteniéndose en el rango de 56,0% a 63,0%.

Gráfico 13. Tendencia de la Ganancia de peso en gestantes con talla menor de 1,57 metros según estado nutricional pre gestacional. Perú, 2023-2025



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Sistema de información del Estado Nutricional-Gestantes 2023-2025.

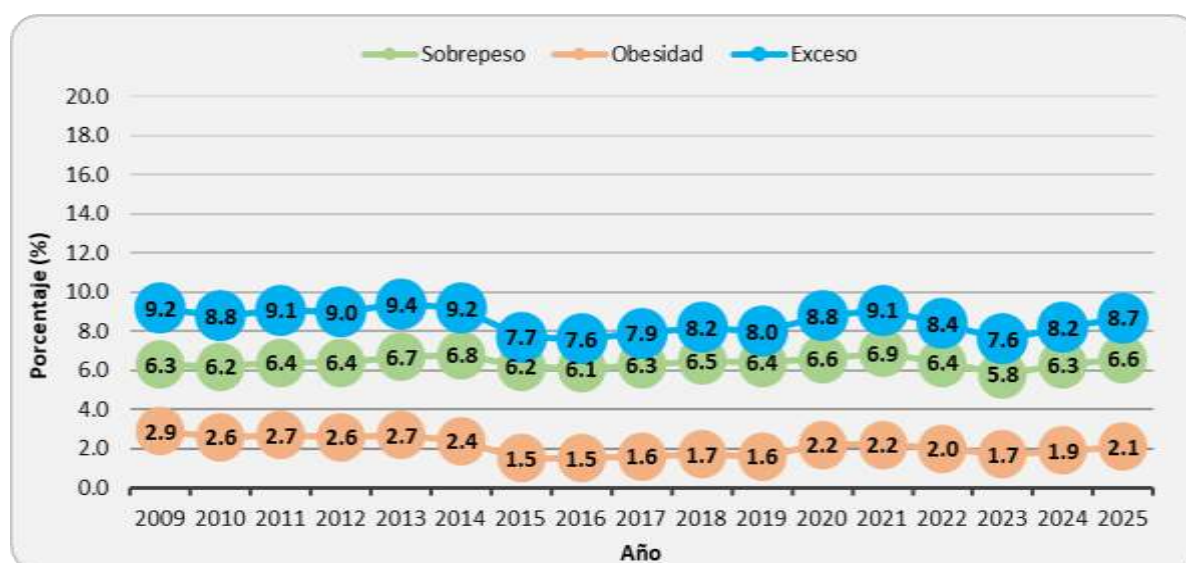
4.1.2 Estado nutricional de niños menores de cinco años

4.1.2.1 Tendencia del sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN/HIS, entre los años 2009 y 2025, uno de cada diez niños menores de cinco años tuvo exceso de peso, manteniéndose en 8,7% en el año 2025.

Así mismo, la proporción de **sobrepeso y obesidad** en niños menores de cinco años se mantuvo estable entre los años 2009 y 2025.

Gráfico 14. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en niñas y niños menores de cinco años, Perú, 2009-2025

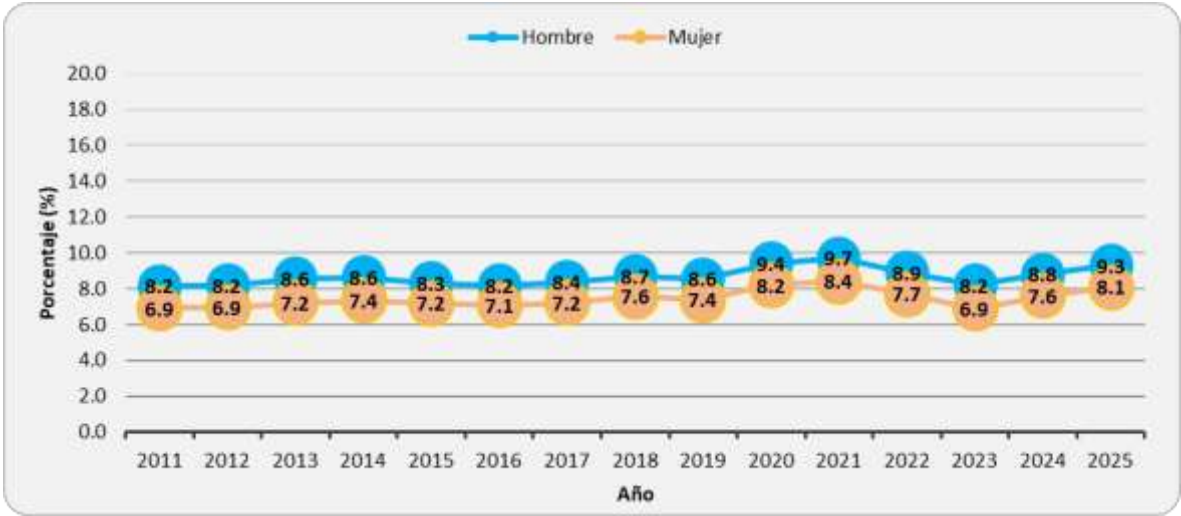


Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Gerencial 2009 -2012: Estado Nutricional de Niños Menores de 5 años y Gestantes que acuden a los Establecimientos de Salud / Informe Gerencial 2013-2021: Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud/ Informe Gerencial SIEN HIS Estado Nutricional de Niños menores de cinco años que acceden a Establecimientos de Salud 2022-2024

Según sexo, la proporción de **exceso de peso** en menores de cinco años se mantuvo estable, aunque con una tendencia al incremento, entre los años 2011 y 2025, presentando en todo el periodo evaluado cifras en el rango de 6,9% y 9,7%, sin diferencias sustanciales según el género.

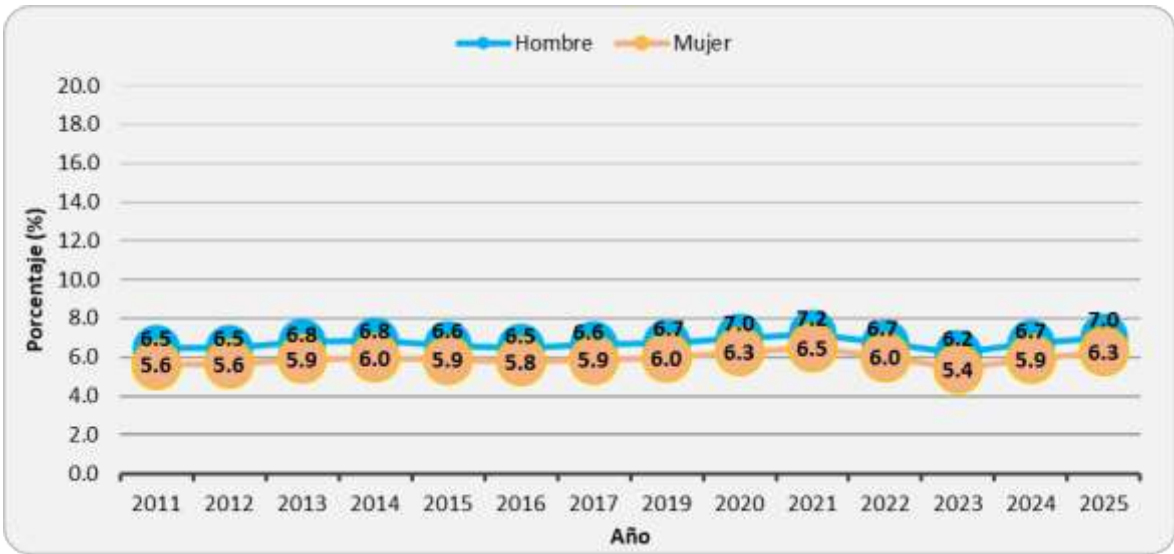
De la misma manera, entre los años 2011 y 2025, la proporción de **sobrepeso** en hombres y mujeres presentó cifras en el rango de 5,4% a 7,2%, también sin diferencias sustanciales.

Gráfico 15. Tendencia del Exceso de peso en niñas y niños menores de cinco años según sexo. Perú, 2011-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2011 -2025.

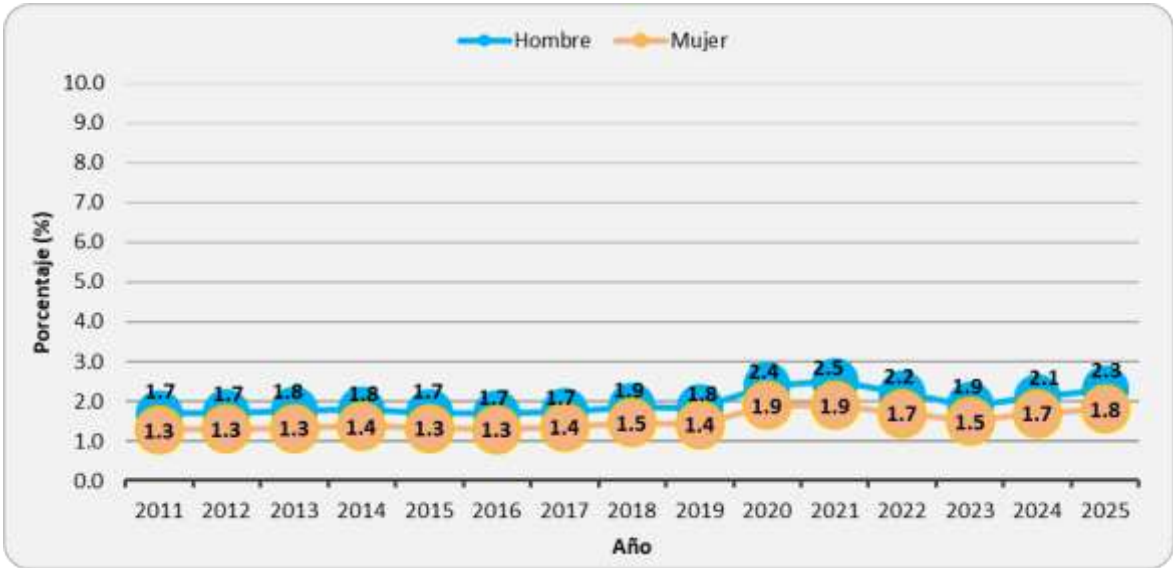
Gráfico 16. Tendencia del Sobrepeso en niñas y niños menores de cinco años según sexo. Perú, 2011-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2011 -2025.

La proporción de **obesidad** en hombres y mujeres, en los últimos catorce años evaluados, se mantuvo en el rango de 1,3% a 2,5%, pero mostrando una tendencia al aumento en los últimos cinco años.

Gráfico 17. Tendencia de la Obesidad en niñas y niños menores de cinco años según sexo. Perú, 2011-2025

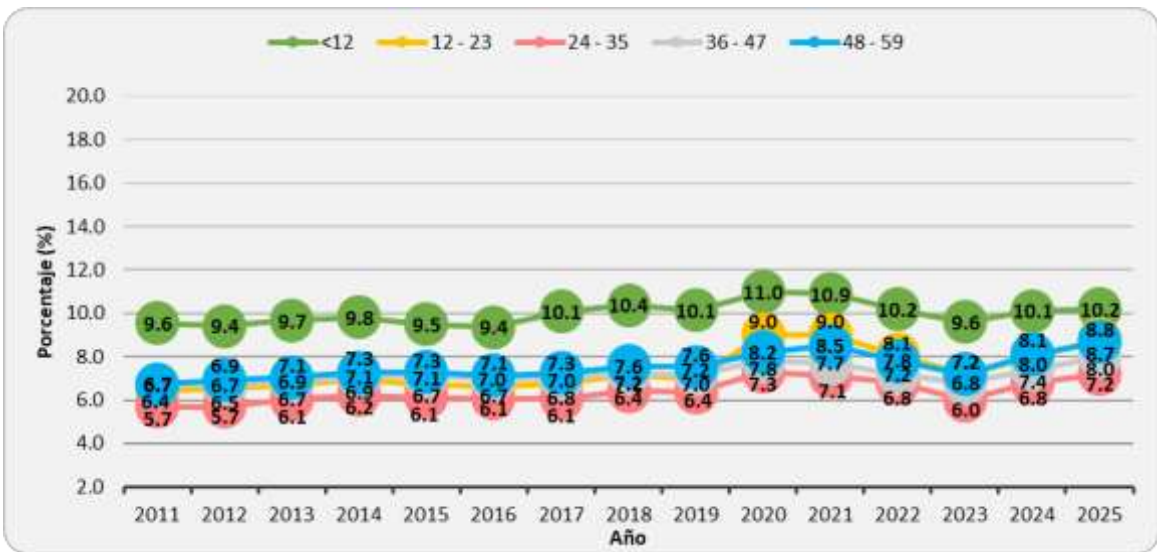


Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2011 -2025.

En el periodo 2011-2025, el exceso de peso en los niños de 12 a 59 meses se mantuvo en el rango de 5,7% a 9,0%, proporciones mayores sólo se observaron en los niños menores de 12 meses.

Según grupos de edad, en el año 2025, las mayores cifras se observaron en el grupo de menores de 12 meses (10,2%), seguido del grupo de niñas y niños de 12 a 23 meses (8,8%) y de 48-59 meses (8,7%); la menor proporción se encontró entre los 24-35 meses (7,2%).

Gráfico 18. Tendencia del Exceso de peso en niñas y niños menores de cinco años según grupos de edad. Perú, 2011-2025

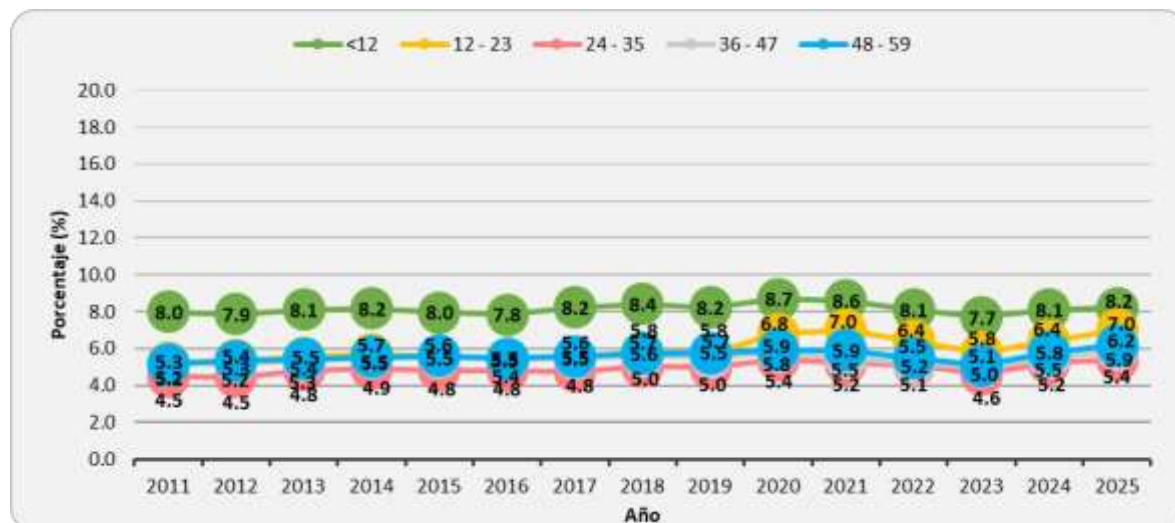


Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2011 -2025.

Entre los años 2011 y primer semestre 2025, el **sobrepeso** en menores de un año se mantuvo en el rango de 7,7% a 8,7%, este último fue la cifra más alta en este grupo de edad, mientras que, en los niños de 12 a 23 meses, se observaron cifras en el rango de 5,3% a 7,0%. En los niños mayores

de 24 meses, las cifras de sobrepeso se mantuvieron en el rango de 4,5% a 6% en el mismo periodo.

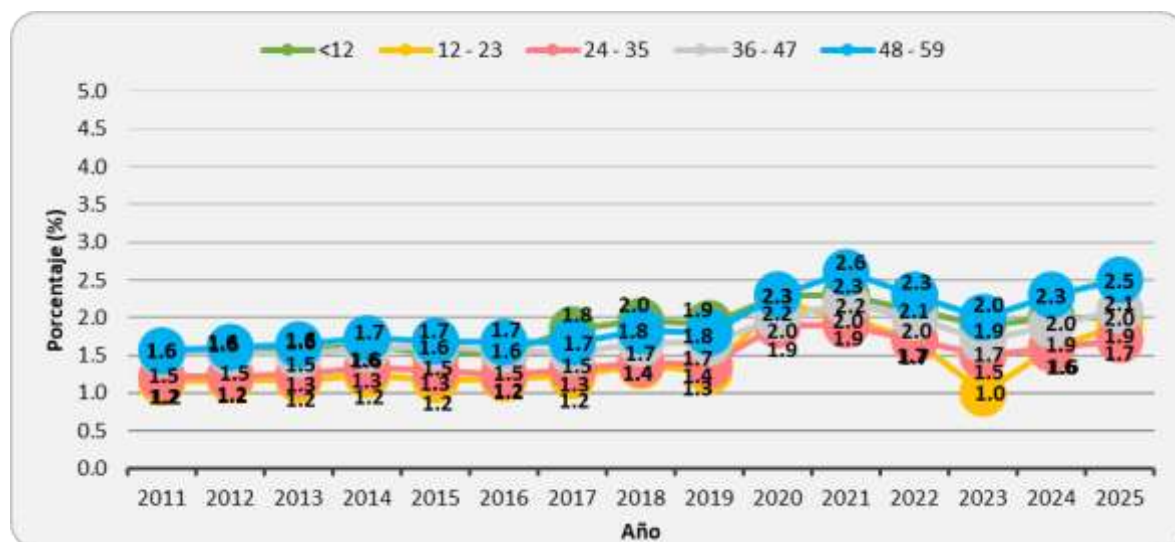
Gráfico 19. Tendencia del Sobrepeso en niñas y niños menores de cinco años según grupos de edad. Perú, 2011-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2011 -2025.

Por otro lado, la proporción de **obesidad** fue menor a 2% entre los años 2011 y 2019, sin embargo, a partir del 2020, las cifras se incrementaron hasta 2,6%, durante la pandemia.

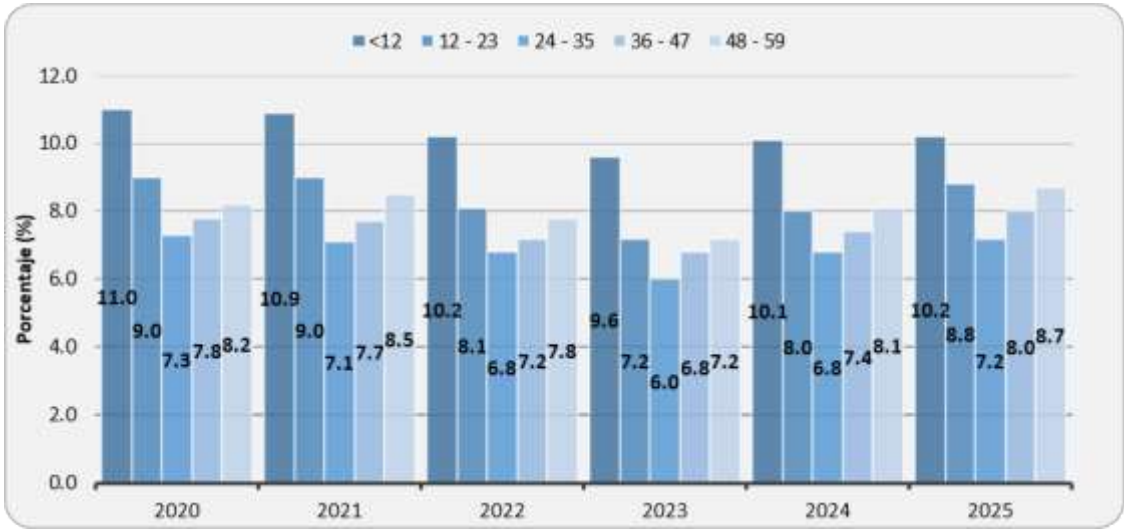
Gráfico 20. Tendencia de la Obesidad en niñas y niños menores de cinco años según grupos de edad. Perú, 2011-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2011 -2025.

En el periodo 2020-2025, el exceso de peso muestra que los niños menores de 12 meses tuvieron la prevalencia más alta, para ir disminuyendo hasta los dos años de vida y luego mostrar un incremento progresivo, circunstancia que se repite en todos los años del periodo, a pesar de la tendencia general de descenso del exceso de peso en dicho tiempo.

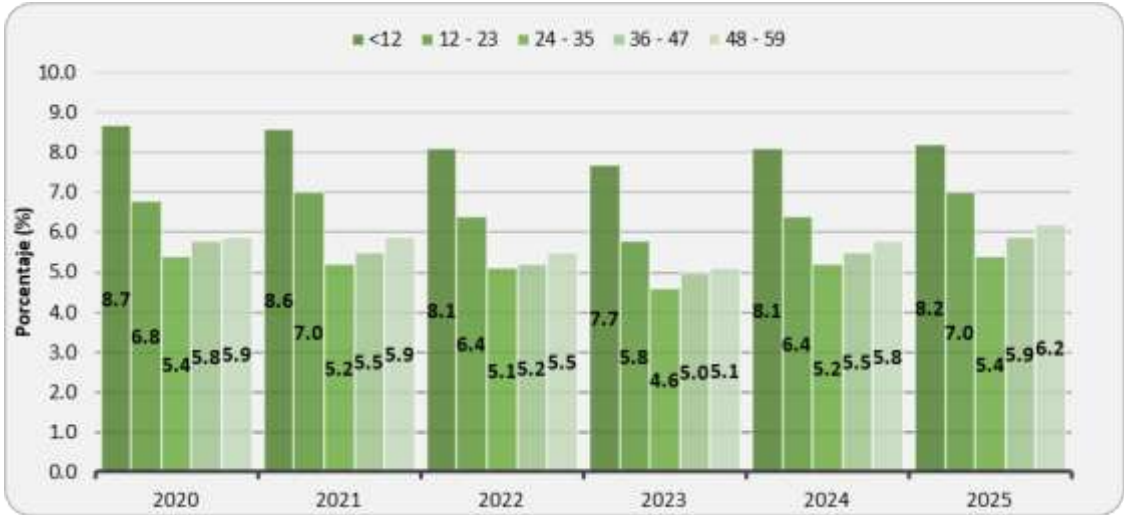
Gráfico 21. Tendencia del Exceso de peso en niñas y niños menores de cinco años según grupos de edad. Perú, 2020-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2020 -2025.

En el mismo periodo 2020-2025, el sobrepeso mostró en los niños menores de 60 meses un comportamiento similar: la prevalencia de sobrepeso más alta en menores de 12 meses, para ir disminuyendo hasta los dos años de vida y luego mostrar un incremento progresivo, circunstancia que se repite en todos los años del periodo, con un incremento menos acentuado.

Gráfico 22. Tendencia del Sobrepeso en niñas y niños menores de cinco años según grupos de edad. Perú, 2020-2025



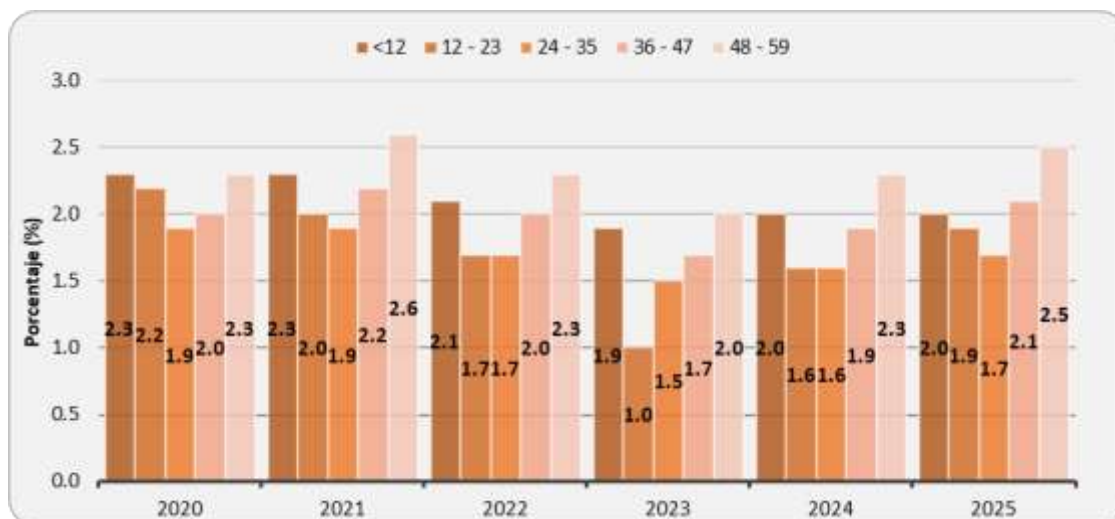
*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)

Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2020 -2025.

Para la obesidad, en el mismo periodo, se encontró el mismo comportamiento: la prevalencia de obesidad alta en menores de 12 meses, disminuyendo hacia los dos años de vida en el 2020-2021 y luego mostrar un incremento progresivo, circunstancia que se repite en cada año del periodo, hacia el cuarto año de vida.

El incremento proporcional, comparado con los niños menores de 12 meses, fue superior, mostrando el inicio más temprano de la obesidad.

Gráfico 23. Tendencia del Obesidad en niñas y niños menores de cinco años según grupos de edad. Perú, 2020-2025



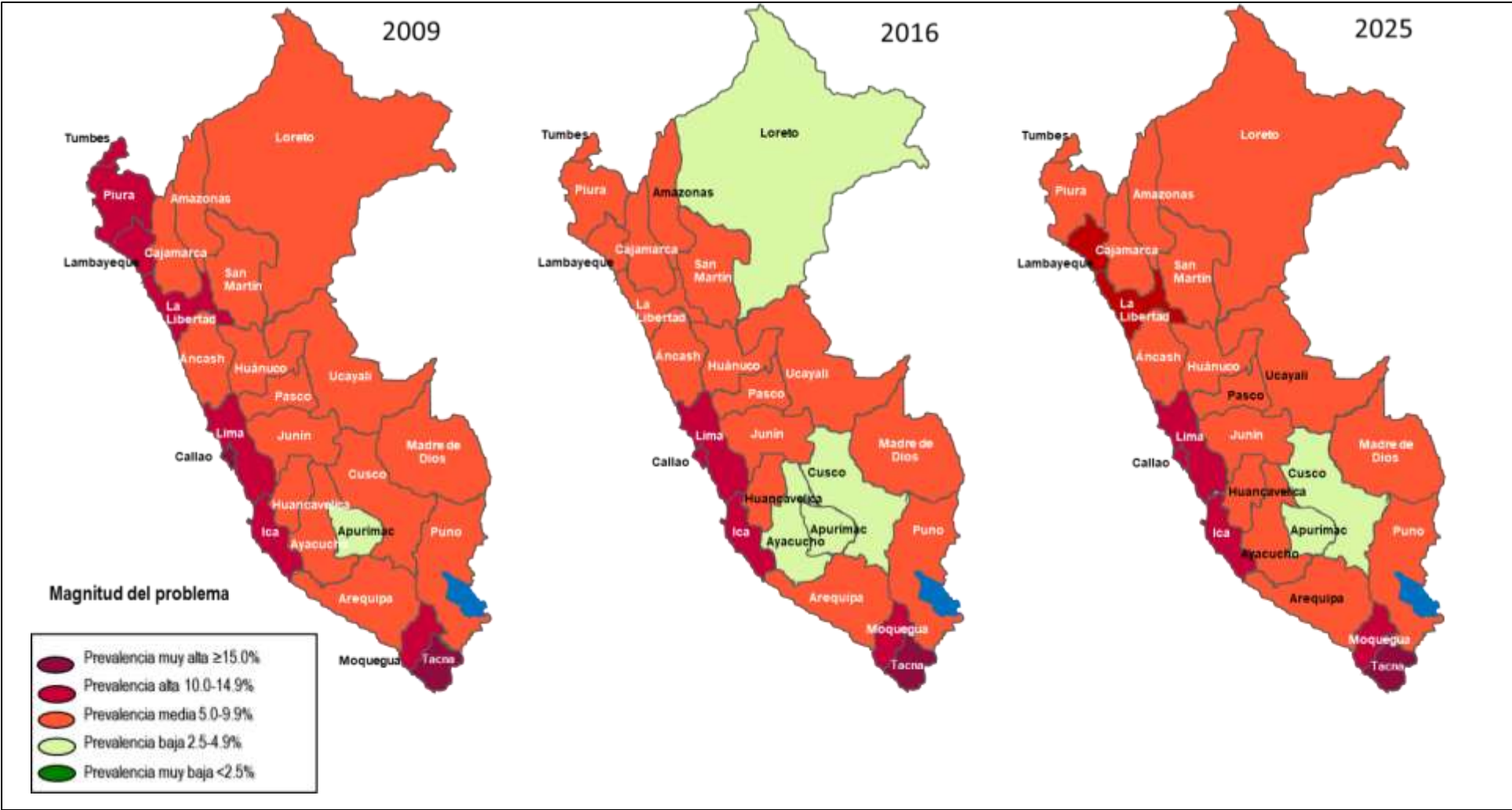
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2020 -2025.

Al evaluar la tendencia entre los años 2009 y 2025, la prevalencia de exceso de peso se mantuvo estable en la mayoría de los departamentos del país.

Por otro lado, de acuerdo a los criterios de problema de salud pública, en el año 2025, Tacna presentó una proporción de exceso de peso catalogada como “Muy alta” ($\geq 15,0\%$), mientras que Moquegua, Callao, Lima, Ica, La Libertad y Lambayeque presentaron cifras clasificadas como “Altas” en menores de cinco años (de $10,0\%$ a $14,9\%$)⁹. Sólo los departamentos de Cusco y Apurímac presentaron cifras catalogadas como “Bajas” ($2,5\%$ a $4,9\%$).

⁹ OMS, Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide, second edition, 2019

Gráfico 24. Evolución del exceso de peso en niñas y niños menores de cinco años según departamentos. Perú, 2009, 2016 y 2025



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Gerencial SIEN HIS Estado Nutricional de Niños menores de cinco años que acceden a Establecimientos de Salud 2009, 2016, 2025

4.1.2.2 Tendencia de la doble y triple carga de malnutrición en niños menores de cinco años

La doble carga de la malnutrición es un fenómeno que se caracteriza por la coexistencia de la desnutrición (incluyendo deficiencias de micronutrientes) con la sobrenutrición (sobrepeso y obesidad) en una población, en el hogar o en el individuo¹⁰.

A nivel individual, **la doble carga de la malnutrición**¹⁰ se define como la presencia simultánea de sobrepeso u obesidad junto con retraso del crecimiento, anemia u otras deficiencias de micronutrientes en el mismo individuo, que ocurren al mismo tiempo durante una etapa determinada del desarrollo (por ejemplo, la infancia, la adolescencia o la edad adulta).

La **triple carga de malnutrición** se refiere a la presencia simultánea de desnutrición, deficiencias de micronutrientes (deficiencia de hierro, vitamina A, vitamina D, yodo, etc.) y sobrenutrición⁹, es decir la coexistencia simultánea de tres formas distintas de malnutrición en un mismo individuo. Este fenómeno refleja una transición nutricional en la que persisten problemas de desnutrición mientras emergen otros de sobrealimentación, lo que representa un desafío complejo para la salud pública.

La doble y triple carga de la malnutrición en Perú, y en otros países en desarrollo, requiere un enfoque integral, por lo que es esencial implementar políticas públicas de doble propósito que promuevan una alimentación saludable, el acceso a servicios de salud adecuados y la educación nutricional. Además, es importante considerar las desigualdades regionales y socioeconómicas para diseñar intervenciones efectivas.

Para efectos de este informe, se consideró la carga de malnutrición a nivel individual.

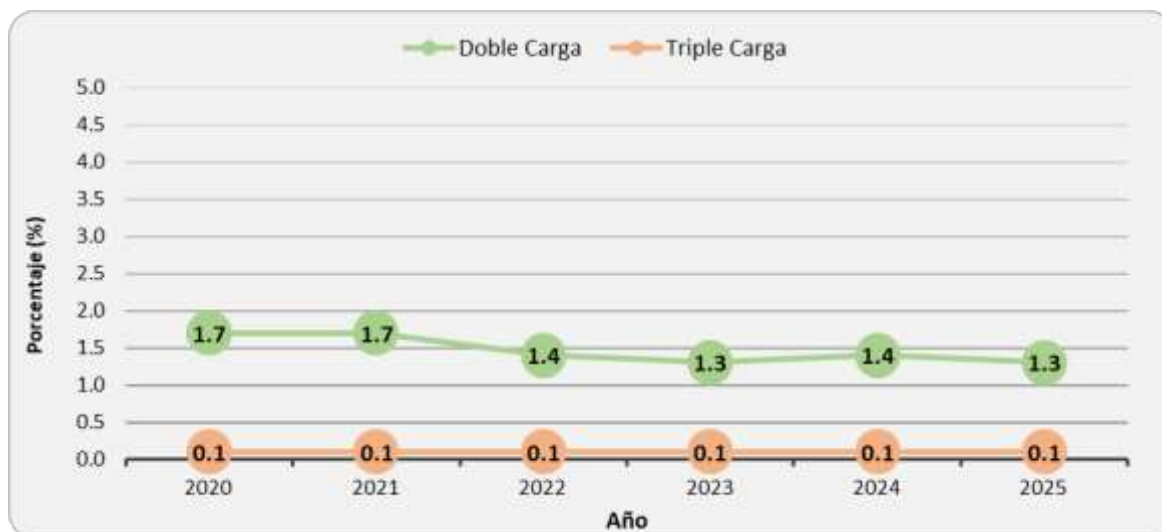
De este modo, el niño con doble carga de malnutrición fue cuando solo presentó talla baja (no se consideró anemia) y sobrepeso u obesidad.

La triple carga de malnutrición se consideró cuando presentó talla baja, anemia y sobrepeso u obesidad.

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN/HIS, entre los años 2020-2025*, entre el 1,3-1,7% de los niños menores de cinco años presentaron doble carga individual de malnutrición. La triple carga individual se presentó en el 0,1% de los niños evaluados.

¹⁰ Talukder, A., Kelly, M., Sayeed, M. A., Gray, D., & Sarma, H. (2025). *Defining double burden of malnutrition across individual, household and population level: A narrative review*. *Nutrition and Dietetics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.70037>

Gráfico 25. Tendencia de la doble y triple carga de la malnutrición en niños menores de cinco años. Perú, 2020-2025*

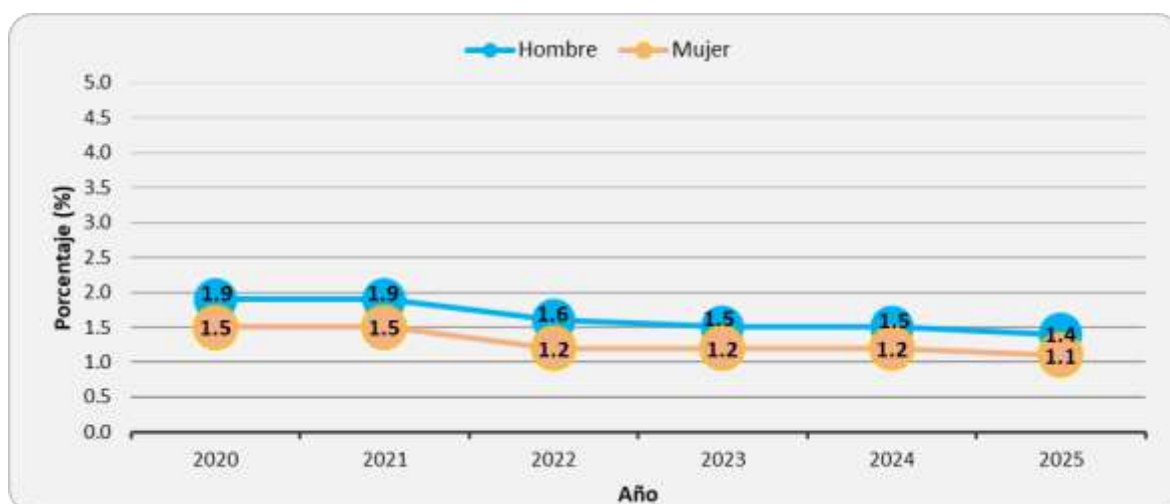


*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)

Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2020 -2025.

Según sexo, la doble carga de malnutrición en menores de cinco años se mantuvo estable entre los años 2020 y 2025*, presentando en todo el periodo evaluado cifras en el rango de 1,4% y 1,9%, en hombres y en el rango de 1,1% y 1,5% en mujeres, siendo levemente mayor en los hombres.

Gráfico 26. Tendencia de la doble carga de la malnutrición en niños menores de cinco años. Perú, 2020-2025*

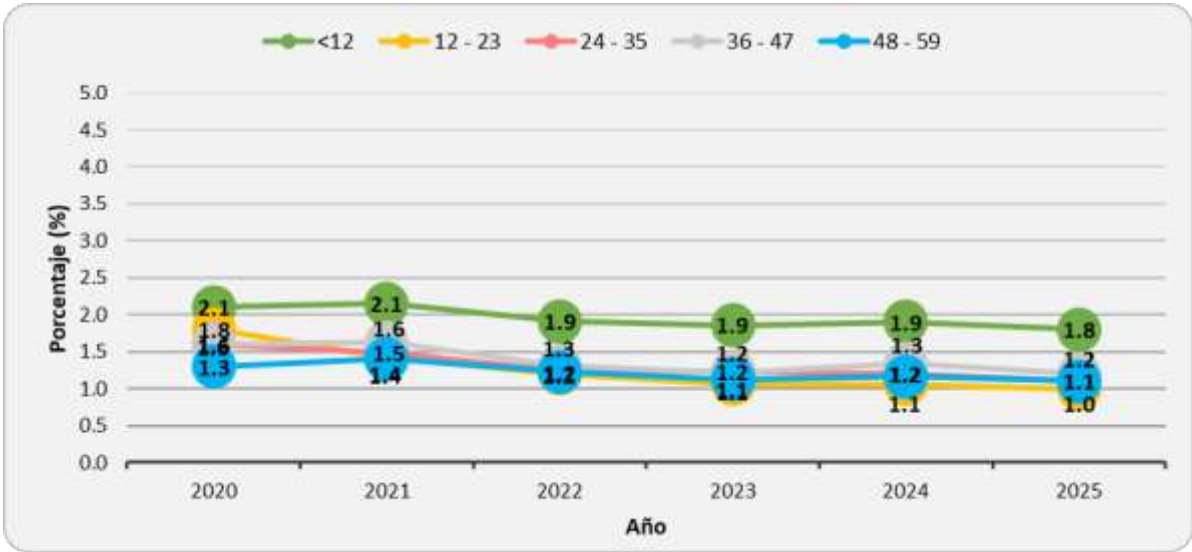


*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)

Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2020 -2025.

Según grupos de edad, la doble carga de malnutrición es superior en los niños menores de 12 meses en todos los periodos evaluados, manteniéndose en el rango de 1,9% y 2,1%.

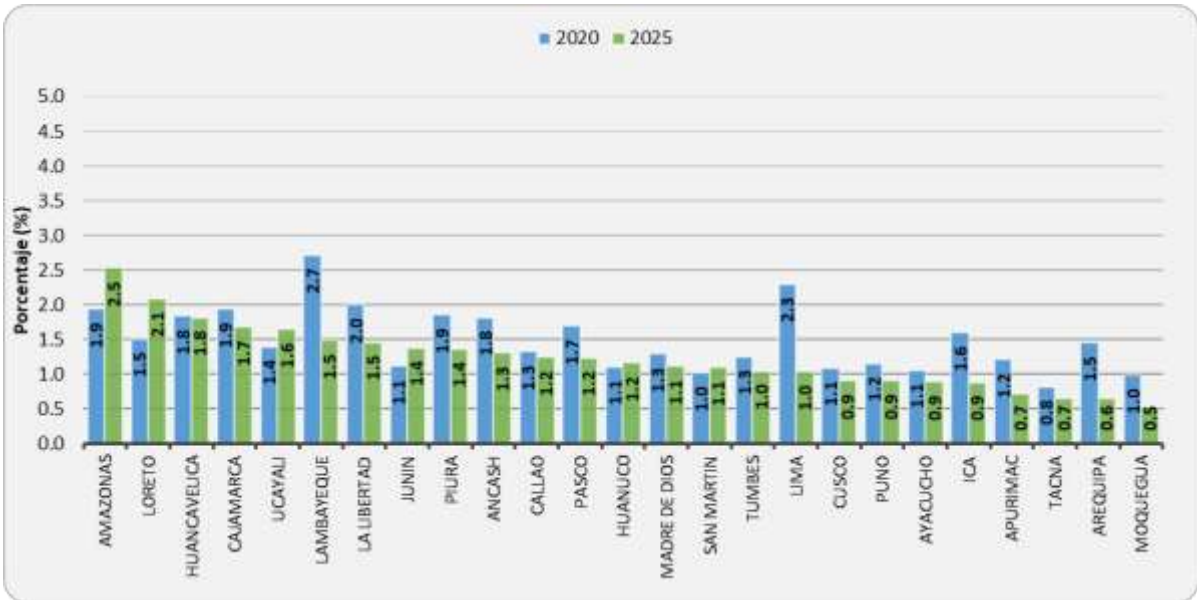
Gráfico 27. Tendencia de la doble carga de la malnutrición en niños menores de cinco años. Perú, 2020-2025*



*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2020 -2025.

Al evaluar la tendencia entre los años 2020 y 2025*, la proporción de doble carga de malnutrición incremento principalmente en Amazonas y Loreto, presentando en el año 2024, cifras por encima al 2,0%.

Gráfico 28. Tendencia de la doble carga de la malnutrición en niños menores de cinco años. Perú, 2020 y 2025*



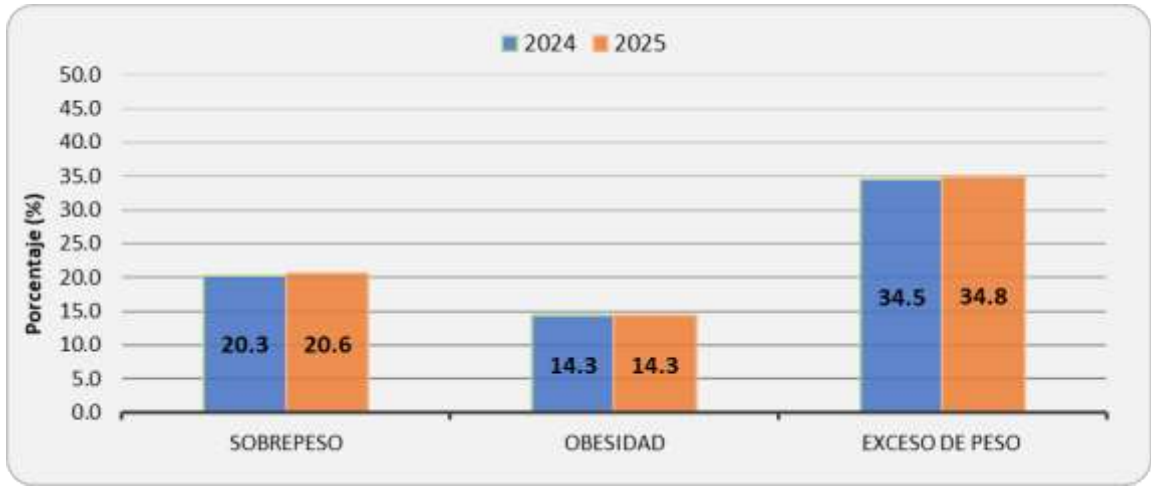
*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2020 -2025.

4.1.3 Estado nutricional de los niños de 5 a 11 años

4.1.3.1 Tendencia del sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años según indicador IMC/edad

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN/HIS, en el año 2024, uno de cada tres niños de 5 a 11 años tuvo **exceso de peso** (34,5%). Al primer semestre del 2025, la cifra es muy similar. Así mismo, la prevalencia **sobrepeso y obesidad** en niños de 5 a 11 años no presentó cambios sustanciales, afectando a 1 de cada 5 y 1 de cada 7 niños respectivamente.

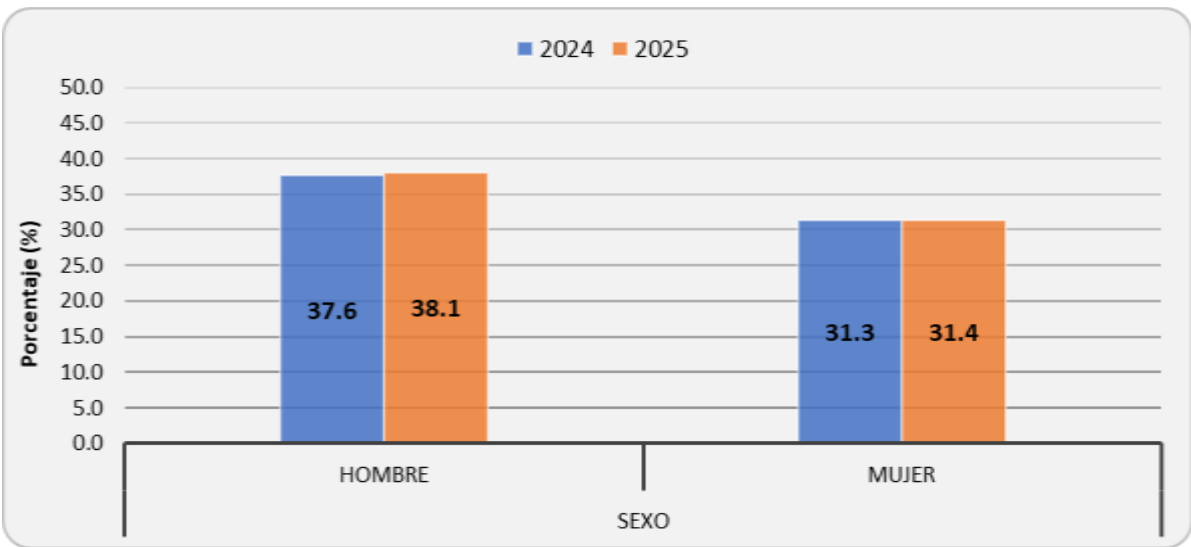
Gráfico 29. Proporción de sobrepeso, obesidad y exceso de peso en niñas y niños de 5 a 11 años. Perú, 2024-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

Según sexo, el **exceso de peso** en niños de 5 a 11 años fue mayor en hombres que en mujeres en ambos periodos evaluados.

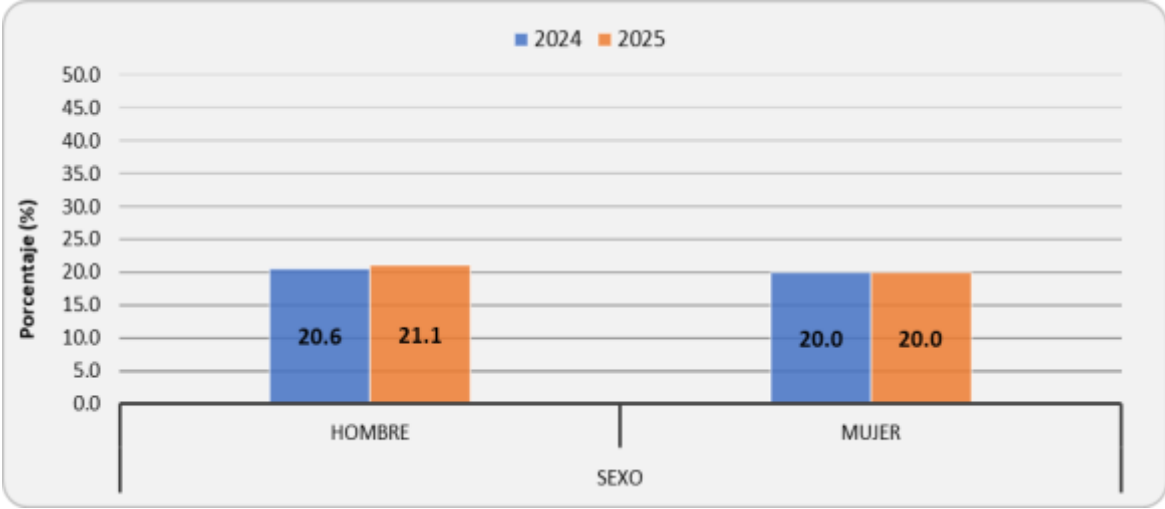
Gráfico 30. Proporción de exceso de peso en niñas y niños de 5 a 11 años según sexo. Perú, 2024-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

Según sexo, el **sobrepeso** en niños de 5 a 11 años fue muy cercana entre hombres y mujeres, en ambos periodos evaluados.

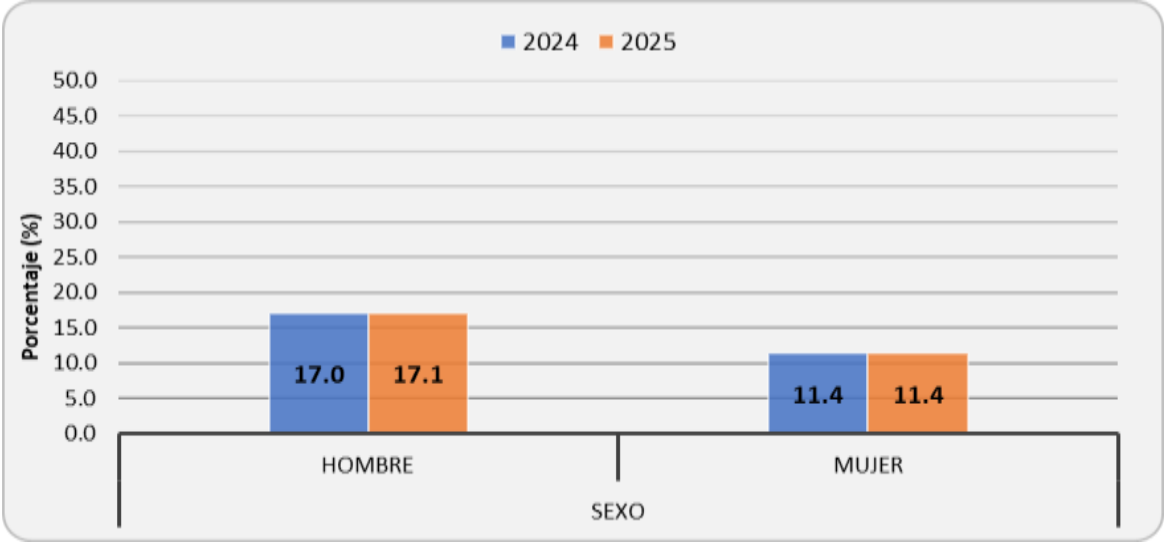
Gráfico 31. Proporción de sobrepeso en niñas y niños de 5 a 11 años según sexo. Perú, 2024-2025*



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

La proporción de **obesidad** en niños de 5 a 11 años fue mayor en hombres que en mujeres, de la misma manera, en ambos periodos evaluados.

Gráfico 32. Proporción de obesidad en niñas y niños de 5 a 11 años según sexo. Perú, 2024-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

De acuerdo a los criterios para clasificar como problema de salud pública de la OMS¹¹, en el año 2025, todos los departamentos del país presentaron proporciones de sobrepeso catalogadas como “Muy alta” ($\geq 15,0\%$), siendo mayor al 20% en los departamentos de La Libertad, Ancash,

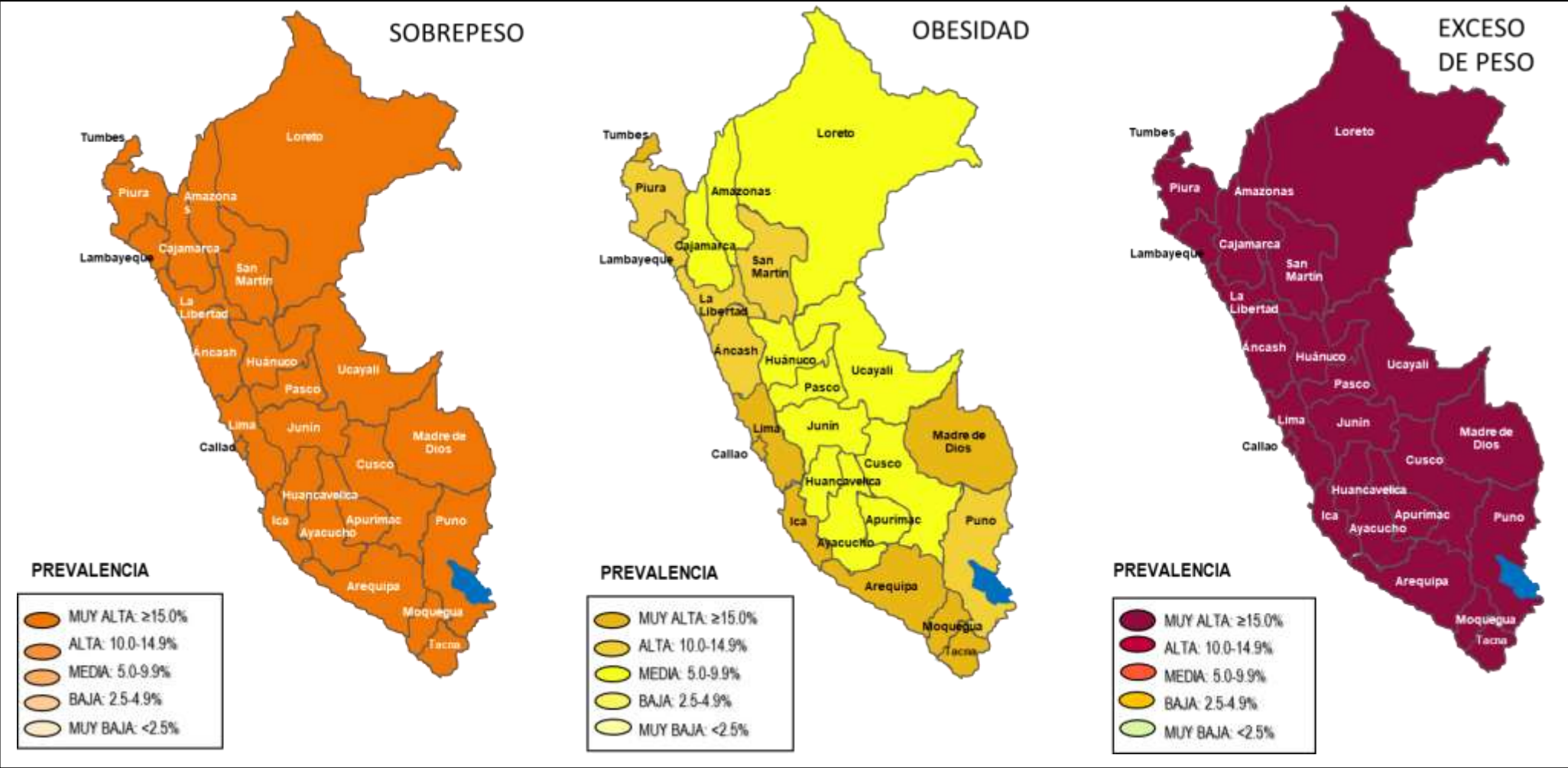
¹¹ World Health Organization. (2019). *Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide* (2nd ed.). WHO. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c1c3ba65-9a7c-4f37-ab4d-a5fb8e08dcd1/content>

Puno, Lambayeque, Ica, Madre De Dios, Lima, Arequipa, Tacna, Moquegua y la Provincia Constitucional del Callao.

Por otro lado, la obesidad fue catalogada como “muy alta” en los departamentos de Tacna, Moquegua, Lima, Ica, Tumbes, Arequipa, Madre De Dios y la Provincia Constitucional Del Callao.

Así mismo, todos los departamentos del país presentaron cifras mayores a 15% en lo que respecta al exceso de peso, y en el caso de los departamentos de Tacna, Moquegua, Lima, Ica, Arequipa y la Provincia Constitucional del Callao, las proporciones fueron mayores al 40,0%.

Gráfico 33. Mapa del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en niños de 5 a 11 años según departamentos. Perú, 2025



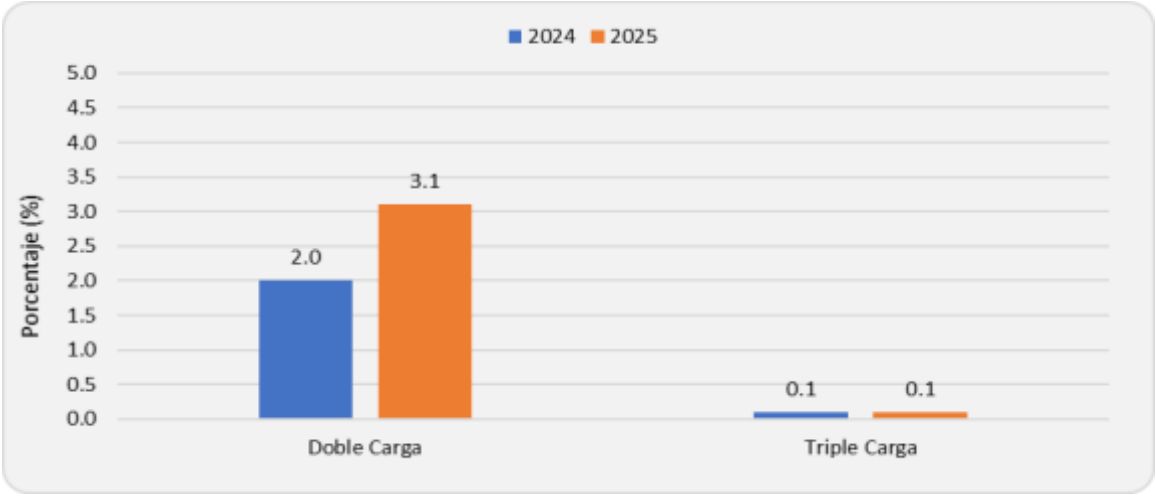
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2025.

4.1.3.2 Tendencia de la doble y triple carga de malnutrición en niños de 5 a 11 años

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN/HIS, en el año 2024 el 2,0% de los niños de 5 a 11 años presentaron talla baja y sobrepeso u obesidad, es decir tuvieron **doble carga individual de malnutrición** y para el primer semestre del 2025, se presentó en el 3,1% de los evaluados.

La **triple carga de malnutrición**, es decir, talla baja, sobrepeso u obesidad y anemia, se presentó en el 0,1% de los niños en los dos periodos evaluados.

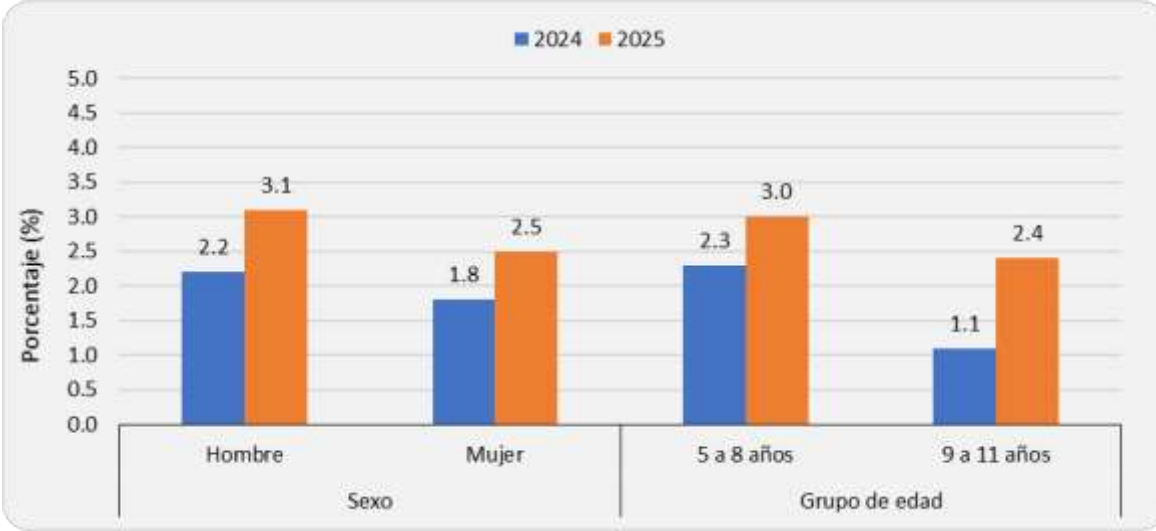
Gráfico 34. Tendencia de la doble y triple carga de la malnutrición en niños de 5 a 11 años. Perú, 2024-2025*



*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

Según sexo, en ambos periodos evaluados, la doble carga de malnutrición fue ligeramente mayor en hombres que en mujeres, y según grupos de edad, fue superior en el grupo de 5 a 8 años frente al de los niños de 9 a 11 años.

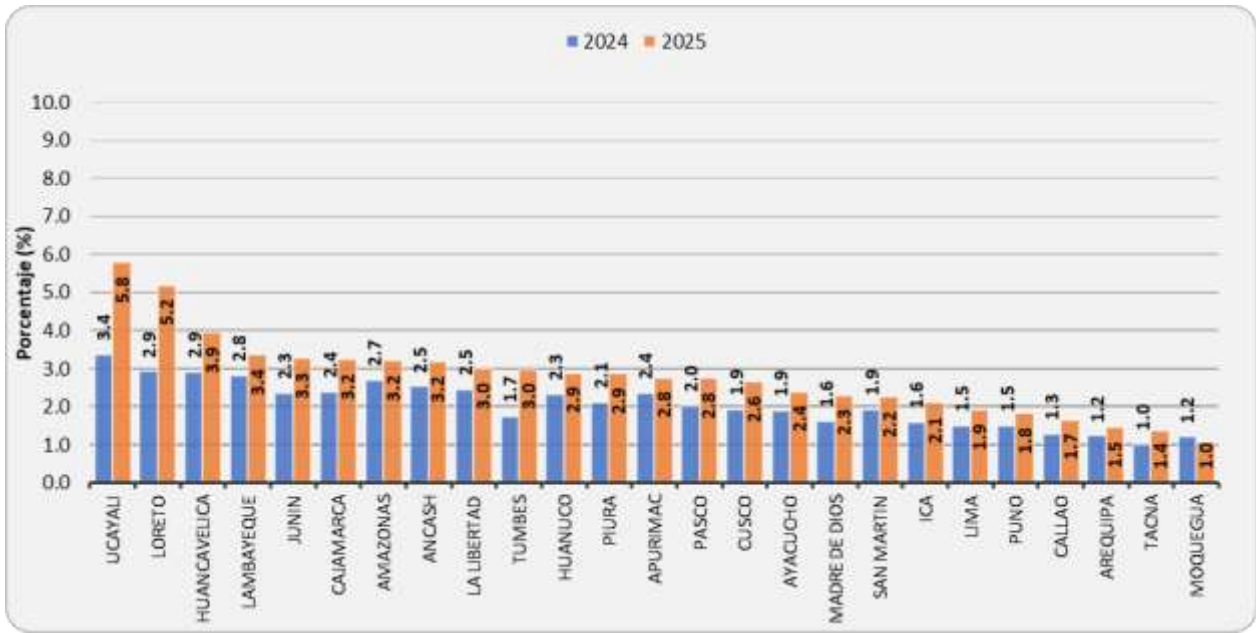
Gráfico 35. Proporción de la doble carga de la malnutrición en niños de 5 a 11 años según sexo y grupos de edad. Perú, 2024-2025*



*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

Al evaluar la proporción de doble carga de malnutrición según departamentos, se puede observar que, en ambos periodos evaluados, su proporción fue mayor en Ucayali (3,4% y 5,8% respectivamente), seguido de Loreto, Huancavelica, Lambayeque, Junín, Cajamarca, Amazonas y Ancash, todos ellos con cifras mayor o igual a 3,0% en el primer semestre del año 2025*.

Gráfico 36. Tendencia de la doble carga de la malnutrición en niños de 5 a 11 años según departamentos. Perú, 2024-2025*



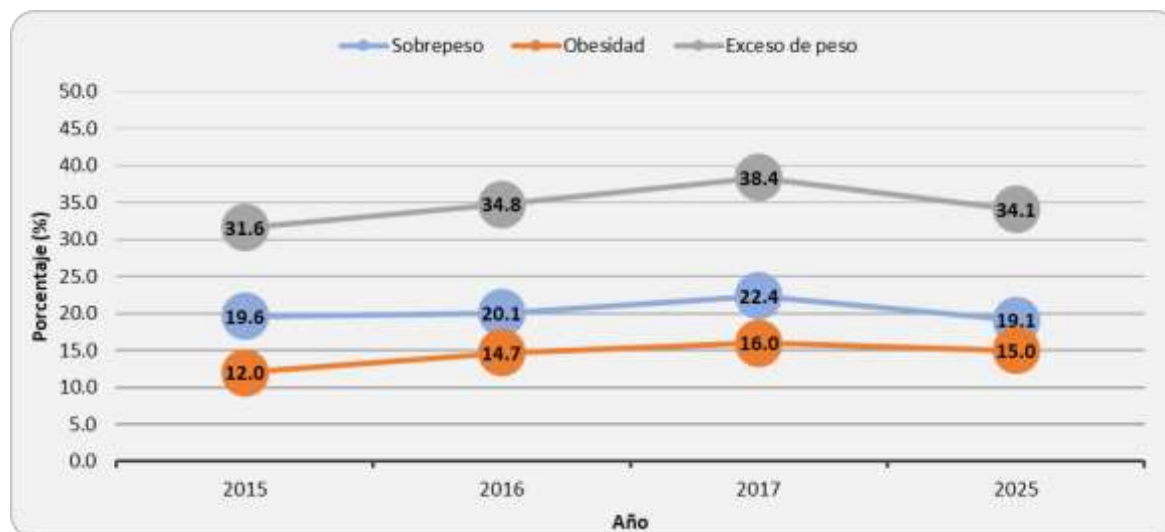
*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

4.1.3.3 Tendencia del sobrepeso y obesidad en escolares del nivel primario

Entre los años 2015 y 2025, la prevalencia de **exceso de peso** en escolares del nivel primario se mantuvo en el rango 31,6% a 38,4%, mostrando que al menos uno de cada tres escolares de 6 a 14 años tuvo una acumulación excesiva de grasa corporal perjudicial para su salud.

Como se observa en el gráfico, entre los años 2015 y 2025, la prevalencia de **sobrepeso** estuvo alrededor del 20,0%, mientras que la **obesidad** se mantuvo en el rango de 12,0 a 16,0% en el mismo periodo de tiempo.

Gráfico 37. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en escolares del nivel primario de 6 a 14 años. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

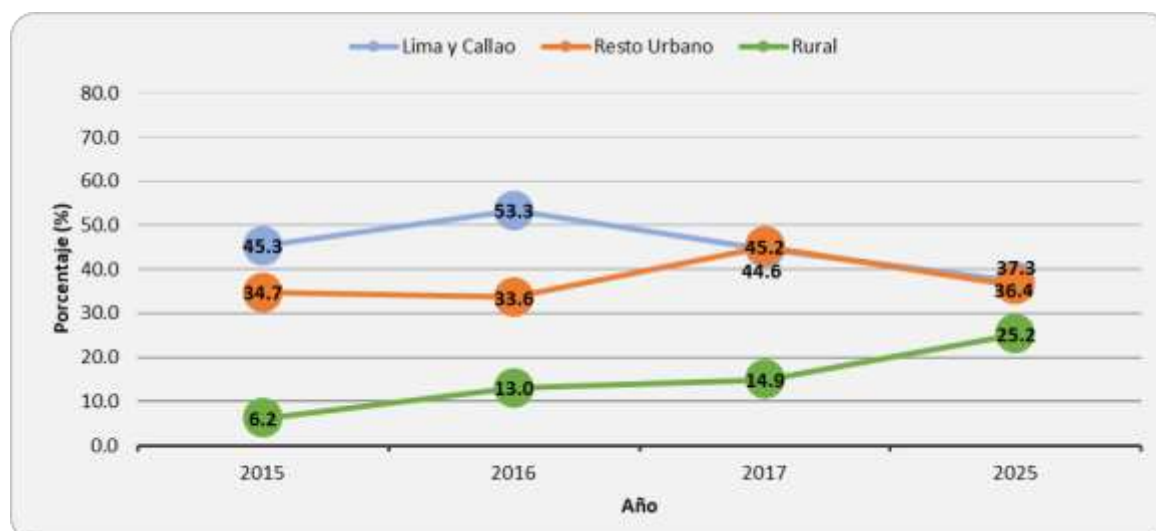


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018 / Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú

Según área de residencia, entre los años 2015 y 2025, el **exceso de peso** en los escolares de Lima Metropolitana y Callao, así como de Resto urbano se mantuvo estable. En el área rural, la prevalencia se cuadruplicó de 6,2% (IC 95% 1,9;18,3) a 25,2%(IC 95% 19,2;32,8).

Gráfico 38. Tendencia del Exceso de peso en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según área de residencia. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*



* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018 / Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú.

Al comparar las cifras de los años 2015 y 2025, se puede observar que la prevalencia de **sobrepeso** en los escolares de Lima Metropolitana y Callao, así como en resto urbano se mantuvo estable. En el área rural, la prevalencia casi se triplicó en el mismo periodo de tiempo, aunque no de manera significativa (de 5,6%(IC 95% 1,7;16,5) en el 2015 a 18,7%(IC 95% 14,8;23,4) en el 2025).

Gráfico 39. Tendencia del Sobrepeso en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según área de residencia. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

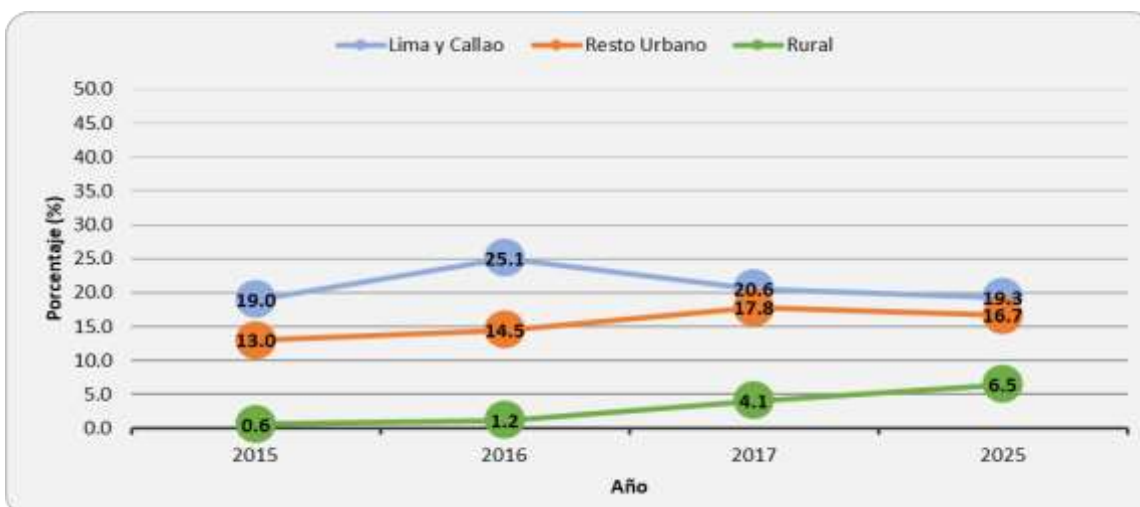


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018 / Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú

De la misma manera, la **obesidad** mostró cifras estables en escolares de Lima Metropolitana y Callao y Resto Urbano; mientras que, en el área rural casi multiplicó por diez su prevalencia, de 0,6% (IC 95% 0,2;1,8) en el año 2015 a 6,5%(IC 95% 4,4;9,4) en el 2025.

Gráfico 40. Tendencia de la Obesidad en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según área de residencia. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

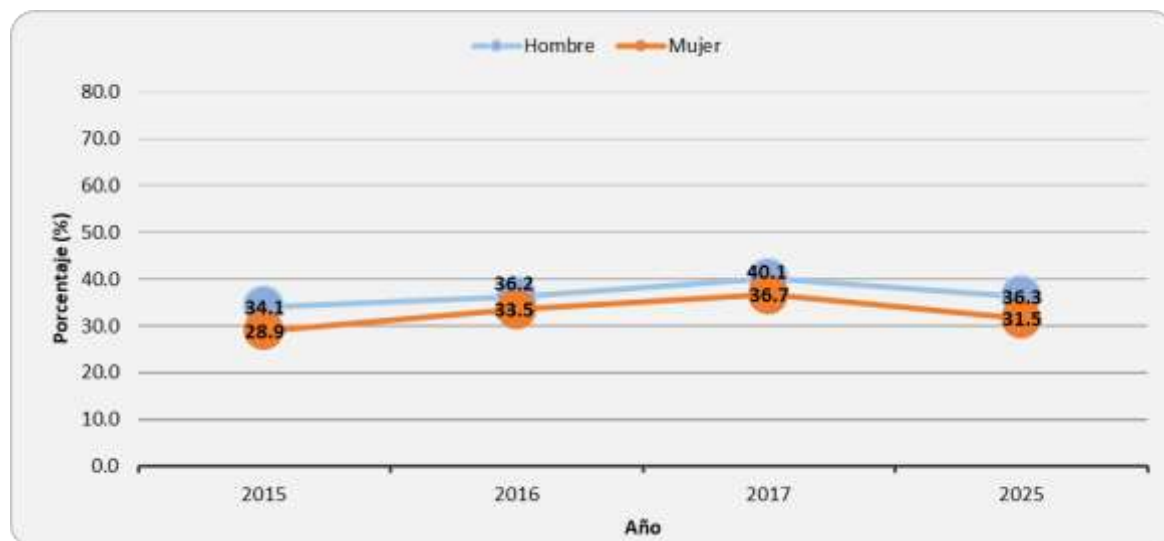


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018. / Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú

Según sexo, entre los años 2015 y 2025, se puede observar que la prevalencia de **exceso de peso** se mantuvo constante en los escolares de ambos sexos, siendo predominante en los hombres en los cuatro periodos evaluados.

Gráfico 41. Tendencia del exceso de peso en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según sexo. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

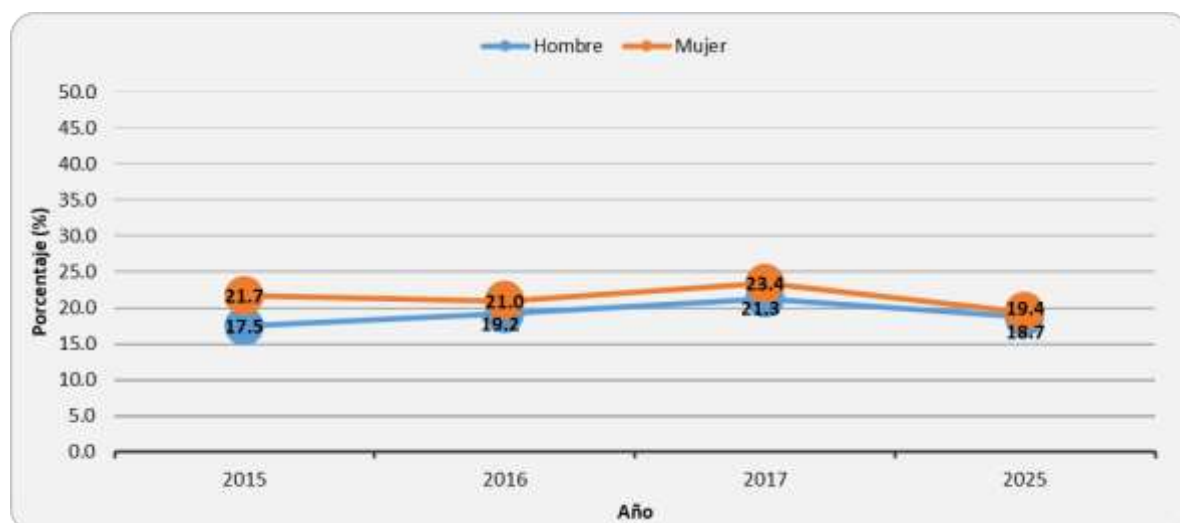


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018/ Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú.

Así mismo, se puede observar que la prevalencia de **sobrepeso** se mantuvo en el rango de 17,5%-23,4% en ambos sexos, siendo predominante en mujeres en todos los periodos evaluados.

Gráfico 42. Tendencia del Sobrepeso en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según sexo. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

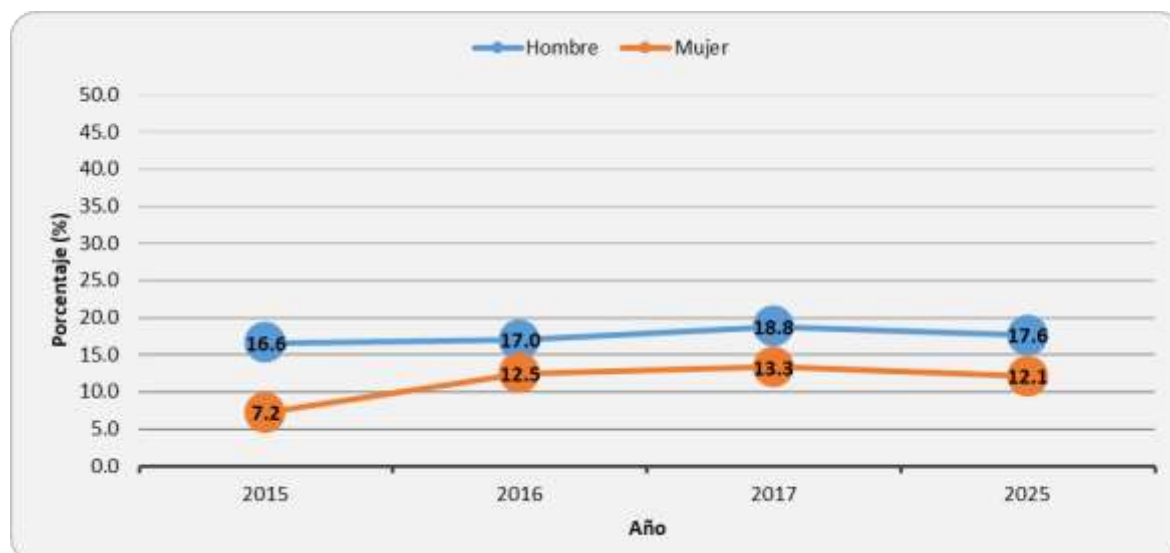


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018/ Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú.

Por otro lado, la prevalencia de **obesidad** en mujeres aumentó 4,9 pp en, de 7,2% a 12,1% entre los años 2015 y 2025, mientras que en hombres se mantuvo en el rango de 16,6%-18,8% en el mismo periodo, siendo mayor en ellos todos los periodos evaluados.

Gráfico 43. Tendencia de la Obesidad en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según sexo. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

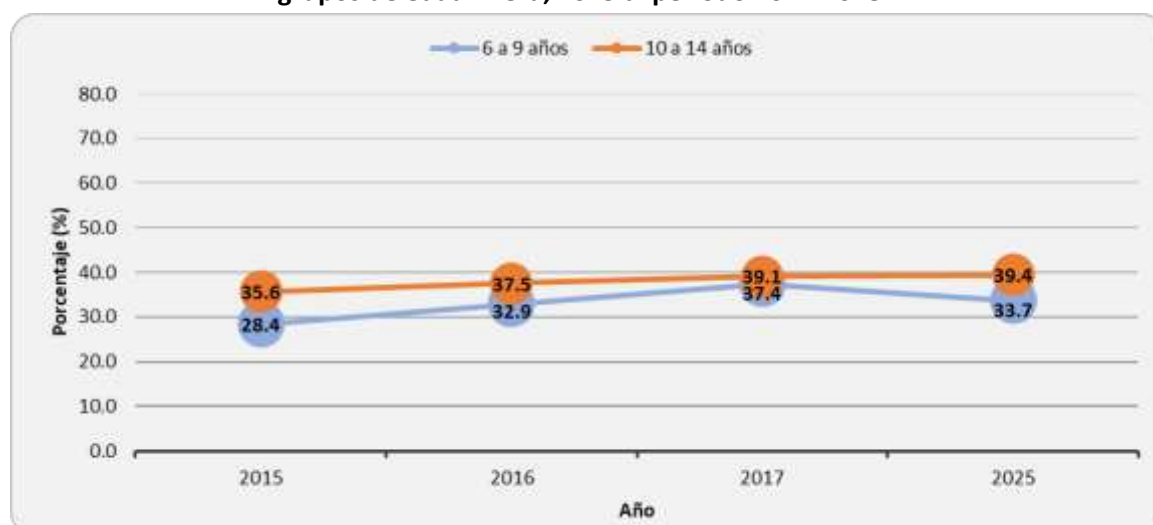


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018/ Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú.

Según grupos de edad, la prevalencia de **exceso de peso** en escolares 6 a 9 años, se mantuvo en el rango de 28,4%- 37,4% entre los años 2015 y 2025; mientras que en el grupo de escolares del 10 a 14 años, el rango fue ligeramente superior (35,6%-39,4%) en el mismo periodo.

Gráfico 44. Tendencia del Exceso de peso en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según grupos de edad. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

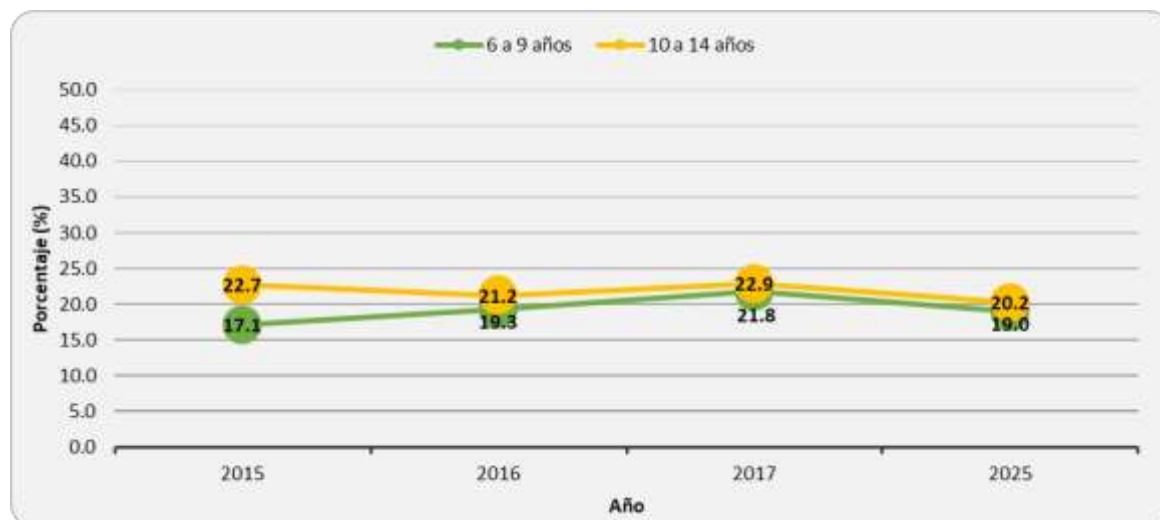


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018/ Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú.

Según grupos de edad, al comparar las cifras del año 2015 y 2025, se puede observar que la prevalencia de **sobrepeso** en los escolares de 6 a 9 años y de 10 a 14 años se mantuvo estable.

Gráfico 45. Tendencia del Sobrepeso en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según grupos de edad. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

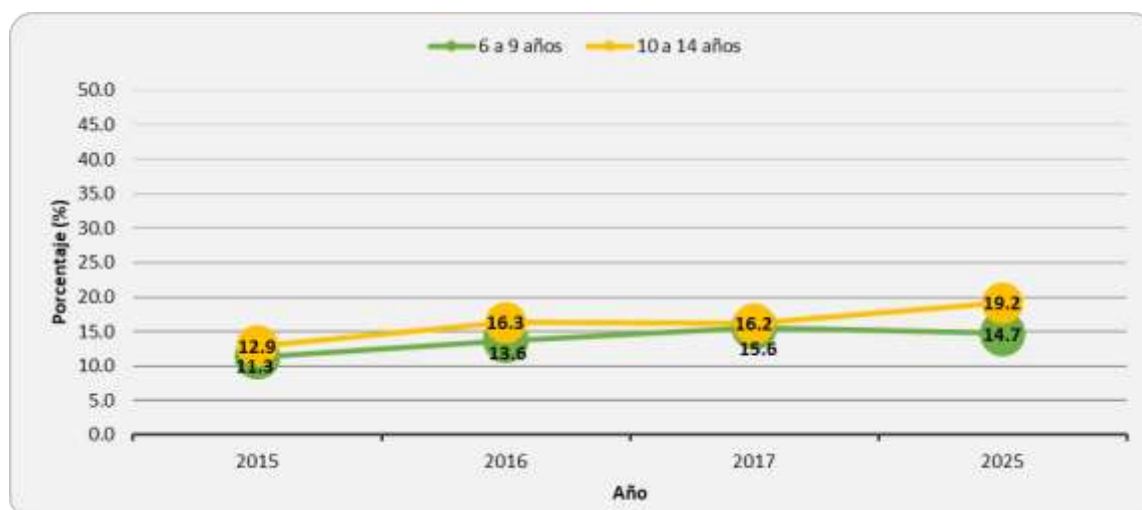


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018/ Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú.

Por otro lado, la prevalencia de **obesidad** en escolares de 6 a 9 años se mantuvo en el rango de 11,3%-14,7% entre los años 2015 y 2025, mientras que en el grupo de 10 a 14 años la prevalencia incrementó, aunque no significativamente, en 6,3 pp con cifras de 12,9% y 19,2%, en el mismo periodo.

Gráfico 46. Tendencia de la Obesidad en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según grupos de edad. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

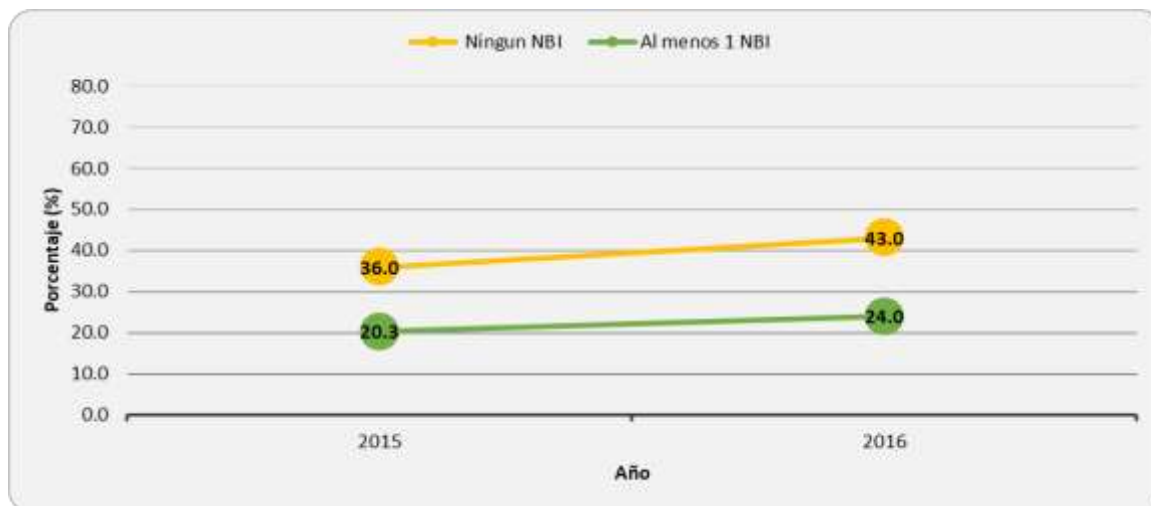


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018/ Reporte preliminar de resultados de la Encuesta VIANEV 2025: Estado nutricional de los escolares de primaria 2025 – Perú.

Según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), entre los años 2015 y 2016, se puede observar que la prevalencia de **exceso de peso** aumentó en ambos niveles de pobreza, siendo mayor el incremento en los escolares sin NBI.

Gráfico 47. Tendencia del Exceso de peso en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según NBI. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

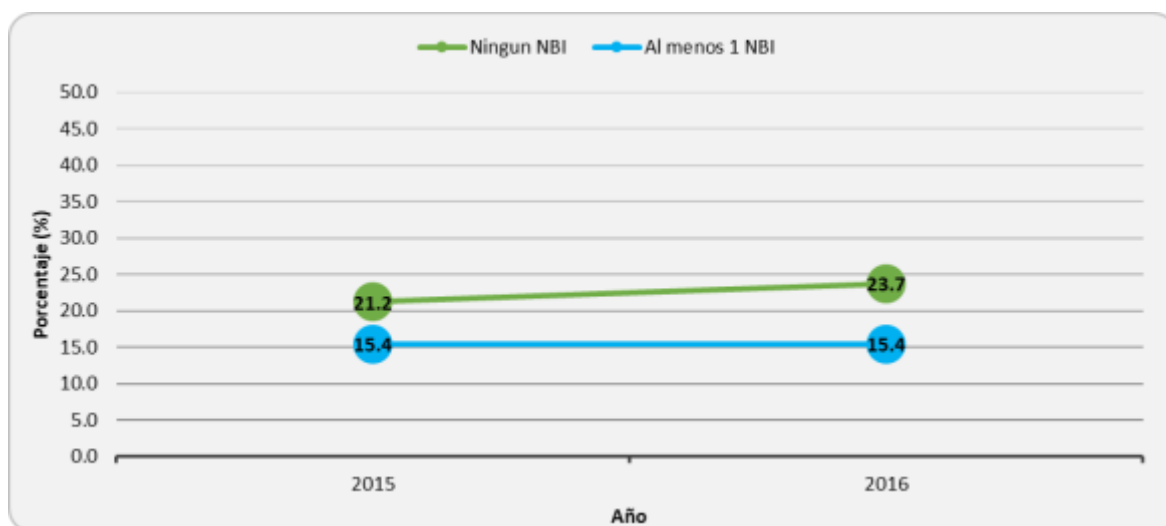


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/

Entre los años 2015 y 2016, la prevalencia de **sobrepeso** se mantuvo estable en ambos niveles de bienestar, siendo mayor en los escolares sin NBI.

Gráfico 48. Tendencia del Sobrepeso en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según NBI. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*

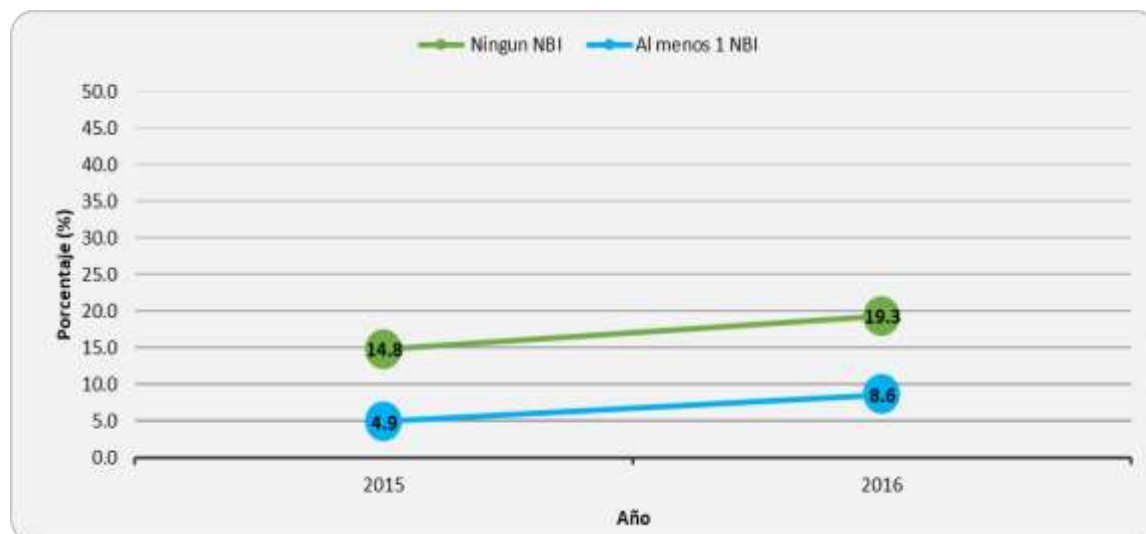


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

La prevalencia de **obesidad** incrementó en 4,5 pp en los escolares sin NBI, de 14,8% a 19,3% entre el año 2015 y 2016, mientras que aquellos con al menos una NBI su prevalencia casi se duplicó en el mismo periodo, con cifras de 4,9% y 8,6%, en los años 2015 y 2016.

Gráfico 49. Tendencia de la Obesidad en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según NBI. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*



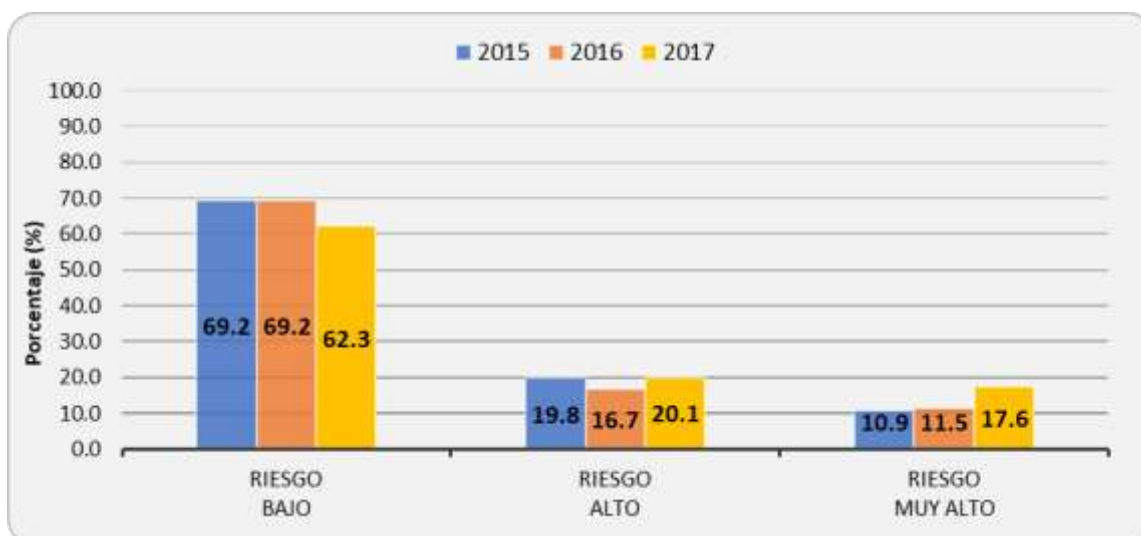
* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

4.1.3.4 Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en escolares del nivel primaria

Según los Informes Técnicos VIANEV 2015, 2016 y 2017-2018 alrededor del 60,0% de los escolares del nivel primario presentaron riesgo bajo de presentar enfermedades cardiometabólicas, el riesgo alto se mantuvo estable entre los años 2015 y periodo 2017-2018, sin embargo, el riesgo muy alto aumentó de 10,9% a 17,6% en el mismo periodo; mostrando que **cuatro de cada diez escolares presentaron riesgo alto o muy alto de presentar enfermedad cardiovascular según perímetro abdominal**.

Gráfico 50. Tendencia del Riesgo de comorbilidad en escolares del nivel primario de 6 a 14 años por perímetro abdominal. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*



* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

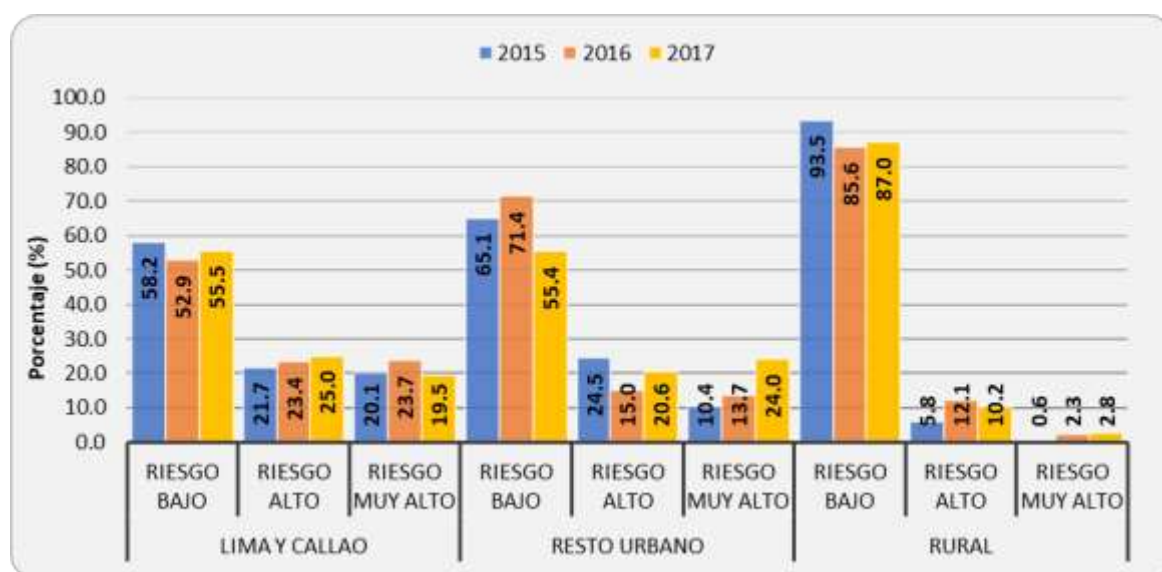
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

Según dominio de residencia, el menor riesgo de comorbilidad se evidencio en los escolares residentes del área rural, en el cual fue 93,5% en el 2015 y 87,0% en el 2017-2018; en Lima y Callao, así como en Resto Urbano, el riesgo bajo presenta cifras similares en la última evaluación (55,5% y 55,4% respectivamente).

En el periodo 2017-2018, el Riesgo alto se observó en uno de cada cuatro escolares de Lima y callao (25,0%), en uno de cada cinco residentes del resto urbano (20,6%) y en uno de cada 10 escolares del área rural (10,2%), en este último dominio de residencia la cifra se duplicó entre el 2015 y periodo 2017-2018.

En Lima y Callao, uno de cada cinco tuvo riesgo muy elevado de riesgo cardiometabólico en el periodo 2017-2018 (19,5%), en el resto urbano, se observó riesgo muy alto en uno de cada cuatro escolares (24,0%), mientras que, en los residentes del área rural, su presencia en escolares fue baja (2,8%).

Gráfico 51. Tendencia del Riesgo de comorbilidad en escolares del nivel primario de 6 a 14 años por perímetro abdominal según dominio de residencia. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*



* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

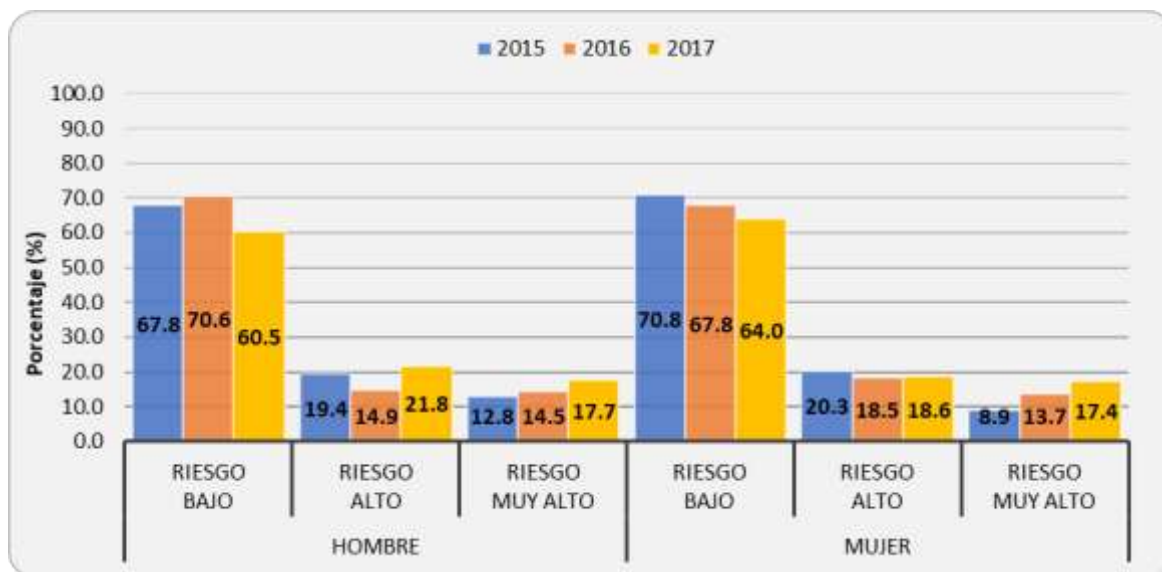
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

Según sexo, el riesgo bajo de comorbilidad fue ligeramente menor en hombres que en mujeres, y disminuyó en ambos sexos entre los años 2015 y periodo 2017-2018. Mientras que, el Riesgo alto se mantuvo estable en ambos, manteniéndose en el rango de 14,9% a 21,8% en hombres y 18,15% a 20,3% en mujeres entre los años 2015 y periodo 2017-2018.

El riesgo muy alto aumentó en hombres de 12,8% a 17,7% entre los años 2015 y 2017-2018; mientras que en mujeres aumentó de 8,9% a 17,4% en el mismo periodo.

El riesgo de comorbilidad fue menor en grupo con al menos un NBI, en ambos periodos evaluados.

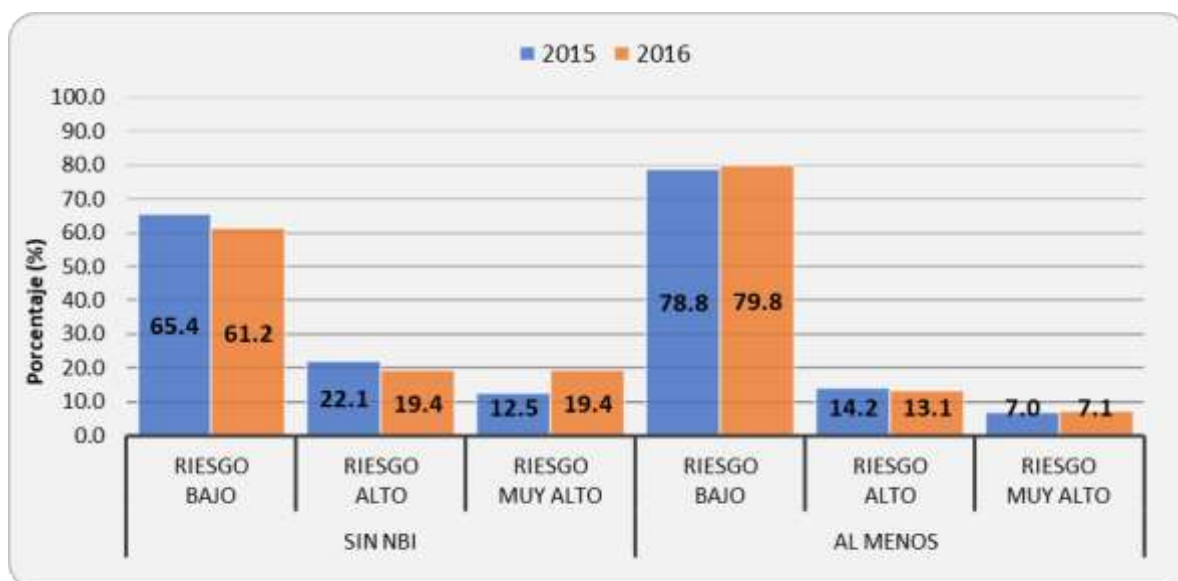
Gráfico 52. Tendencia del Riesgo de comorbilidad en escolares del nivel primario de 6 a 14 años por perímetro abdominal según sexo. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*.



* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016/ Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

Gráfico 53. Tendencia del Riesgo de comorbilidad en escolares del nivel primario de 6 a 14 años según perímetro abdominal según NBI. Perú, 2015 al periodo 2017-2018*



* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños evaluados en el hogar

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

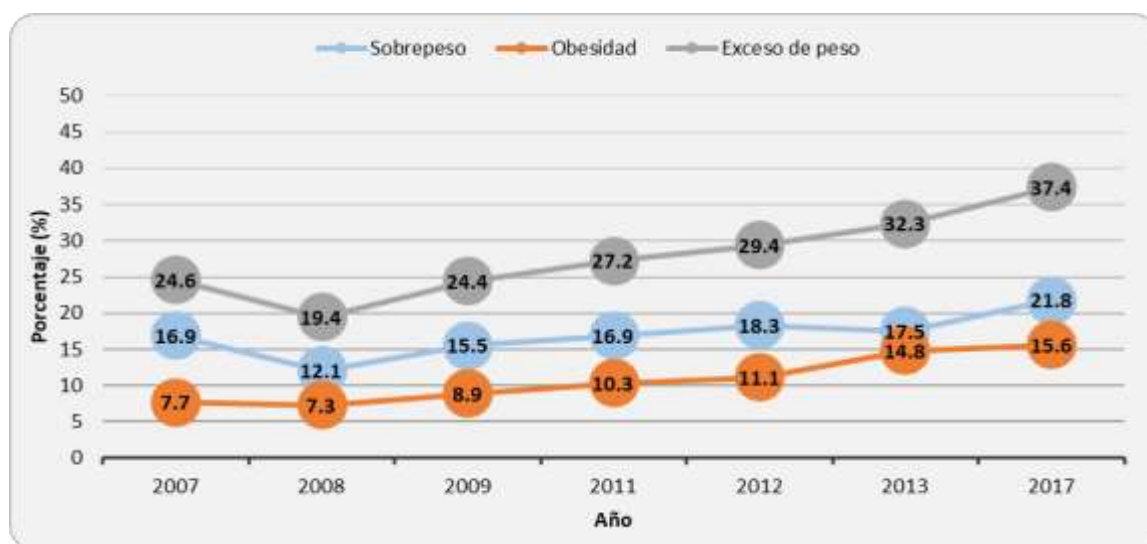
4.1.3.5 Tendencia del sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 9 años

Entre el año 2007 y periodo 2017-2018, la prevalencia de **exceso de peso** en niños de 5 a 9 años aumentó de 24,6% a 37,4%, mostrando que al menos uno de cada tres niños de 5 a 9 años tuvo una acumulación excesiva de grasa corporal perjudicial para su salud.

Como se observa en el gráfico, entre el año 2007 y el periodo 2017-2018, la prevalencia de **sobrepeso** en niñas y niños de 5 a 9 años se incrementó en cinco puntos porcentuales.

Así mismo, la **obesidad** presentó una tendencia marcada hacia el incremento; duplicando su prevalencia en los últimos diez años evaluados, con un aumento de casi 8 puntos porcentuales.

Gráfico 54. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en niñas y niños de 5 a 9 años. Perú, 2007 al periodo 2017-2018*



* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños de 6 a 9 años

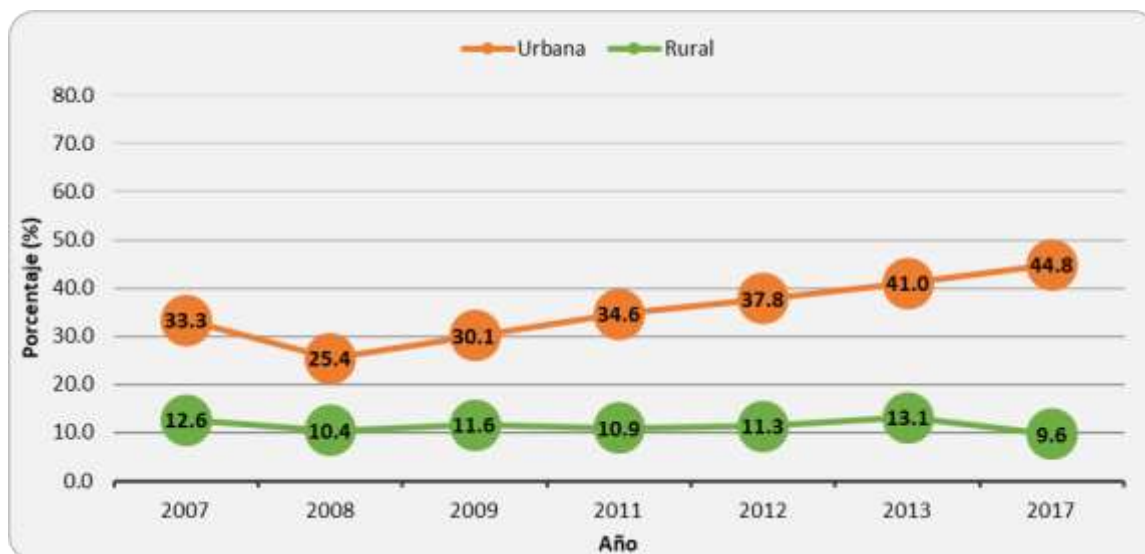
Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú

INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

Entre los años 2007 y el periodo 2017-2018, la prevalencia de **exceso de peso** mostró una tendencia al incremento en los niños de 5 a 9 años del área urbana, con valores de 33,3% en el 2007 y 44,8% en el periodo 2017-2018; mientras que, en el área rural, las cifras se mantuvieron estables, en el rango de 9,6% a 13,1%.

Al comparar las cifras del año 2009 y periodo 2017-2018, se puede observar que la prevalencia de **sobrepeso** en los niños del 5 a 9 años del área urbana aumentó 9,7 pp; mientras que, en el área rural la prevalencia disminuyó en el mismo periodo de tiempo.

Gráfico 55. Tendencia del Exceso de peso en niñas y niños de 5 a 9 años según área de residencia, Perú, 2007 al periodo 2017-2018*

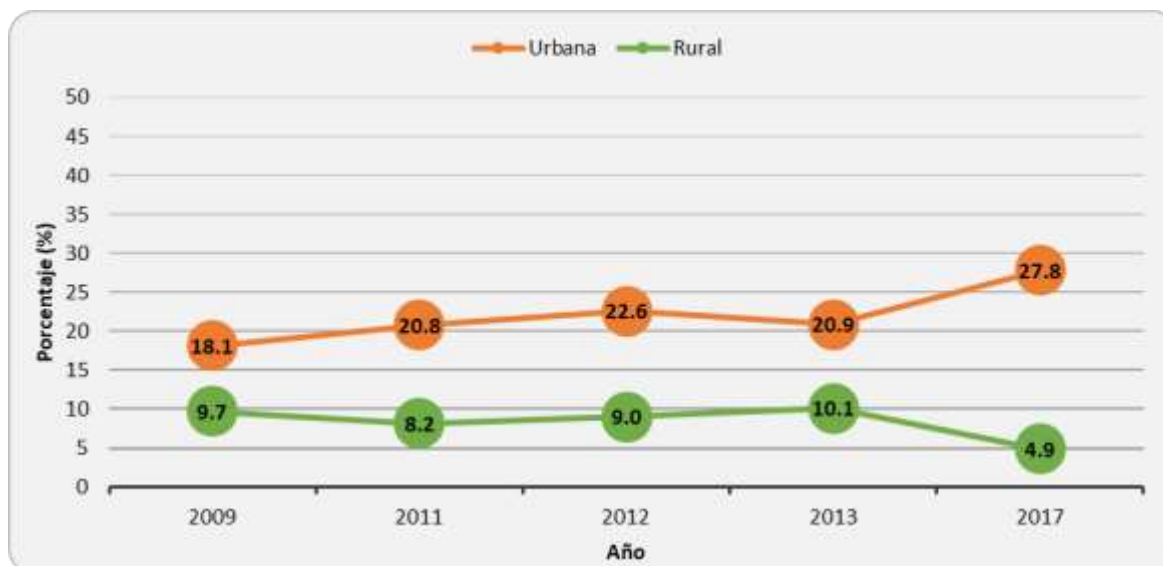


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños de 6 a 9 años

Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú

INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

Gráfico 56. Tendencia del Sobrepeso en niñas y niños de 5 a 9 años según área de residencia, Perú, 2009 al periodo 2017-2018*

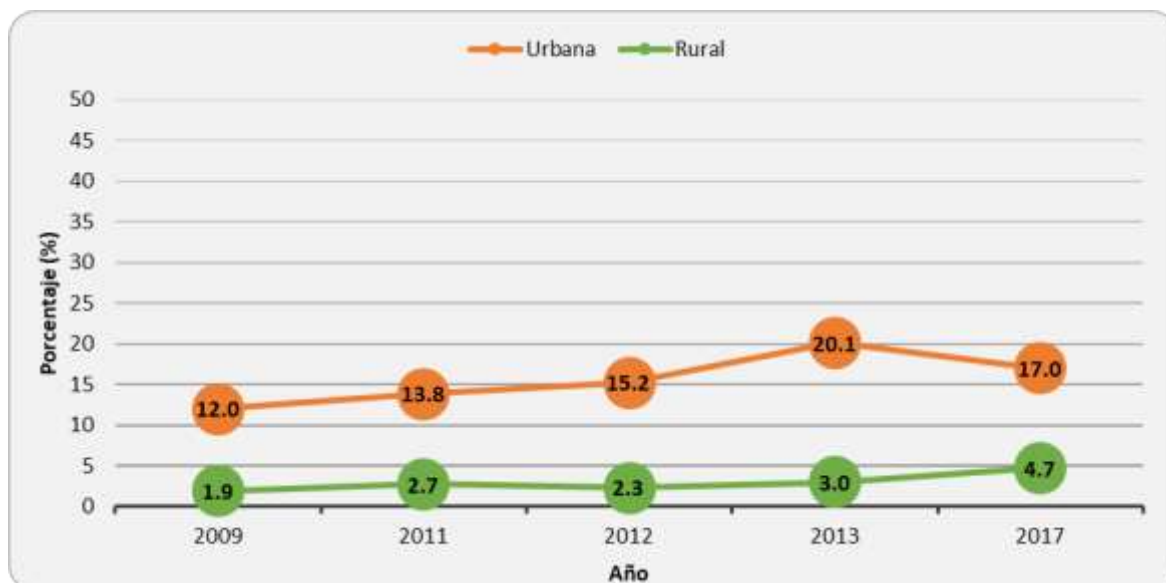


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños de 6 a 9 años

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

Por otro lado, la prevalencia de **obesidad** mostró una tendencia al incremento en ambas áreas de residencia, encontrándose en el área urbana valores de 12,0% en el 2009 y 17,0% en el periodo 2017-2018; mientras que, en el área rural, se encontró en el rango de 1,9% a 4,7% en el mismo periodo de tiempo. Es importante resaltar que en el periodo 2017-2018, la prevalencia de obesidad en el área urbana triplicó a lo observado en el área rural.

Gráfico 57. Tendencia de la Obesidad en niñas y niños de 5 a 9 años según área de residencia, Perú, 2009 al periodo 2017-2018*



* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños de 6 a 9 años

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

Según sexo, entre los años 2007 y el periodo 2017-2018, se puede observar que la prevalencia de **exceso de peso** aumentó de manera continua y discreta en niñas y niños de 5 a 9 años, aumentando en ambos casos, alrededor de 7 pp en hombres y 12 pp en mujeres.

Gráfico 58. Tendencia del Exceso de peso en niñas y niños de 5 a 9 años según sexo. Perú, 2007 al periodo 2017-2018*



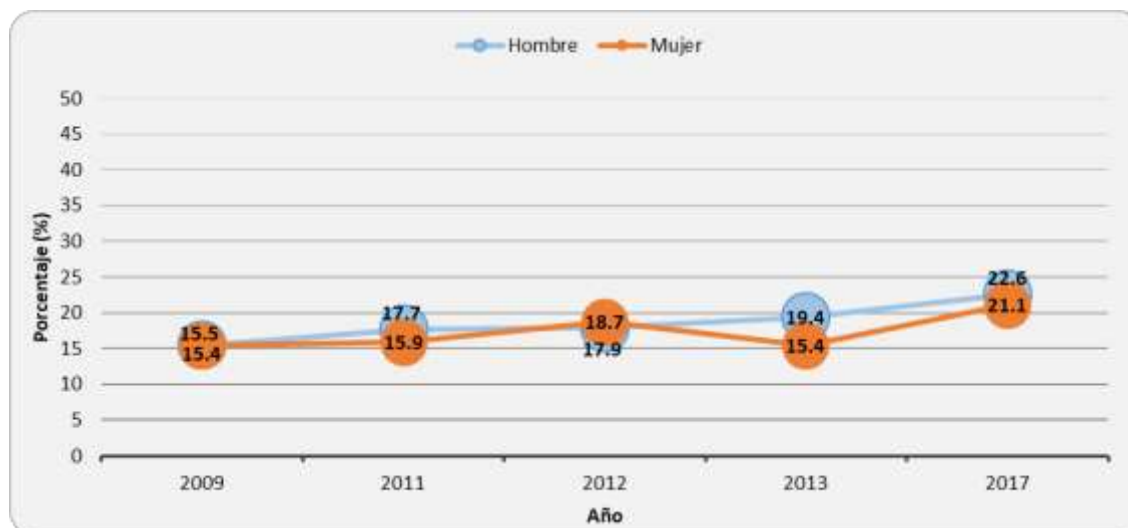
* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños de 6 a 9 años

Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú

INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

Al comparar las cifras del año 2009 y el periodo 2017-2018, se puede observar que la prevalencia de **sobrepeso** aumentó de manera continua y discreta en niñas y niños de 5 a 9 años, aumentando en ambos casos, alrededor de 6 puntos porcentuales.

Gráfico 59. Tendencia del Sobrepeso en niñas y niños de 5 a 9 años según sexo.
Perú, 2009 al periodo 2017-2018*

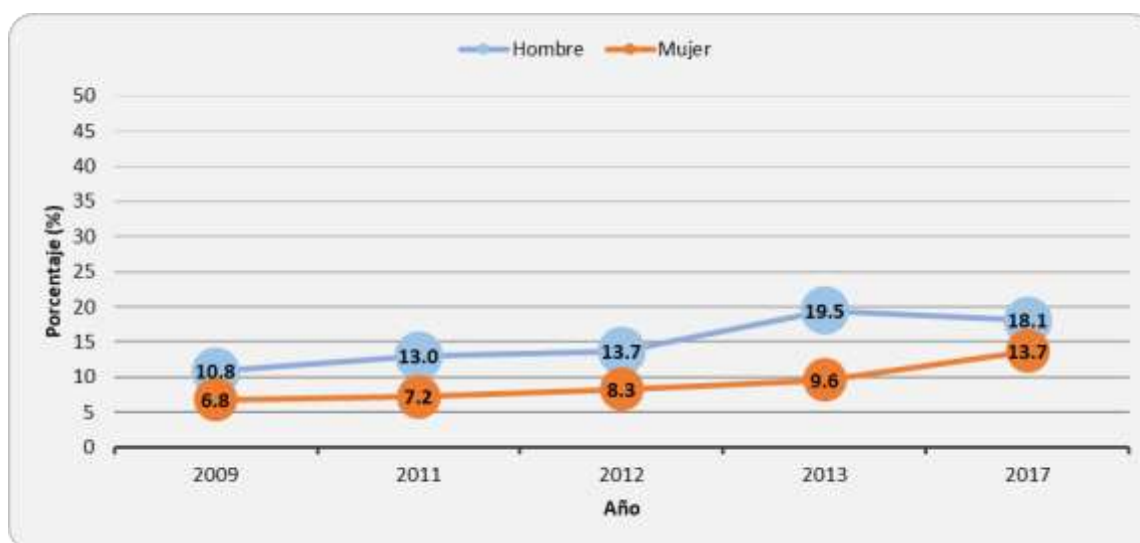


* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños de 6 a 9 años

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

Por otro lado, la prevalencia de **obesidad** en hombres aumentó 7,3 pp, de 10,8% a 18,1% entre el año 2009 y el periodo 2017-2018, mientras que en mujeres la prevalencia se duplicó en el mismo periodo, con cifras de 6,8% y 13,7%, en el mismo periodo.

Gráfico 60. Tendencia de la Obesidad en niñas y niños de 5 a 9 años según sexo.
Perú, 2009 al periodo 2017-2018*



* En el periodo 2017-2018, corresponde a niñas y niños de 6 a 9 años

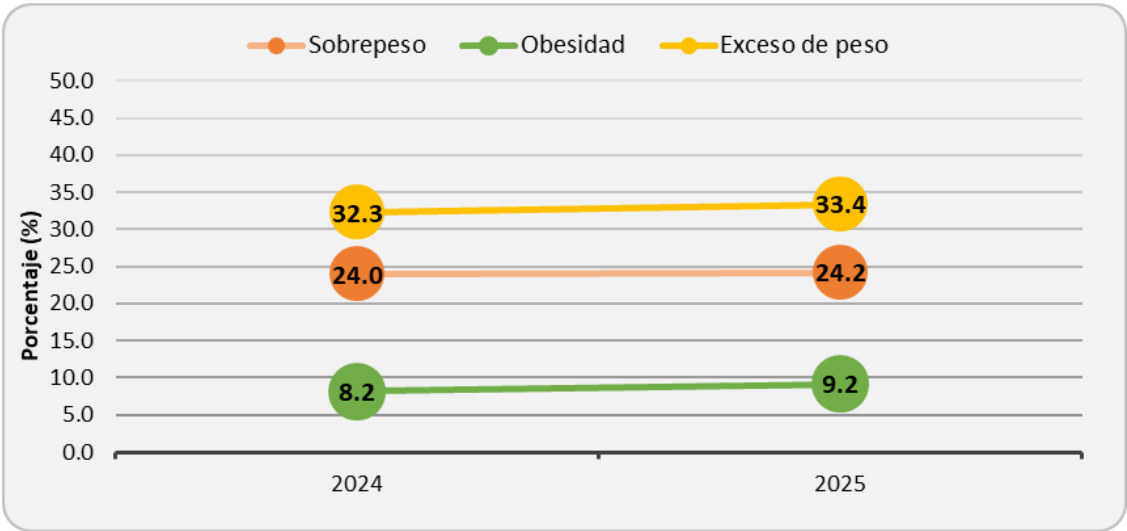
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado Nutricional en niños de 6 a 13 años - VIANEV 2017-2018.

4.1.4 Estado Nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años

4.1.4.1 Tendencia del sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 17 años según indicador IMC/edad

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN/HIS, en el año 2024, uno de cada tres adolescentes de 12 a 17 años tuvo exceso de peso (32,3%), cifras cercanas se observaron en el 2025 (33,4%). En el mismo periodo, la prevalencia sobrepeso y obesidad no mostró mayores diferencias.

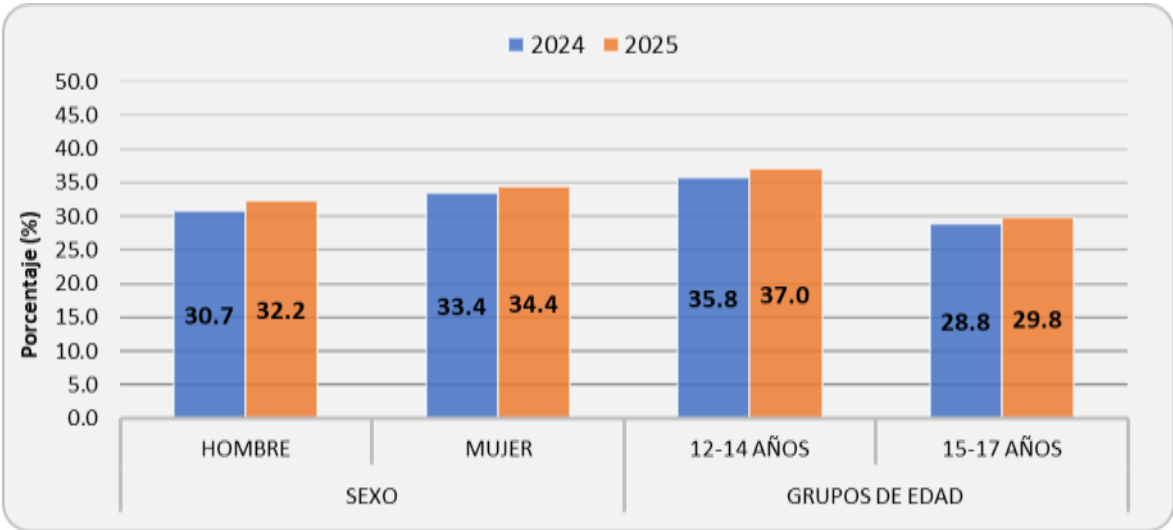
Gráfico 61. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en adolescentes de 12 a 17 años, Perú, 2024-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

Según sexo, el **exceso de peso** en adolescentes de 12 a 17 años fue ligeramente mayor en mujeres en ambos periodos evaluados; de la misma manera, según grupos de edad, el exceso de peso fue mayor en adolescentes de 12-14 años.

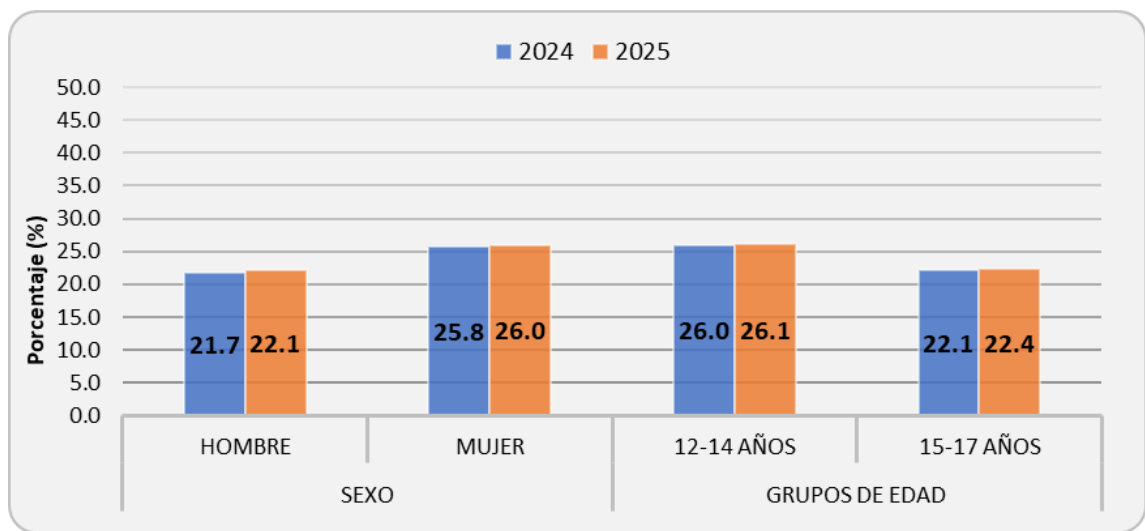
Gráfico 62. Proporción de exceso de peso en adolescentes de 12 a 17 años según sexo y grupos de edad. Perú, 2024-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

El **sobrepeso** en adolescentes fue superior en mujeres, y según grupos de edad, en los adolescentes de 12 a 14 años en ambos periodos evaluados.

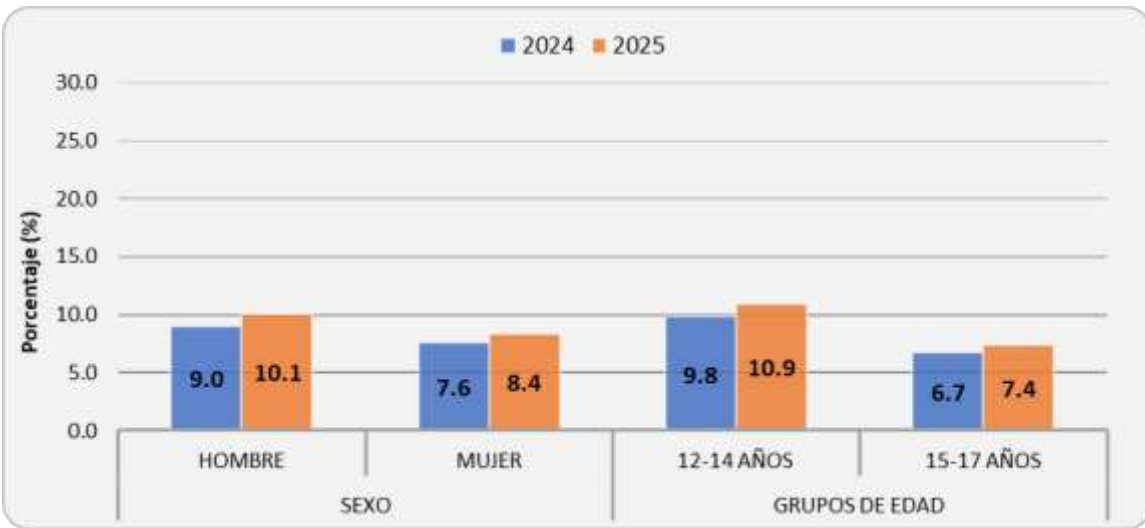
Gráfico 63. Proporción de sobrepeso en adolescentes de 12 a 17 años según sexo y grupos de edad. Perú, 2024-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

La proporción de **obesidad** en adolescentes fue ligeramente mayor en hombres, y en los de 12-14 años en ambos periodos evaluados.

Gráfico 64. Proporción de obesidad en adolescentes de 12 a 17 años según sexo y grupos de edad. Perú, 2024-2025



Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

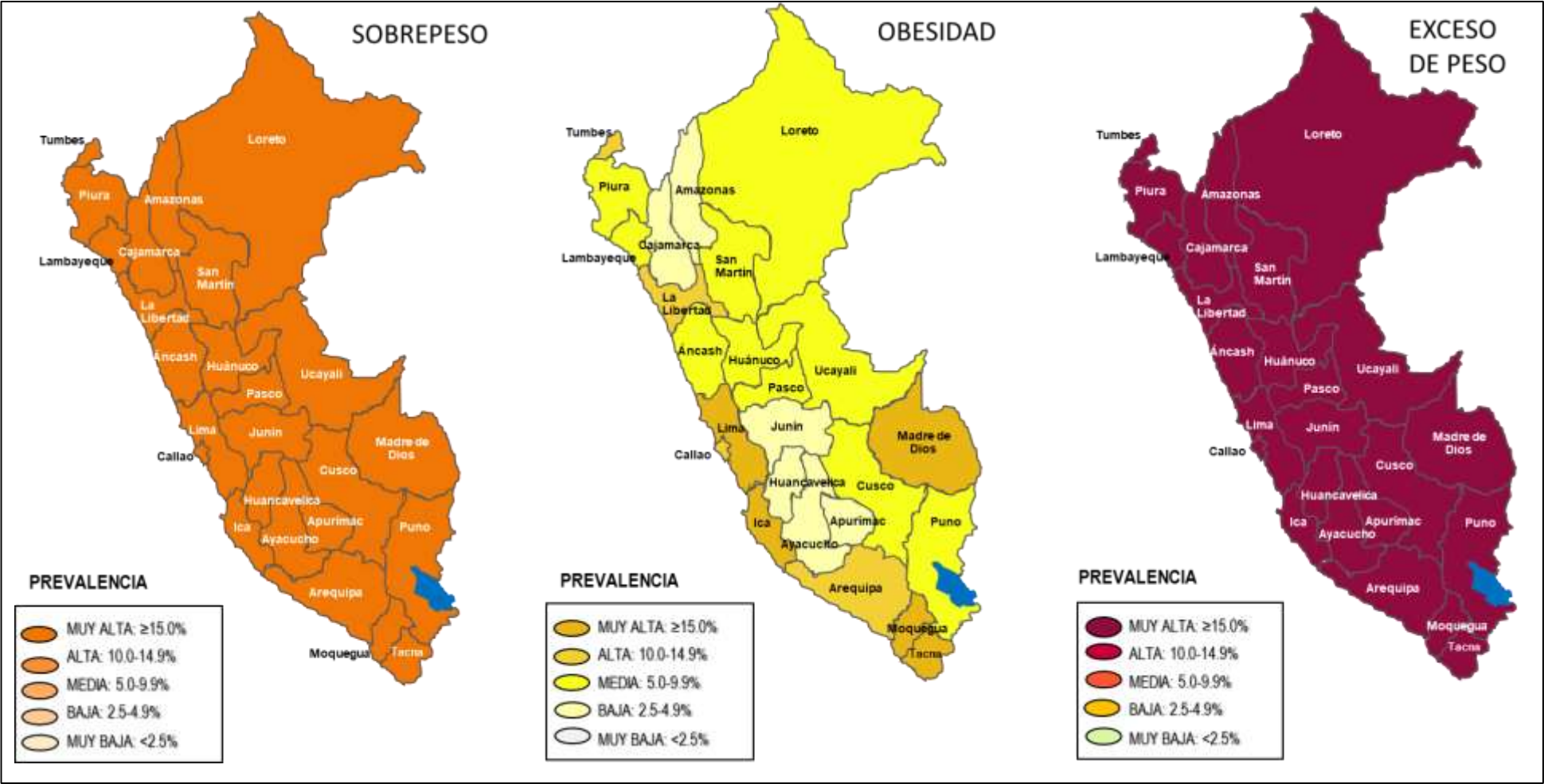
De acuerdo a los criterios de clasificación como problema de salud pública de la OMS¹², en el año 2024 todos los departamentos del país presentaron proporciones de sobrepeso catalogadas como “Muy alta” ($\geq 15,0\%$), siendo mayor al 20% en casi todos los departamentos de país, a excepción de Apurímac, Cajamarca, Amazonas, Ayacucho y Huancavelica.

Por otro lado, la obesidad fue catalogada como “**Muy alta**” en los departamentos de Lima, Madre De Dios, Tacna, Moquegua e Ica, y “**Alta**” en los departamentos de La Libertad, Tumbes, Arequipa, y la Provincia Constitucional Del Callao.

Así mismo, todos los departamentos del país presentaron cifras mayores a 15% en lo que respecta al exceso de peso, y en el caso de los departamentos de Tacna, Moquegua, Lima, Madre de Dios, Ica y la Provincia Constitucional del Callao, las proporciones fueron mayores al 40,0%.

¹² World Health Organization. (2019). *Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide* (2nd ed.). WHO. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c1c3ba65-9a7c-4f37-ab4d-a5fb8e08dcd1/content>

Gráfico 65. Mapa del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en adolescentes de 12 a 17 años según departamentos. Perú, 2025



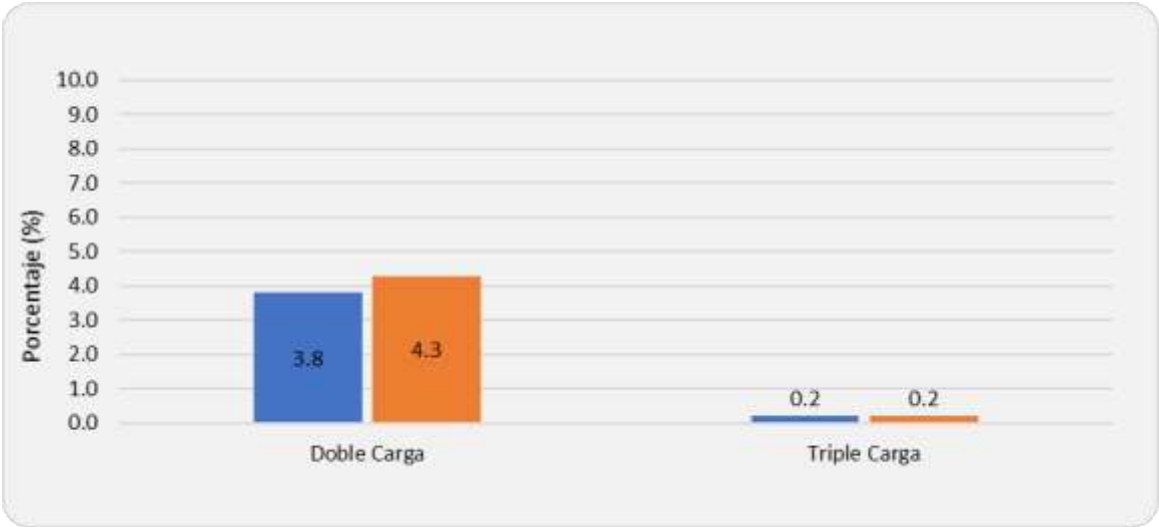
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Gerencial SIEN HIS Estado Nutricional de los Adolescentes que acceden a Establecimientos de Salud- 2025

4.1.4.2 Tendencia de la doble y triple carga de malnutrición en adolescentes de 12 a 17 años

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN/HIS, en el año 2024, el 3,8% de los adolescentes de 12 a 17 años presentaron talla baja y sobrepeso u obesidad, es decir tuvieron **doble carga individual de malnutrición** y en el primer semestre del 2025, la cifra fue de 4,3%.

La **triple carga de malnutrición**, es decir, talla baja, sobrepeso u obesidad y anemia, se presentó en el 0,2% de los adolescentes en los dos periodos evaluados.

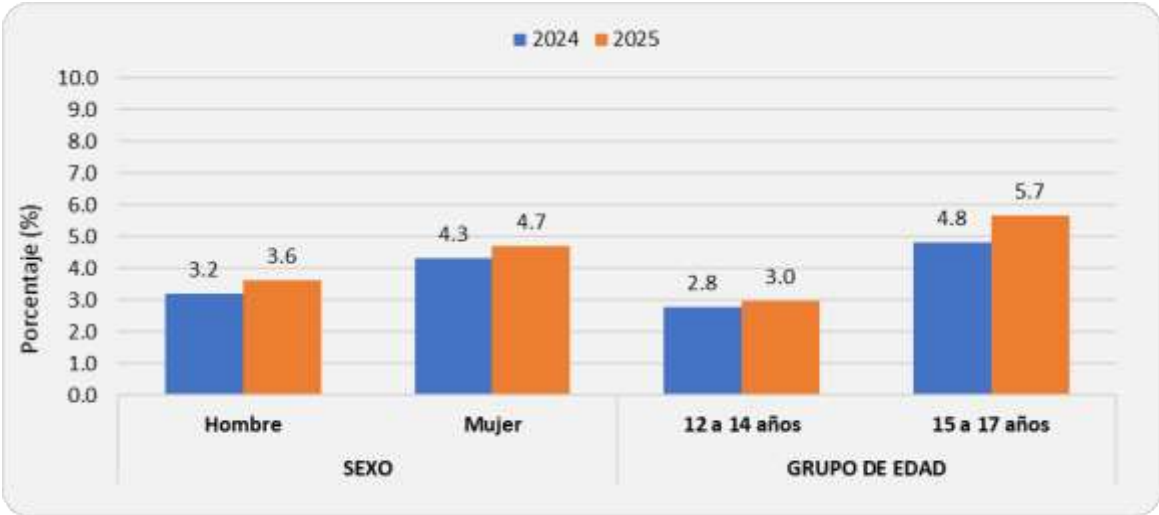
Gráfico 66. Tendencia de la doble y triple carga de la malnutrición en adolescentes de 12 a 17 años. Perú, Perú, 2024-2025*



*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

Según sexo, la doble carga de malnutrición fue mayor en mujeres que en hombres en ambos periodos evaluados, observándose además que fue superior en 2,0 pp en el grupo de 15 a 17 años al compararlo con el del 12 a 14 años.

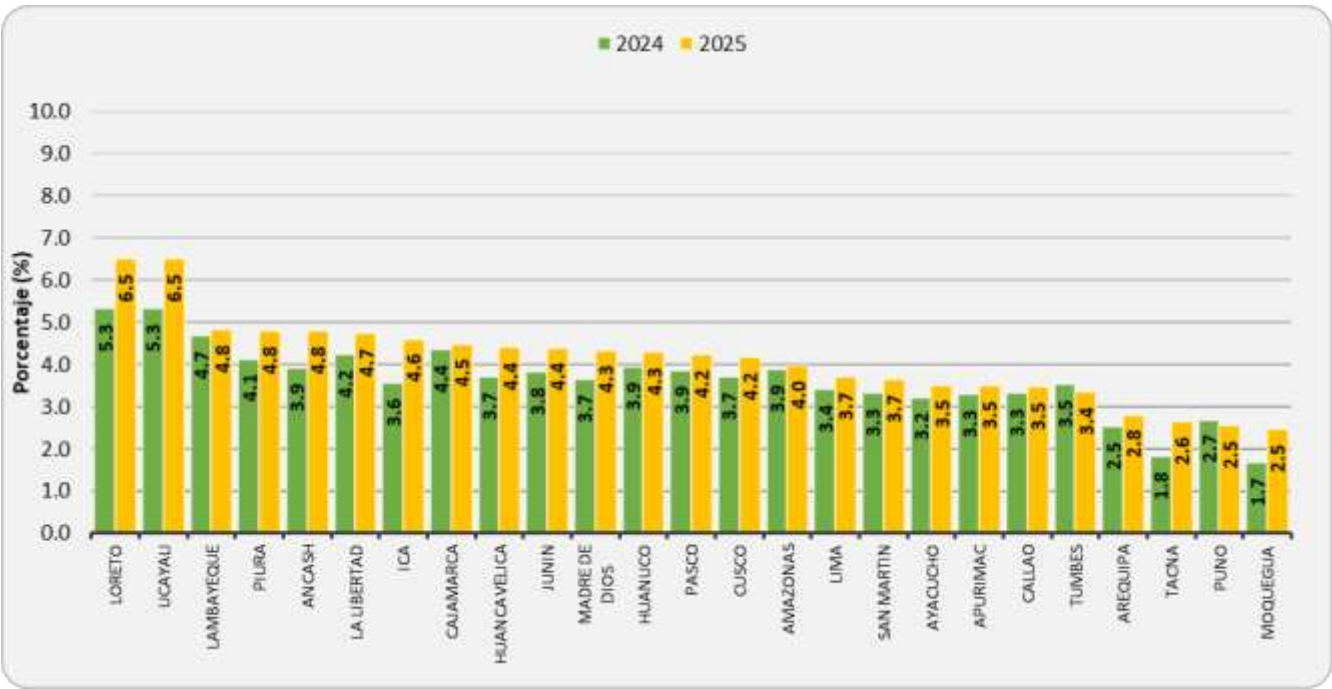
Gráfico 67. Tendencia de la doble carga de la malnutrición en adolescentes de 12 a 17 años según sexo y grupos de edad. Perú, 2024-2025*



*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

Al evaluar la proporción de doble carga de malnutrición individual según departamentos, se pudo observar que su proporción fue mayor en Ucayali y Loreto, con cifras mayores a 5,0%, seguidos de Lambayeque, Cajamarca, la Libertad y Piura, todos ellos con cifras mayor o igual a 4,0% en el año 2024 y 2025.

Gráfico 68. Tendencia de la doble carga de la malnutrición en adolescentes de 12 a 17 años según departamentos. Perú, 2024-2025*



*La información del año 2025 corresponde al primer semestre (enero-junio)
Fuente: Corresponden al INS/CENAN/SUVIAN/EN Bases de datos del SIEN-HIS 2024 -2025.

4.1.4.3 Tendencia del sobrepeso y obesidad en adolescentes de 15 a 17 años

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el año 2024 el 31,6% de los adolescentes de 15 a 17 años presentaron **exceso de peso**.

Al respecto, la prevalencia de **sobrepeso** en los adolescentes de 15 a 17 años, evaluados se mantuvo constante, con cifras de 19,8% (IC 95% 17,2;22,5) en el año 2014 y 20,8% (IC 95% 17,9;23,7) en el año 2024. Por otro lado, la **obesidad** aumentó de manera sostenida entre los años 2014 y 2024, de 6,2% (IC 95% 4,5;7,9) a 10,8% (IC 95% 8,5;13,5) respectivamente.

El incremento del exceso de peso en los adolescentes de 15 a 17 años, se debe principalmente al aumento de la obesidad.

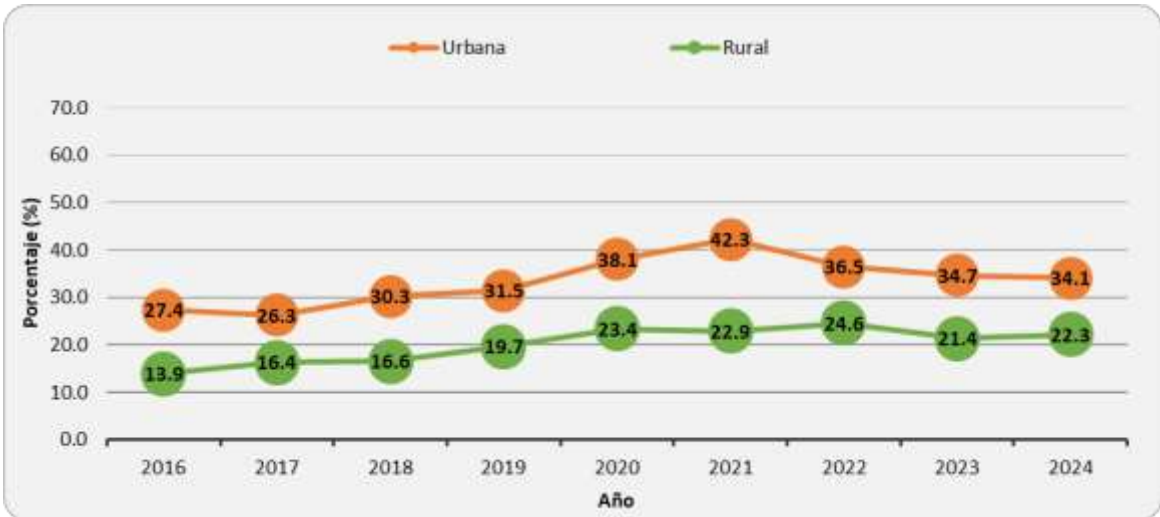
Gráfico 69. Tendencia del exceso de peso, sobrepeso y obesidad en adolescentes de 15 a 17 años. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Reportes adicionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Según área de residencia, se puede observar que desde el año 2016 a la fecha, el **exceso de peso** en adolescentes de 15 a 17 años aumentó, tanto en el área urbana, como en el rural, sin embargo, el incrementó fue constante en el área rural, aumentando de 13,9% (IC 95% 10,5-17,4) en el año 2016 a 22,3% (IC 95% 18,2-26,3) en el 2024, un total de 8,4 pp en ocho años.

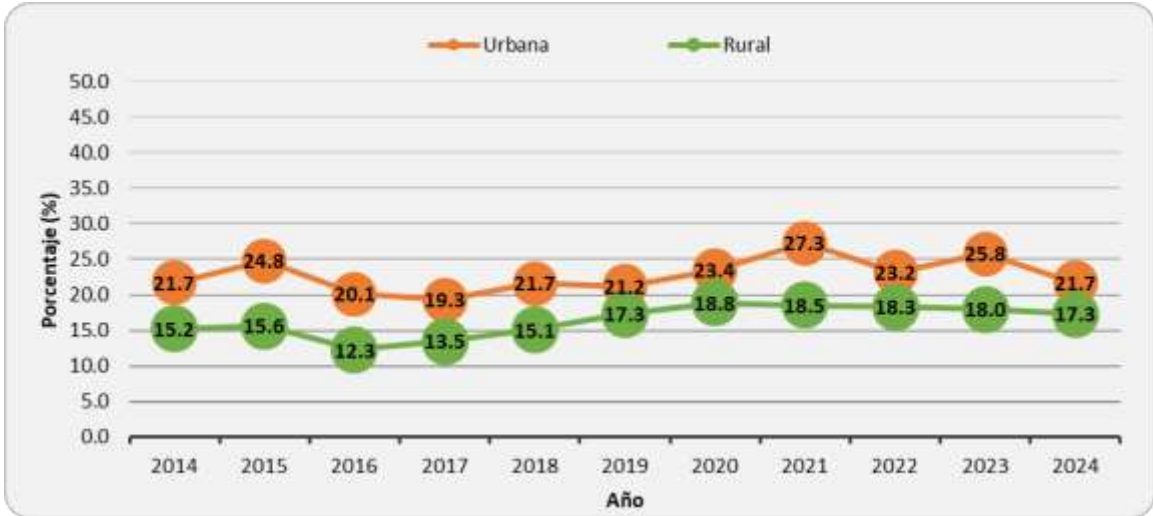
Gráfico 70. Tendencia del Exceso de peso en adolescentes de 15 a 17 años según área de residencia. Perú, 2016-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Reportes adicionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2016-2024.

Así mismo, la prevalencia de **sobrepeso** en adolescentes de 15 a 17 años se mantuvo constante en ambos dominios de residencia, siempre a predominio de área urbana.

Gráfico 71. Tendencia del Sobrepeso en adolescentes de 15 a 17 años según área de residencia. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Reportes adicionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Según sexo, entre los años 2016 al 2024, la prevalencia de **exceso de peso** aumentó 11,1 pp en mujeres (de 29,0% (IC 95% 25,0-33,0) a 40,1% (IC 95% 35,4-44,9)) y 7,5 pp en hombres (de 16,3% (IC 95% 13,0-19,6) a 23,8% (IC 95% 19,6-28,1)), siendo predominante en mujeres en casi todos los periodos evaluados.

Gráfico 72. Tendencia del Exceso de peso en adolescentes de 15 a 17 años según sexo. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Reportes adicionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2016-2024

Respecto a la prevalencia de **sobrepeso**, en mujeres, aumentó levemente de 20,7% (IC 95% 16,9-24,5) en el año 2014 a 27,6% (IC 95% 23,0-32,3) en el 2024, siendo un incremento de 6,9 pp. En hombres, el sobrepeso fue oscilante, aumentando hasta 22,8% en el año 2021 y disminuyendo a 14,6% en el 2024.

Gráfico 73. Tendencia del Sobrepeso en adolescentes de 15 a 17 años según sexo. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Reportes adicionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024

Por otro lado, entre los años 2016 y 2024, la prevalencia de exceso de peso mantuvo un incremento progresivo, aumentando hasta 7 pp. en la costa y sierra

Gráfico 74. Tendencia del Exceso de peso en adolescentes de 15 a 17 años según área geográfica de residencia. Perú, 2016-2024



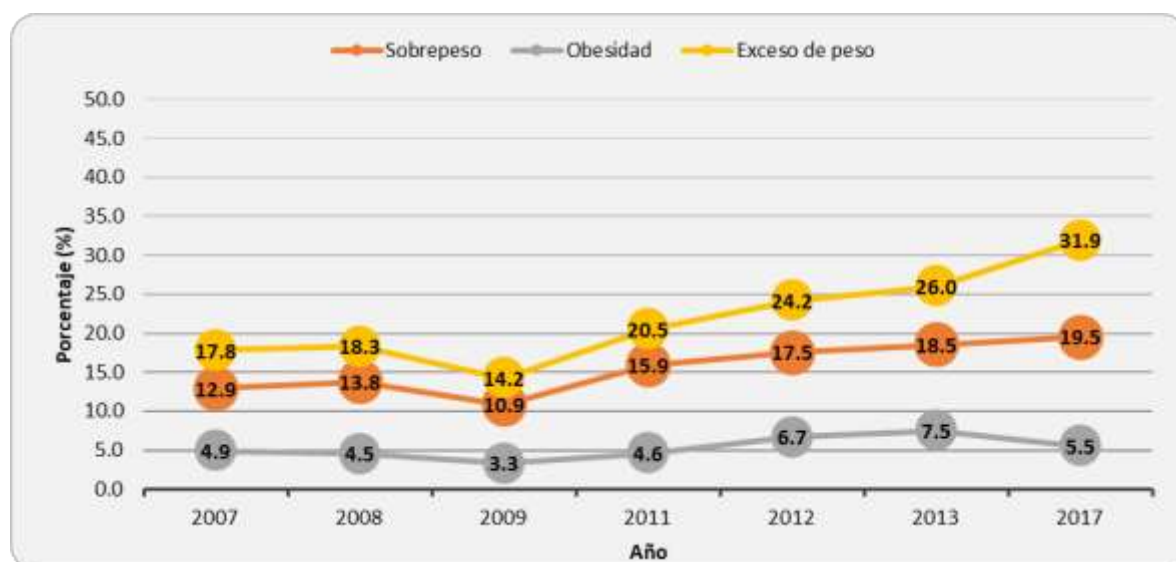
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Reportes adicionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2016-2024

4.1.4.4 Tendencia del sobrepeso y obesidad en adolescentes de 10 a 19 años

Según el artículo “Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú”¹³, en el año 2007, el exceso de peso en adolescentes era de 17,8%, es decir, **casi dos de cada diez adolescentes de 10 a 19 años presentaron una acumulación excesiva de grasa corporal**, mientras que al periodo 2017-2018, según el Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más 2017-2018, se pudo observar que **“el exceso de peso afectó a uno de cada cuatro adolescentes de 12 a 17 años (25,0%)”**.

Entre el año 2007 y el periodo 2017-2018, la prevalencia de **sobrepeso** en adolescentes aumentó en 6,6 pp. Así mismo, la **obesidad** presentó una ligera tendencia hacia el incremento.

Gráfico 75. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en adolescentes de 10 a 19 años. Perú, 2007- periodo 2017-2018



* En el periodo 2017-2018, corresponde a adolescentes de 12 a 17 años

Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011.

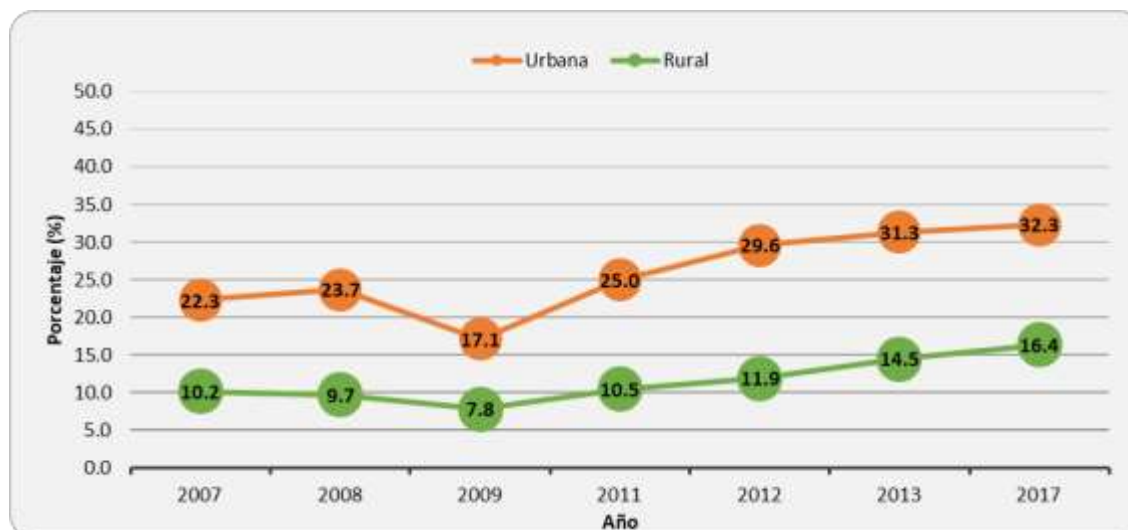
INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más 2017-2018

Según área de residencia, el **exceso de peso** en el área urbana incrementó en 10,0 pp entre el año 2007 a y el periodo 2017-2018; mientras que, en el área rural, la prevalencia aumentó de 10,2% a 16,4% en el mismo periodo. La prevalencia de exceso de peso en el área urbana duplicó lo observado en el área rural en todos los periodos evaluados.

La prevalencia de **sobrepeso** se duplicó en ambas áreas de residencia entre los años 2009 al periodo 2017-2018. Es importante resaltar que, en casi todos los periodos evaluados, la prevalencia de sobrepeso fue alrededor de 10 pp mayor en el área urbana al compararlo a lo observado en el área rural.

¹³Tarqui-Mamani, C., Sánchez-Abanto, J., Álvarez-Dongo, D., Gómez-Guizado, G., & Valdivia-Zapana, S. (2013). *Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú*. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(3), 1–7. <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203129459004.pdf>

Gráfico 76. Tendencia del exceso de peso en adolescentes de 10 a 19 años según área de residencia. Perú, 2007- periodo 2017-2018

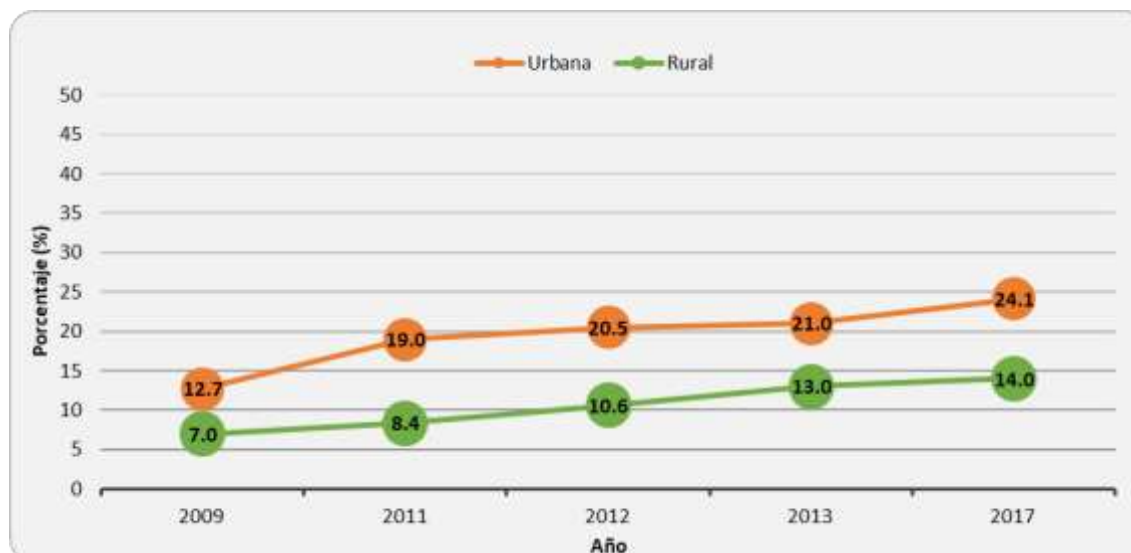


* En el periodo 2017-2018, corresponde a adolescentes de 12 a 17 años

Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011.

INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más 2017-2018

Gráfico 77. Tendencia del Sobrepeso en adolescentes de 10 a 19 años según área de residencia. Perú, 2009- periodo 2017-2018

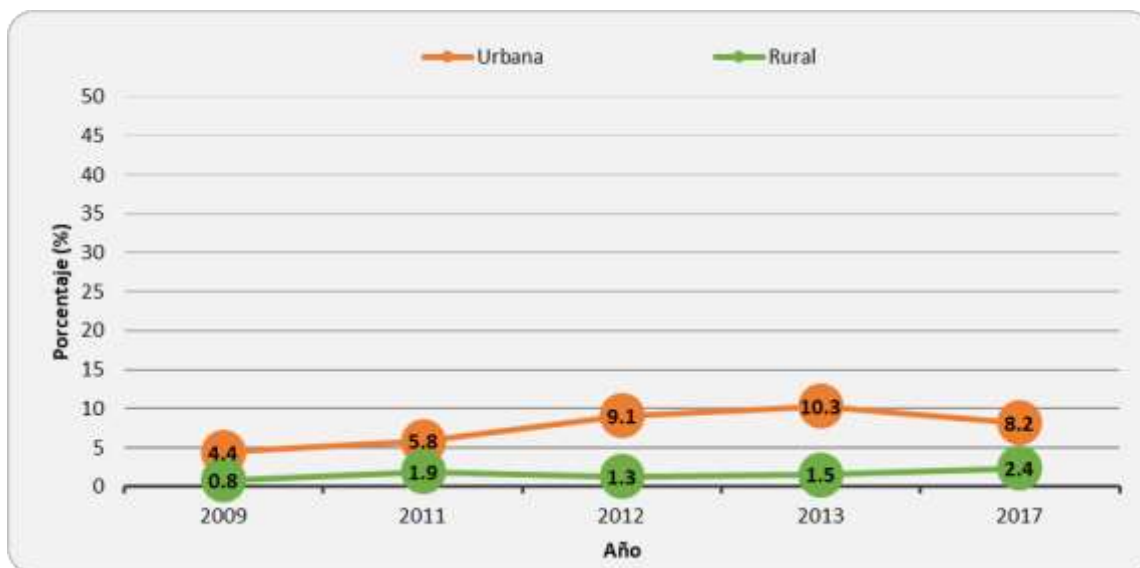


* En el periodo 2017-2018, corresponde a adolescentes de 12 a 17 años

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más 2017-2018

La prevalencia de **obesidad** en el área urbana casi se duplicó, de 4,4% en el año 2009 a 8,2% en el periodo 2017-2018; mientras que, en el área rural, la prevalencia se triplicó en el mismo periodo, de 0,8% (2009) hasta 2,4% (2017). Es importante resaltar que en el periodo 2017-2018, la prevalencia de obesidad en el área urbana fue más del triple a lo observado en el área rural.

Gráfico 78. Tendencia de la Obesidad en adolescentes de 10 a 19 años según área de residencia. Perú, 2009- periodo 2017-2018



* En el periodo 2017-2018, corresponde a adolescentes de 12 a 17 años

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más 2017-2018

Entre el año 2007 y el periodo 2017-2018, la prevalencia de **exceso de peso** en adolescentes aumentó de manera similar según sexo, en 7,1 puntos porcentuales en hombres y en 6,7 pp en mujeres en el mismo periodo de tiempo.

Gráfico 79. Tendencia del exceso de peso en adolescentes de 10 a 19 años según sexo. Perú, 2007- periodo 2017-2018

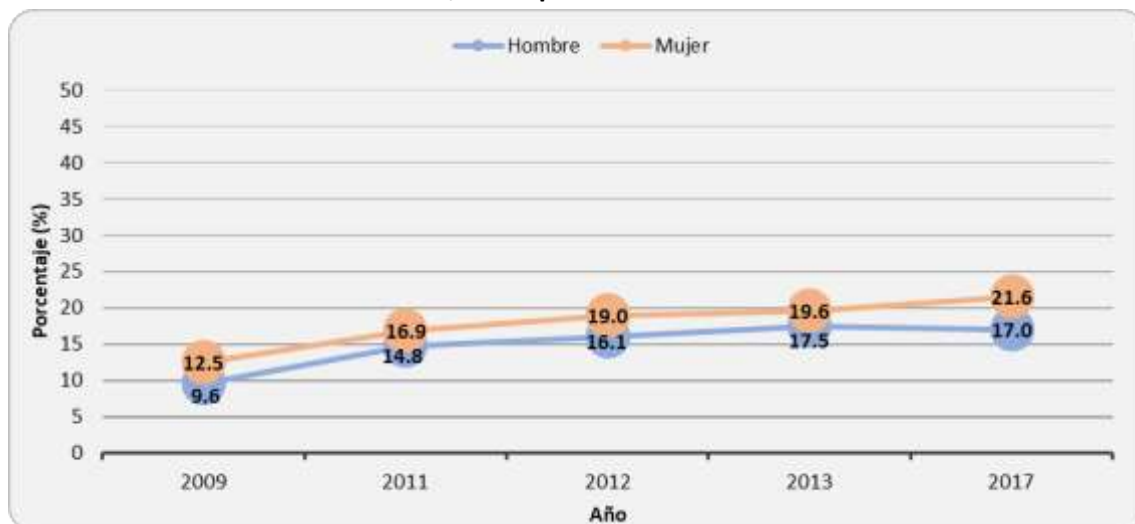


* En el periodo 2017-2018, corresponde a adolescentes de 12 a 17 años

Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú. INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más 2017-2018

La prevalencia de **sobrepeso** en hombres aumentó en 7,4 pp entre el año 2009 y el periodo 2017-2018; mientras que, en mujeres la prevalencia se incrementó en 9,1 pp, en el mismo periodo.

Gráfico 80. Tendencia del Sobrepeso en adolescentes de 10 a 19 años según sexo.
Perú, 2009- periodo 2017-2018

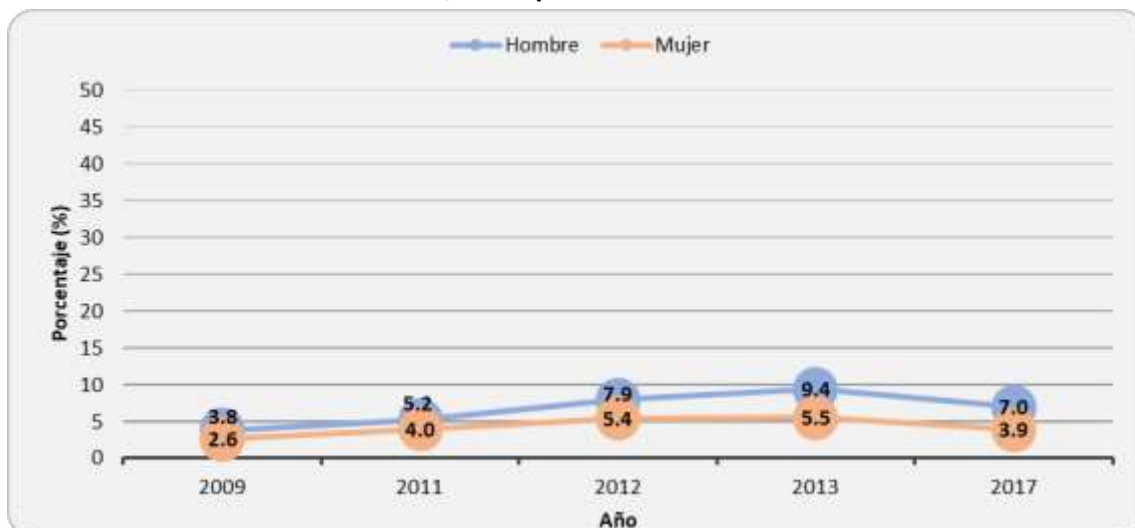


* En el periodo 2017-2018, corresponde a adolescentes de 12 a 17 años

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más 2017-2018

Por otro lado, la **obesidad** en hombres aumentó de 3,2 pp en el mismo periodo (3,8% a 7,0%); mientras que, en mujeres incrementó de 2,6% a 3,9%. Cabe resaltar que la prevalencia de sobrepeso predomina en las mujeres mientras que la obesidad es más frecuente en los hombres.

Gráfico 81. Tendencia de la Obesidad en adolescentes de 10 a 19 años según sexo.
Perú, 2009- periodo 2017-2018



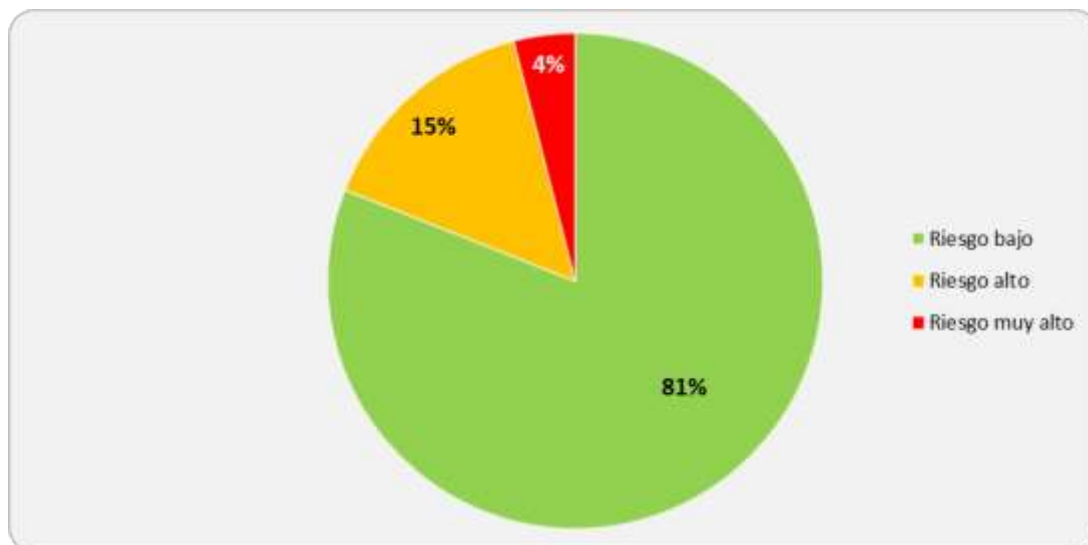
* En el periodo 2017-2018, corresponde a adolescentes de 12 a 17 años

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2009-2010, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011, Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013, Informe Técnico: Estado Nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014, Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más 2017-2018

4.1.4.5 Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en adolescentes de 12 a 17 años

Según el Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más VIANEV, 2017–2018, el 15% de los adolescentes presentaron **alto riesgo** de presentar enfermedad cardiovascular según perímetro abdominal, mientras que el 4% de los adolescentes presentaron **riesgo muy alto** de comorbilidad.

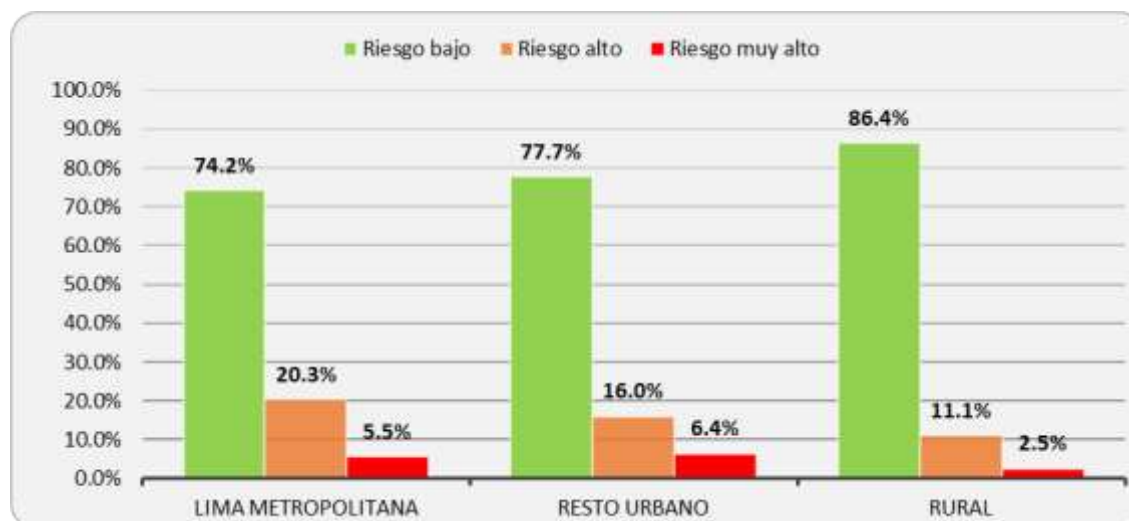
Gráfico 82. Riesgo de comorbilidad en adolescentes de 12 a 17 años según perímetro abdominal. Perú, Periodo 2017-2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más; VIANEV, 2017–2018.

Según dominio de residencia, el 22,4% de los adolescentes de Resto urbano y 25,8% de Lima Metropolitana tuvieron riesgo alto o muy alto para enfermedad cardiovascular; mientras que, en el dominio rural, el riesgo alto o muy alto fue menor que en los otros dominios (13,6%).

Gráfico 83. Riesgo de comorbilidad por perímetro abdominal en adolescentes de 12 a 17 años según dominio de residencia. Perú, periodo 2017-2018

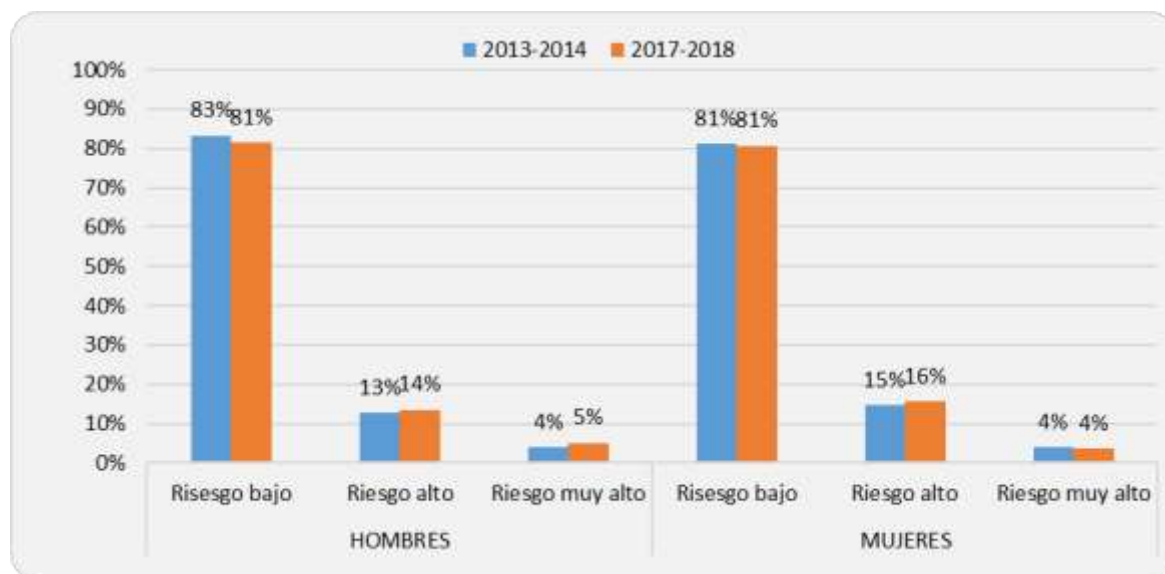


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más; VIANEV, 2017–2018.

Al comparar las cifras de los periodos 2013-2014 y 2017-2018, se puede observar que el riesgo alto y muy alto mantuvieron cifras cercanas en varones y mujeres en los dos periodos evaluados.

Por otro lado, según sexo, en el periodo 2017-2018, el 15.7% de las mujeres presentaron riesgo alto de enfermedad cardiovascular según perímetro abdominal, cifra cercana a lo encontrado en varones (13,6%). El riesgo muy alto se presentó en el 3,7% de las mujeres y 5,1% de los varones.

Gráfico 84. Riesgo de enfermar por perímetro abdominal en adolescentes de 12 a 17 años según sexo. Perú, periodo 2013-2014 y 2017-2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más; VIANEV, 2017-2018.

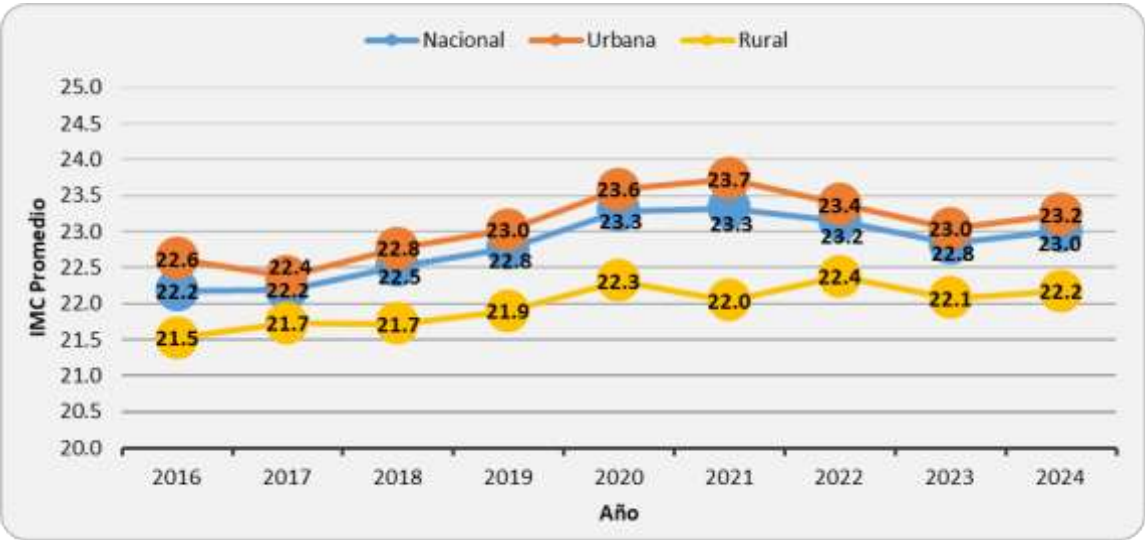
4.1.4.6 Tendencia índice de masa corporal promedio en adolescentes de 15 a 17 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, el índice de masa corporal promedio en adolescentes de 15 a 17 años aumentó de 22,2 kg/m² a 23,0 kg/m² entre los años 2016 y 2024. De la misma manera, se evidenció un incremento del IMC en los adolescentes residentes del área rural, aumentando 0,7 Kg/m² en el mismo periodo.

Así mismo, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC promedio fue mayor en los residentes del área urbana.

Entre los años 2016 y 2024, se evidenció un incremento del IMC en las mujeres de 15 a 17 años, de 26,7 Kg/m² a 28,0 Kg/m², aumentando 1,3 Kg/m². De la misma manera, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC promedio fue mayor en las mujeres que en los hombres.

Gráfico 85. Tendencia del índice de masa corporal promedio en adolescentes de 15 a 17 años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2016- 2024.

Gráfico 86. Tendencia del índice de masa corporal promedio en adolescentes de 15 a 17 años según sexo. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2016- 2024.

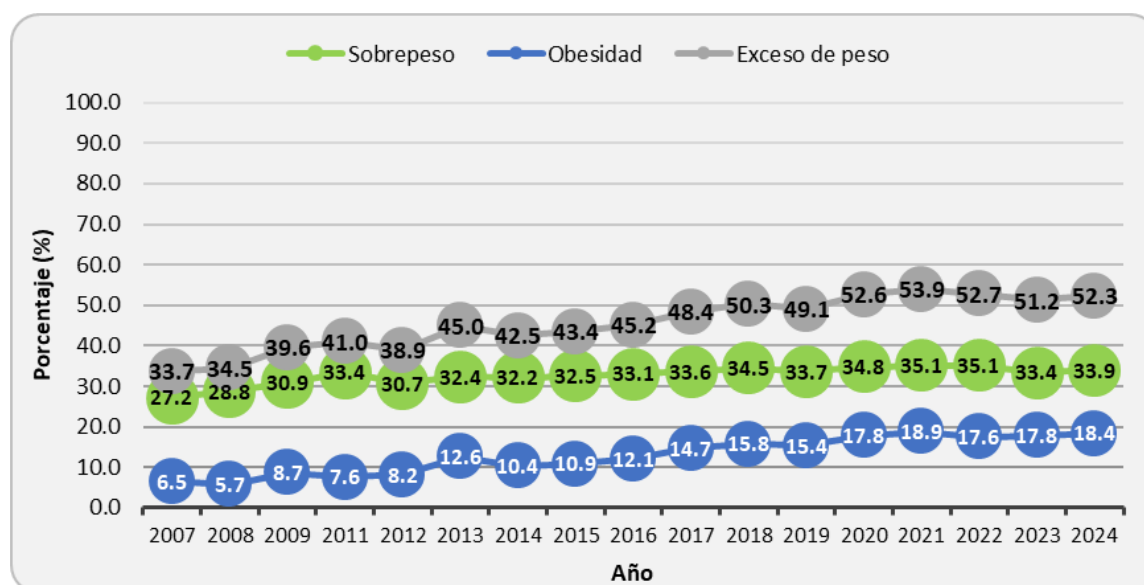
4.1.5 Estado Nutricional de jóvenes de 18 a 29 años

4.1.5.1 Tendencia del sobrepeso y obesidad en jóvenes de 18 a 29 años

Según el artículo “Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú”¹⁴, en el año 2007, la prevalencia exceso de peso en jóvenes de 20 a 29 años, era de 33,7% a nivel nacional, mientras que, para el año 2024, según el INEI, el exceso de peso fue de 52,3% en los jóvenes de 18 a 29 años, es decir, uno de cada dos jóvenes 18 a 19 años presentaron una acumulación excesiva de grasa corporal.

Como se observa en el gráfico, entre los años 2007 y 2024, la prevalencia de sobrepeso en jóvenes aumentó 6,7 pp, presentando cifras de 27,2% y 33,9% respectivamente, mientras que, la obesidad presentó una tendencia marcada hacia el incremento, casi triplicando su prevalencia en 17 años, con cifras de 6,5% en el año 2007 y 18,4% en el año 2024 (aumento de 11,9 pp). Se puede notar que, el incremento de exceso de peso se debe principalmente al aumento de la obesidad en los jóvenes.

Gráfico 87. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en jóvenes de 18 a 29 años. Perú, 2007-2024



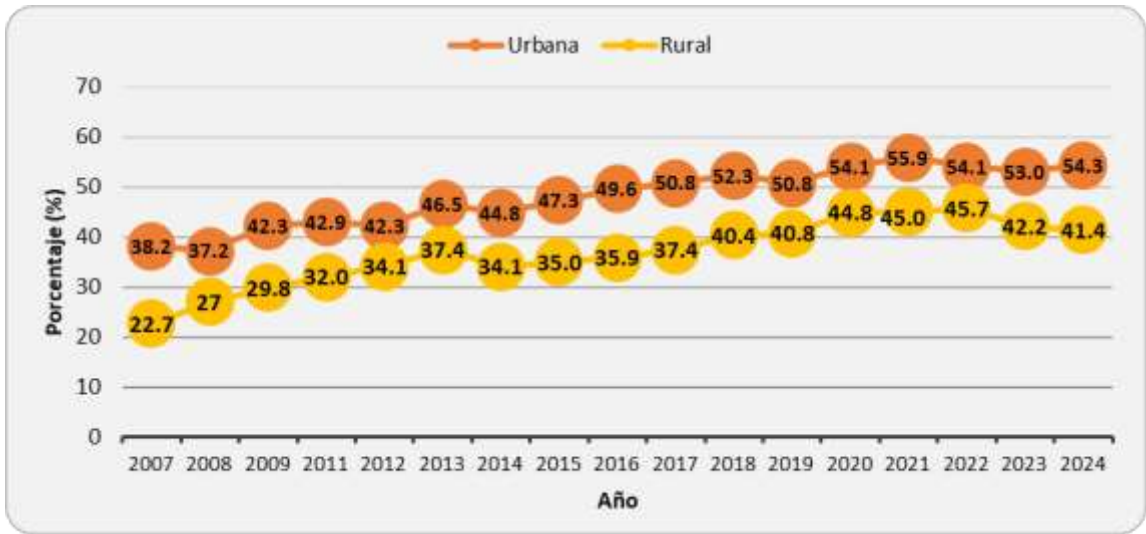
* La información de los años 2007 al 2013, corresponde a jóvenes de 20 a 29 años

Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011
INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Entre los años 2007 y 2024, la prevalencia de **Exceso de peso** en los jóvenes aumentó de manera continua en ambas áreas de residencia. En el área urbana incrementó de 38,2% a 54,3%, mientras que en el área rural aumentó de 22,7% a 41,4%.

¹⁴ Tarqui-Mamani, C., Sánchez-Abanto, J., Álvarez-Dongo, D., Gómez-Guizado, G., & Valdivia-Zapana, S. (2013). *Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú*. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(3), 1-7. <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203129459004.pdf>

Gráfico 88. Tendencia del Exceso de peso en jóvenes de 18 a 29 años según área de residencia. Perú, 2007-2024.

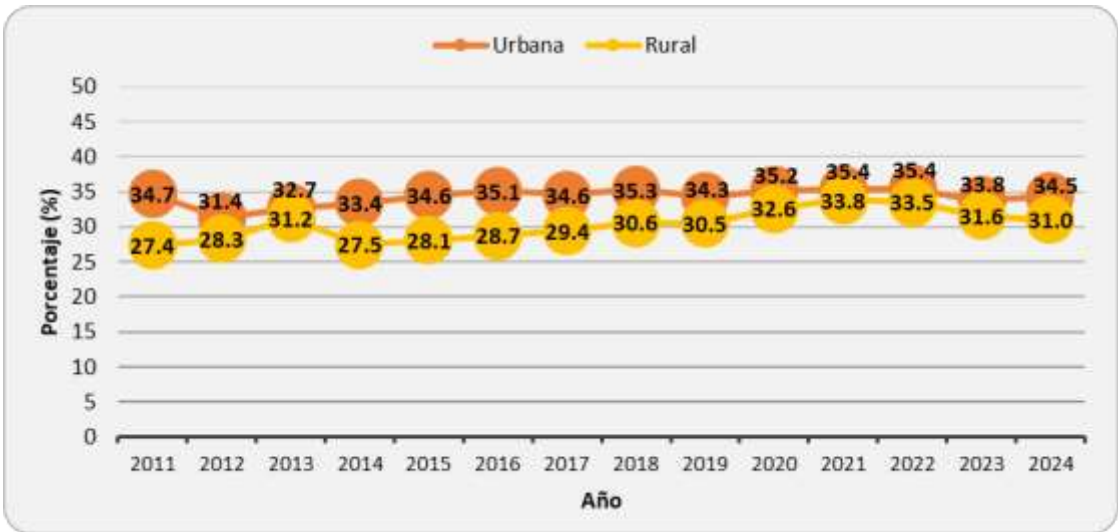


* La información de los años 2007 al 2013, corresponde a jóvenes de 20 a 29 años

Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011
INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Entre los años 2011 y 2024, la prevalencia de **sobrepeso** en los jóvenes se mantuvo en el rango de 30% a 35% en el área urbana y en el rango de 27,4% a 31,0% en el área rural.

Gráfico 89. Tendencia del Sobrepeso en jóvenes de 18 a 29 años según área de residencia. Perú, 2011-2024



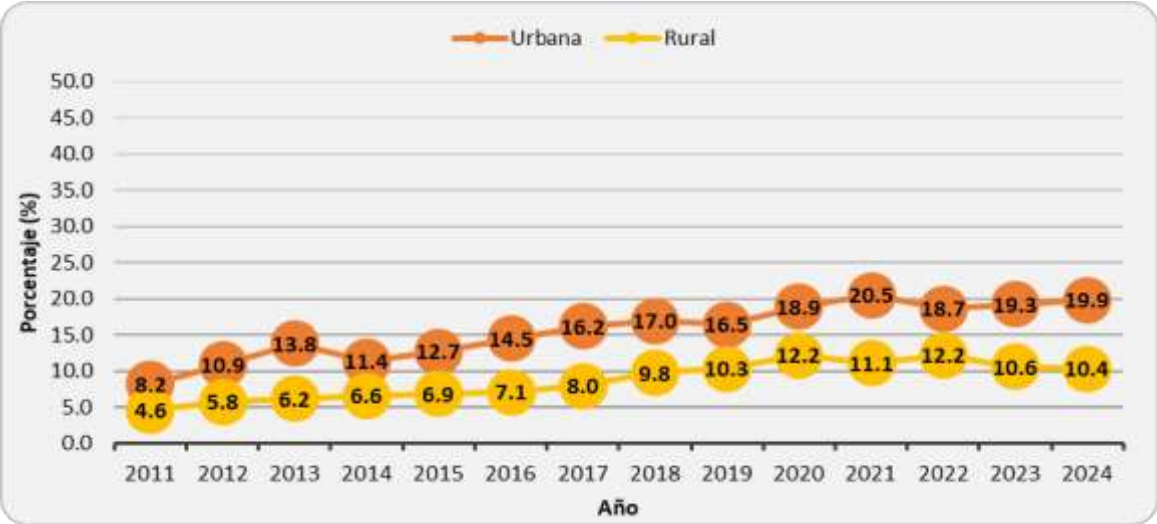
* La información de los años 2011 al 2014, corresponde a jóvenes de 20 a 29 años

Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

La prevalencia de **obesidad** se duplicó, aumentando de 8,2% a 19,9% en el área urbana, entre el 2011 y 2024. Así mismo, en el área rural, la prevalencia también se duplicó y se incrementó de 4,6% a 10,6% en el mismo periodo de tiempo.

Es importante resaltar que, en casi todos los años evaluados, la prevalencia de obesidad en el área urbana duplica a lo observado en el área rural y que el incremento del exceso de peso fue predominantemente por el incremento de la obesidad, tanto el área urbana como rural.

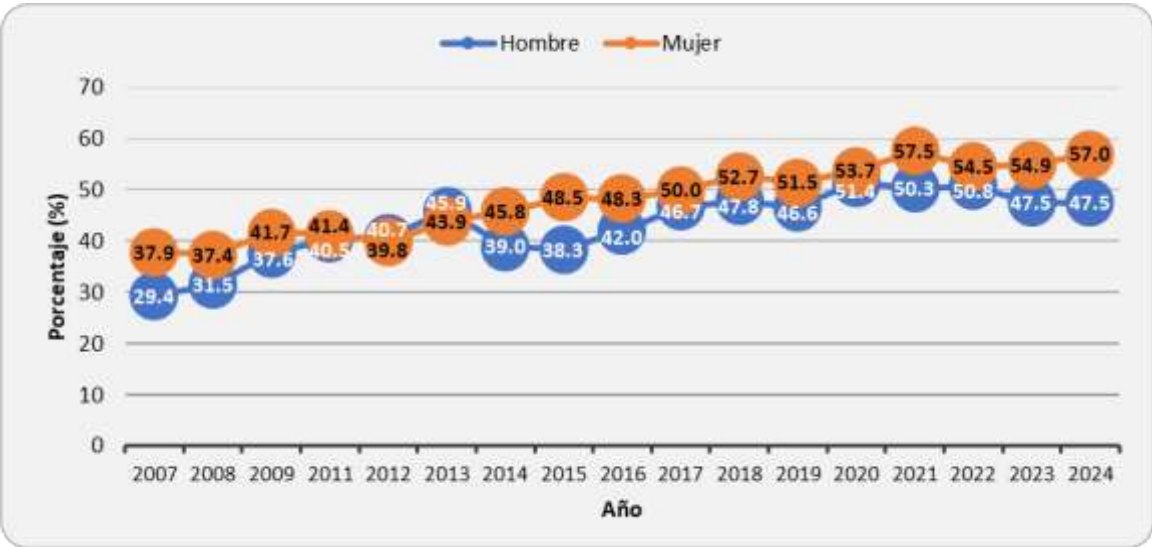
Gráfico 90. Tendencia de la Obesidad en jóvenes de 18 a 29 años según área de residencia. Perú, 2011-2024



* La información de los años 2011 al 2014, corresponde a jóvenes de 20 a 29 años
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Entre los años 2007 y 2024, la prevalencia de **Exceso de peso** en hombres de 18 a 29 años aumentó de 29,4% a 47,5%, es decir, un incremento de 18,1 pp, mientras que, en mujeres el incremento fue de 19,1 pp, con cifras de 37,9% en el 2007 y 57,0% en el 2024.

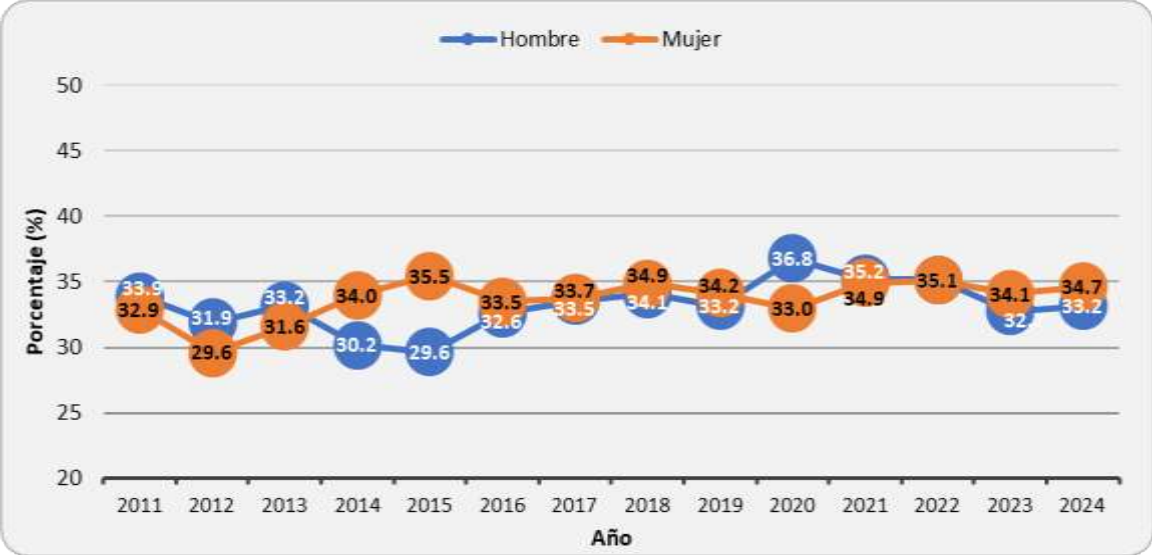
Gráfico 91. Tendencia del Exceso de peso en jóvenes de 18 a 29 años según sexo. Perú, 2007-2024



* La información de los años 2007 al 2013, corresponde a jóvenes de 20 a 29 años
Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011
INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

La prevalencia de **sobrepeso** en jóvenes se mantuvo estable entre los años 2011 y 2024, tanto en hombres como mujeres.

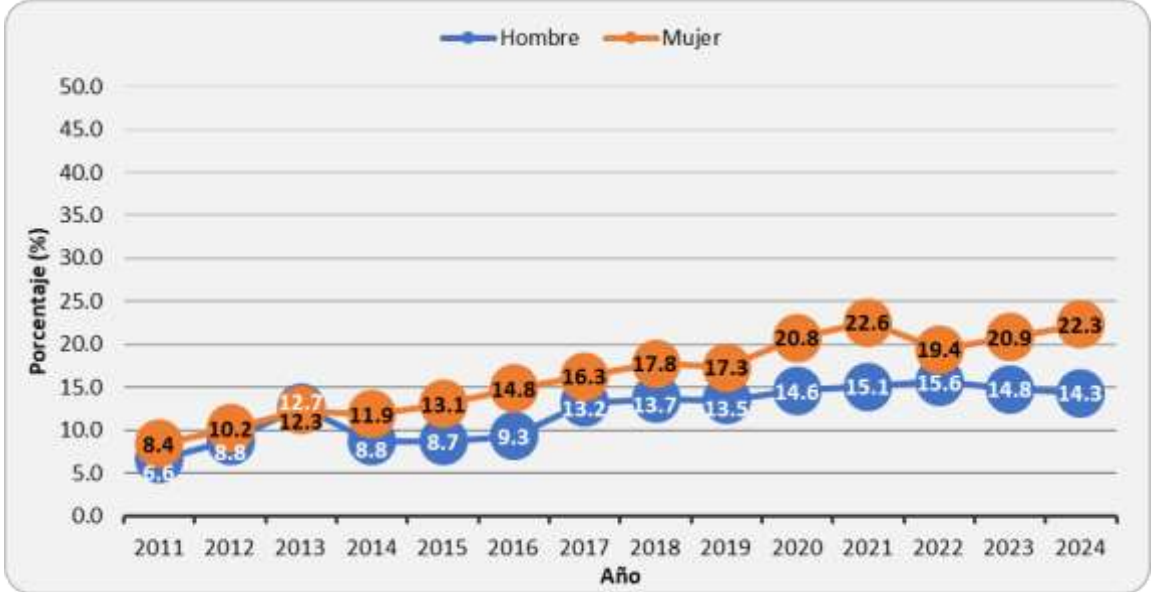
Gráfico 92. Tendencia del Sobrepeso en jóvenes de 18 a 29 años según sexo.
Perú, 2011-2024



* La información de los años 2011 al 2014, corresponde a jóvenes de 20 a 29 años
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Sin embargo, las cifras de **obesidad**, a diferencia del sobrepeso, se duplicaron en hombres y casi se triplicaron en mujeres entre los años 2011 y 2024, así mismo, se puede observar que la brecha entre ambos sexos aumentó de 1.8 pp a 8,0 pp.

Gráfico 93. Tendencia de la Obesidad en jóvenes de 18 a 29 años según sexo.
Perú, 2011-2024



* La información de los años 2011 al 2014, corresponde a jóvenes de 20 a 29 años
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Según dominio de residencia, la prevalencia de **Exceso de peso** fue superior en la costa, manteniendo cifras estables entre los años 2016 y 2024, sin embargo, en la selva, aumentó de 38,7% (IC 95% 36,0;41,4) a 47,2% (IC 95% 44,2;50,2) y en la sierra se incrementó de 36,1% (IC 95% 33,6;38,7) a 43,7% (IC 95% 41,1;46,3), es decir, un incremento de 8,5 y 7,6 pp, respectivamente.

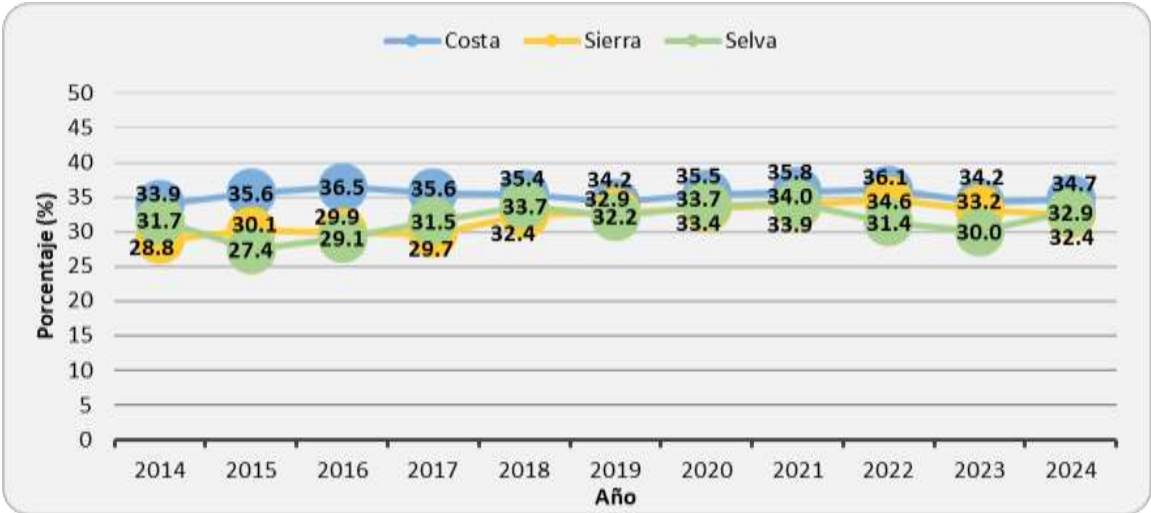
Por otro lado, la prevalencia de **sobrepeso** se mantuvo estable en los dominios de residencia, manteniendo cifras entre 27% a 35%.

Gráfico 94. Tendencia del Exceso de peso en jóvenes de 18 a 29 años según dominio de residencia. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016-2024.

Gráfico 95. Tendencia del Sobrepeso en jóvenes de 18 a 29 años según dominio de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Las cifras de **obesidad** se duplicaron en los jóvenes de la sierra (una elevación de 5,4 pp), mientras que en la costa se incrementó de 12,8% (IC 95% 11,1;14,6) a 21,8% (IC 95% 19,5;24,1), de la misma manera en la selva aumentó de 9,2% (IC 95% 7,0;11,3) a 14,3% (IC 95% 12,5;16,1), es decir, un incremento de 7,9 pp y de 6,6 pp, respectivamente.

Gráfico 96. Tendencia de la Obesidad en jóvenes de 18 a 29 años según dominio de residencia. Perú, 2014-2024

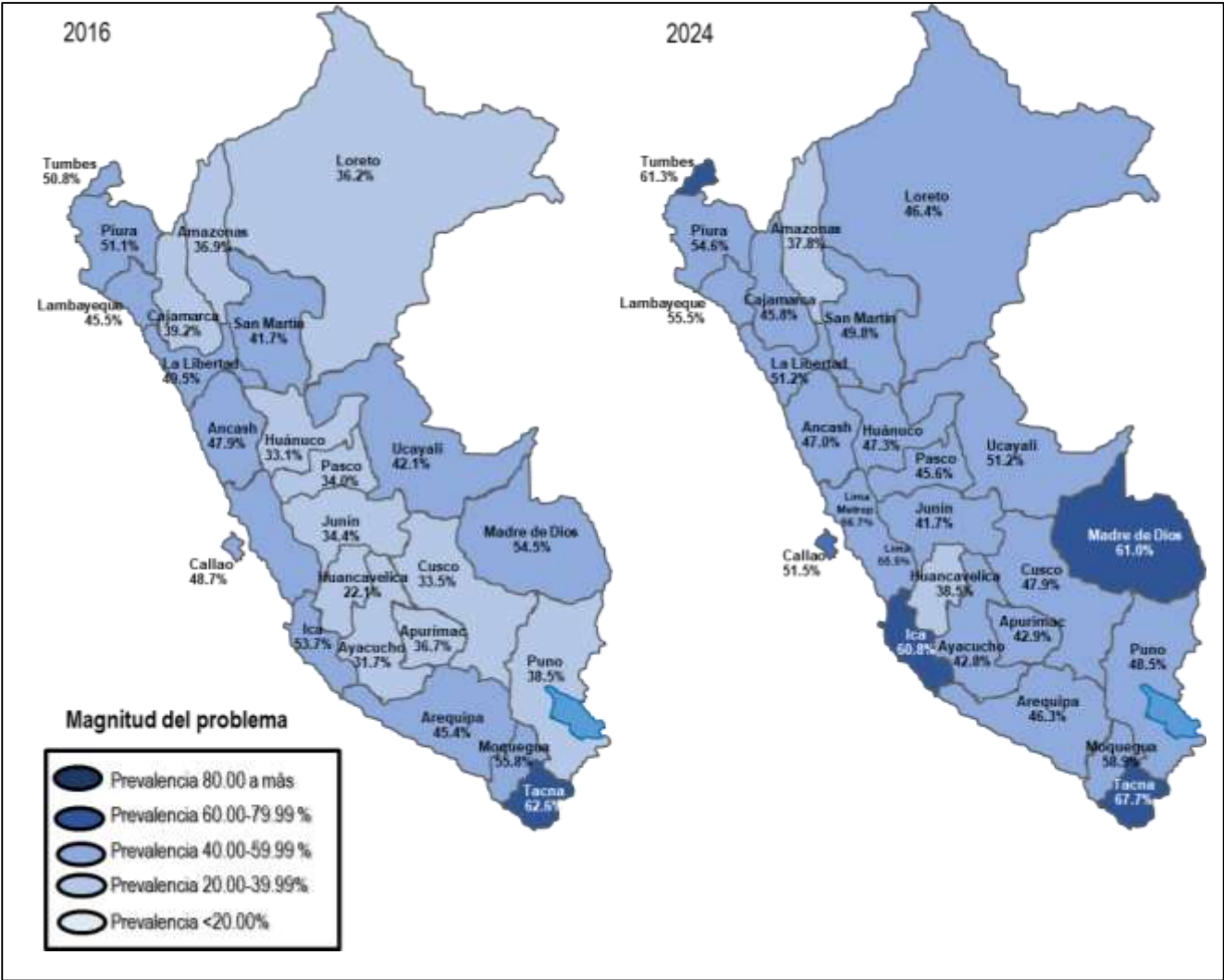


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

En el año 2016, once departamentos del país presentaron prevalencias de exceso de peso en jóvenes menores a 40% y, para el año 2024, sólo Amazonas y Huancavelica mantuvieron esas cifras.

Asimismo, se puede observar que, en el año 2016, sólo Tacna presentó cifras mayores a 60% y para el año 2024, alcanzaron estas cifras Tumbes, Ica, Tacna y Madre de Dios

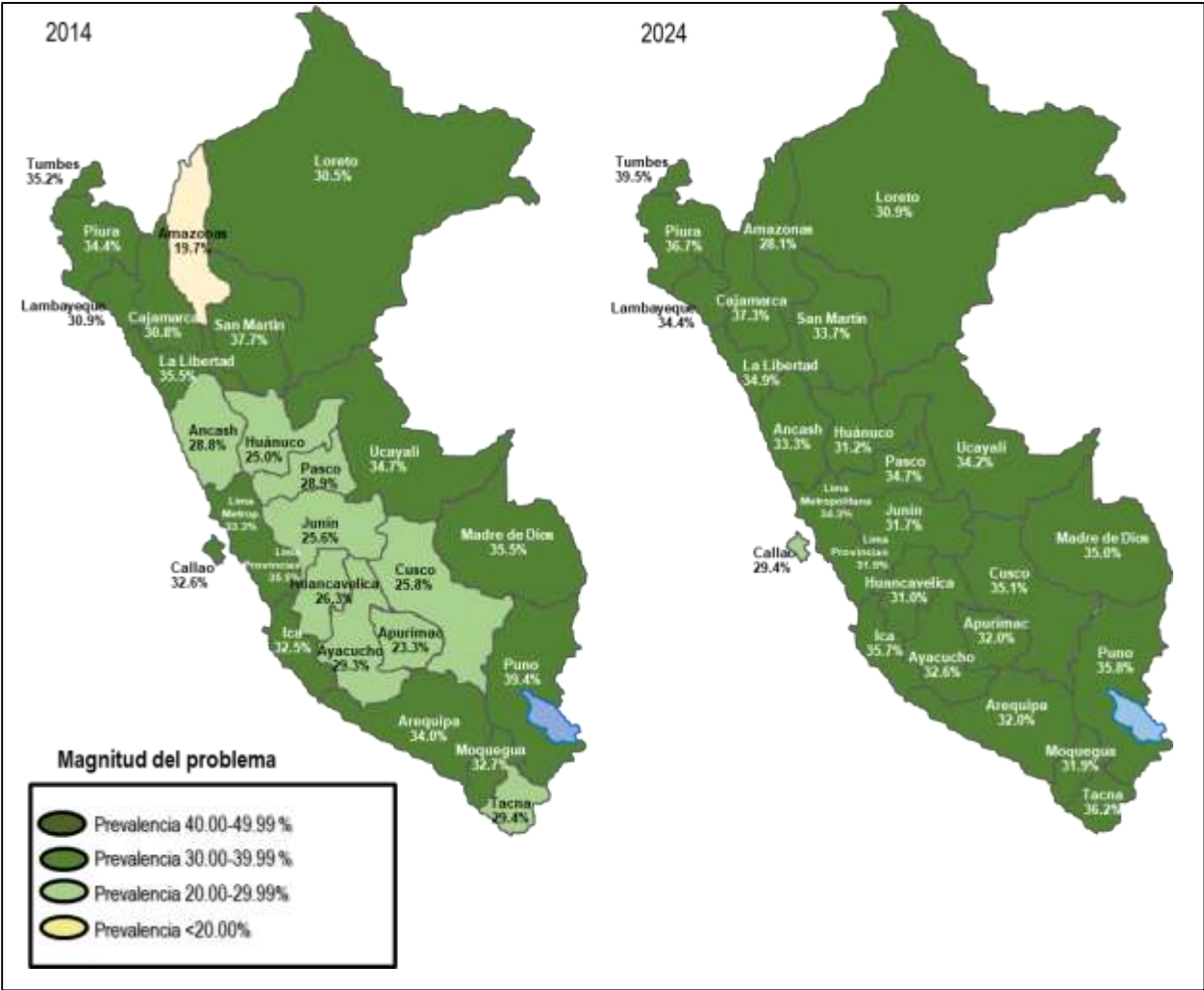
Gráfico 97. Tendencia del Exceso de peso en jóvenes de 18 a 29 años según departamentos. Perú, 2016 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 y 2024.

Entre el año 2014 y 2024, la tendencia del sobrepeso en jóvenes se mantuvo estable en la mayoría de los departamentos del país, mostrando un incremento importante, en la sierra centro y sur: Cusco, Apurímac, Junín, Huánuco y, especialmente, Amazonas.

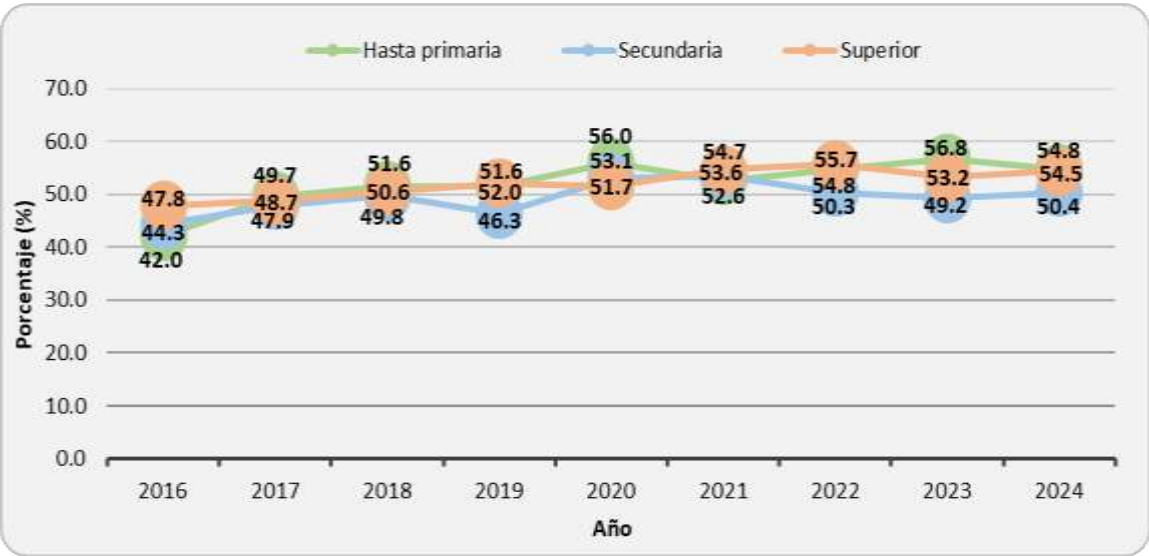
Gráfico 98. Tendencia del Sobrepeso en jóvenes de 18 a 29 años según departamentos. Perú, 2014 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 y 2024.

Entre los años 2016 y 2024, la prevalencia de **Exceso de peso** se incrementó en los jóvenes con nivel educativo hasta primaria en 12,8 pp (de 42,0% (IC 95% 38,3;45,8) a 54,8% (IC 95% 48,4;61,2)), en los jóvenes con nivel secundaria aumentó en 6,1 pp (de 44,3% (IC 95% 42,1;46,5) a 50,4% (IC 95% 48,0;52,8)) y en los del nivel superior se elevó en 6,7 pp (de 47,8% (IC 95% 38,3;45,8) a 54,5% (IC 95% 51,6;57,4)), observándose en el año 2024 cifras superiores al 50,0% en todos los niveles educativos.

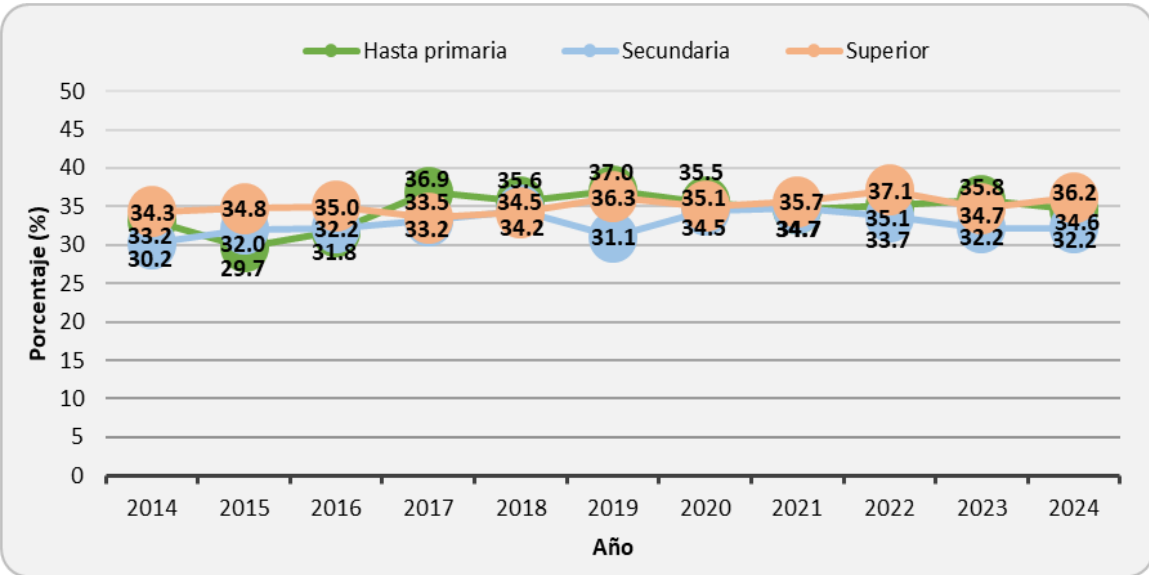
Gráfico 99. Tendencia del Exceso de peso en jóvenes de 18 a 29 años según nivel de educación. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016-2024.

Sin embargo, entre los años 2014 y 2024, la prevalencia de **sobrepeso** se mantuvo estable en todos los niveles educativos

Gráfico 100. Tendencia del Sobrepeso en jóvenes de 18 a 29 años según nivel de educación. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Las cifras de **obesidad** se duplicaron en los jóvenes con nivel de educación hasta primaria de 10,8% (IC 95% 8,1;13,5) a 20,2% (IC 95% 15,6;24,9), mientras que en los jóvenes con secundaria se incrementó de 10,5% (IC 95% 9,0;12,5) a 18,3% (IC 95% 16,1;20,4), de la misma manera en los de nivel superior aumentó de 10,0% (IC 95% 8,1;11,9) a 18,3% (IC 95% 16,0;20,6).

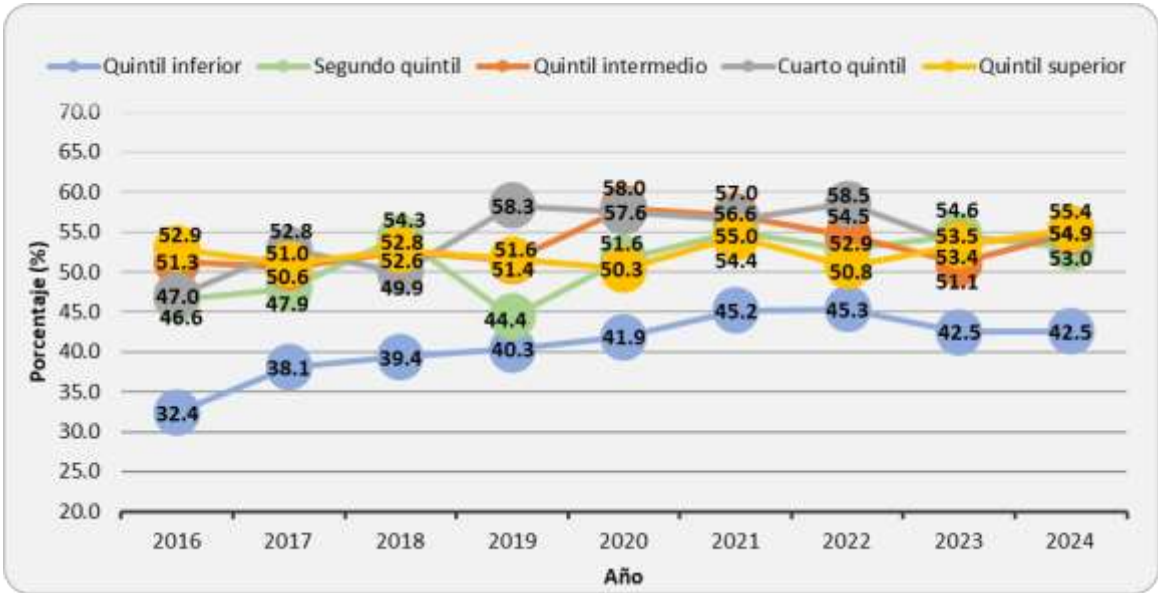
Gráfico 101. Tendencia de la Obesidad en jóvenes de 18 a 29 años según dominio de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Entre los años 2016 y 2024, según quintil de bienestar, la prevalencia de **Exceso de peso** se mantuvo estable en el quintil intermedio, cuarto quintil y quintil superior, sin embargo, en el quintil inferior se incrementó de 32,4% (IC 95% 29,7;35,1) a 42,5% (IC 95% 39,7;45,3) y en el segundo quintil, aumentó de 46,6% (IC 95% 43,6;49,5) a 53,0% (IC 95% 49,6;56,4).

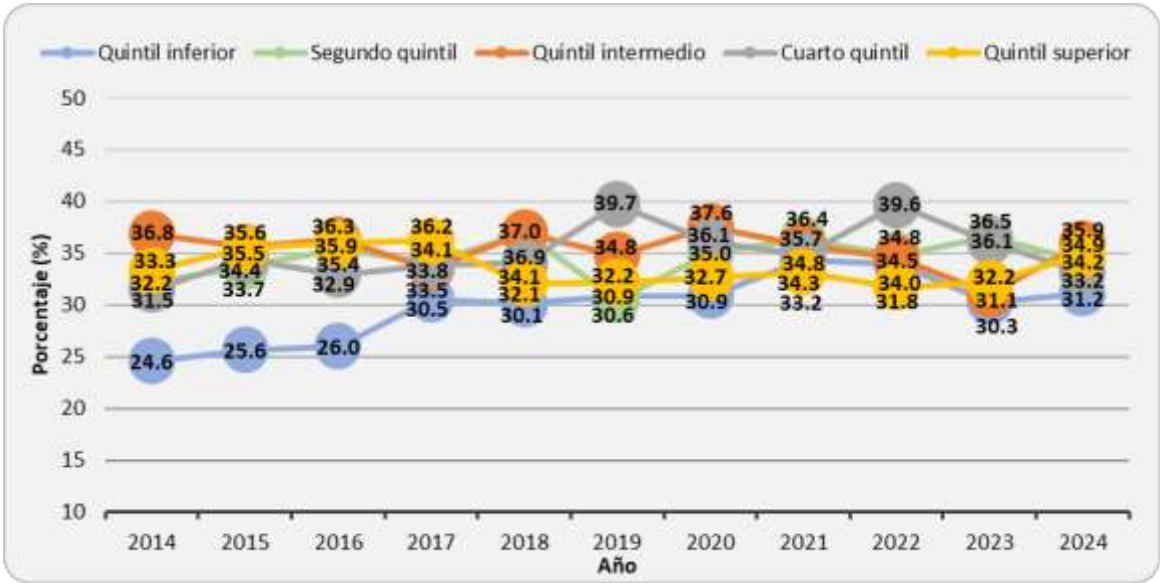
Gráfico 102. Tendencia del Exceso de peso en jóvenes de 18 a 29 años según quintil de bienestar. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016-2024.

Por otro lado, la prevalencia de **sobrepeso** se mantuvo estable en casi todos los quintiles de bienestar, incrementando sólo en el quintil inferior de 24,6% (IC 95% 21,5;27,7) a 31,2% (IC 95% 28,6;33,7).

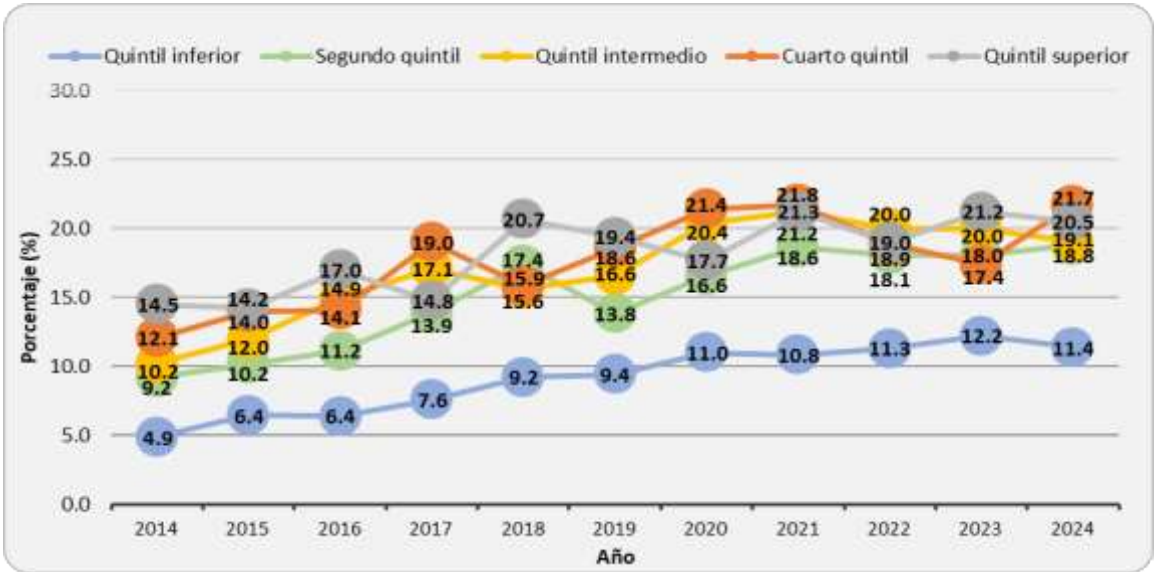
Gráfico 103. Tendencia del Sobrepeso en jóvenes de 18 a 29 años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Las cifras de **obesidad** entre los años 2014 y 2024 se duplicaron o casi duplicaron en los jóvenes del quintil inferior de 4,9% (IC 95% 3,5;6,2) a 11,4% (IC 95% 9,7;13,0), en los del segundo quintil de 9,2% (IC 95% 7,5;10,9) a 18,8% (IC 95% 15,8;21,8) y en los jóvenes del quintil intermedio de 10,2% (IC 95% 8,0;12,4) en el año 2014 a 19,1% (IC 95% 16,2;21,9) en el 2024. Mientras que en los del cuarto quintil incrementaron de 12,1% (IC 95% 9,7;14,5) a 21,7% (IC 95% 17,5;25,9) y en el quinto quintil solo 6 pp en el mismo periodo.

Gráfico 104. Tendencia de la Obesidad en jóvenes de 18 a 29 años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024

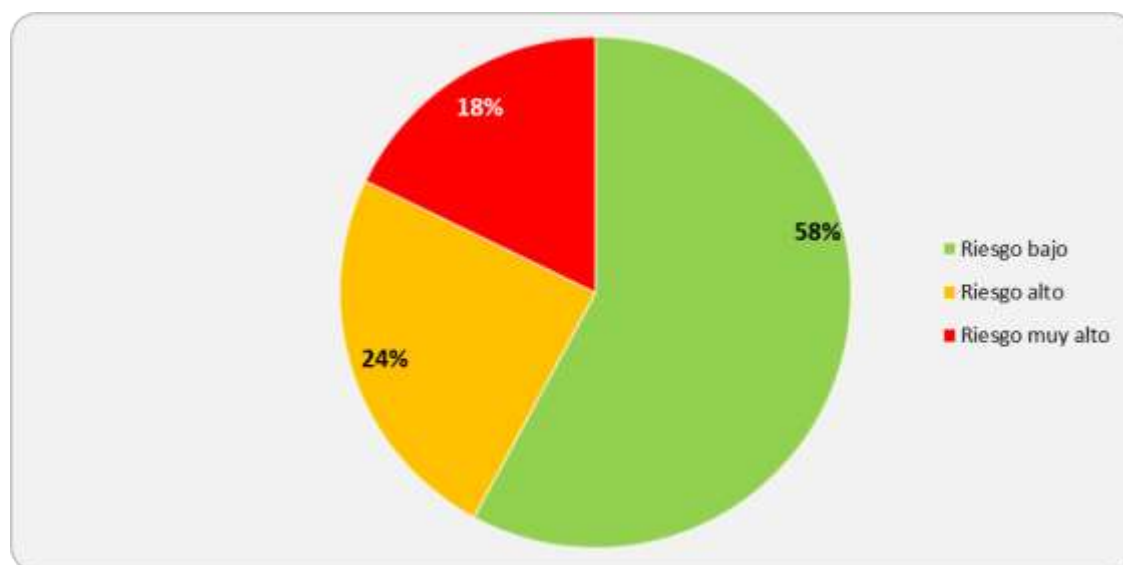


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

4.1.5.2 Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en jóvenes de 18 a 29 años

Según el Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018, el 24,3% de los jóvenes de 20 a 29 años, presentó riesgo alto de comorbilidad según perímetro abdominal, mientras que el riesgo muy alto se presentó en el 17,8% de los evaluados; es decir, **cuatro de cada diez jóvenes de 20 a 29 años presentaron riesgo alto o muy alto** de presentar enfermedades no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Gráfico 105. Riesgo de comorbilidad en las y los adultos de 20 a 29 años según perímetro abdominal. Perú, periodo 2017-2018



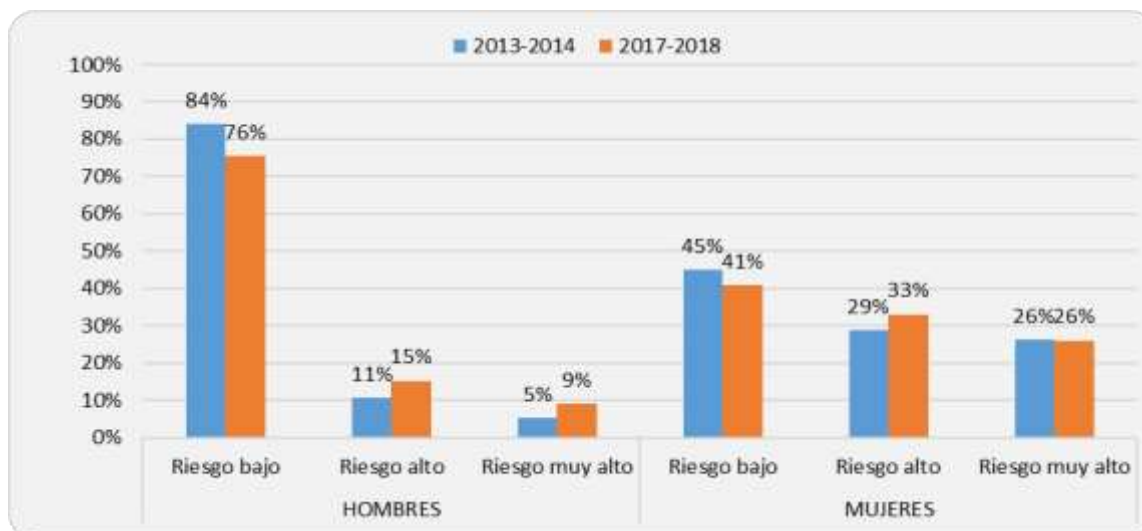
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años; VIANEV, 2017-2018.

Según sexo, el riesgo de comorbilidad alto o muy alto para enfermedades crónicas no transmisibles se observó principalmente en las mujeres (59,2%) que en los hombres (24,5%).

Al comparar las cifras de los periodos 2013-2014 y 2017-2018, se puede observar que el **riesgo bajo** disminuyó ligeramente en ambos sexos.

En el caso del **riesgo alto**, se puede observar que se incrementó en ambos sexos entre los periodos 2013-2014 y 2017-2018, sin embargo, el **riesgo muy alto**, sólo aumentó en hombres, de 5,2% a 9,2%, mientras que, en las mujeres se mantuvo estable.

Gráfico 106. Riesgo de comorbilidad en jóvenes de 20 a 29 años según perímetro abdominal y sexo. Perú, periodo 2013-2014 y 2017-2018



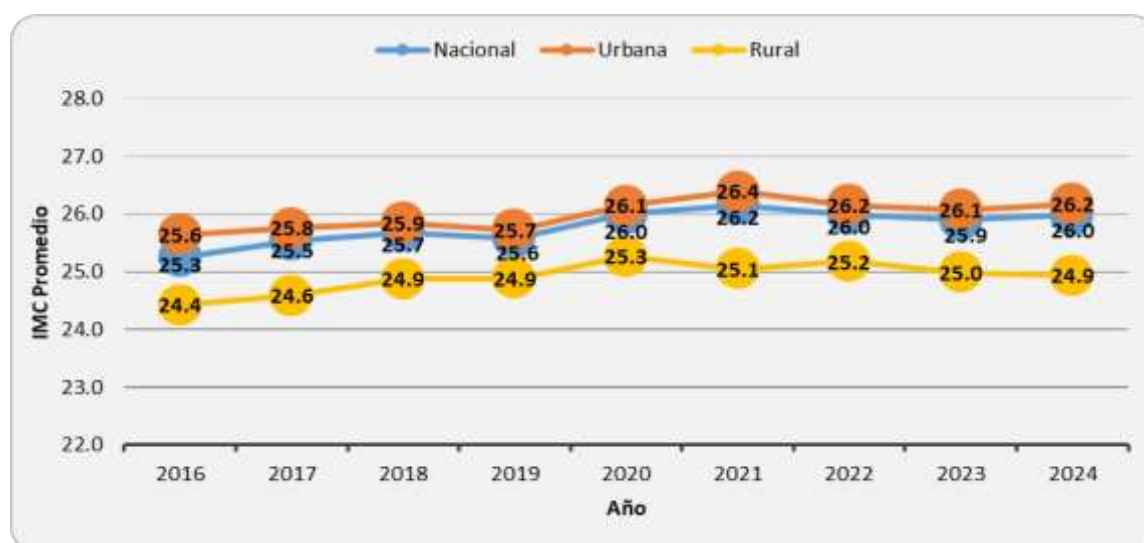
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años; VIANEV, 2017–2018.

4.1.5.3 Tendencia índice de masa corporal promedio en jóvenes de 18 a 29 años

Según el INEI-ENDES, el índice de masa corporal promedio en jóvenes de 18 a 29 años aumentó de 25,3 kg/m² a 26,0 kg/m² entre los años 2016 y 2024. De la misma manera, se evidenció un incremento del IMC en los adolescentes residentes del área urbano y rural, aumentando 0,6 kg/m² y 0,5 kg/m² respectivamente, en el mismo periodo.

Así mismo, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC promedio fue mayor en los residentes del área urbana.

Gráfico 107. Tendencia del índice de masa corporal promedio en jóvenes de 18 a 29 años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2016- 2024.

Por otro lado, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC fue mayor en mujeres, así mismo, se evidencio un aumentó de 0,5 Kg/m² en hombres y 0,9 kg/m² en mujeres entre los años 2016 y 2024.

Gráfico 108. Tendencia del índice de masa corporal promedio en jóvenes de 18 a 29 años según sexo. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2016- 2024.

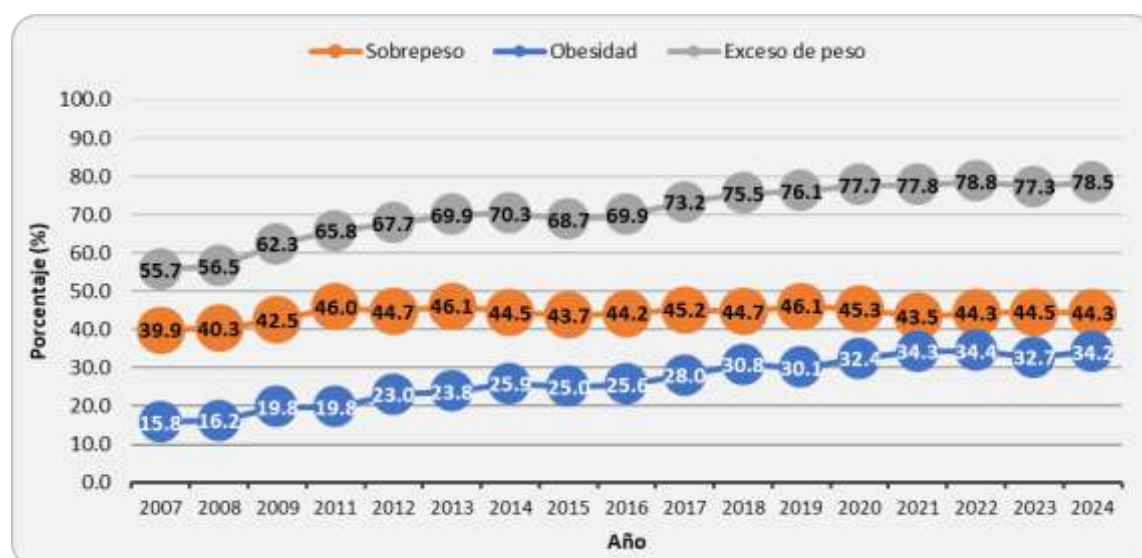
4.1.6 Estado nutricional de los adultos de 30 a 59 años

4.1.6.1 Tendencia del sobrepeso y obesidad en adultos de 30 a 59 años

Según el artículo Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú¹⁵, en el año 2007, la prevalencia exceso de peso en adultos de 30 a 59 años, a nivel nacional, era de 55,7%, mientras que para el año 2024, según el INEI, el exceso aumentó a 78,8%, es decir, **cuatro de cada cinco adultos 30 a 59 años presentaron una acumulación excesiva de grasa corporal**.

A nivel nacional, la prevalencia de **sobrepeso** en adultos de 30 a 59 años aumentó de 39,9% (IC 95% 38,2;41,7) a 44,3% (IC 95% 43,0;45,8) entre los años 2007 y 2024, de la misma manera, la prevalencia de **obesidad** se duplicó, con cifras de 15,8% (IC 95% 14,5;17,2) en el año 2007 y 34,2% (IC 95% 32,9;35,5) en el año 2024, un incremento significativo, siendo está, la que más contribuye en el aumento del exceso de peso.

Gráfico 109. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en adultos de 30 a 59 años. Perú, 2007-2024

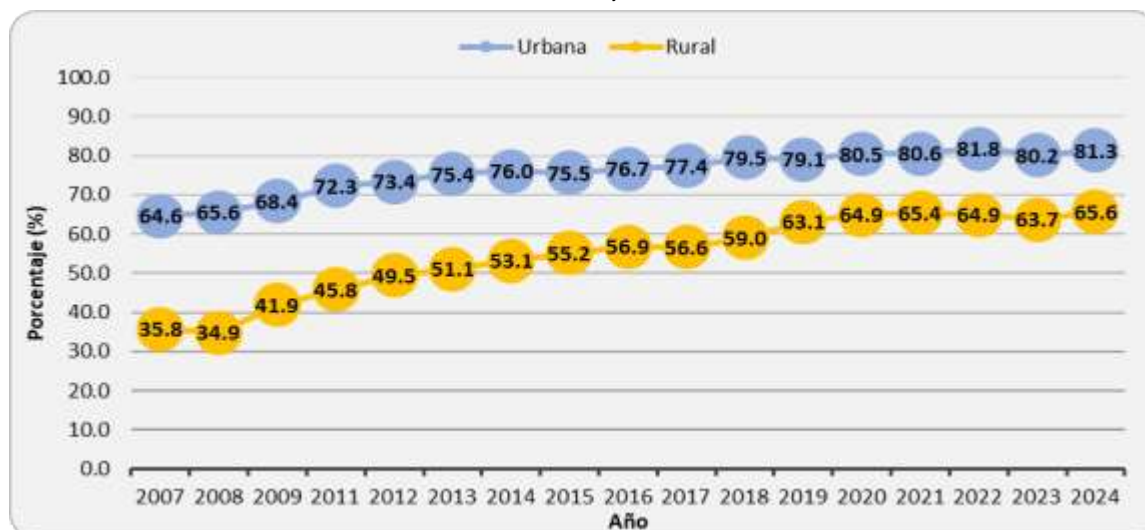


Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011
INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Según área de residencia, entre los años 2007 y 2024, la prevalencia de **exceso de peso** en adultos aumentó en el área urbana de 64,6% a 81,3%; mientras que, en el área rural, se incrementó, de 35,8% a 65,6% en el periodo evaluado, disminuyendo la brecha de 28,8 a 15,7 pp la diferencia entre el área urbana y rural.

¹⁵ Tarqui-Mamani, C., Sánchez-Abanto, J., Álvarez-Dongo, D., Gómez-Guizado, G., & Valdivia-Zapana, S. (2013). *Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú*. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(3), 1-7. <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203129459004.pdf>

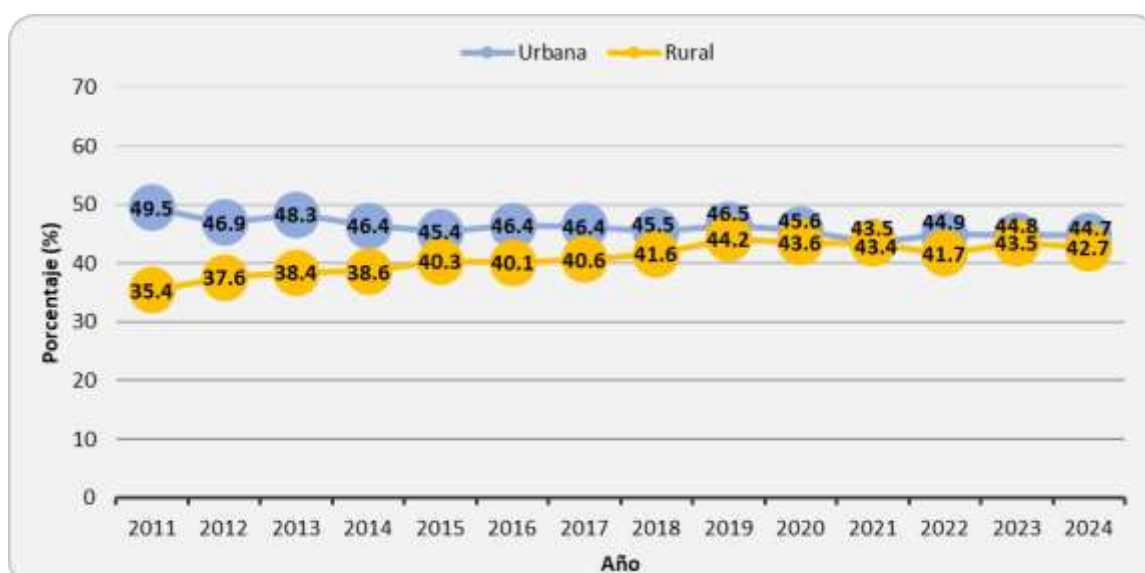
Gráfico 110. Tendencia del exceso de peso en adultos de 30 a 59 años según área de residencia. Perú, 2007-2024



Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011
INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Entre los años 2011 y 2024, la prevalencia de **sobrepeso** disminuyó ligeramente de 49,5% a 44,7% en el área urbana, mientras que, en el área rural, se observó un incremento de 7,3 pp, lo que supondría cambios en los estilos de vida y disminución en las brechas entre la población urbana y rural.

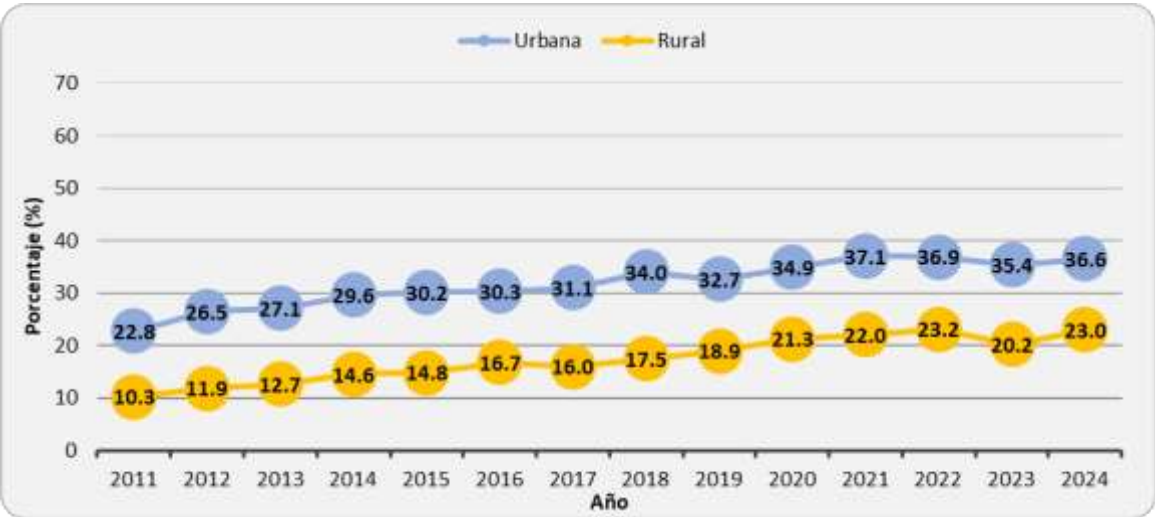
Gráfico 111. Tendencia del Sobrepeso en adultos de 30 a 59 años según área de residencia. Perú, 2011-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Contrariamente, la prevalencia de **obesidad** aumentó en el área urbana de 22,8% (IC 95% 20,3;30,0) a 36,6% (IC 95% 35,0;38,1); mientras que, en el área rural, la prevalencia se duplicó, de 10,3% (IC 95% 8,4;11,0) a 23,0% (IC 95% 21,3;24,6) en el periodo evaluado, pero manteniendo una brecha de más de 12 pp en relación al área urbana.

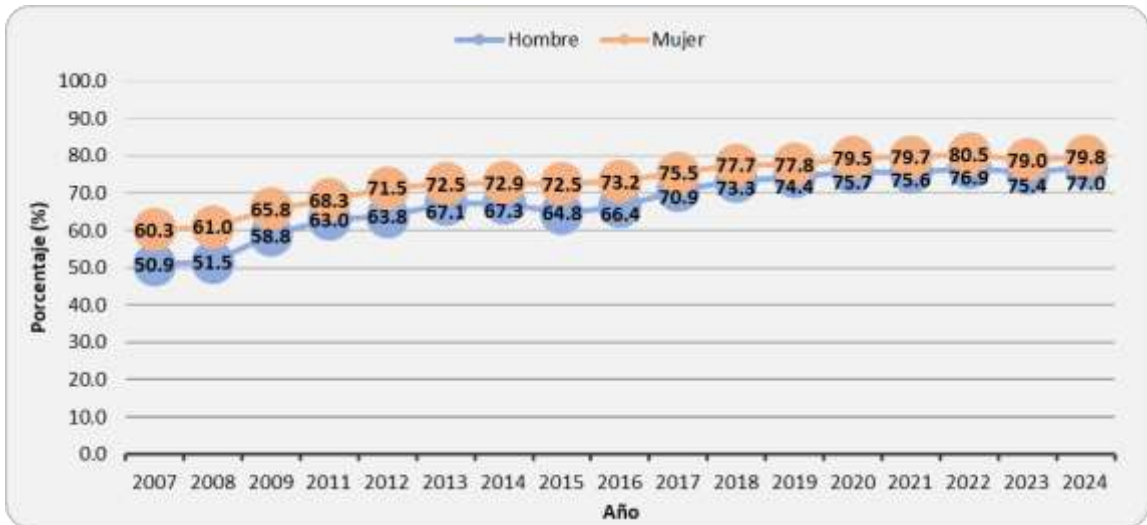
Gráfico 112. Tendencia de la Obesidad en adultos de 30 a 59 años según área de residencia. Perú, 2011-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Entre los años 2007 al 2024, la prevalencia de **Exceso de peso** aumentó alrededor de 19 pp en ambos sexos, siendo predominante en las mujeres en todos los años evaluados. Así mismo, se puede observar que, la brecha entre ambos sexos disminuyó de 9,4 pp a 2,8 pp.

Gráfico 113. Tendencia del Exceso de peso en adultos de 30 a 59 años según sexo. Perú, 2007-2024



Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011
INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Entre los años 2011 y 2024, la prevalencia de **sobrepeso** se mantuvo estable en ambos sexos, siendo levemente mayor en varones en todos los periodos evaluados.

Gráfico 114. Tendencia del Sobrepeso en adultos de 30 a 59 años según sexo.
Perú, 2011-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

En relación a la **obesidad**, entre los años 2011 y 2024, la prevalencia casi se duplicó en hombres de 14,2% (IC 95% 11,6-20,0) a 29,1% (IC 95% 27,2-30,9); mientras que en mujeres se incrementó en 14,0 pp, con cifras de 24,8% (IC 95% 21,9-30,0) y 38,8% (IC 95% 37,1-40,5) en el periodo evaluado. La prevalencia de la obesidad fue predominante en las mujeres en todos los años evaluados, a diferencia de la prevalencia de sobrepeso.

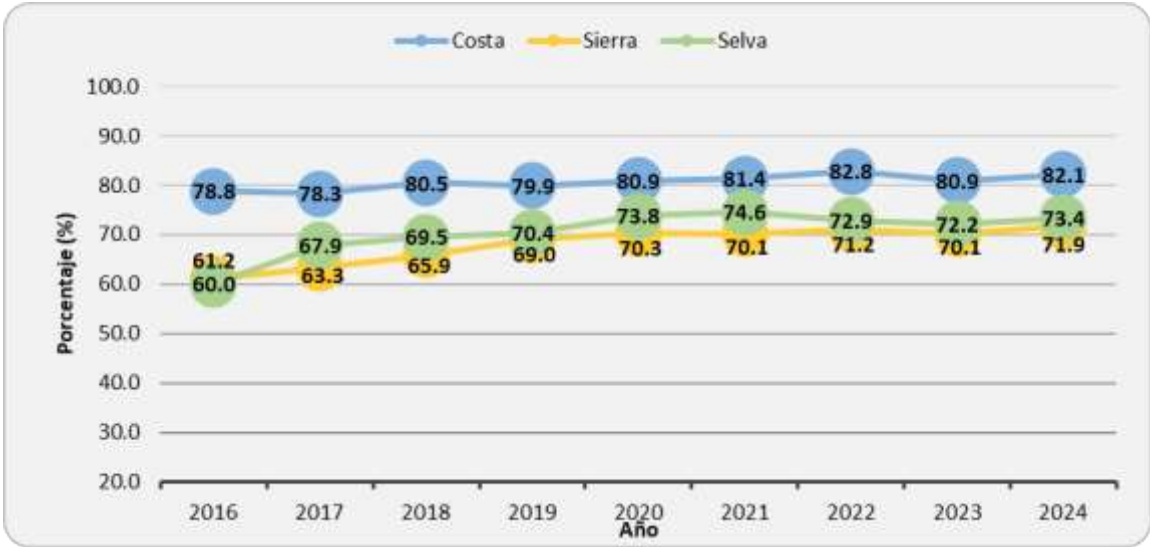
Gráfico 115. Tendencia de la Obesidad en adultos de 30 a 59 años según sexo.
Perú, 2011-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Al comparar las cifras de exceso de peso según dominio de residencia, se puede observar que en la costa el incremento fue lento pero progresivo, aumentando de 78,8% (IC 95% 77,4-80,2) a 82,1% (IC 95% 80,7-83,5) entre los años 2016 y 2024, dichos valores fueron superiores a los observados en la sierra y selva en todos los periodos evaluados. En la sierra aumentó de 61,2% (IC 95% 59,2-63,2) en el año 2016 a 71,9% (IC 95% 70,3-73,4) en el 2024, mientras que en la selva incremento de 60,0% (IC 95% 54,7-62,3) a 73,4% (IC 95% 71,6-75,2) en el mismo periodo.

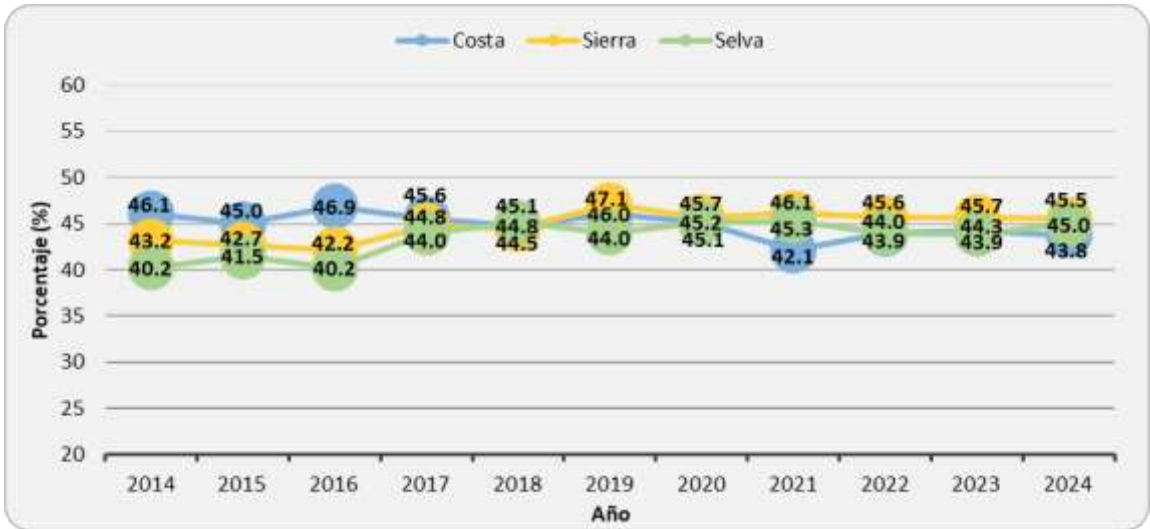
Gráfico 116. Tendencia del Exceso de peso en adultos de 30 a 59 años según región natural. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Al comparar las cifras de los Informes desde el 2014 a 2024, la prevalencia de **sobrepeso** en las tres regiones naturales se mantuvo estable.

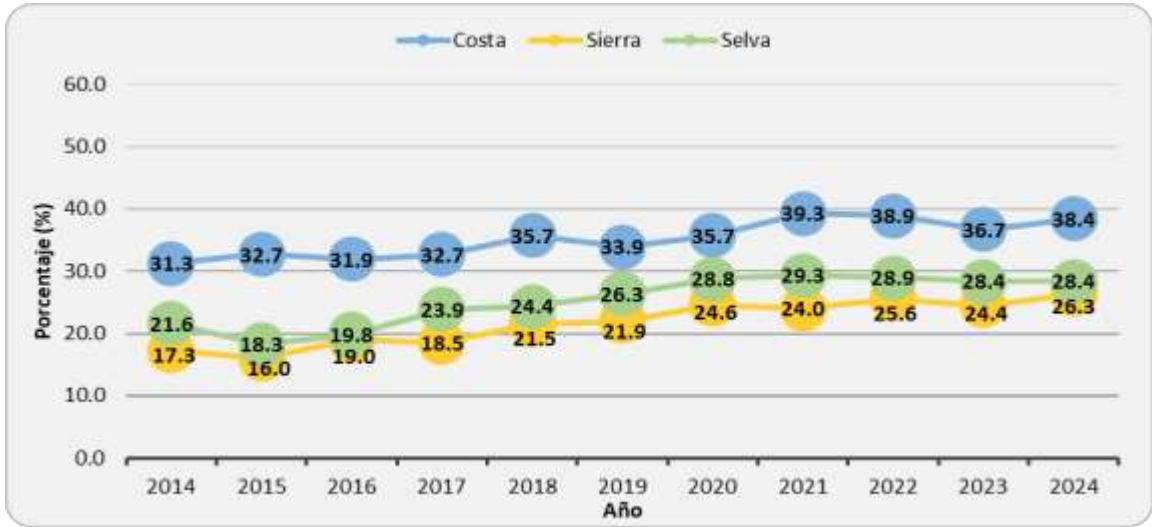
Gráfico 117. Tendencia del Sobrepeso en adultos de 30 a 59 años según región natural. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Al comparar la prevalencia de **obesidad** en adultos de 30 a 59 años, según dominio de residencia, se puede observar que entre los años 2016 y 2024, aumentaron en la costa de 31,3% (IC 95% 29,6-32,9) a 38,4% (IC 95% 36,5-40,3), manteniendo cifras superiores a la sierra y selva en todos los periodos evaluados. En la sierra, la obesidad aumentó de 17,3% (IC 95% 15,8-18,8) a 26,3% (IC 95% 24,8-27,9), mientras que en la selva incremento de 21,6% (IC 95% 19,4-23,8) a 28,4% (IC 95% 26,5-30,3).

Gráfico 118. Tendencia de la Obesidad en adultos de 30 a 59 años según región natural. Perú, 2014-2024

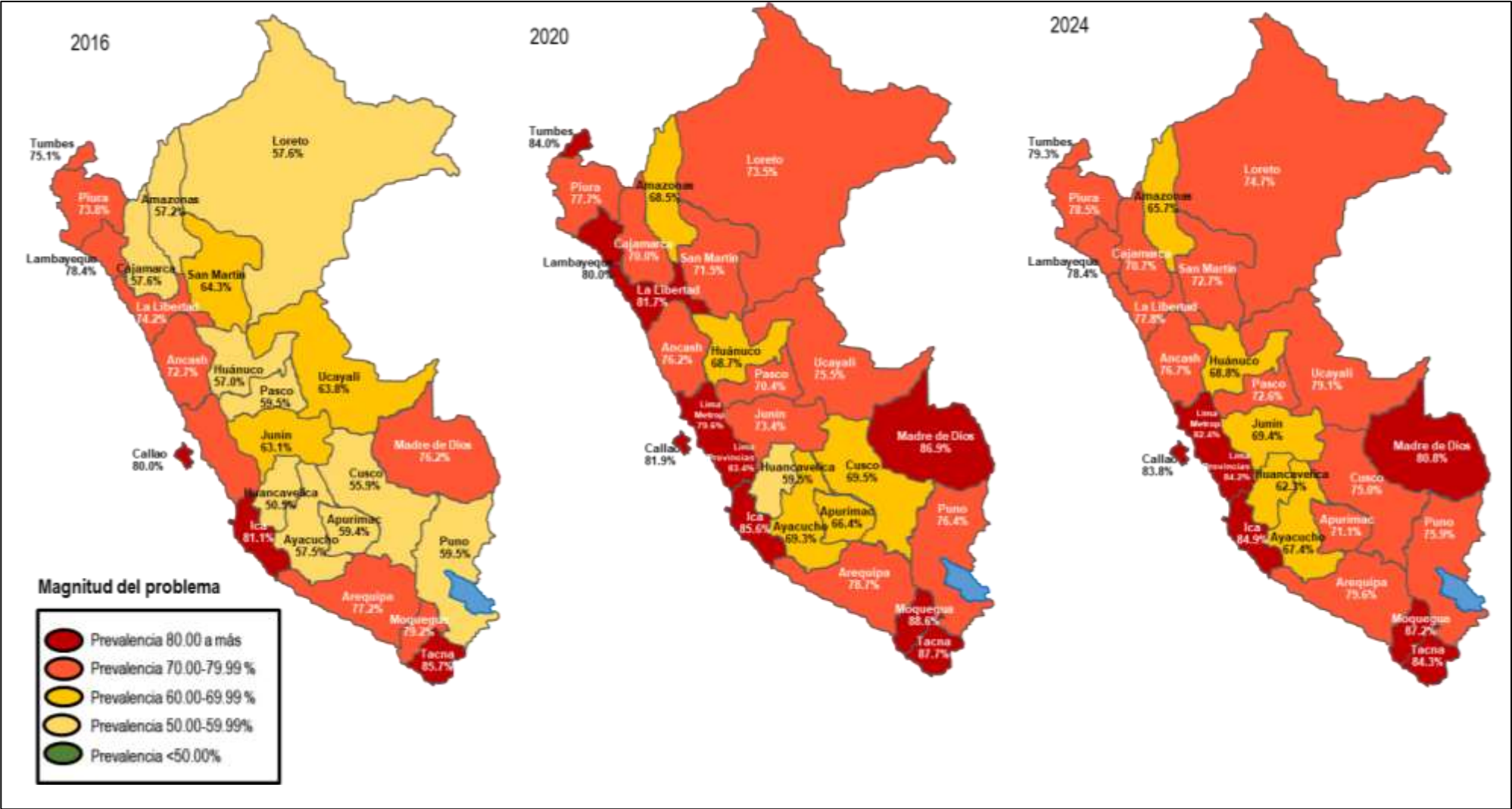


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Entre los años 2016 y 2024, los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Moquegua, Pasco, Puno, San Martín y Ucayali aumentaron al menos 8 pp sus cifras de **exceso de peso**.

En el año 2024, los departamentos de Ica, Lima, Moquegua, Madre de Dios y Tacna, así como la Provincia constitucional del Callao presentaron prevalencias de **Exceso de peso** mayores o iguales a 80,0%, resaltando que el año 2016 sólo los departamentos de Ica y Tacna presentaron esas cifras elevadas.

Gráfico 119. Evolución del Exceso de peso en adultos de 30 a 59 años según departamentos.
Perú 2016 y 2024

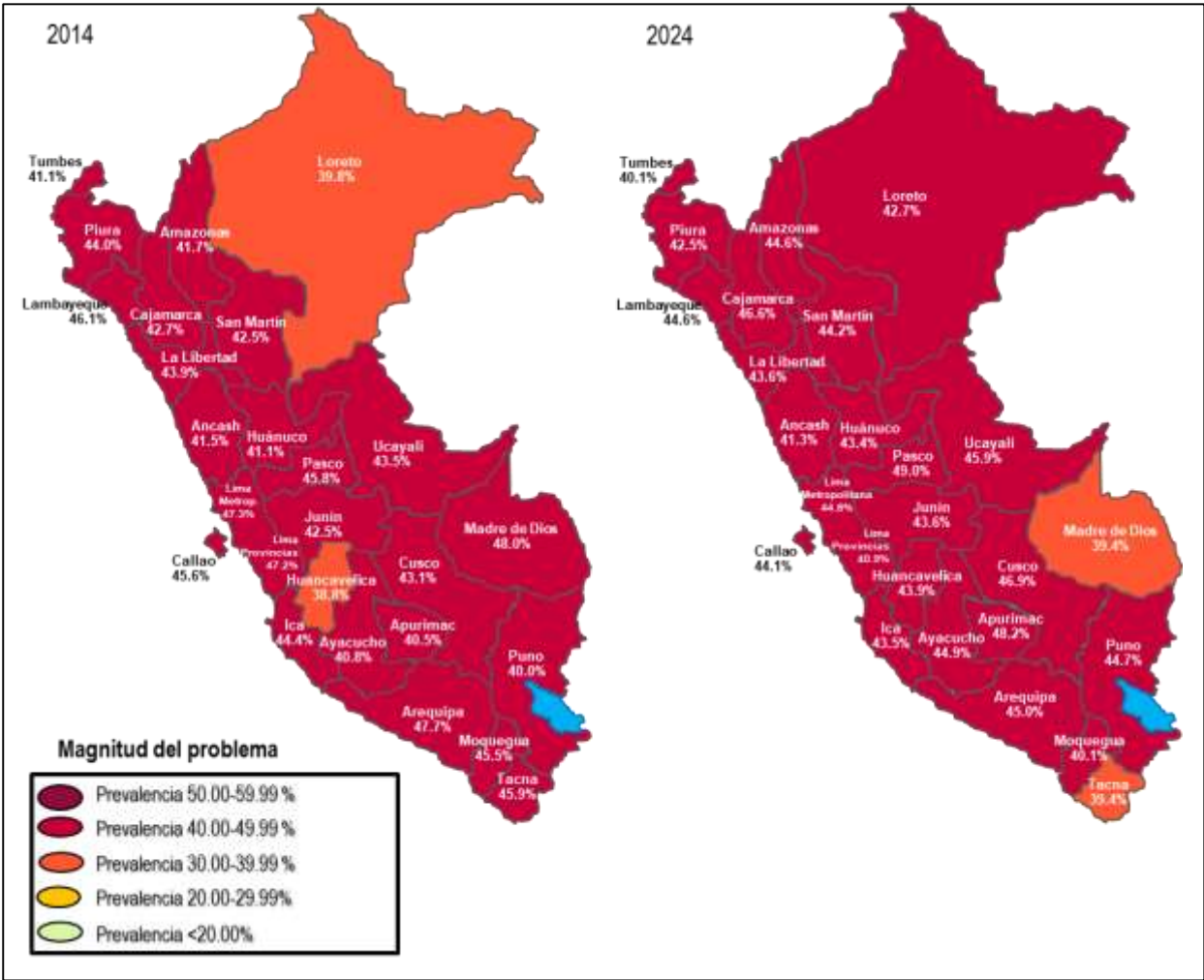


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016, 2020 y 2024.

Entre los años 2014 y 2024, todos los departamentos del Perú mantuvieron estables sus prevalencias de **sobrepeso**.

En el año 2024, todos los departamentos se encontraron en el rango de 39,4% a 49,0%.

Gráfico 120. Evolución del sobrepeso en adultos de 30 a 59 años según departamentos. Perú 2014 y 2024

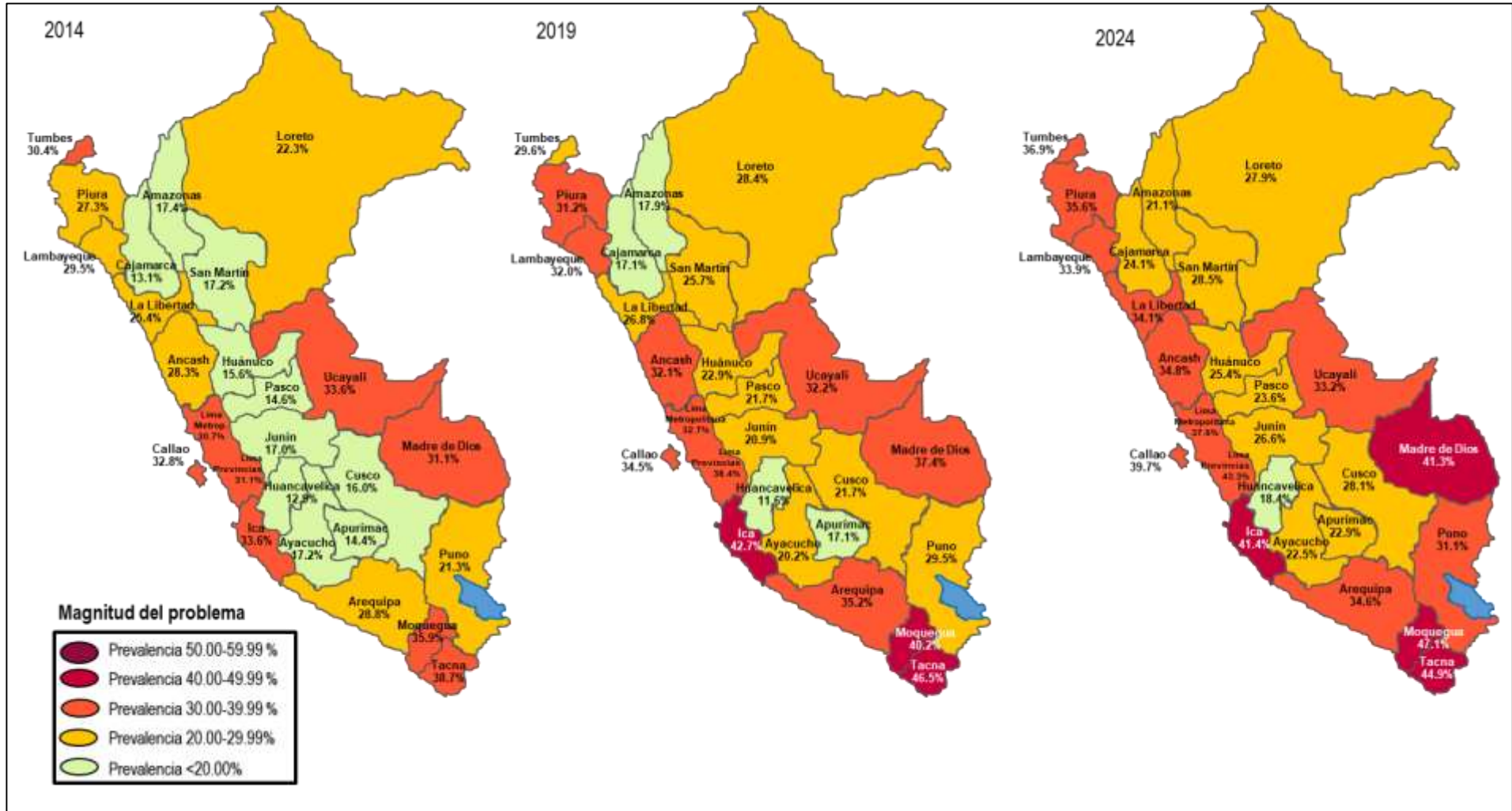


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 y 2024.

Respecto a la **obesidad**, al comparar los años 2014 y 2024, se observó que los departamentos de Ancash, Arequipa, Huánuco, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima región, Madre de Dios, Moquegua, Piura, Tacna y la provincia Constitucional del Callao aumentaron de manera significativa sus prevalencias de **obesidad**.

Asimismo, se puede observar que en el año 2014 ningún departamento del país presentaba prevalencias de obesidad mayores al 40,0%, y para el año 2019, Ica, Moquegua y Tacna ya presentaban 42,7%, 40,2% y 46,5% respectivamente. En el año 2024, los departamentos Tacna, Moquegua, Madre de Dios, Lima región e Ica tuvieron prevalencias mayores a 40,0%.

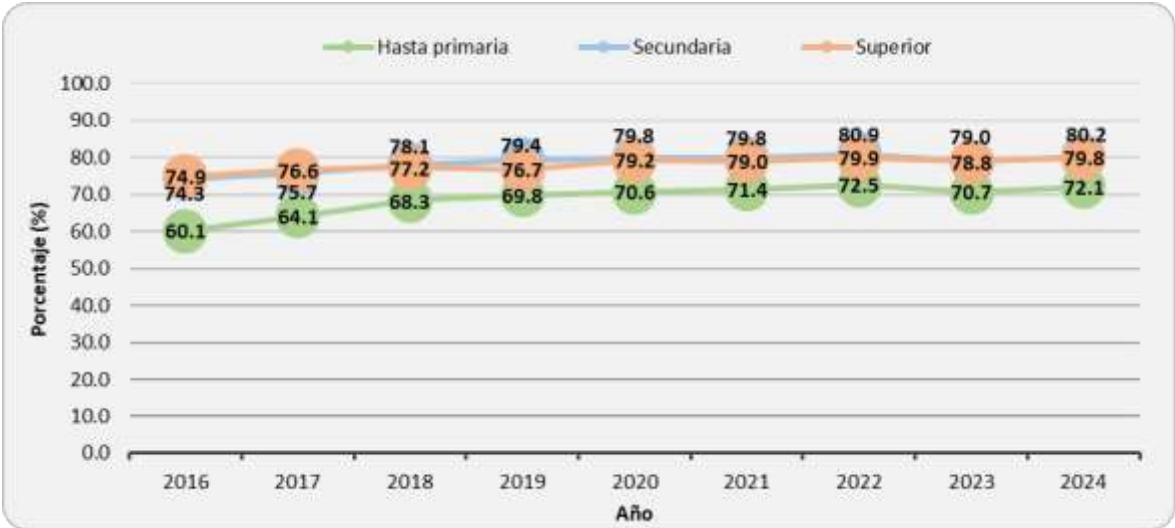
Gráfico 121. Evolución de la obesidad en adultos de 30 a 59 años según regiones.
Perú, 2014, 2019 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Al comparar las cifras de los Informes de los años 2016 al 2024, se puede observar que, la prevalencia de **Exceso de peso** aumentó en los adultos de 30 a 59 años, de todos los niveles de educación, siendo menos prevalente en todos los periodos evaluados, en las personas del nivel hasta primaria.

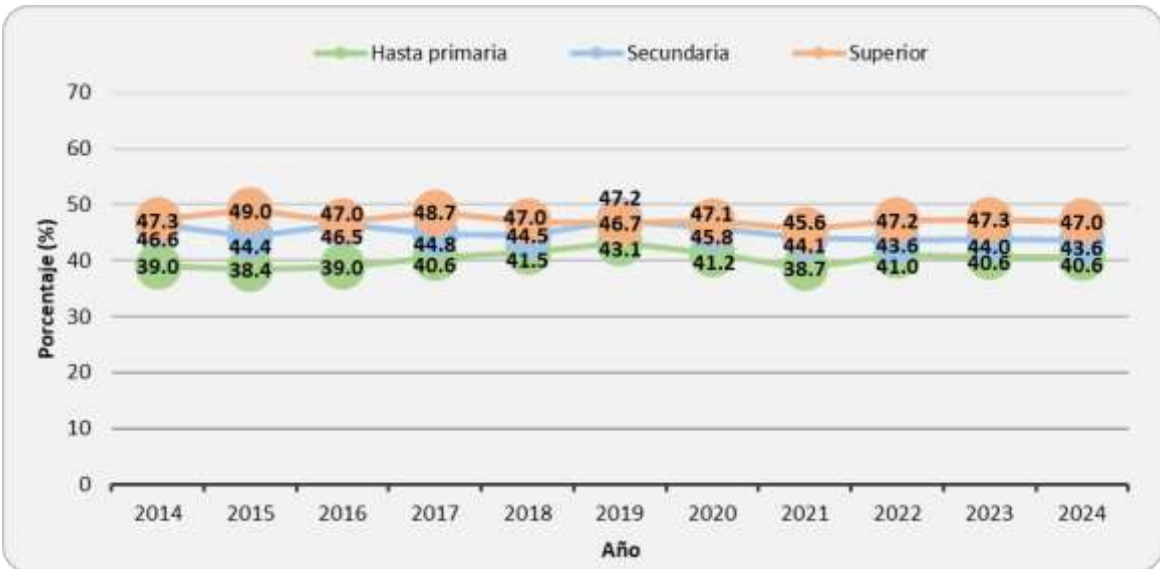
Gráfico 122. Tendencia del Exceso de peso en adultos de 30 a 59 años según nivel de educación. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016-2024.

Al comparar las cifras de los Informes de los años 2014 al 2024, se puede observar que, la prevalencia de **sobrepeso**, de todos los niveles de educación, se mantuvo en el rango de 38% a 49%.

Gráfico 123. Tendencia del Sobrepeso en adultos de 30 a 59 años según nivel de educación. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

A diferencia del sobrepeso, las prevalencias de **obesidad** en adultos con nivel educativo hasta primaria se incrementaron en 9,4 pp, de 22,1% (IC 95% 20,2-23,9) a 31,5% (IC 95% 29,2-33,8), mientras que en los adultos del nivel secundario aumentó de 28,2% (IC 95% 26,3-30,1) a 36,6% (IC 95% 34,6-38,6). En los adultos del nivel superior, se elevó de 26,7% (IC 95% 24,5-28,8) a 32,9% (IC 95% 30,8-34,9).

Gráfico 124. Tendencia de la Obesidad en adultos de 30 a 59 años según nivel de educación. Perú, 2014-2024

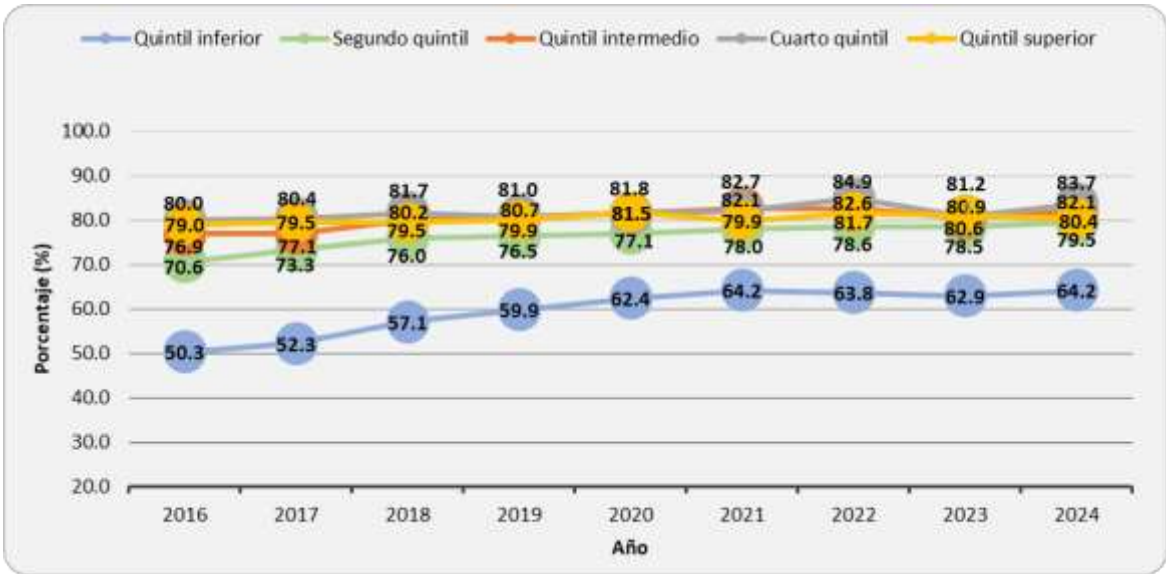


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Al comparar las cifras de los Informes de los años 2016 al 2024, se puede observar que, la prevalencia de **Exceso de peso** aumentó en los adultos de 30 a 59 años del quintil inferior de 50,3% (IC 95% 48,1-52,6) a 64,2% (IC 95% 48,1-52,6), mientras que, en el segundo quintil incrementó de 70,6% (IC 95% 68,7-72,6) a 79,5% (IC 95% 68,7-72,6) y en los del quintil intermedio aumentó 5,2 pp (de 76,9% (IC 95% 74,8-79,0) a 82,1% (IC 95% 80,0-84,1)). En los adultos del cuarto quintil y quintil superior, las prevalencias se mantuvieron estables.

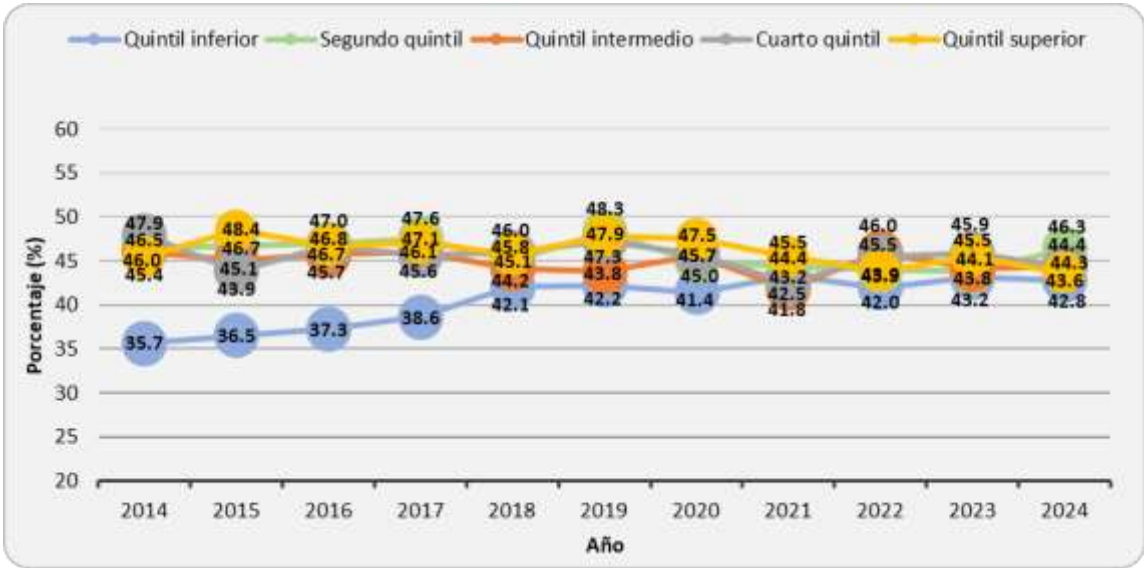
De la misma manera, entre los años 2014 al 2024, la prevalencia de **Sobrepeso** aumentó **sólo** en los adultos del quintil inferior de 35,7% (IC 95% 33,5-37,8) a 42,8% (IC 95% 41,1-44,6), especialmente entre el periodo de 2014 a 2018, mientras que, en los demás quintiles se mantuvo estable.

Gráfico 125. Tendencia del Exceso de peso en adultos de 30 a 59 años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016-2024.

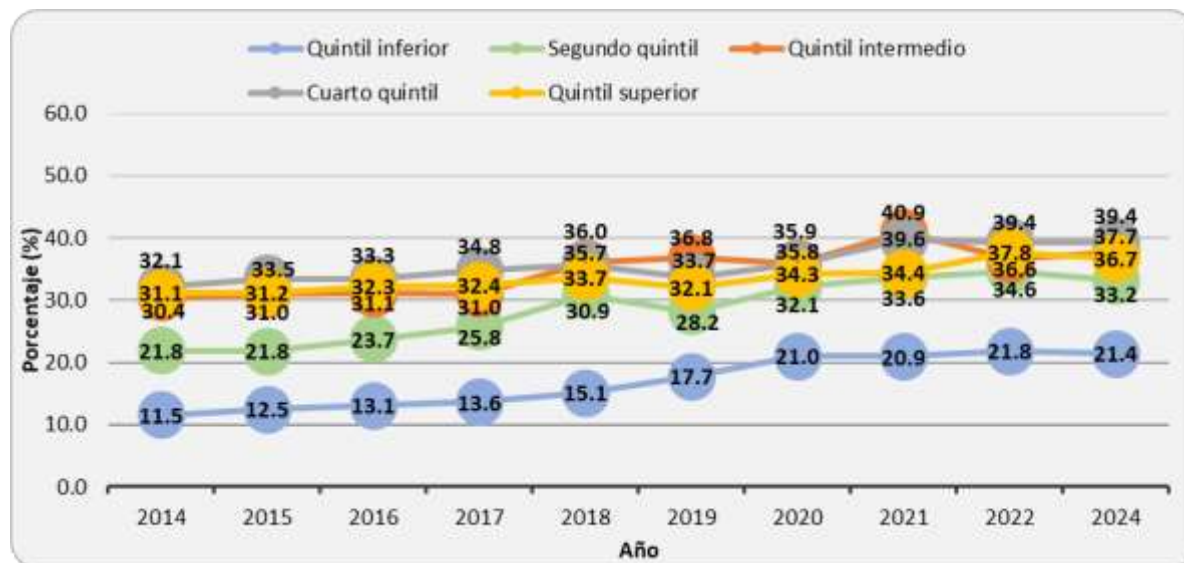
Gráfico 126. Tendencia del Sobrepeso en adultos de 30 a 59 años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

A diferencia del sobrepeso, las prevalencias de **obesidad** en adultos con quintil inferior se incrementaron en 9,9 pp, de 11,5% (IC 95% 10,1-13,0) a 21,4% (IC 95% 19,8-23,0), en los adultos del segundo quintil aumentó de 21,8 (IC 95% 19,9-23,7) a 34,6% (IC 95% 31,0-35,4), mientras que, en los del quintil intermedio incrementó de 30,4% (IC 95% 28,1-32,8) a 37,7% (IC 95% 35,1-40,4), en los adultos del cuarto quintil incrementó en 7,3 pp (de 32,1% (IC 95% 29,2-35,0) a 39,4% (IC 95% 36,2-42,6)). En el quintil superior, las prevalencias se mantuvieron estables.

Gráfico 127. Tendencia de la Obesidad en adultos de 30 a 59 años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024

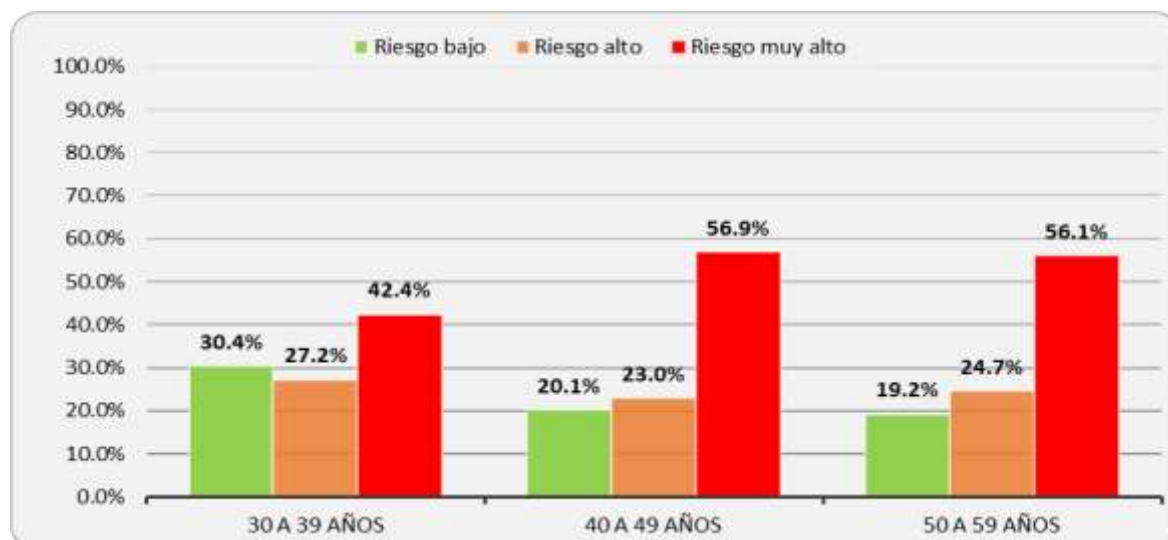


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

4.1.6.2 Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en adultos de 30 a 59 años

Según el Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018, el 27,2% de los adultos de 30 a 39 años, presentó **“riesgo alto”** de comorbilidad de enfermedad no transmisible como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, entre otras, según perímetro abdominal, mientras que el **“riesgo muy alto”** se presentó en el 42,4% de los evaluados. En los adultos de 40 a 49 años y 50 a 59 años; el **“riesgo alto”** se presentó en la cuarta parte de los adultos (23,0% y 24,7% respectivamente), mientras que el **“riesgo muy alto”** afectó al menos a la mitad de los adultos de 40 a 49 años y 50 a 59 años (56,9% y 56,1% respectivamente).

Gráfico 128. Riesgo de comorbilidad en las y los adultos de 20 a 29 años según perímetro abdominal. Perú, periodo 2017-2018



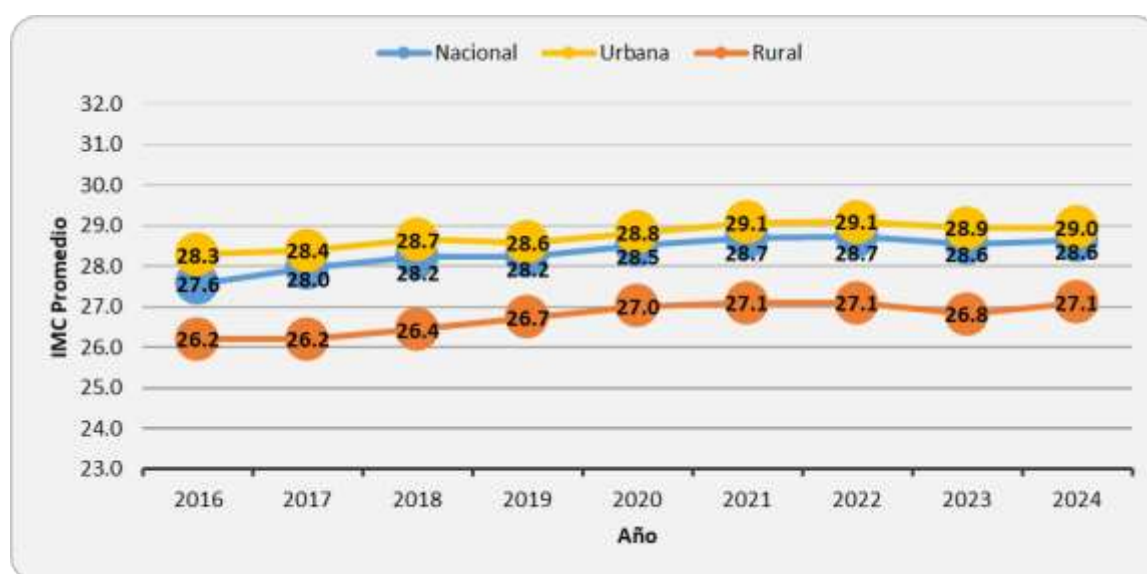
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años; VIANEV, 2017-2018.

4.1.6.3 Tendencia índice de masa corporal promedio en adultos de 30 a 59 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, el índice de masa corporal promedio en adultos de 30 a 59 años aumentó de 27,6 kg/m² a 28,6 kg/m² entre los años 2016 y 2024. De la misma manera, se evidenció un incremento del IMC en los adultos residentes del área urbana y rural, aumentando 0,7 Kg/m² y 0,9 Kg/m² respectivamente, en el mismo periodo.

Así mismo, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC promedio fue mayor en los residentes del área urbana.

Gráfico 129. Tendencia del índice de masa corporal promedio en adultos de 30 a 59 años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2016- 2024.

Por otro lado, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC fue mayor en mujeres, así mismo, se evidenció un aumento de 1,1 Kg/m² en hombres y 1,0 kg/m² en mujeres entre los años 2016 y 2024.

Gráfico 130. Tendencia del índice de masa corporal promedio en adultos de 30 a 59 años según sexo. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2016- 2024.

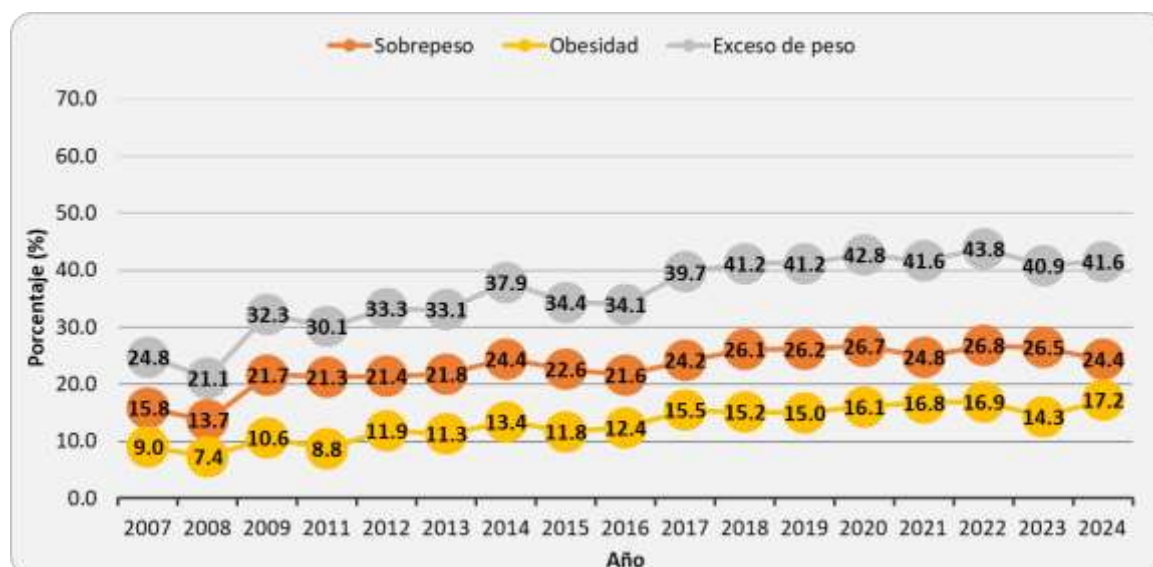
4.1.7 Estado Nutricional de los adultos mayores de 60 a más años

4.1.7.1 Tendencia del sobrepeso y obesidad en adultos de 30 a 59 años

Según el artículo “Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú¹⁶”, en el año 2007, la prevalencia exceso de peso en adultos mayores de 60 a más años, a nivel nacional, era de 24,8%, mientras que para el año 2024, según el INEI, el exceso aumentó a 41,6%, es decir, dos de cada cinco adultos mayores presentaron una acumulación excesiva de grasa corporal.

A nivel nacional, entre los años 2007 y 2024, la prevalencia de **sobrepeso** en los adultos mayores, casi se duplicó, incrementando de 15,8% (IC 95% 13,6;18,4) a 24,4% (IC 95% 22,2;26,5). De la misma manera, la prevalencia de **obesidad** también casi se duplicó, y aumentó 8,2 puntos porcentuales, con cifras de 9,0% (IC 95% 7,2;11,2) en el año 2014 y 17,2% (IC 95% 15,2;19,2) en el año 2024.

Gráfico 131. Tendencia del Exceso de peso, sobrepeso y obesidad en adultos mayores de 60 a más años. Perú, 2007-2024



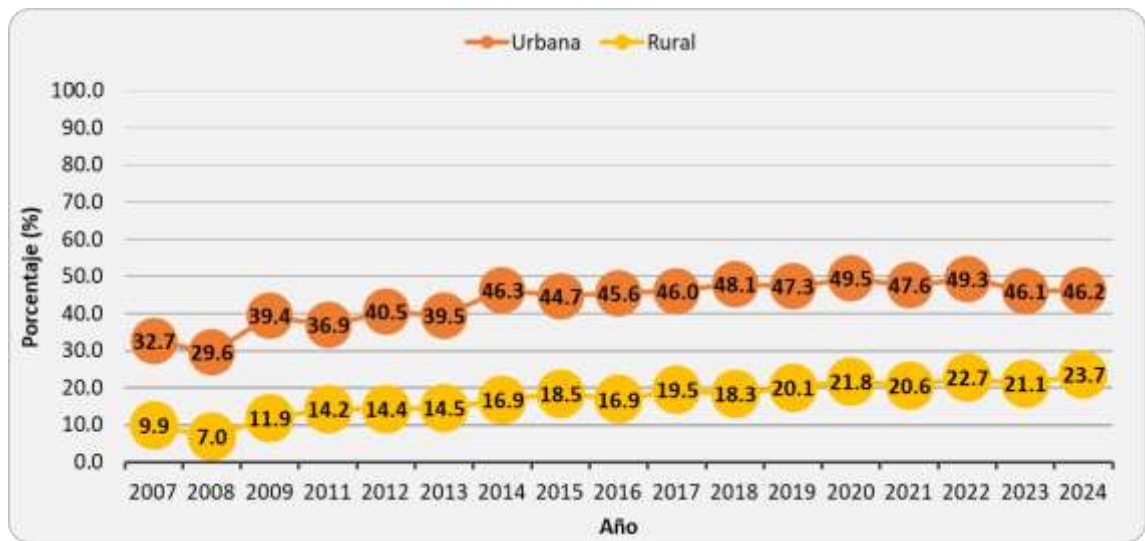
Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011
INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Según área de residencia, se puede observar que entre año 2007 y 2024 la prevalencia de **Exceso de peso** aumentó de 32,7% a 46,2%, mientras que en el área rural se duplicó de 9,9% a 23,7% en el mismo periodo, siendo superior en el área urbana en todos los periodos evaluados.

Entre los años 2011 y 2024, la tendencia de la prevalencia del **sobrepeso** en adultos mayores se mantuvo estable en el área urbana, mientras que en al área rural aumentó en 5,7 pp, de 10,3%(IC 95% 8,2;12,8) a 16,0% (IC 95% 14,0;18,0) en el mismo periodo.

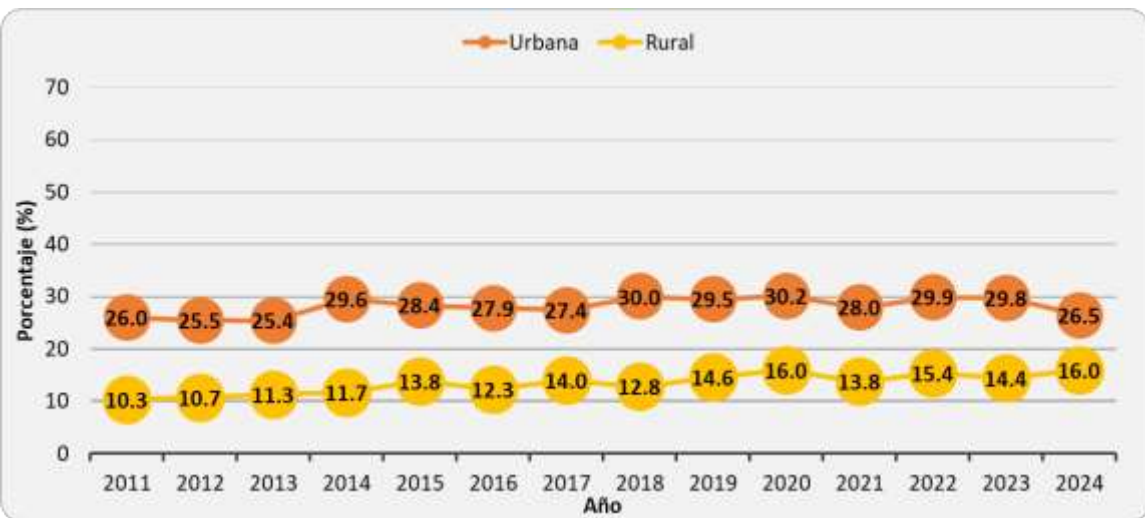
¹⁶ Tarqui-Mamani, C., Sánchez-Abanto, J., Álvarez-Dongo, D., Gómez-Guizado, G., & Valdivia-Zapana, S. (2013). *Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú*. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(3), 1–7. <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203129459004.pdf>

Gráfico 132. Tendencia del Exceso de peso en adultos mayores de 60 a más años según área de residencia. Perú, 2007-2024



Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011
INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

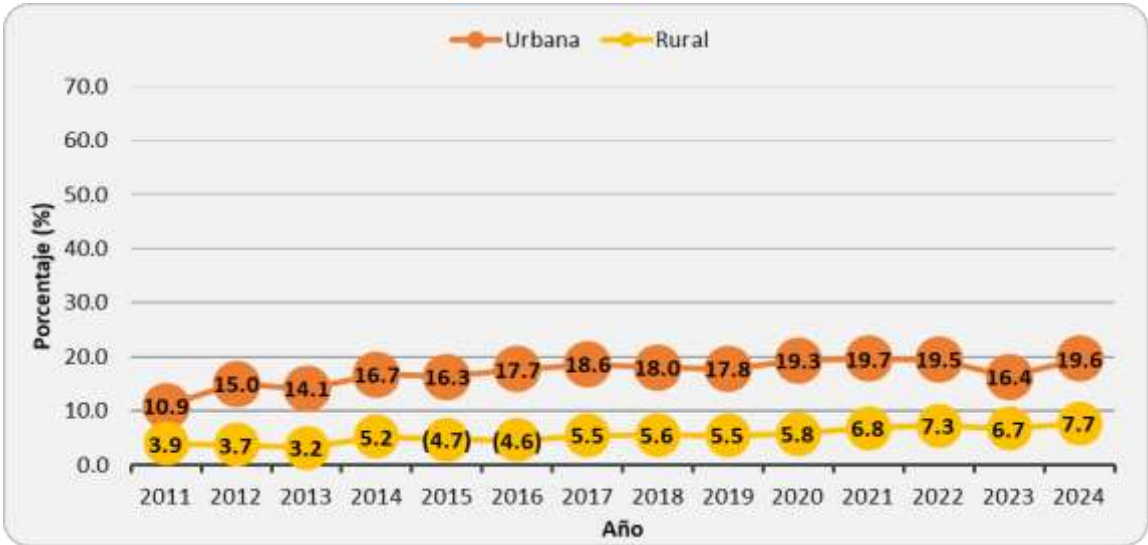
Gráfico 133. Tendencia del Sobrepeso en adultos mayores de 60 a más años según área de residencia. Perú, 2011-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014 /
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Por otro lado, la prevalencia de **obesidad** aumentó en el área urbana de 10,9% (IC 95% 8,9;13,3) en el año 2011 a 19,6% (IC 95% 17,1;22,1) en el 2024; mientras que, en el área rural, casi duplicó sus cifras, de 3,9% (IC 95% 2,6;5,7) a 7,7% (IC 95% 6,3;9,1) en el mismo periodo, siendo inferior al urbano en todos los periodos evaluados.

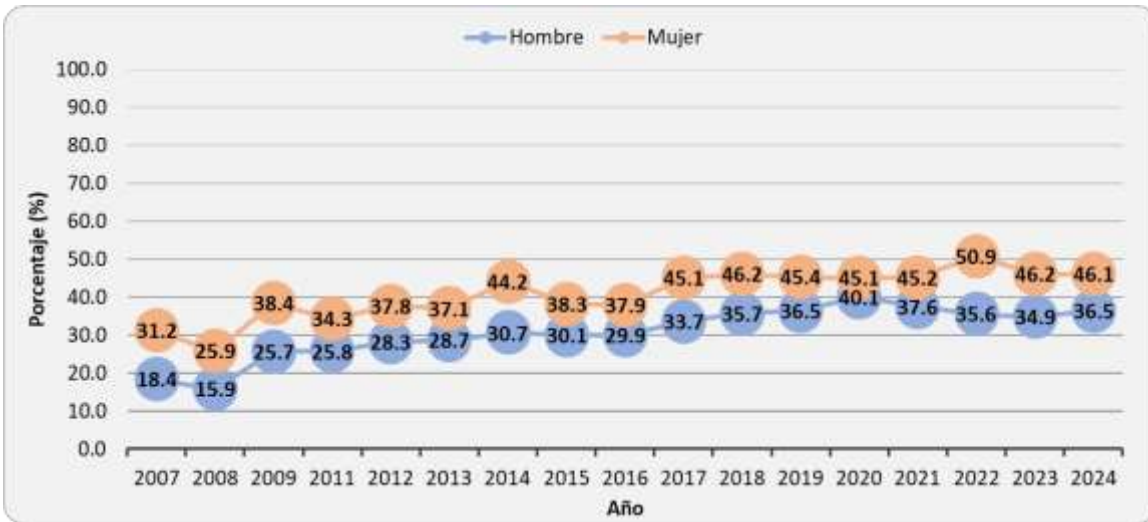
Gráfico 134. Tendencia de la Obesidad en adultos mayores de 60 a más años según área de residencia. Perú, 2011-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014 / Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Según sexo, se puede observar que la prevalencia de **Exceso de peso** se duplicó en hombres de 18,4% a 36,5% entre los años 2007 y 2024; mientras que en mujeres incrementó de 31,2% en el año 2007 a 46,1% en el 2024.

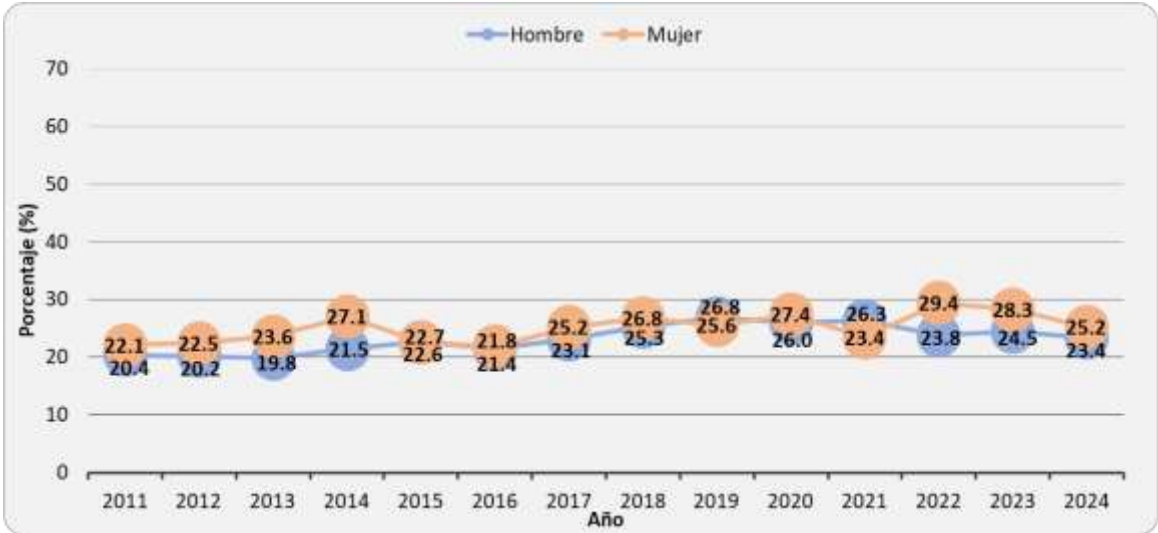
Gráfico135. Tendencia del Exceso de peso en adultos mayores de 60 a más años según sexo. Perú, 2007-2024



Fuente: Tarqui C, Sánchez J, y otros. Tendencia del Sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú 2007-2011
INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014
Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Según sexo, entre los años 2011 y 2024, la prevalencia de **sobrepeso** se mantuvo constante en hombres y mujeres, manteniéndose en el rango de 20% a 30%.

Gráfico 136. Tendencia del Sobrepeso en adultos mayores de 60 a más años según sexo. Perú, 2011-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014 / Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Por otro lado, entre los años 2011 y 2024, la prevalencia de **obesidad** se duplicó en los hombres de 5,4% (IC 95% 3,9;7,4) a 13,1% (IC 95% 10,5;15,7); mientras que, en mujeres, la prevalencia aumentó en 8,8 pp, con cifras de 12,1% (IC 95% 9,9;14,8) y 20,9% (IC 95% 18,1;23,7) en el periodo evaluado.

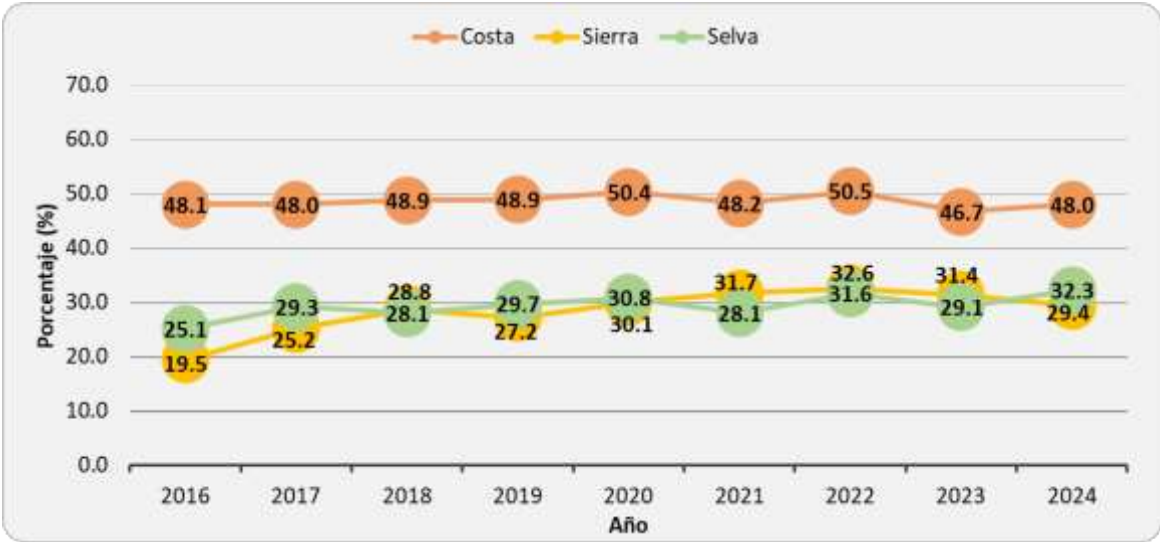
Gráfico 137. Tendencia de la Obesidad en adultos mayores de 60 a más años según sexo. Perú, 2011-2024



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú 2011/ Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013/ Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014 / Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2024.

Al comparar las cifras de los años del 2016 a 2024, se puede observar que la prevalencia de **Exceso de peso** aumentó en la Sierra de 19,5% (IC 95% 17,2;21,8) a 29,4% (IC 95% 26,4;32,5), mientras que en la costa y selva se mantuvo más estable. Por otro lado, se observa que la costa presentó cifras superiores en todos los periodos evaluados.

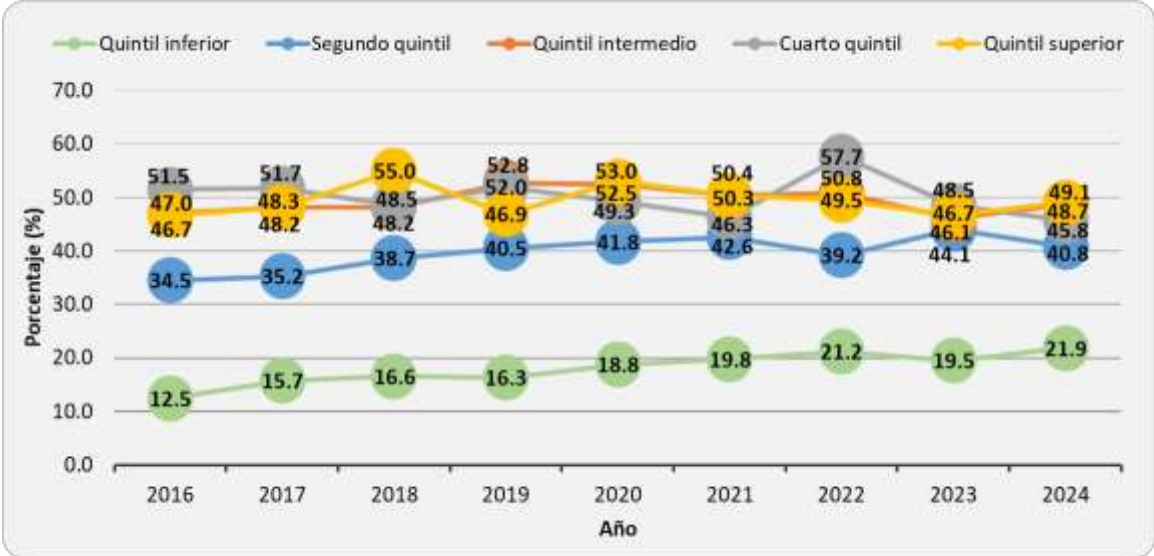
Gráfico 138. Tendencia del Exceso de peso en adultos mayores de 60 a más años según región natural. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016-2024.

Según quintil de bienestar, las prevalencias de **Exceso de peso** en adultos mayores del quintil inferior se incrementaron en 9,4 pp, de 12,5% (IC 95% 10,4-14,6) a 21,9% (IC 95% 19,2-24,5). En los adultos mayores del segundo quintil, quintil intermedio, cuarto quintil y quintil superior, las prevalencias se mantuvieron estables.

Gráfico 139. Tendencia del Exceso de peso en adultos mayores de 60 a más años según región natural. Perú, 2016-2024

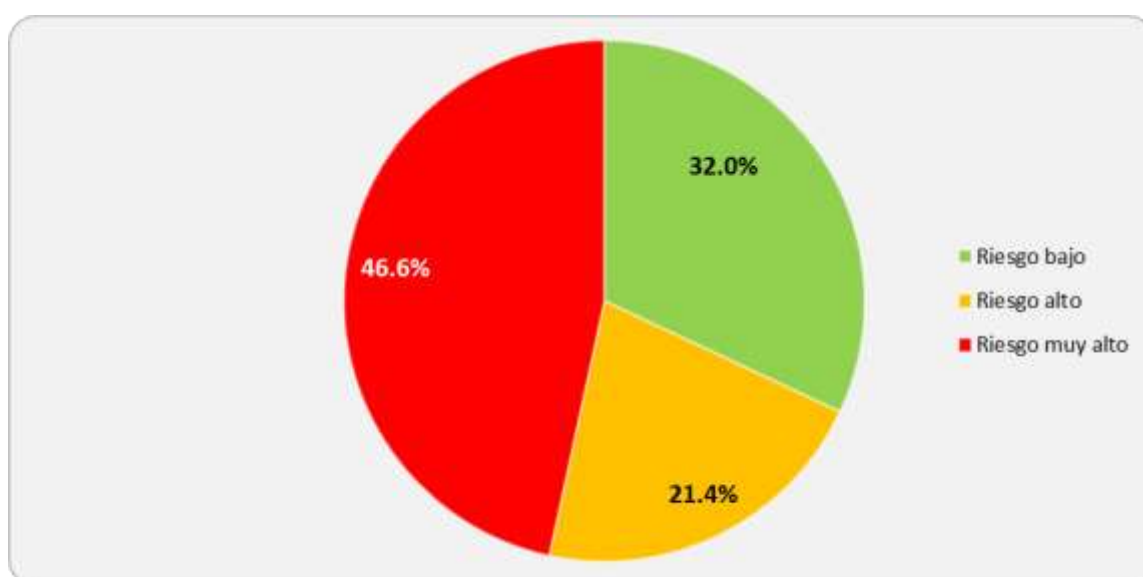


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016-2024.

4.1.7.2 Riesgo de comorbilidad según perímetro abdominal en adultos mayores de 60 y más años

Según el Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más VIANEV, 2017–2018, el 21,4% de los adultos mayores presentaron **alto riesgo** de presentar enfermedad no transmisible según perímetro abdominal, mientras que el 46,6% de los adultos mayores presentaron **riesgo muy alto** de comorbilidad de; es decir, **siete de cada diez adultos mayores de 60 a más años presentaron riesgo alto o muy alto** de presentar enfermedades no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Gráfico 140. Riesgo de comorbilidad en los adultos mayores de 60 y más años según perímetro abdominal. Perú, periodo 2017-2018



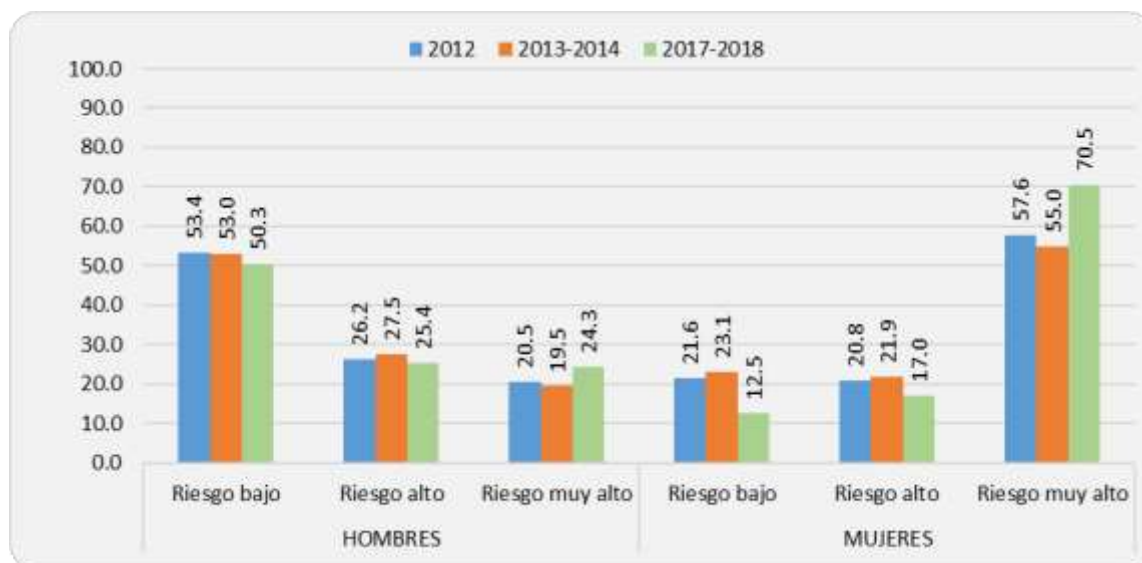
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más; VIANEV, 2017–2018.

En el periodo 2017-2018, según sexo, el riesgo de comorbilidad alto o muy alto para enfermedades crónicas no transmisibles se observó principalmente en las mujeres (87,5%) que en los hombres (49,7%).

Al comparar las cifras de los periodos 2012-2013, 2013-2014 y 2017-2018, se puede observar que el **riesgo bajo** disminuyó en ambos sexos, siendo más pronunciado el descenso en mujeres.

En el caso del **riesgo alto**, se puede observar que se mantuvo estable en los hombres entre los periodos 2012-2013, 2013-2014 y 2017-2018, mientras que en mujeres disminuyó levemente en el periodo 2017-2018. En lo que respecta al **riesgo muy alto**, sólo aumentó en hombres, de 20,5% a 24,3% entre el periodo 2012-2013 y 2017-2018, mientras que, en las mujeres se incrementó de 57,6% a 70,5% en el mismo periodo, pero el riesgo muy alto en las mujeres es casi tres veces mayor que en los hombres.

Gráfico 141. Riesgo de comorbilidad en adultos mayores de 60 y más años según perímetro abdominal y sexo. Perú, periodo 2012-2013, 2013-2014 y 2017-2018



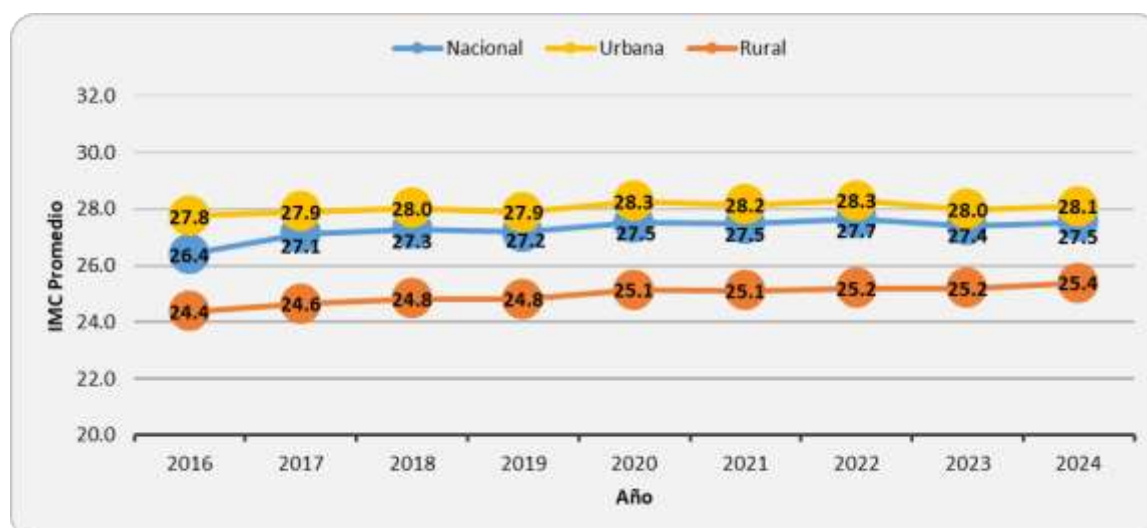
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013 / Informe Técnico: Estado nutricional por Etapas de Vida en la Población Peruana 2013-2014 / Informe Técnico: Estado nutricional de los adolescentes de 12 a 17 años y adultos mayores de 60 años a más; VIANEV, 2017-2018.

4.1.7.3 Tendencia índice de masa corporal promedio en adultos mayores de 60 y más años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, el índice de masa corporal promedio en adultos mayores de 60 y más años aumentó de 26,4 kg/m² a 27,5 kg/m² entre los años 2016 y 2024. De la misma manera, se evidenció un incremento del IMC en los adultos mayores residentes del área rural, aumentando 1,0 Kg/m² en el mismo periodo.

Así mismo, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC promedio fue mayor en los residentes del área urbana.

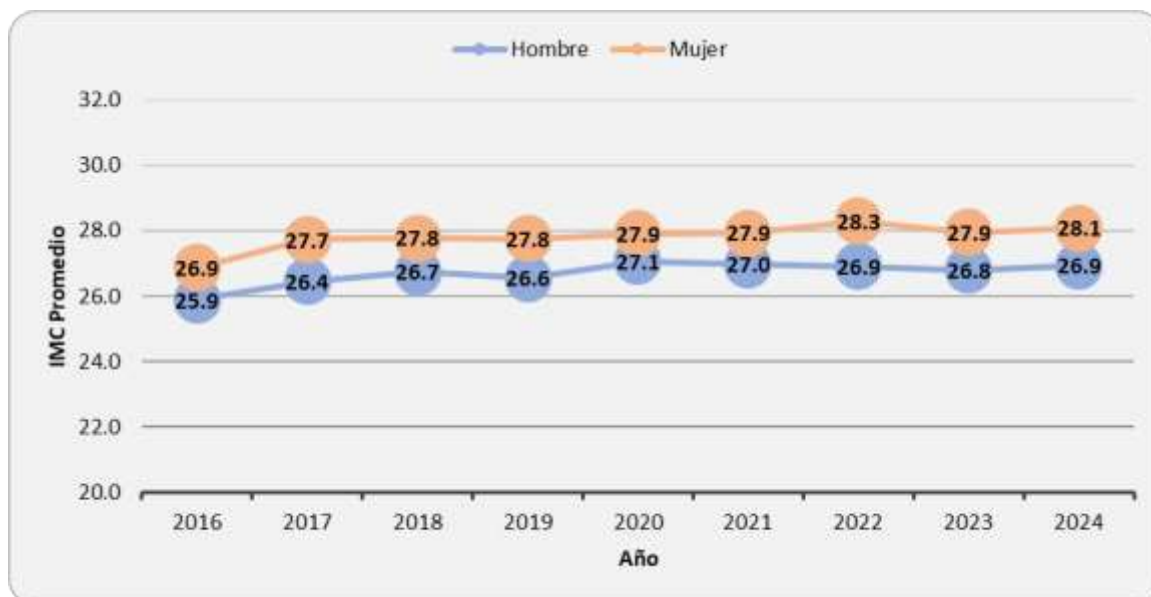
Gráfico 142. Tendencia del índice de masa corporal promedio en adultos mayores de 60 y más años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2016- 2024.

Por otro lado, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC fue mayor en mujeres, así mismo, se evidencio un aumentó de 1,0 Kg/m² en hombres y 1,2 kg/m² en mujeres entre los años 2016 y 2024.

Gráfico 143. Tendencia del índice de masa corporal promedio en adultos mayores de 60 y más años según sexo. Perú, 2016-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2016- 2024.

4.1.8 Estado Nutricional de las personas de 15 y más años

4.1.8.1 Tendencia del sobrepeso y obesidad, según IMC, en las personas de 15 y más años

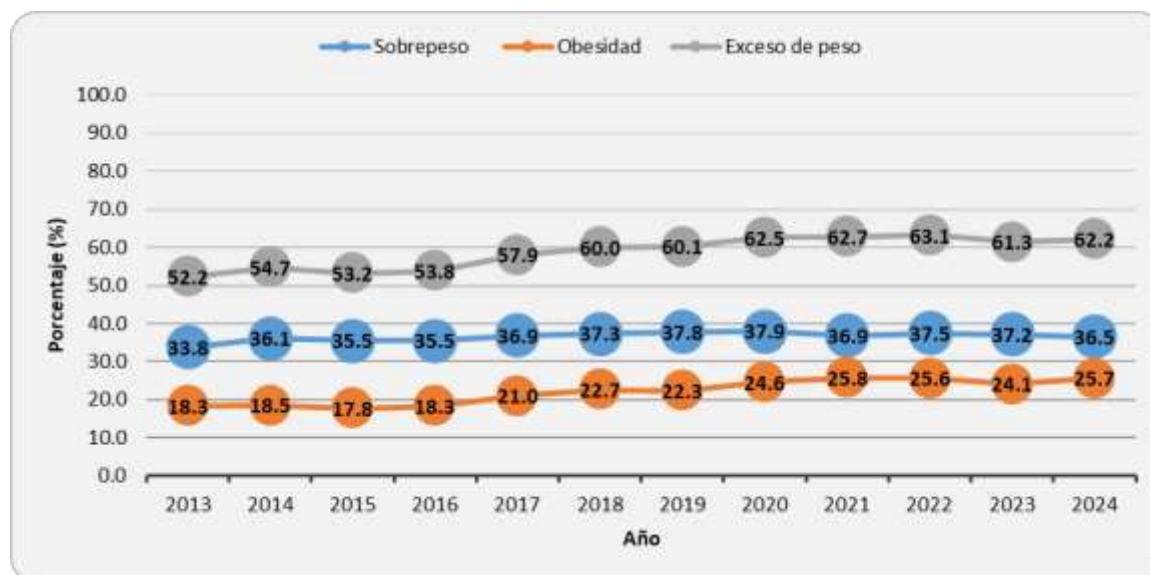
El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, a nivel nacional, se puede observar que la prevalencia de exceso de peso en personas de 15 años y más aumentó de 52,2% (IC 95% 50,2;54,1) en el año 2013 a 62,2% (IC 95% 61,3;63,0) en el año 2024.

Al comparar las prevalencias de **sobrepeso** de los años 2013 y 2024, se puede observar un aumento de 2,7 puntos porcentuales, con cifras de 33,8% (IC 95% 31,8;35,9) en el año 2013 y 36,5% (IC 95% 35,6;37,4) en el año 2024 en este grupo poblacional, un incremento leve, lento pero progresivo.

Sin embargo, el mayor incremento se observa en la prevalencia de **obesidad** (7,4 puntos porcentuales), con cifras de 18,3% (IC 95% 16,6;20,1) en el año 2013 y 25,7% (IC 95% 24,8;26,5) en el año 2024, un incremento significativo, casi el doble comparado con el aumento del sobrepeso, siendo la prevalencia que más contribuye en el aumento del exceso de peso.

Gráfico 144. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en las personas de 15 y más años. Perú, 2013-2024

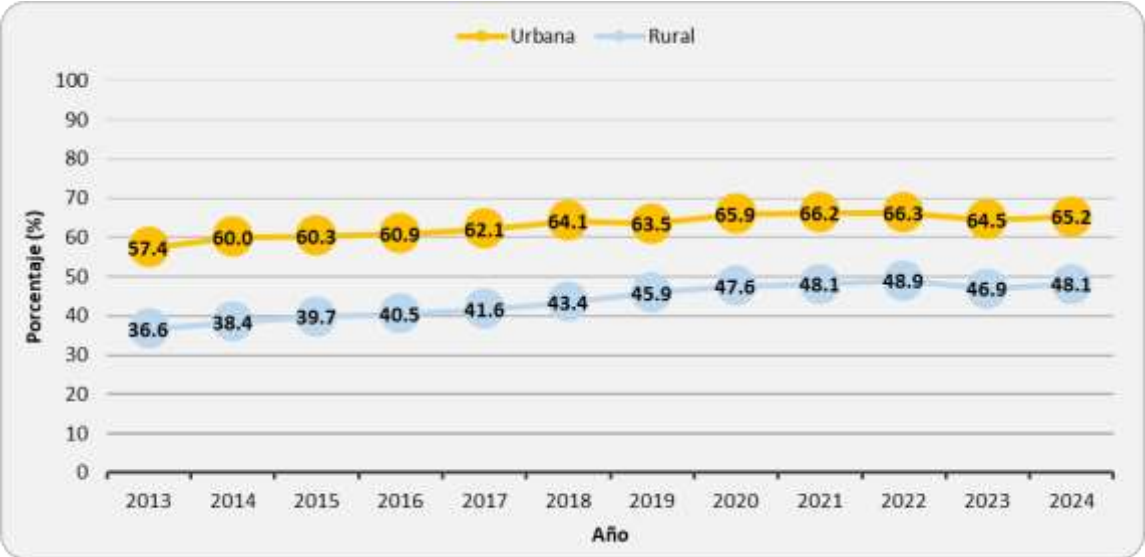


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles- 2024”, en el área urbana, dos de cada tres personas de 15 y más años de edad tuvieron un **exceso de peso**; mientras que, en el área rural fue prácticamente uno de cada dos las personas afectadas con este problema de salud, ambas mostrando una prevalencia alta.

Entre los años 2013 y 2024, la prevalencia de **exceso de peso** aumentó en ambas áreas de residencia, sobre todo en el área rural (11,5 pp) respecto a la urbana (7,8 pp), reduciéndose la brecha existente entre ambas, de 20,8 pp. a 17,1 pp, a predominio urbano.

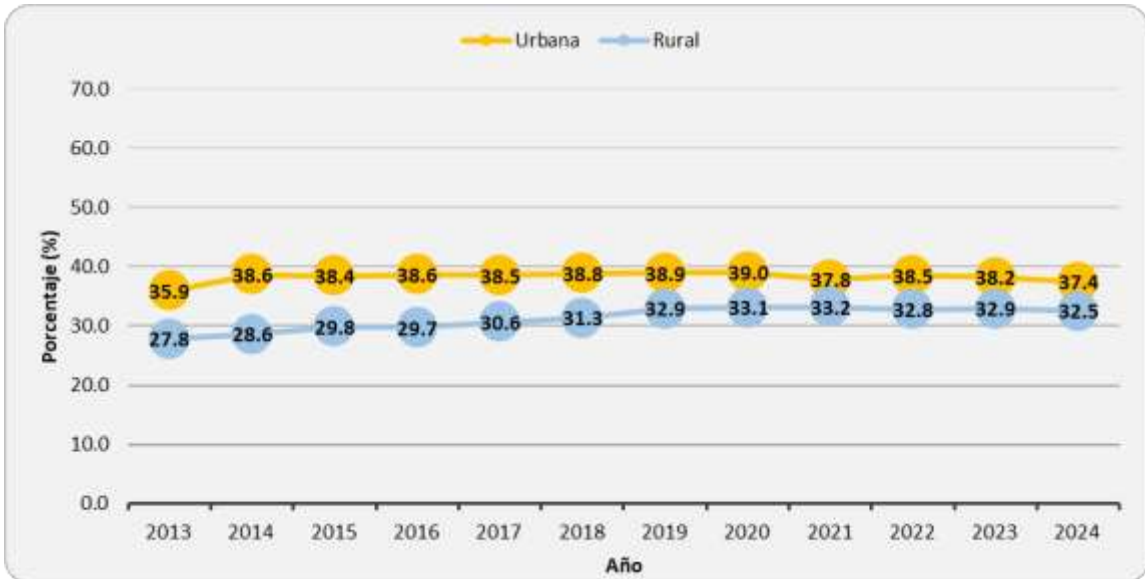
Gráfico 145. Tendencia del Exceso de peso en las personas de 15 y más años según área de residencia. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Desde el año 2013 a la fecha, la prevalencia de **sobrepeso** se mantuvo casi constante en el área urbana, mientras que, en el área rural, se observó un incremento de 4,7 pp, de 27,8% (IC 95% 25,4;30,1) a 32,5% (IC 95% 31,3;33,6), el doble del área urbana, lo que supone cambios en los estilos de vida, especialmente en la población rural.

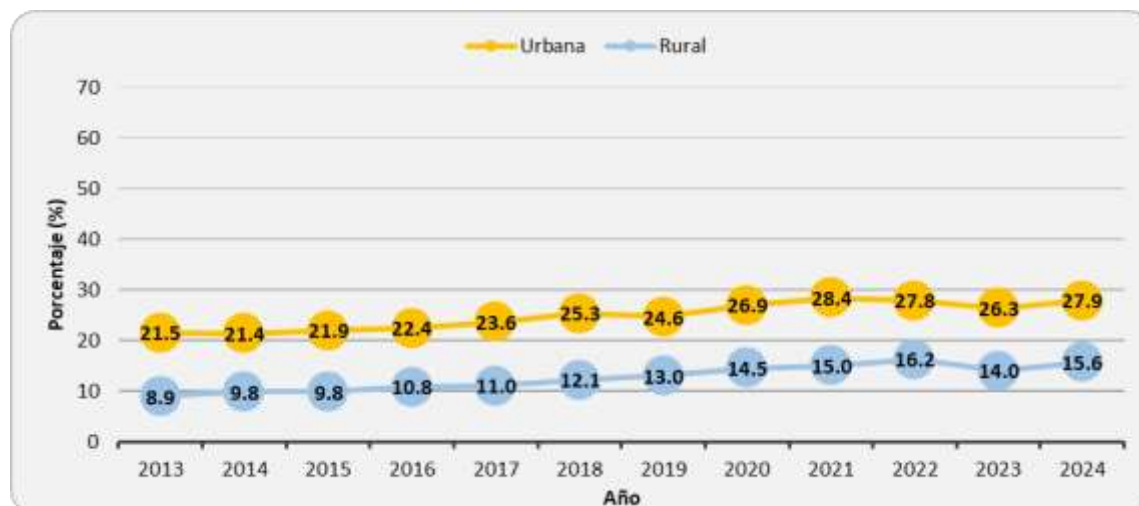
Gráfico 146. Tendencia del Sobrepeso en las personas de 15 y más años según área de residencia. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Por otro lado, hubo un incremento significativo en la prevalencia de **obesidad**, en las zonas urbanas, de 21,5% (IC 95% 19,2;23,8) a 27,9% (IC 95% 26,8;28,9), y en las áreas rurales, que aumentó de 8,9% (IC 95% 7,2;10,6) a 15,6% (IC 95% 14,6;16,6) en el periodo evaluado (ambas alrededor de 5.0 pp), que mantuvo la brecha de alrededor de 12 pp , a predominio del área urbana.

Gráfico 147. Tendencia de la Obesidad en las personas de 15 y más años según área de residencia. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

En el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, durante el año 2024, dos de cada tres mujeres de 15 a más años tuvieron un exceso de grasa corporal; mientras que, en los hombres, tres de cada cinco tuvieron este problema de salud.

Entre los años 2013 al 2024, el exceso de peso en hombres aumentó significativamente de 48,3% (IC 95% 45,4-51,3) a 58,5% (IC 95% 57,1-59,8); igual que en mujeres, de 55,5% (IC 95% 52,3-58,8) a 65,6% (IC 95% 64,5-66,8) en el mismo periodo de tiempo.

Como se observa, el incremento fue cercano entre hombres y mujeres (10,2 pp y 10,1 pp respectivamente), manteniéndose la brecha existente entre ambos, y manteniéndose el predominio en mujeres.

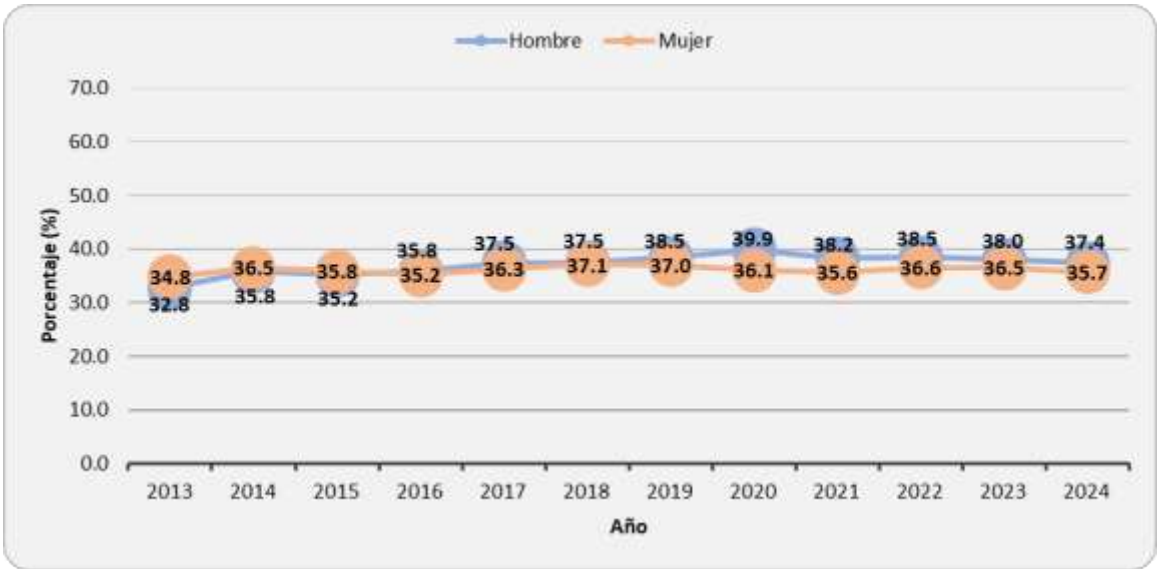
Entre los años 2013 al 2024, la prevalencia de **sobrepeso** en hombres aumentó de 32,8% (IC 95% 30,1-35,5) a 37,4% (IC 95% 36,0-38,7), es decir, 4,6 pp para el periodo, por otro lado, en mujeres, la prevalencia se mantuvo estable, alrededor de 36%, con un aumento de solo 0,9 pp. Desde el 2016 la prevalencia de sobrepeso es mayor en los hombres, respecto a las mujeres.

Gráfico 148. Tendencia del Exceso de peso en las personas de 15 y más años según sexo. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Gráfico 149. Tendencia del Sobrepeso en las personas de 15 y más años según sexo. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

La prevalencia de **obesidad** entre los años 2013 y 2024, aumentó en 5,6 pp en hombres, de 15,5% (IC 95% 13,1-18,0) a 21,1% (IC 95% 19,9-22,3); mientras que en mujeres aumentó 9,0 pp, con cifras de 20,9% (IC 95% 18,1-23,6) a 29,9% (IC 95% 28,7-31,1) en el mismo periodo. La prevalencia de la obesidad fue predominante en las mujeres en todos los años evaluados, a diferencia de la prevalencia de sobrepeso. Un comportamiento opuesto al de sobrepeso.

Gráfico 150. Tendencia de la Obesidad en las personas de 15 y más años según sexo. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

En el periodo 2014 - 2024, la prevalencia de exceso de peso aumentó de manera significativa en todos los grupos de edad, sobre todo entre los 20-29 años y 30-39 años, quienes incrementaron en 10,7 pp. y 10,3 pp. respectivamente. Las mayores prevalencias estuvieron entre los 30-59 años.

Gráfico 151. Tendencia del Exceso de peso en las personas de 15 y más años según rangos de edad. Perú, 2014 - 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Al comparar las cifras de los informes de los años 2014 al 2024, se puede observar que, las prevalencias de **sobrepeso** presentaron cambios discretos en todos los grupos de edad, manteniendo las mayores prevalencias entre los 30-59 años y las más bajas los adolescentes (15-19 años) y adultos mayores (60 años y más).

Gráfico 152. Tendencia del Sobrepeso en las personas de 15 y más años según rangos de edad. Perú, 2014 - 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Por otro lado, la prevalencia de **obesidad** aumentó de manera importante entre los 20 y 49 años, resaltando entre ellos el grupo de 40-49 años y el de 20-29 años quienes incrementaron su prevalencia en 12,2 pp. y 9,1 pp. respectivamente.

Gráfico 153. Tendencia de la Obesidad en las personas de 15 y más años según rangos de edad. Perú, 2014 - 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Según el mismo Informe del año 2024, dos de cada tres personas de 15 y más años que residían en la Costa tuvieron exceso de peso; mientras que, en la Sierra y Selva, al menos uno de cada dos personas presentó este problema de salud.

Entre los años 2013 al 2024, la prevalencia de exceso de peso aumentó de manera significativa en las tres regiones naturales, sin embargo, el mayor incremento se observó en la sierra, donde se incrementó en 13,5 pp., reduciendo la brecha existente entre la costa y la sierra de 19,9 pp. a 13,2 pp.

Gráfico 154. Tendencia del Exceso de peso en las personas de 15 y más años según región natural. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

La prevalencia de **sobrepeso** en personas de 15 años y más se mantuvo estable en el periodo 2014 el 2024 en la Costa, pero en la Sierra y Selva aumentó, disminuyendo la brecha y alcanzando la prevalencia de la Costa.

Gráfico 155. Tendencia del Sobrepeso en las personas de 15 y más años según región natural. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Así mismo, se pudo observar que las prevalencias de **obesidad** en personas de 15 y más años se mantuvo estable en la costa, con un incremento de solo 6 pp. En la sierra y selva del país aumentó la prevalencia en 8,1 pp. y 6,9 pp. respectivamente.

Gráfico 156. Tendencia del Obesidad en las personas de 15 y más años según región natural. Perú, 2013-2024

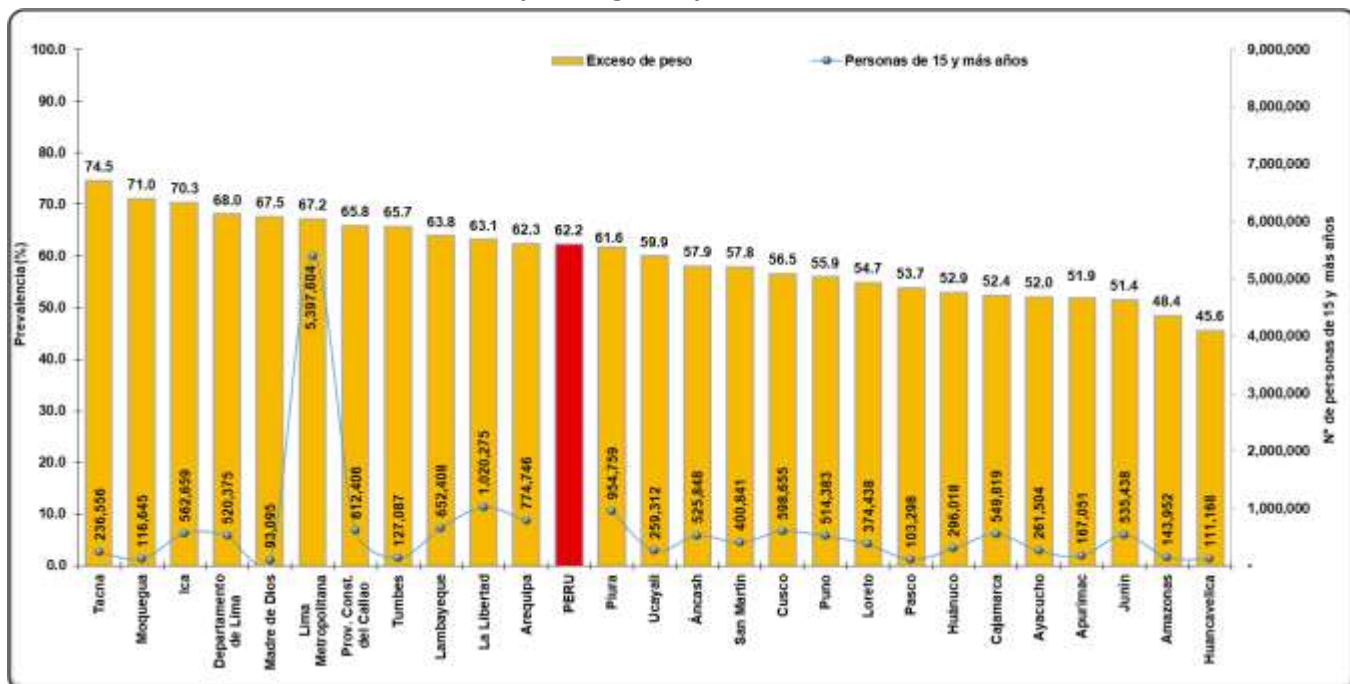


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

En el año 2024, casi 16 millones de personas de 15 a más años tuvieron exceso de peso, de los cuales el 35% se concentró en Lima Metropolitana, con un total aproximado de 5,397 604 afectados.

Así mismo, el departamento de La Libertad presentó un estimado de 1 millón de casos de exceso de peso, seguido de Piura que concentró 954 759 casos, mientras que en Arequipa se estimaron 774 746 casos. Otros departamentos que concentran entre 500 y 600 mil casos de exceso de peso fueron Lambayeque, Ica, Ancash, Puno, Cusco, Cajamarca, Junín, Lima Provincias, y la Provincia Constitucional del Callao.

Gráfico 157. Prevalencia y número estimado de personas peso de 15 y más años afectadas con exceso de peso según departamentos. Perú, 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2024.

MINSA. Población estimada por grupos de edad, según departamento, Perú - año 2024 https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp

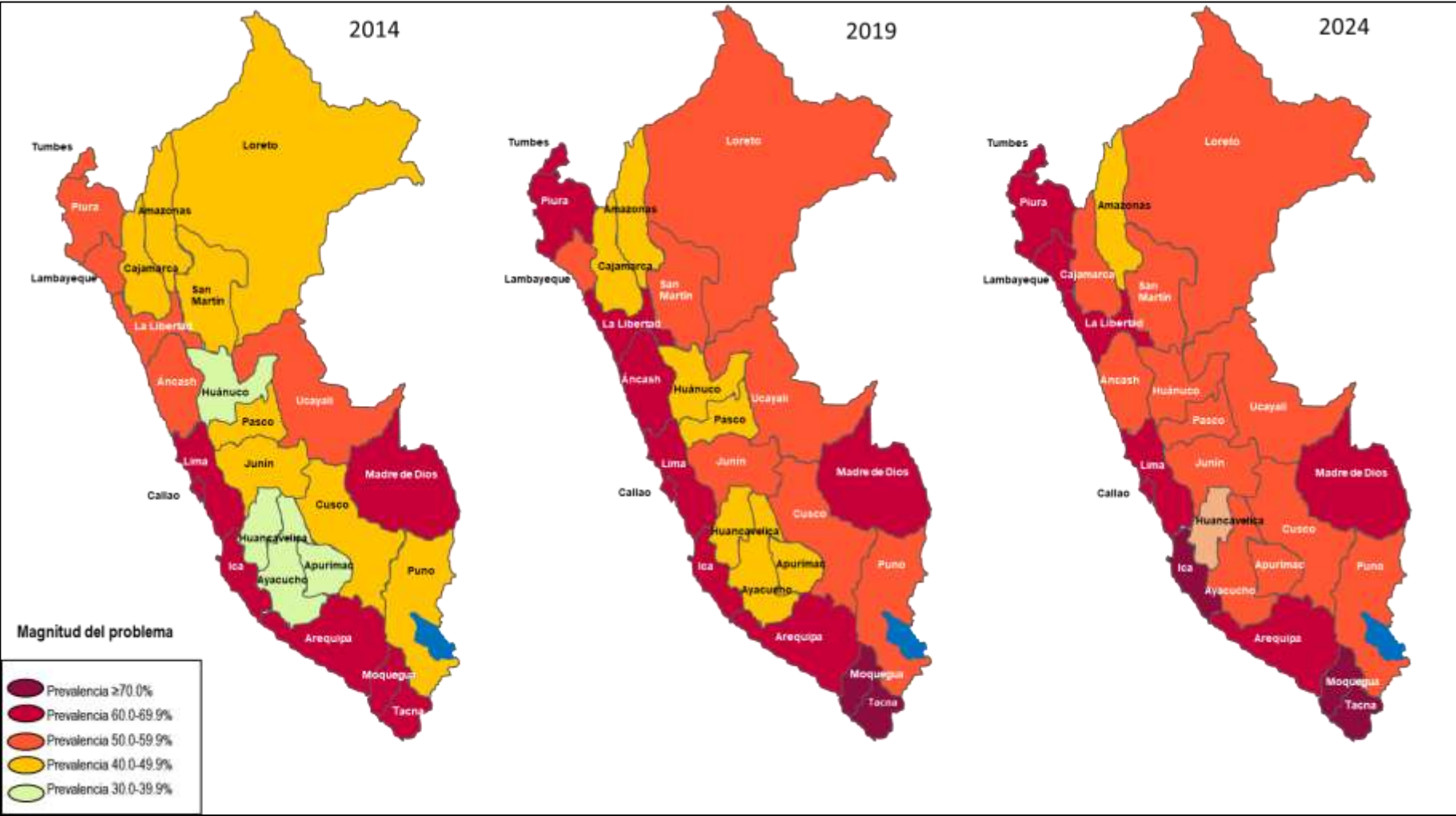
Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, el **exceso de peso** se incrementó en todos los departamentos del país.

En el año 2014, los departamentos de Huánuco, Huancavelica, Ayacucho y Apurímac presentaron cifras inferiores a 40% de exceso de peso, sin embargo, en el año 2019 superaron esa cifra y, para el año 2024, esas mismas regiones registraron prevalencias mayores al 50% a excepción de Huancavelica que aún se mantiene en 45,6%.

Por otro lado, se puede observar que, para el año 2019, Tacna y Moquegua presentaron prevalencias superiores al 70% de exceso de peso y para el año 2024 se aunó Ica a estos departamentos, con una prevalencia de 70,3%.

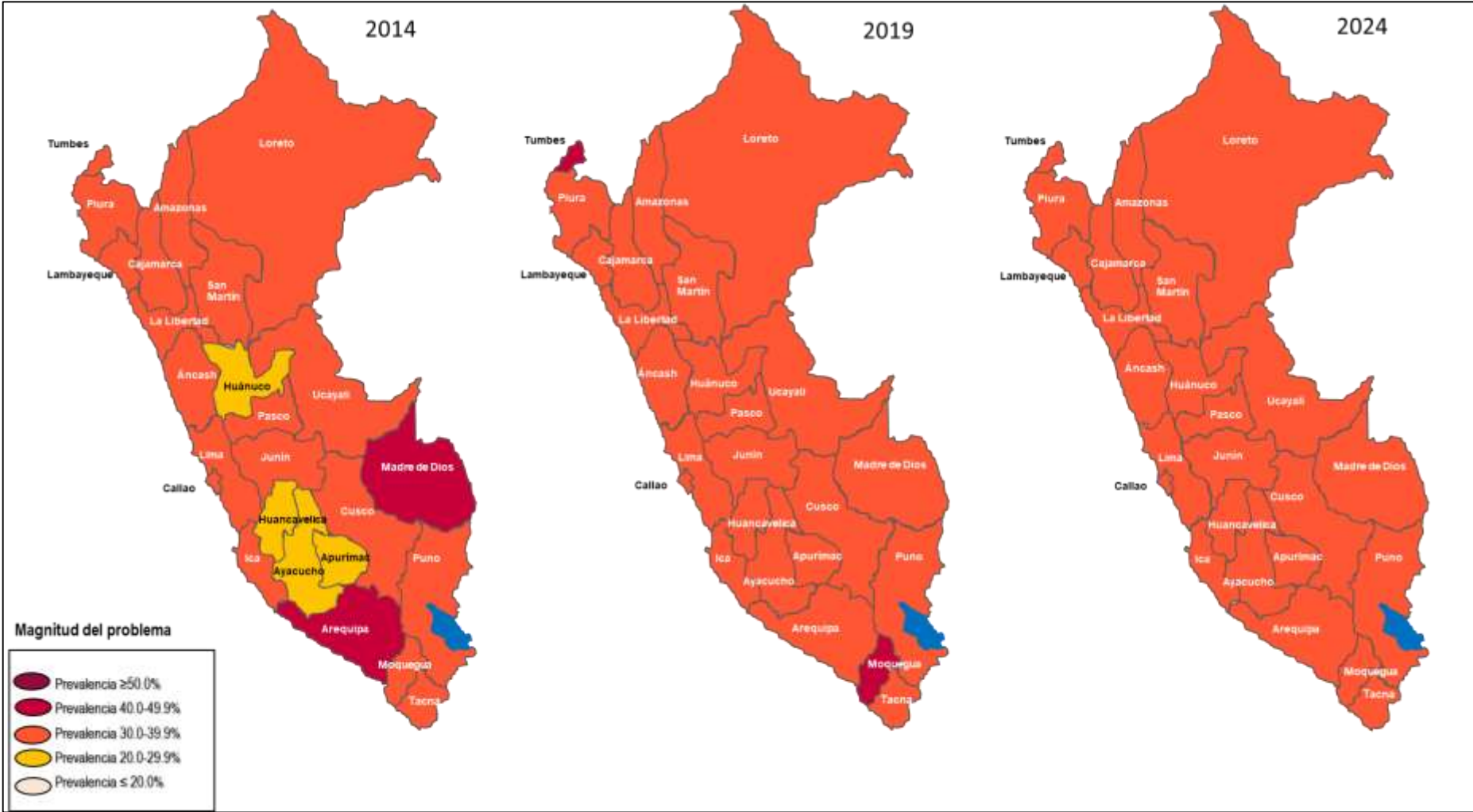
Según el mismo Informe, entre los años 2014 y 2024, todos los departamentos del Perú mantuvieron sus prevalencias de **sobrepeso** por encima del 25,0%, siendo en el año 2024, mayor a 40,0% solo en el departamento de Lambayeque.

Gráfico 158. Evolución del Exceso de peso en las personas de 15 y más años según departamentos. Perú, 2014, 2019 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014, 2019 y 2024.

Gráfico 159. Evolución del sobrepeso en las personas de 15 y más años según departamentos.
Perú, 2014, 2019 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014 y 2024.

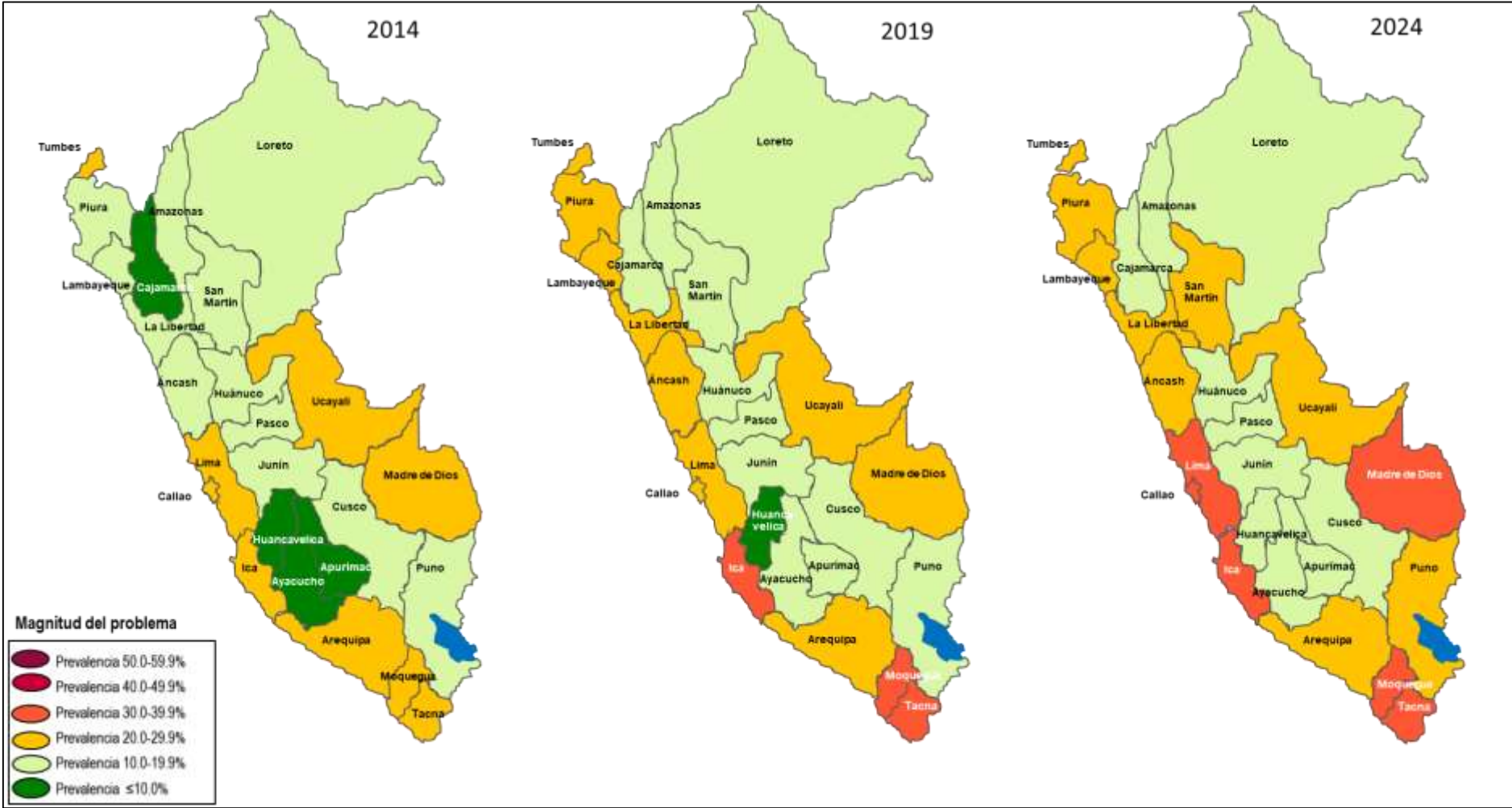
En el año 2024, nueve departamentos del país presentaron prevalencias de **Obesidad** entre 20,0% y 29,9% en las personas de 15 años a más, siendo mayor a 30,0% en los departamentos de Ica, Moquegua, Tacna, Madre de Dios, Lima región y la Provincia Constitucional del Callao.

Al observar el siguiente los mapas de obesidad del año 2014 se puede observar que Cajamarca, Huancavelica, Ayacucho y Apurímac presentaron cifras inferiores a 10% y para el año 2019, sólo Huancavelica aún mantenía esos valores, sin embargo, para el 2024, estos departamentos se encontraron en el rango de 10,0% a 19,9%

Por otro lado, se puede observar que, en el año 2014, solo 8 departamentos y el Callao presentaron valores superiores a 20,0%, sin embargo, para el 2024, 9 departamentos presentaron cifras entre 20,0% y 29,9% y, además 5 departamentos y la provincia constitucional del callao presentaron prevalencias superiores a 30,0%.

En conclusión, entre los años 2014 y 2024, 17 departamentos del Perú aumentaron de manera significativa sus prevalencias de **obesidad**, a excepción de Amazonas, Ancash, Arequipa, Huánuco, Junín, Loreto, Ucayali y Callao.

Gráfico 160. Evolución de la obesidad en personas de 15 y más años según departamentos.
Perú, 2014, 2019 y 2024

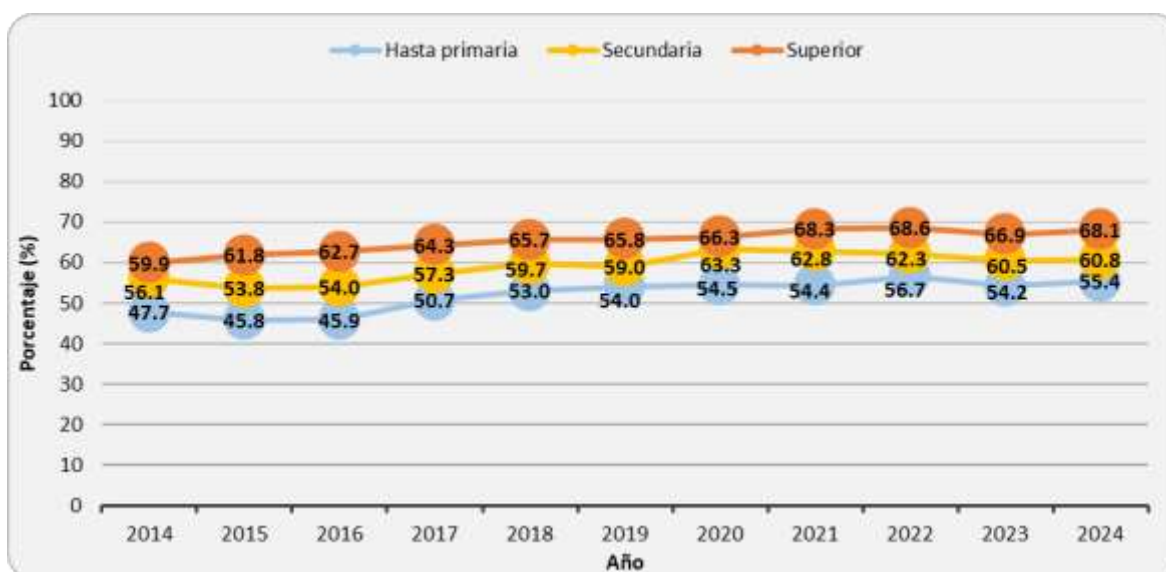


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014, 2019 y 2024.

Según este Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2024”, **siete de cada diez personas con nivel de estudio superior y seis de cada diez con estudios secundarios presentaron exceso de peso**. Se observa que a mayor nivel de educación mayor prevalencia de exceso de peso.

Por otro lado, se puede observar que entre los años 2014 a 2024, la prevalencia de exceso de peso aumentó de manera significativamente en los tres niveles de educación evaluados, siendo mayor en las personas de 15 y más años con educación superior y primaria, quienes incrementaron en 8,2 pp. y 7,7 pp. respectivamente.

Gráfico 161. Tendencia del Exceso de peso en las personas de 15 y más años según nivel de educación. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Al comparar las cifras de los Informes de los años 2014 al 2024, se puede observar que, la prevalencia de **sobrepeso**, en las personas de 15 y más años, de todos los niveles de educación, se mantuvieron con cierta estabilidad en el rango de 30% a 42%.

Por otro lado, se pudo observar que entre los años 2014 a 2024, las prevalencias de **obesidad** en personas de 15 y más años aumentaron de manera significativa en los tres niveles de educación evaluados, a diferencia del sobrepeso, manteniéndose la mayor prevalencia con el nivel de educación superior, con un incremento de 7,4 pp, mientras que en el nivel primario aumentó 7,0 pp y en el secundario 6,4 pp.

Gráfico 162. Tendencia del Sobrepeso en las personas de 15 y más años según nivel de educación. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Gráfico 163. Tendencia de la Obesidad en las personas de 15 y más años según nivel de educación. Perú, 2014-2024

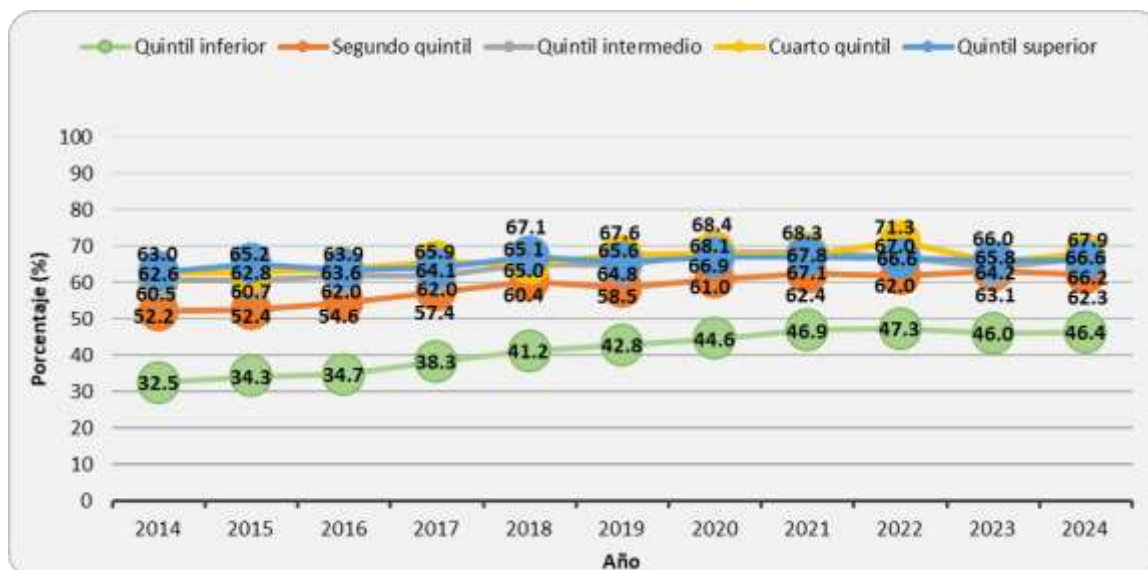


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

En el año 2024, alrededor de dos de cada tres personas de 15 y más años de los quintiles superior, cuarto intermedio, segundo y quintil intermedio presentaron **exceso de peso**; en el quintil inferior, uno de cada dos personas presenta dicho problema de salud.

Por otro lado, se puede observar que entre los años 2014 a 2024, las personas de 15 y más años del quintil inferior, segundo quintil, quintil intermedio y cuarto quintil de bienestar aumentaron su prevalencia de exceso de peso en 13,9 pp, 10,1 pp, 6,1 pp, y 5,3 pp respectivamente, mostrándose que los quintiles más bajos presentaron los mayores incrementos de exceso de peso en el periodo.

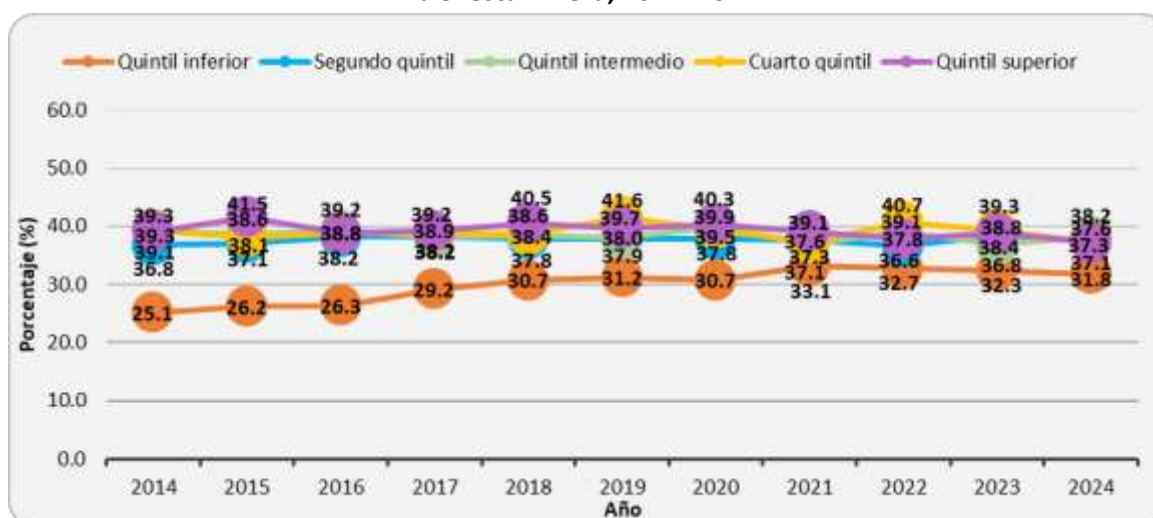
Gráfico 164. Tendencia del Exceso de peso en las personas de 15 y más años según quintil bienestar. Perú, 2014- 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Al comparar las cifras del Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles” entre los años 2014 y 2024, observamos que las prevalencias de **sobrepeso**, según quintiles de bienestar, se mantuvieron estables a excepción del quintil inferior, donde la prevalencia aumentó de 25,1% (IC 95% 23,6;26,6) a 31,8% (IC 95% 30,6;33,0).

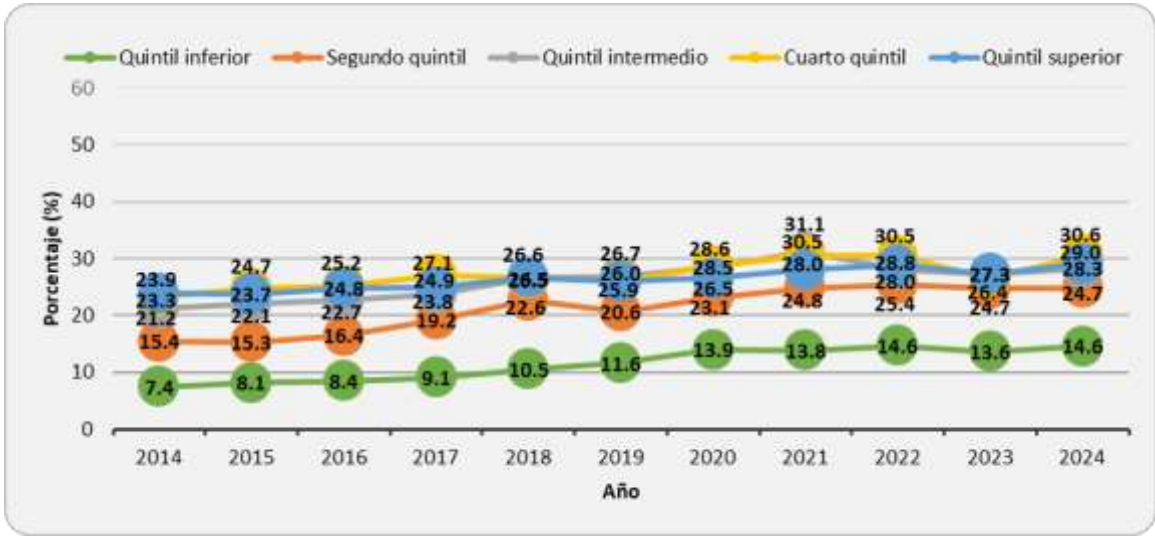
Gráfico 165. Tendencia del Sobrepeso en las personas de 15 y más años según quintil bienestar. Perú, 2014- 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Así mismo, entre los años 2014 a 2024, observamos que las prevalencias de **obesidad** aumentaron en los cinco quintiles de bienestar, principalmente en el segundo quintil (9,3 pp.), cuarto quintil (7,3 pp) y quintil inferior (7,2 pp.).

Gráfico 166. Tendencia de la Obesidad en las personas de 15 y más años según quintil bienestar. Perú, 2014- 2024



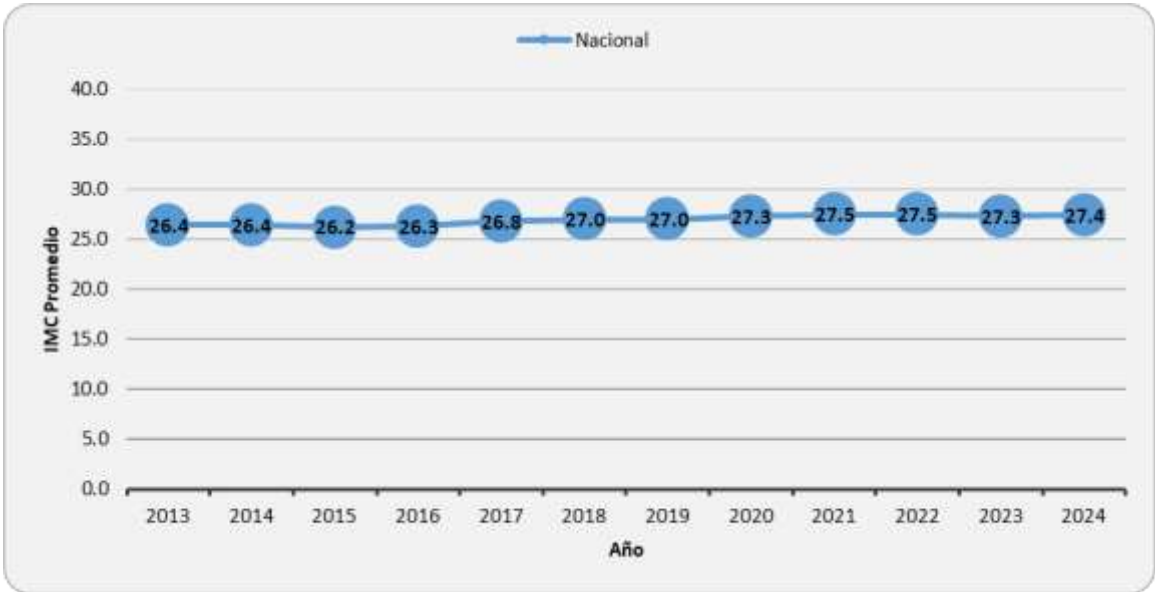
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

4.1.8.2 Tendencia del índice de masa corporal promedio en personas de 15 y más años

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, el índice de masa corporal promedio en personas de 15 y más años ha aumentado de 26,4 kg/m² a 27,4 kg/m² entre los años 2013 y 2024.

Gráfico 167. Tendencia del índice de masa corporal promedio en personas de 15 y más años de edad. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2014- 2024.

Por otro lado, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC fue mayor en mujeres, así mismo, se evidencio un aumentó de 0,9 Kg/m² en hombres y 1,3 kg/m² en mujeres entre los años 2013 y 2024.

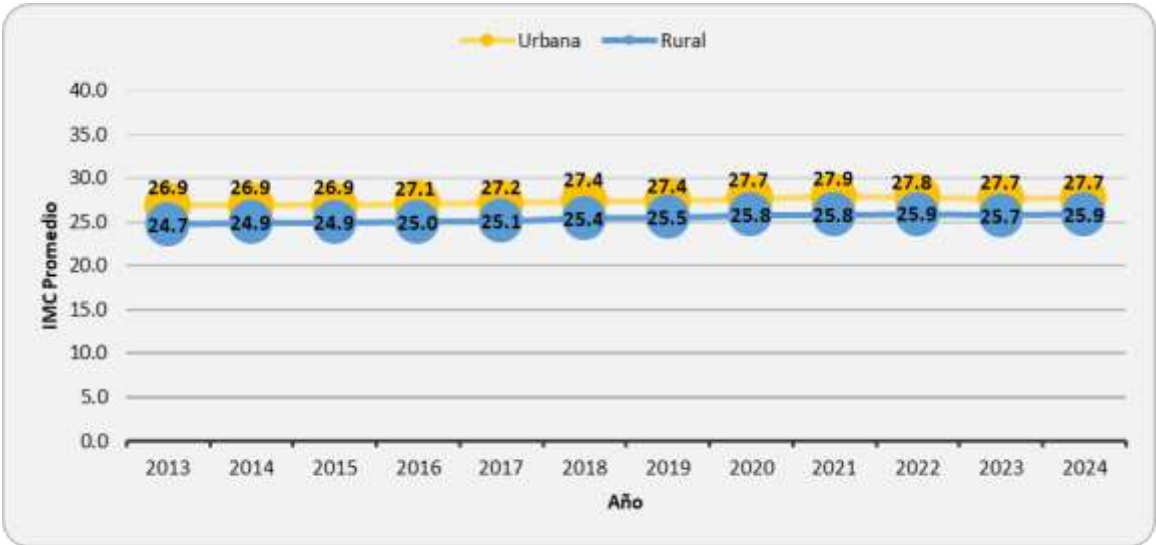
Gráfico 168. Tendencia del índice de masa corporal promedio según sexo.
Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2013- 2024.

De la misma manera, se observó que en todos los periodos evaluados el IMC fue mayor en los residentes del área urbana, así mismo, se evidencio un aumentó de 0,8 Kg/m² en el urbano y 1,2 kg/m² en el rural entre los años 2013 y 2024.

Gráfico 169. Tendencia del índice de masa corporal promedio según área de residencia.
Perú, 2013-2024

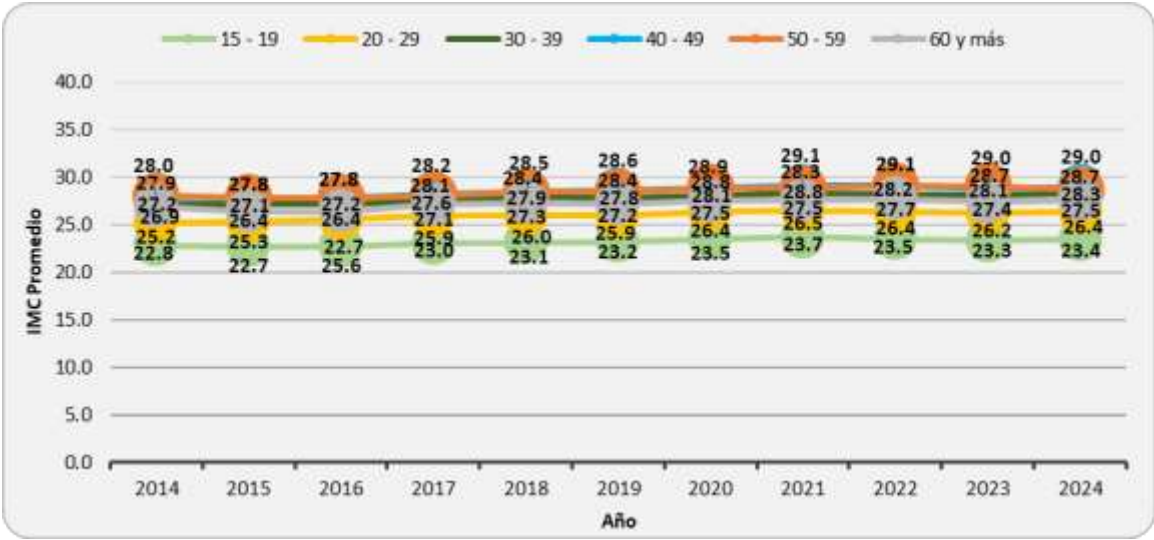


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2013- 2024.

Según grupos de edad, se observó una tendencia hacia el incremento discreto en todos grupos evaluados, sobresaliendo entre ellos el grupo de los jóvenes de 20-29 años y los adultos de 50-59 años, en donde se evidenció una elevación del IMC de al menos 1,0 kg/m².

Así mismo se evidenció que entre los 15 y 49 años, a medida que incrementó la edad, aumentó el IMC.

Gráfico 170. Tendencia del índice de masa corporal promedio según grupos de edad. Perú, 2014-2024



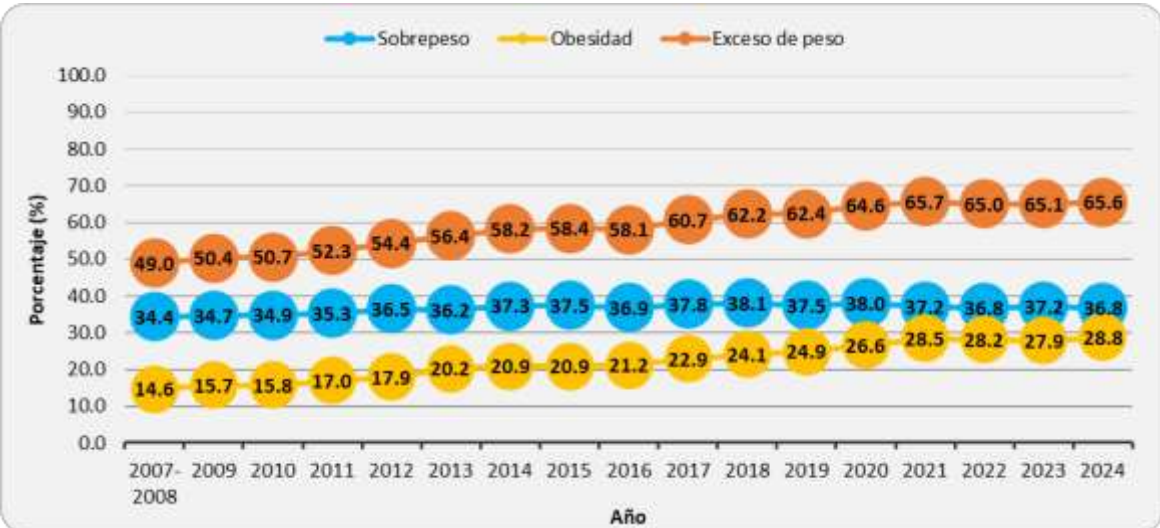
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2014- 2024.

4.1.9 Estado Nutricional de las Mujeres en edad fértil

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2024, a nivel nacional, la prevalencia de **exceso de peso** en mujeres en edad fértil aumentó 16,6 pp, con cifras de 49,0% en el periodo 2007-2008 y 65,6% en el año 2024.

La prevalencia de **sobrepeso** en mujeres en edad fértil-MEF mostró un incremento lento, de 2,4 pp en el periodo, pero progresivo, manteniéndose en el rango de 34,0% a 37,0%. Sin embargo, la prevalencia de **obesidad** en MEF presentó un incremento notorio, que casi duplicó su cifra entre los años 2007 y 2024, aumentando 14,0 pp en los diecisiete años evaluados.

Gráfico 171. Tendencia del exceso de peso, sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-20018 al 2024.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024, a nivel nacional, una de cada tres mujeres en edad fértil (MEF) de 15-19 años y tres de cada cinco de 20-29 años tuvieron exceso de peso; mientras que, en mujeres de 30 a 49 años, alrededor de cuatro de cada cinco mujeres presentaron este exceso, por lo que es considerado un problema de salud pública.

Entre los años 2007 y 2024, la prevalencia de **exceso de peso** aumentó en todos los grupos de edad, incrementando principalmente en el grupo de 20-29 años (17,9 pp).

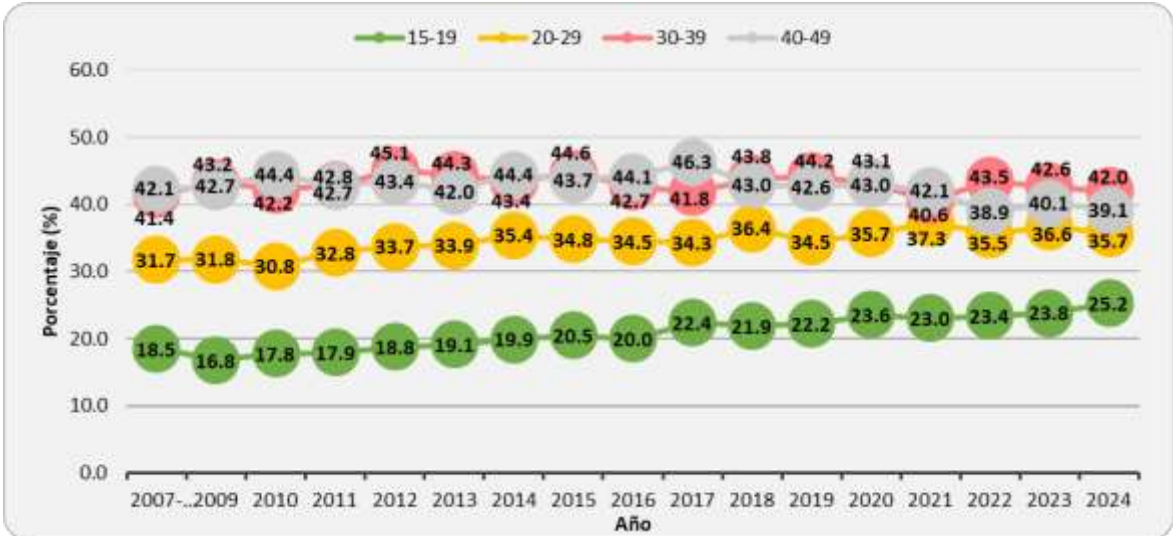
La tendencia de la prevalencia de **sobrepeso** en mujeres de 40 a 49 años y 30 a 39 años se mantuvieron estables, con cambios no significativos en el periodo y en el rango entre 40,0% y 45,0%, mientras que en aquellas de 20-29 años y de 15-19 años se observa un incremento lento pero progresivo (4,0 pp y 6,7 pp respectivamente) entre los años 2007 y 2024.

Gráfico 172. Exceso de peso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según rangos de edad. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

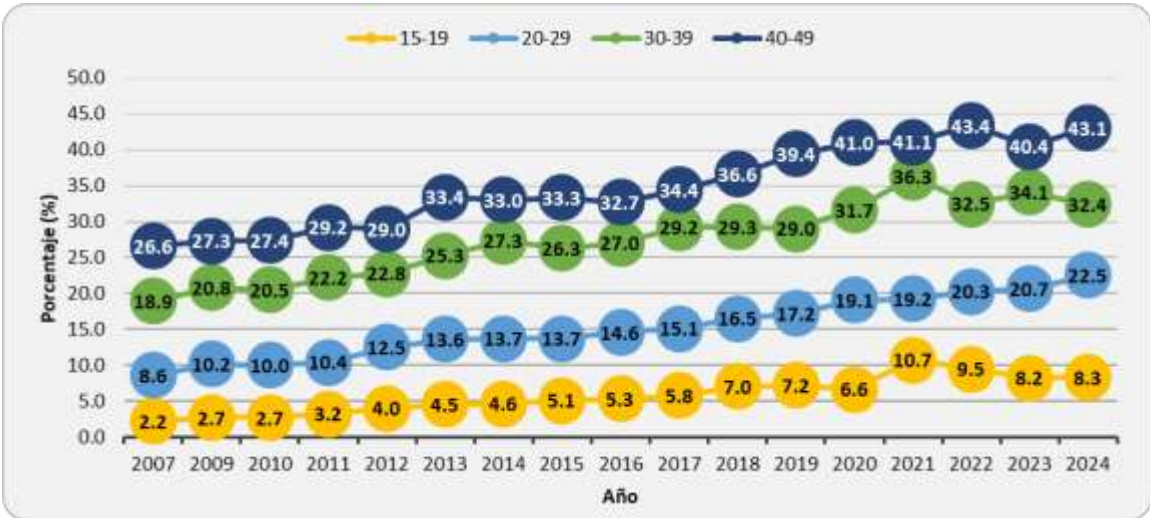
Gráfico 173. Sobrepeso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según rangos de edad. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

Entre el periodo 2007-2008 y el año 2024, la prevalencia de **obesidad** en MEF mostró una fuerte tendencia hacia el incremento en todos los grupos de edad; siendo mayor su prevalencia en el grupo de 40-49 años y 30-39 años. Al respecto, en las MEF de 15-19 años su prevalencia casi se cuadruplicó entre los años 2007 y 2024, mientras que en aquellas de 20-29 años las cifras casi se triplicaron en el mismo periodo.

Gráfico 174. Obesidad en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según rangos de edad. Perú, periodo 2007-2008 al 2024

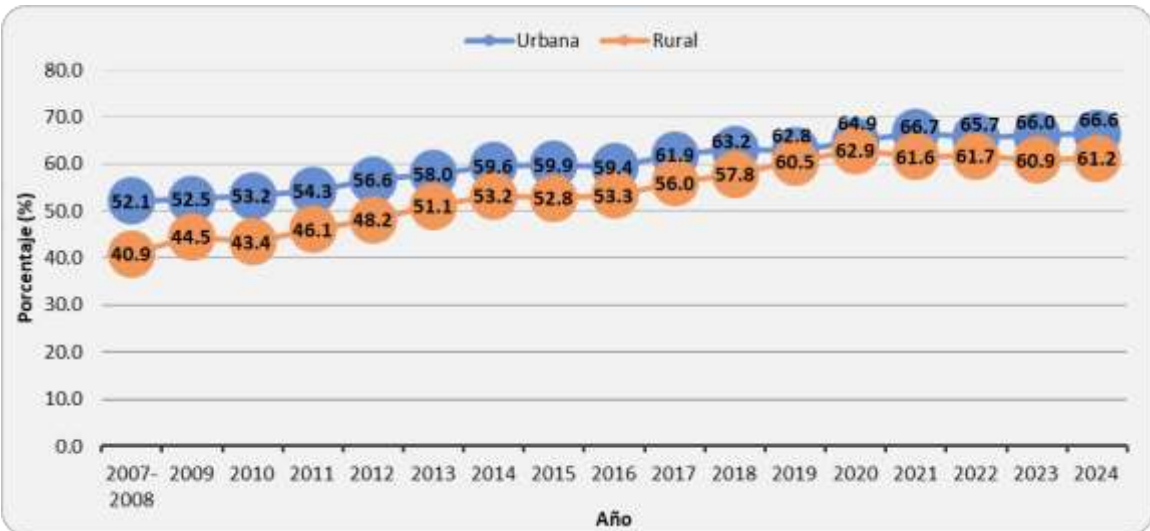


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), durante el año 2024, la prevalencia de exceso de peso en las mujeres en edad fértil (MEF) fue de 66,6% en las residentes del área urbana y 61,2% en las que residían en el área rural, es decir, al menos tres de cada cinco mujeres en edad fértil tuvieron un exceso de grasa corporal en ambas áreas de residencia.

Por otro lado, se puede observar que entre el periodo 2007-2008 y el año 2024, la prevalencia de exceso de peso aumentó en ambas áreas de residencia, sobre todo en el área rural (aumentó 20,3 pp vs 14,5 pp de área urbana), reduciéndose la brecha de exceso de peso que había entre ambas, de 11,2 pp. a 5,4 pp., que permite deducir importantes cambios en los estilos de vida del área rural, principalmente en los hábitos alimentarios y la actividad física.

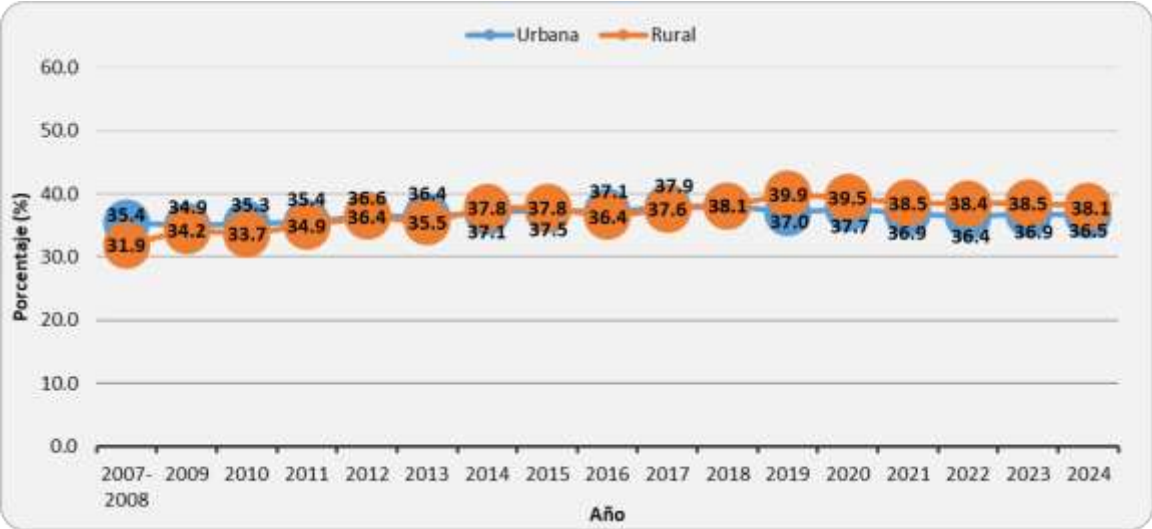
Gráfico 175. Exceso de peso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según área de residencia. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

Entre los años 2007 y 2024 la prevalencia de **sobrepeso**, en el área urbana presentó un discreto aumento, con cifras en un rango entre 35% a 38% durante todo el periodo, mientras que, en el área rural, se observó un incremento final de 6,2 pp., para el año 2024, superando la prevalencia del área urbana en los últimos seis años.

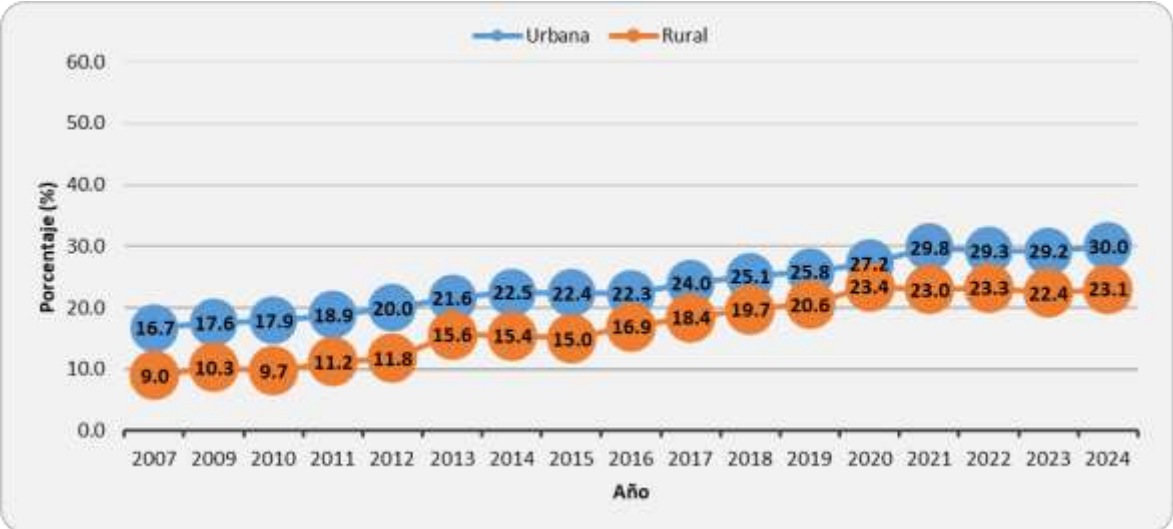
Gráfico 176. Sobrepeso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según área de residencia. Perú, Perú, periodo 2007-2008 al 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

Por otro lado, en ambas áreas de residencia se evidencia un notorio incremento en la prevalencia de **obesidad**, casi duplicando en las zonas urbanas de 16,7% a 30,0% (13,3 pp.); mientras que en las zonas rurales hubo un incremento de 9,0% a 23,1% (14,1 pp.) en el mismo periodo de tiempo (un incremento adicional de 156%), ambas con un incremento similar.

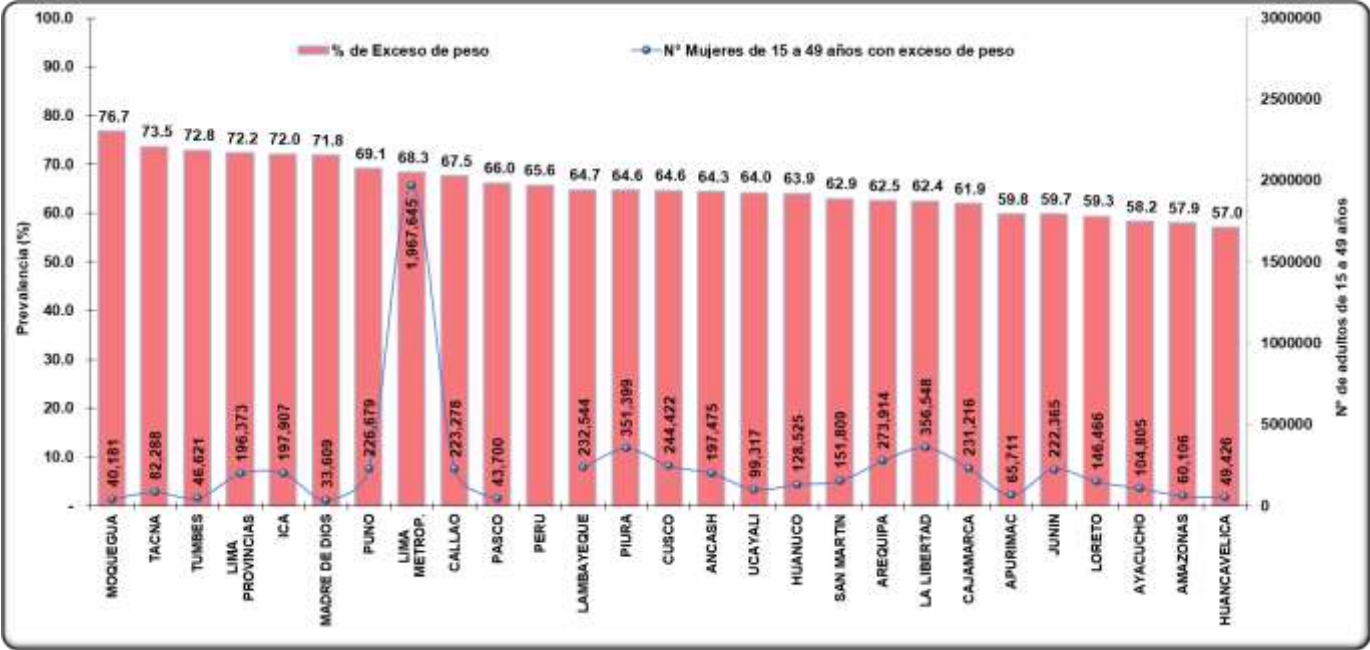
Gráfico 177. Obesidad en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según área de residencia. Perú, Perú, periodo 2007-2008 al 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

En el año 2024, los departamentos de Moquegua, Tacna, Tumbes, Lima Provincias, Ica y Madre de Dios presentaron cifras superiores al 70%, sin embargo, Lima Metropolitana concentra un tercio de las MEF con exceso de peso, con casi 2 millones de mujeres afectadas, debido a la densidad poblacional que presenta. Asimismo, se puede observar que los departamentos de Piura y La Libertad concentraron cada uno, más de 300 000 mujeres con este problema nutricional.

Gráfico 178. Prevalencia y número estimado de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años afectadas con exceso de según departamentos. Perú, 2024



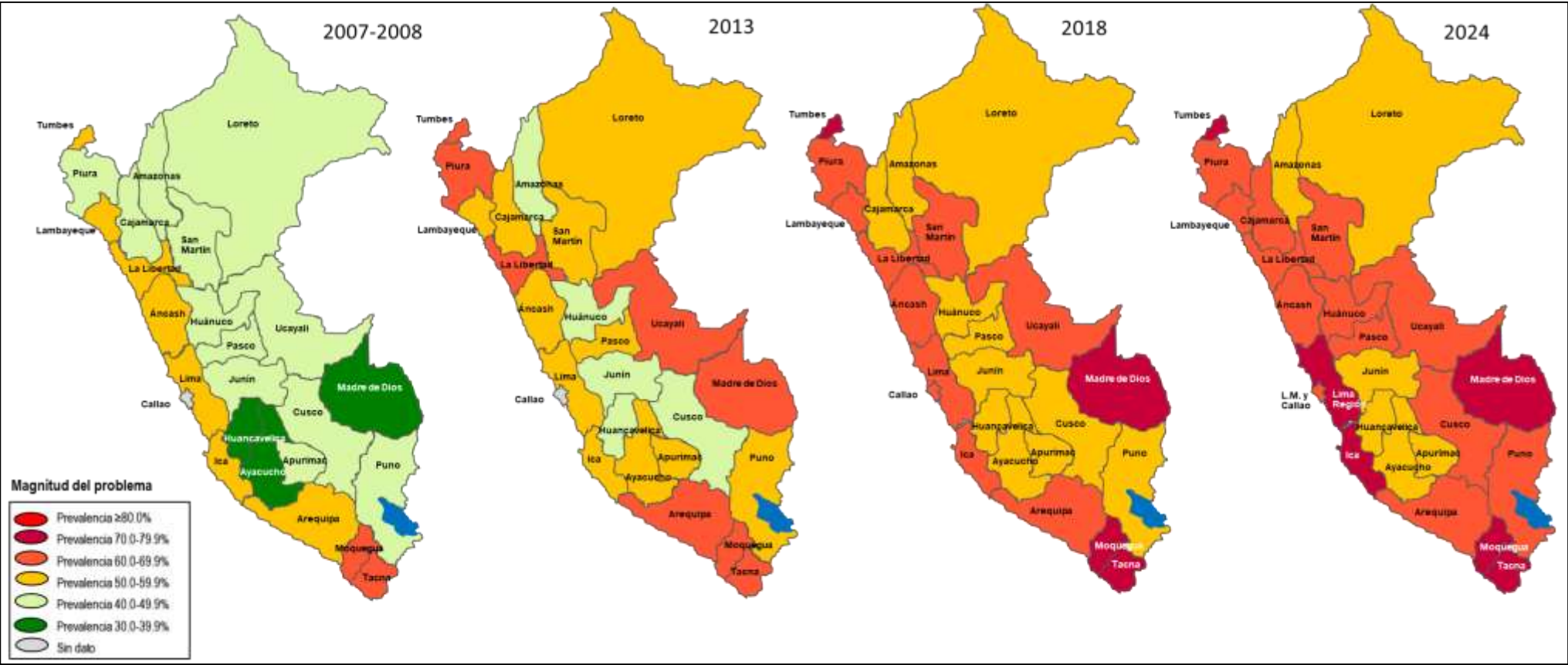
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, 2024. MINSA. Población estimada por grupos de edad, según departamento, Perú - año 2024 https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp

El **exceso de peso** incremento de manera sostenida en todos los departamentos del Perú, siendo mayor la velocidad de incremento en el departamento de Madre de Dios (2,2 pp/año), seguido de los departamentos de San Martín (1,3 pp/año), Pasco (1,3 pp/año), Cusco (1,3 pp/año), Puno (1,2 pp/año) y Huánuco (1,2 pp/año). Los demás departamentos tuvieron un aumento promedio de 0,9 pp/año.

Al comparar las cifras de **sobrepeso** en las MEF, se puede observar que entre los años 2007 y 2024, la mayoría de los departamentos del Perú mantuvieron la prevalencia en el rango de 30,0% y 39,9%, mostrándose una estabilidad en los últimos 16 años, y sólo los departamentos de Cajamarca, Cusco y Pasco presentaron incrementos con prevalencias mayores al 40,0%.

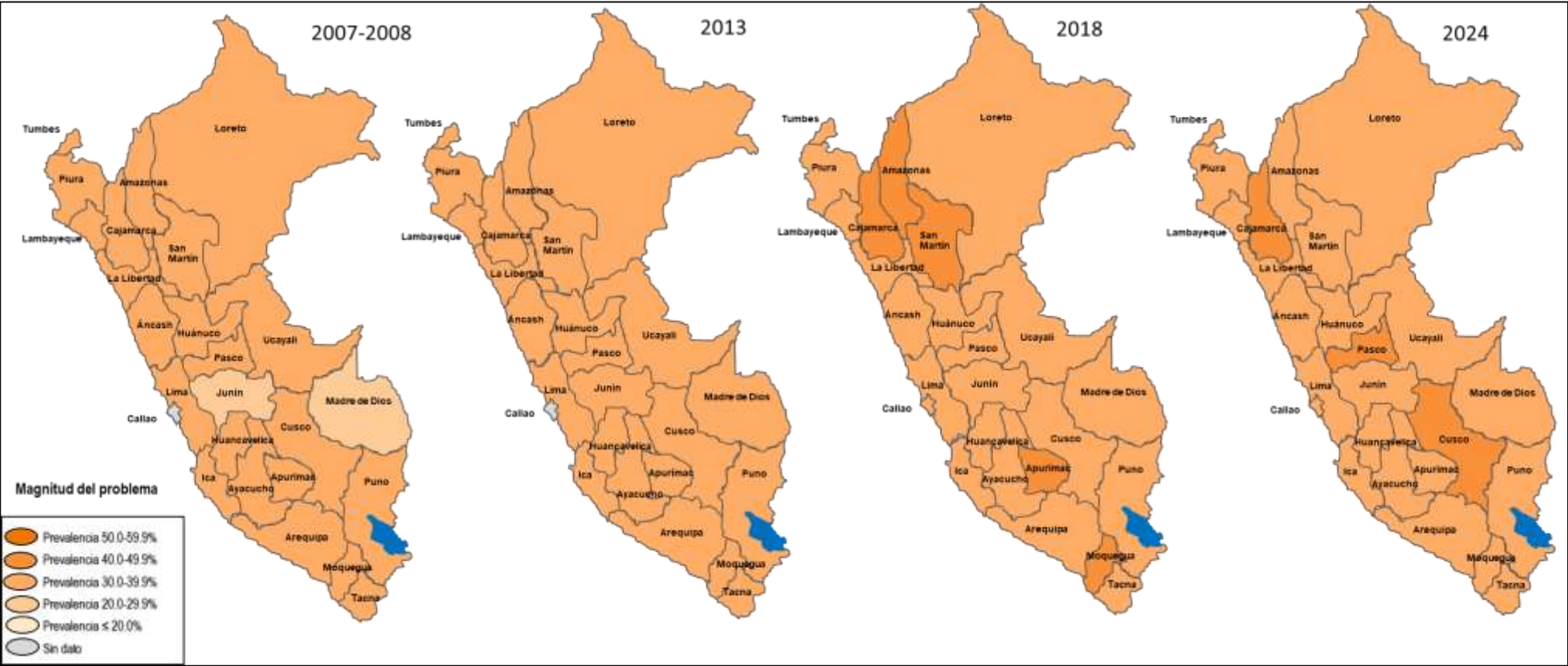
Respecto a la **obesidad** en MEF de 15 a 49 años, al comparar las cifras de los años 2007 y 2024, se puede observar cambios en las prevalencias en todos los departamentos del Perú, triplicando sus cifras los departamentos de Huánuco, San Martín y Huancavelica. Así mismo, duplicaron su prevalencia Ayacucho, Amazonas, Cusco, Apurímac, Ucayali, Pasco, Puno, Ica y Madre de Dios.

Gráfico 179. Evolución del exceso de peso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según departamentos
Perú, periodo 2007-2008, 2013, 2018 y 2024



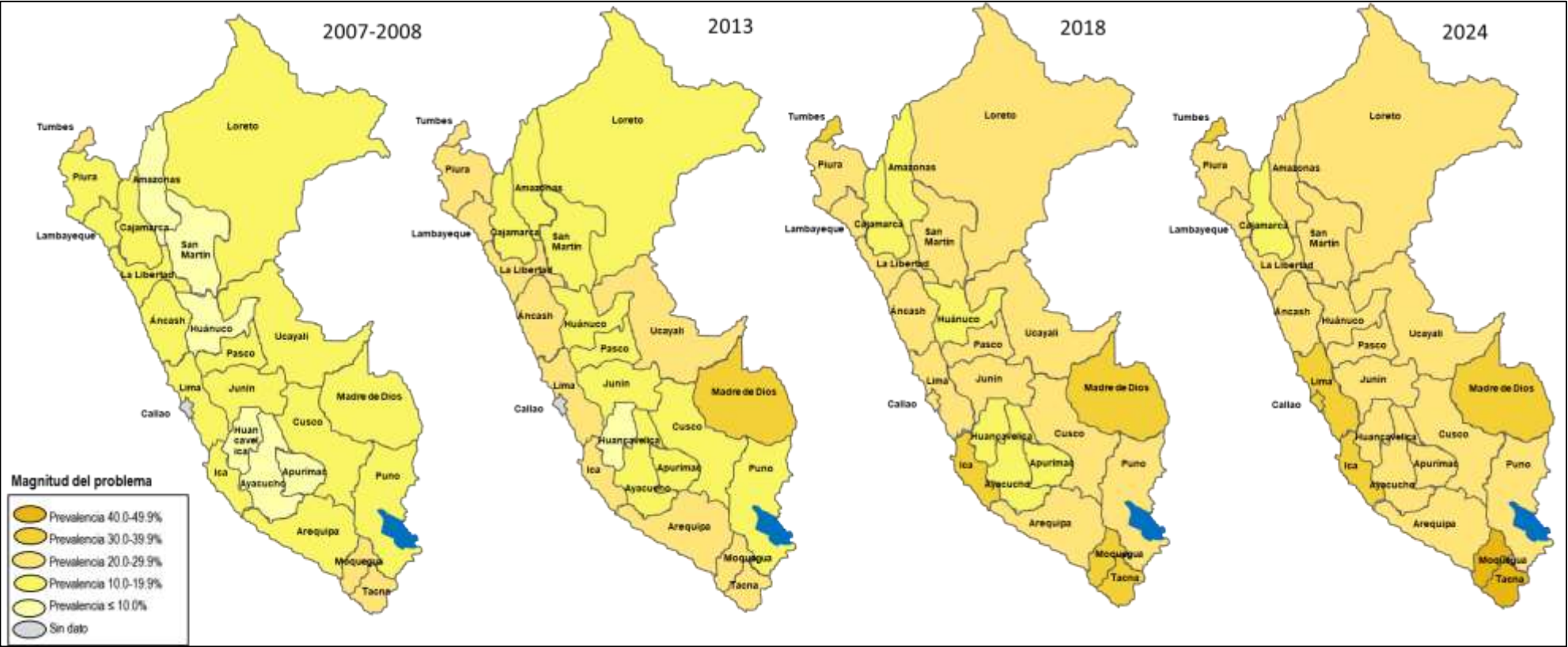
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, periodo 2007-2008, 2013, 2018 y 2024.

Gráfico 180. Evolución del sobrepeso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según departamentos. Perú, periodo 2007-2008, 2013, 2018 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, periodo 2007-2008, 2013, 2018 y 2024.

Gráfico 181. Evolución de la obesidad en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según departamentos. Perú, periodo 2007-2008, 2013, 2018 y 2024

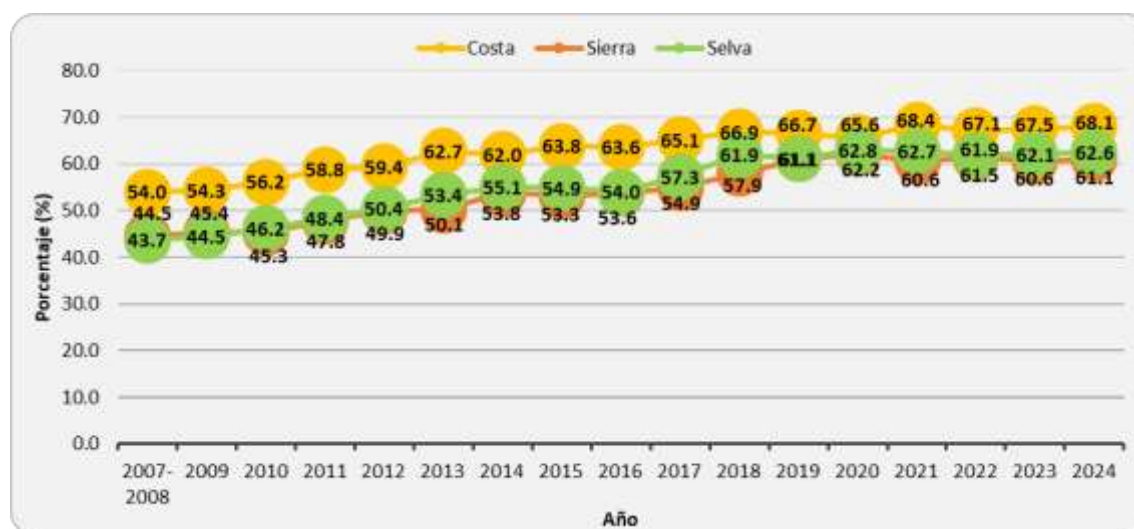


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, periodo 2007-2008, 2013, 2018 y 2024.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2024, a nivel nacional siete de cada diez mujeres que residían en la costa tuvieron exceso de peso (**68,1%**), casi semejante a las residentes de la sierra y selva, que se presentó en seis de cada diez mujeres en edad fértil.

Por otro lado, entre el periodo 2007-2008 y el año 2024, la prevalencia de exceso de peso aumentó en los tres dominios de residencia, sobre todo en la sierra y selva, reduciendo la brecha de exceso de peso existente entre la costa y los otros dos dominios en aproximadamente alrededor de 10 pp en la selva y alrededor de 6,0 pp en la sierra, principalmente en la última década.

Gráfico 182. Exceso de peso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según región natural. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



* No incluyó Lima Metropolitana entre los años 2007-2019

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

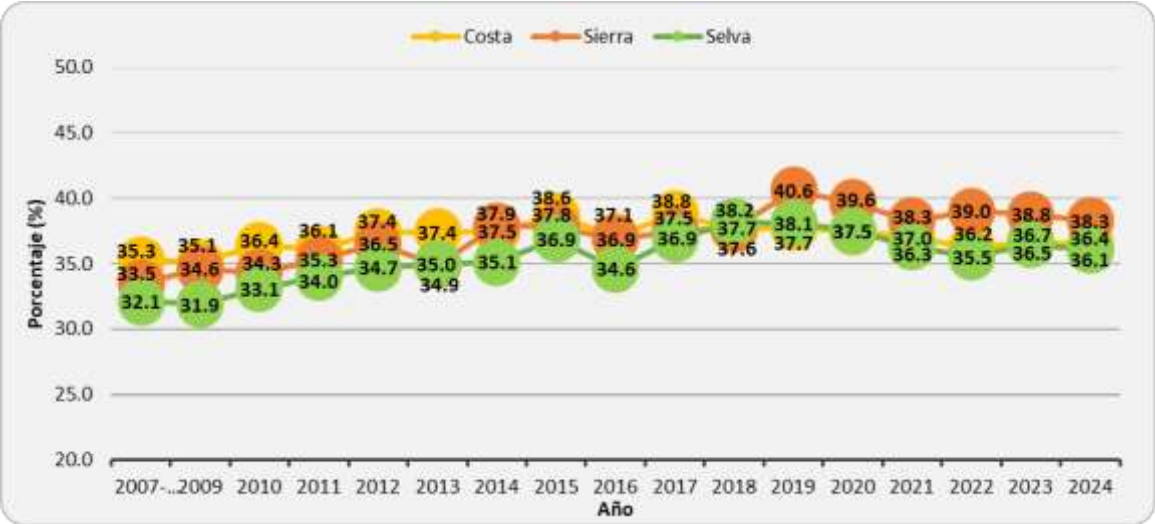
Al comparar las cifras de los años 2007 y 2024, se observó que la prevalencia de **sobrepeso** en los tres dominios de residencia estuvo en el rango de 32% a 40%, con pocas diferencias entre las tres regiones, con un incremento de 4,8 pp en la región sierra en dicho periodo de tiempo, sin embargo, en los últimos diez años hubo una tendencia inicial a estabilizarse las cifras hasta el 2018, para que en los siguientes años se muestre una tendencia a la disminución, sin dejar de sorprender que la sierra presentó un incremento que se ha mantenido por encima de la costa, en los últimos seis años.

Por otro lado, entre los años 2007 y 2024 la prevalencia de **obesidad** en la costa aumentó 12,9 pp, manteniendo las prevalencias más altas, mientras que, en la sierra y selva, las prevalencias se duplicaron, a pesar que incrementaron de manera similar (11,8 y 14,9 pp) en los últimos 17 años.

Al igual que el sobrepeso, las brechas de obesidad entre la costa y la selva han disminuido en los últimos diez años, especialmente en el último quinquenio. Así mismo, se puede observar que, mientras el sobrepeso predomina en la sierra, la obesidad predomina en la selva.

Por último, si bien la prevalencia de sobrepeso muestra una tendencia a disminuir en los últimos años, el aumento del exceso de peso lo hace a través de la obesidad, que ha mantenido una tendencia creciente en todo el periodo evaluado.

Gráfico 183. Sobrepeso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según región natural. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



* No incluyó Lima Metropolitana entre los años 2007-2019

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

Gráfico 184. Obesidad en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según región natural. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



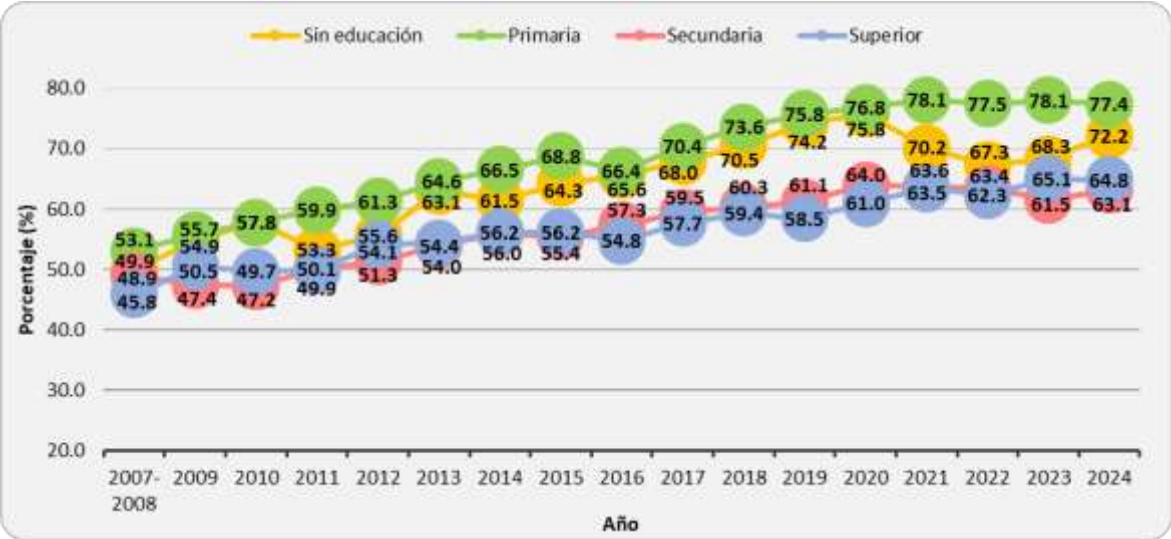
* No incluyó Lima Metropolitana entre los años 2007-2019

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2024, a nivel nacional las mujeres en edad fértil (MEF) con primaria presentaron una prevalencia muy alta de **exceso de peso** (ocho de cada diez); mientras que, en las MEF sin educación y con educación superior fueron siete de cada diez las que presentaron este problema de salud pública.

Asimismo, se puede observar que entre el periodo 2007-2008 y el año 2024, la prevalencia de exceso de peso aumentó en los cuatro niveles de educación, siendo superior el incremento en las mujeres con primaria y aquellas sin educación (24,3 pp. y 22,3 pp respectivamente).

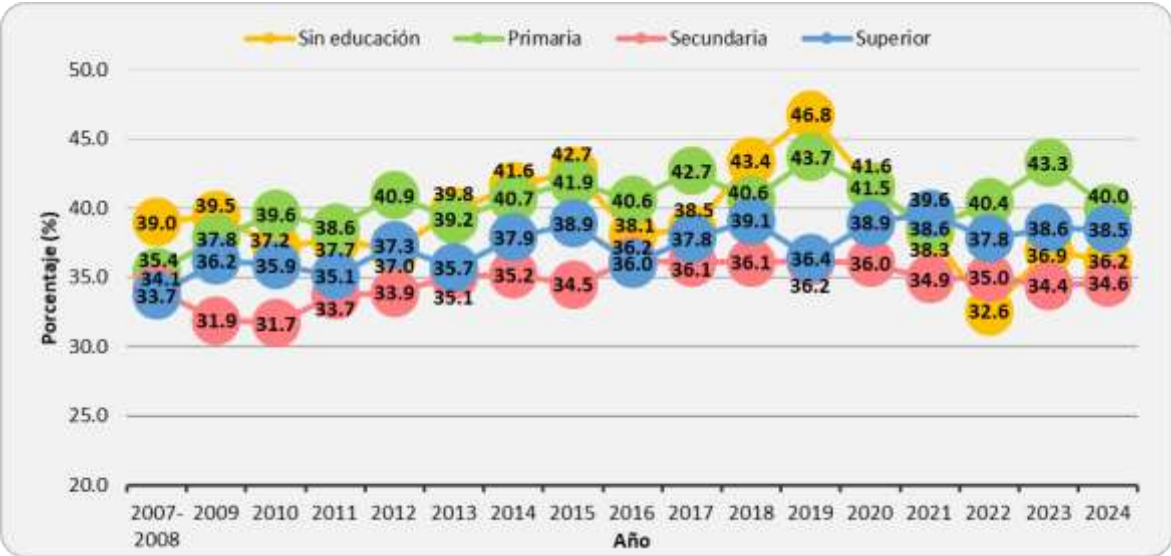
Gráfico 185. Exceso de peso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según nivel de educación. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

Entre los años 2007 y 2024, observamos que la prevalencia de **sobrepeso** en las mujeres en edad fértil de todos los niveles de educación presentó cifras en el rango de 30% a 47% en dicho periodo, aunque con tendencias irregulares.

Gráfico 186. Sobrepeso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según nivel de educación. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

Por otro lado, la **obesidad** se multiplicó en casi todos los niveles educativos, resaltando entre ellos las cifras de las mujeres sin educación (que triplicó su prevalencia) y con educación primaria, donde la prevalencia se duplicó, aumentando 25,2 pp y 19,7 pp respectivamente.

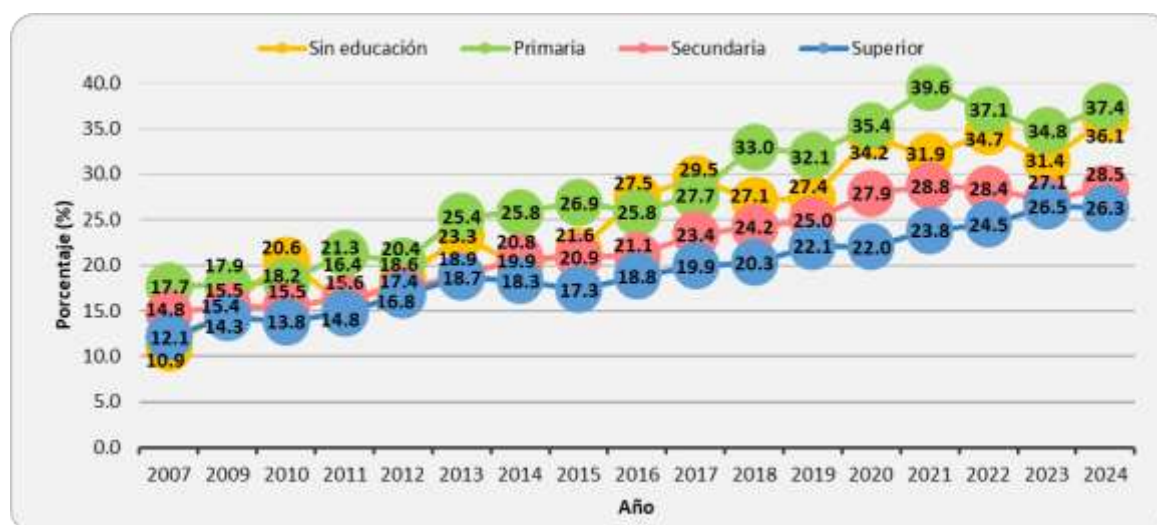
Cómo era de esperar, las prevalencias más bajas de obesidad corresponden a las MEF de nivel superior, seguidas por las de nivel secundaria.

Las MEF sin educación y con nivel primario presentaron un comportamiento irregular en la prevalencia de obesidad, disminuyendo ligeramente en los dos últimos años evaluados, pero siempre con una tendencia al aumento en el periodo.

Por último, mientras hace diecisiete años las brechas de prevalencia de obesidad según nivel de educación no eran importantes, desde el 2014 las diferencias son más notorias, con mayores prevalencias en las MEF con menores niveles de educación, aunque en los dos últimos años se ha reducido nuevamente.

El incremento de la prevalencia del exceso de peso se produce principalmente por el aumento de la prevalencia de obesidad.

Gráfico 187. Obesidad en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según nivel de educación. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



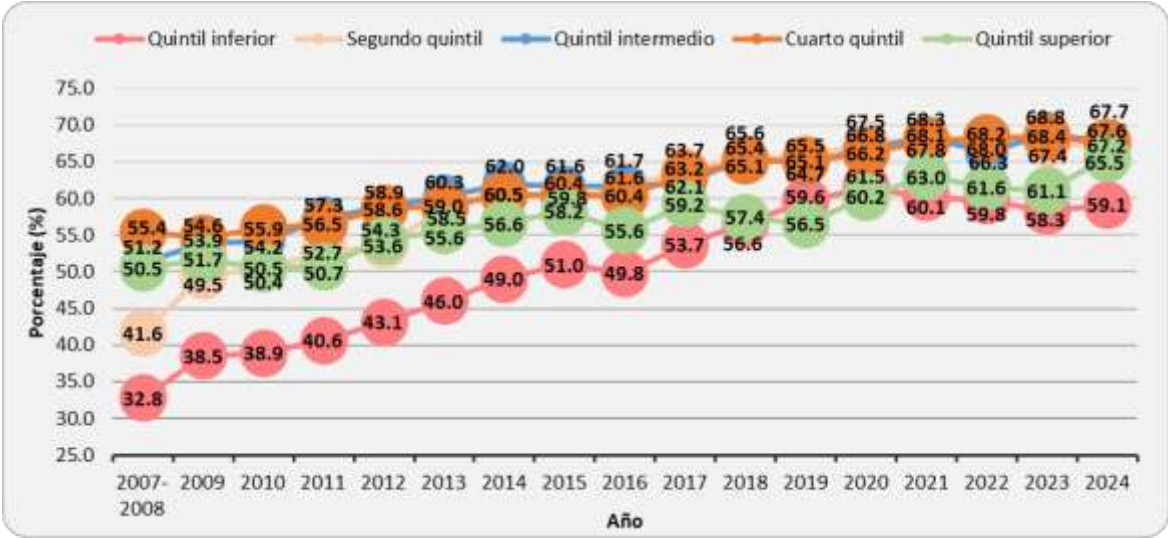
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

En el año 2024, a nivel nacional siete de cada diez mujeres del segundo quintil, quintil intermedio, cuarto quintil y del quintil superior presentaron exceso de peso, mientras que seis de cada diez mujeres en el quintil inferior tuvieron una excesiva grasa corporal.

Por otro lado, se puede observar que entre el periodo 2007-2008 y el año 2024, la prevalencia de exceso de peso aumentó en los cinco quintiles de bienestar, sobre todo en el quintil inferior y segundo quintil (incremento de 26,3 pp y 25,6 pp respectivamente), reduciendo la brecha de exceso de peso existente entre todos los quintiles.

Se resalta que la prevalencia más baja de exceso de peso se observó en los quintiles inferior y superior, que en los últimos 17 años disminuyeron la brecha entre ambos de 17,7 pp a 6,4 pp.

Gráfico 188. Exceso de peso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según quintil bienestar. Perú, periodo 2007-2008 al 2024

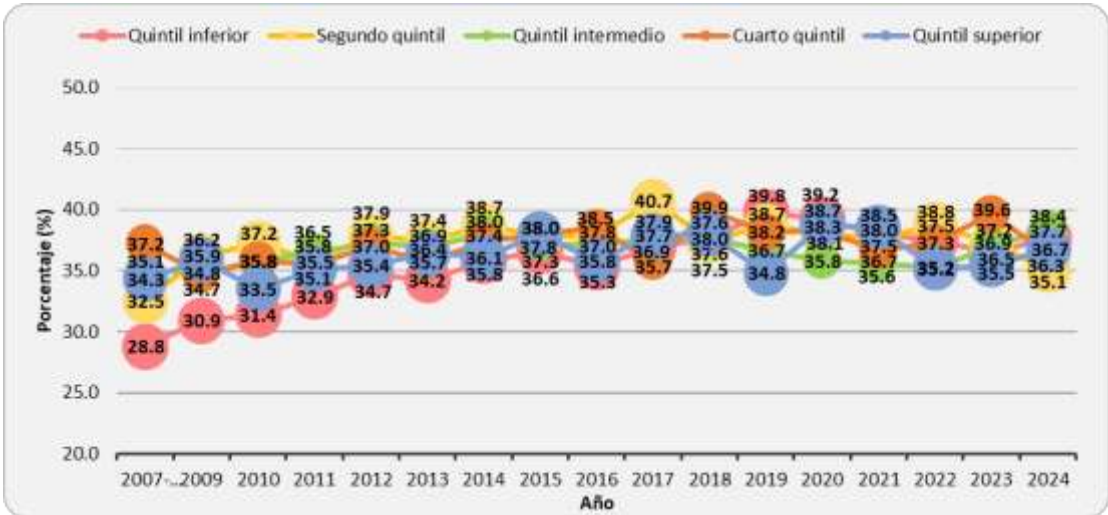


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

La prevalencia de **sobrepeso** en los cinco quintiles de bienestar, presentaron cifras en el rango de alrededor del 30% a 40% entre los años 2007 a 2024, mostrando pocas diferencias en relación al nivel socioeconómico, con al menos una MEF de cada tres con sobrepeso independientemente del quintil al que pertenezca.

Es de resaltar que en los últimos diez años la prevalencia de sobrepeso se mantuvo relativamente estable, aunque en el periodo 2007-2024 hubo un incremento importante de 8,9 pp. en el quintil inferior y de 3,3 pp. en el quintil intermedio.

Gráfico 189. Sobrepeso en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según quintil bienestar. Perú, periodo 2007-2008 al 2024

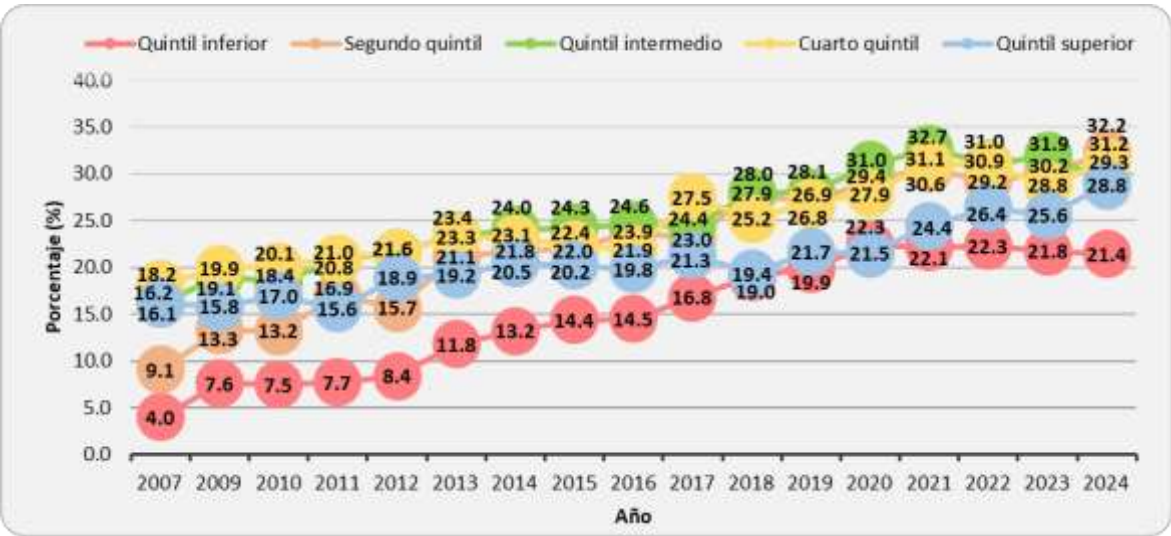


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

Por otro lado, entre los años 2007 y 2024, la **obesidad** se quintuplicó en las mujeres del quintil inferior y triplicó en el segundo quintil; mientras que, en las mujeres en edad fértil del quintil intermedio la prevalencia aumentó 15,8 pp. La prevalencia en el cuarto quintil y del quintil superior aumentaron en 10,6 pp. y 9,5 pp. respectivamente.

Es así que, en los últimos diez años, las menores prevalencias de obesidad se observan en los quintiles extremos (inferior y superior). Estos resultados, con la relativa estabilidad de la prevalencia de sobrepeso, demostró que el incremento de la prevalencia de exceso de peso se debe primordialmente al incremento de la prevalencia de obesidad en todos los quintiles.

Gráfico 190. Obesidad en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según quintil bienestar. Perú, periodo 2007-2008 al 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007-2008 al 2024.

4.2 CONDUCTAS RELACIONADAS AL EXCESO DE PESO

Muchas enfermedades no transmisibles, y entre ellas la obesidad, se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables.

La influencia de la dieta y estilos de vida en la salud de las personas hace necesario que se evalúe la ingesta de energía y macronutrientes, así como la calidad de la dieta de nuestra población, ello con el objeto de tomar medidas preventivas de enfermedades que puedan afectar en la edad adulta.

Los alimentos saludables consideran la calidad de la dieta en términos de conformidad con las guías alimentarias de cada país, que evalúa la calidad de la dieta a partir de dos perspectivas, por un lado, la adecuación (componentes de la dieta para aumentar) y, por otro, la moderación (componentes de la dieta para disminuir). En el [caso de](#) Perú, el 28 de diciembre del 2018, mediante la Resolución Ministerial N°1353-2018/MINSA, se aprobó el documento técnico "Guías alimentarias de la población peruana".

De forma similar, el etiquetado nutricional es la información del contenido de nutrientes que figuran en las etiquetas de los productos industrializados (declaración de nutrientes), que tienen como objetivos ayudar a la selección de alimentos saludables, mostrar la calidad nutricional del producto y facilitar la comercialización de los mismos, mostrados en una tabla de información nutricional. Esta es reglamentada por el Codex Alimentarius, establecida por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero son de aplicación voluntaria y no vinculante, aunque ayudan a armonizar la legislación y la reglamentación alimentaria nacional.

Por otro lado, la incorporación de advertencias publicitarias (octógonos) en la cara frontal de los productos procesados facilita al consumidor tomar decisiones informadas en la selección de productos que son saludables. Estas advertencias proporcionan información simple y de fácil comprensión sobre el contenido de nutrientes críticos como contenido de azúcar, grasa saturada, grasas trans o sodio en los productos procesados.

4.2.1. Conductas relacionadas al exceso de peso en niños menores de cinco años

4.2.1.1. Lactancia Materna exclusiva menores de 6 meses

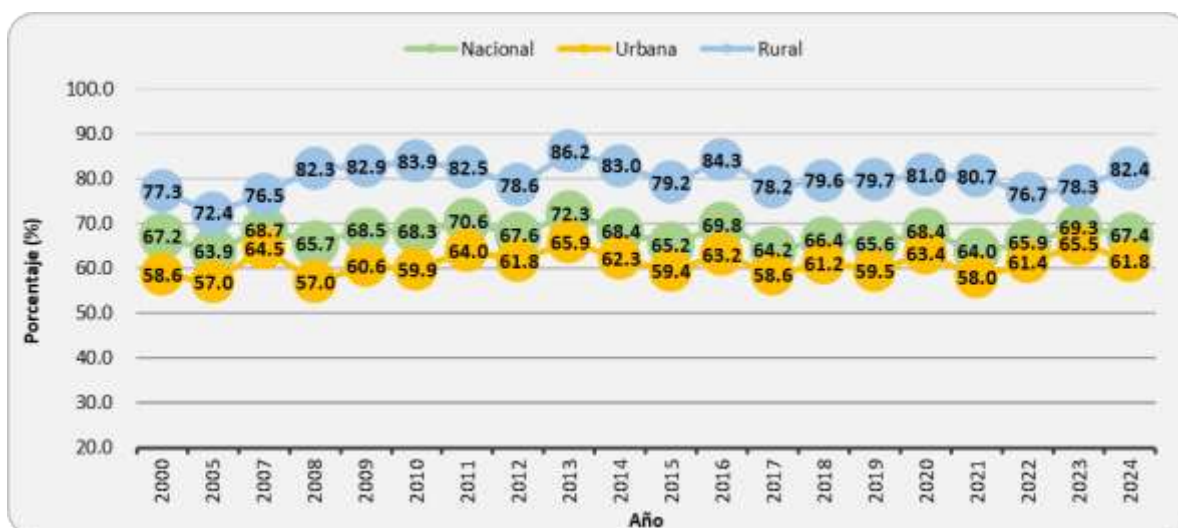
La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS recomienda que durante los seis primeros meses de vida los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna. La lactancia materna exclusiva es la opción más segura y saludable para los niños de todo el mundo, puesto que garantiza a los lactantes una fuente de alimentación perfectamente adaptada a sus necesidades y a la vez segura, limpia, sana y accesible. Los indicios apuntan a que los lactantes de los países de ingresos bajos y medianos que recibieron una alimentación mixta (otros alimentos y líquidos además de la leche materna) antes de los seis meses tuvieron casi tres veces más probabilidades de fallecer que los que se alimentaron

exclusivamente con leche materna. La lactancia materna exclusiva protege contra la diarrea, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, la otitis media aguda y el sobrepeso y la obesidad infantil¹⁷.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2024, a nivel nacional siete de cada diez niños menores de seis meses recibieron lactancia materna de manera exclusiva en las últimas 24 horas previas a la encuesta, cifra que se mantiene estable desde el año 2020.

En el área de residencia rural, ocho de cada diez recibieron lactancia materna, cifra que también se mantiene estable. Por otro lado, en el área urbana, se observó una tendencia leve hacia el incremento al comparar las cifras del 2000 al 2024.

Gráfico 191. Tendencia a nivel nacional de la proporción de niños menores de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva según área de residencia. Perú, 2000-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2000- 2024.

Por otro lado, se puede observar que ocho de cada diez niños menores de dos meses recibieron lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas previas a la encuesta, cifra que disminuye a siete de cada diez entre los 2-3 meses y a seis de cada diez entre los 4-5 meses. En los tres grupos de edad se observó una tendencia hacia el incremento, sobre todo entre los 2-3 meses y 4-5 meses de edad.

Según dominios de residencia, se puede observar que ocho de cada diez niños menores de seis meses de la sierra recibieron lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas previas a la encuesta, en la selva se da en siete de cada diez y en la costa en 6 de cada diez niños menores de 6 meses.

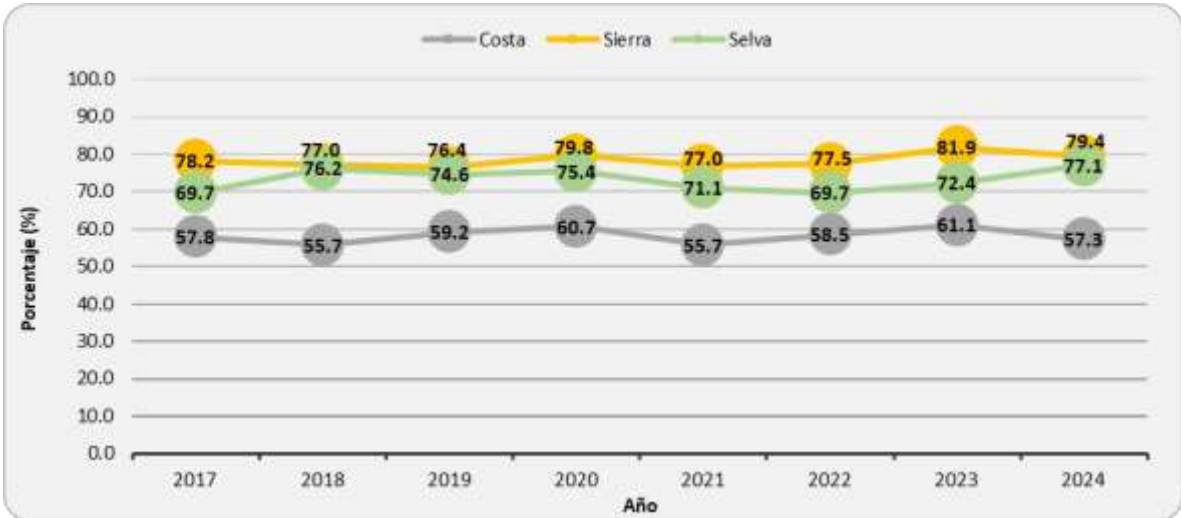
¹⁷ Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: definiciones y métodos de medición [Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO., disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378148/9789240048591-spa.pdf?sequence=4>

Gráfico 192. Tendencia a nivel nacional de la proporción de niños menores de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva según grupos de edad. Perú, 2000-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2000- 2024.

Gráfico 193. Tendencia a nivel nacional de la proporción de niños menores de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva según región natural. Perú, 2017-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2017- 2024.

De acuerdo al nivel de educación, ocho o siete de cada diez niños menores de seis meses, de madres con nivel primario o secundario respectivamente, recibieron lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas previas a la encuesta, incrementando de manera continua en ambos. En los niños con madres con nivel educativo superior, aumentó de 55,2% a 60,4% entre los años 2017 y 2024, pero solo recibieron seis de cada diez niños la lactancia materna exclusiva.

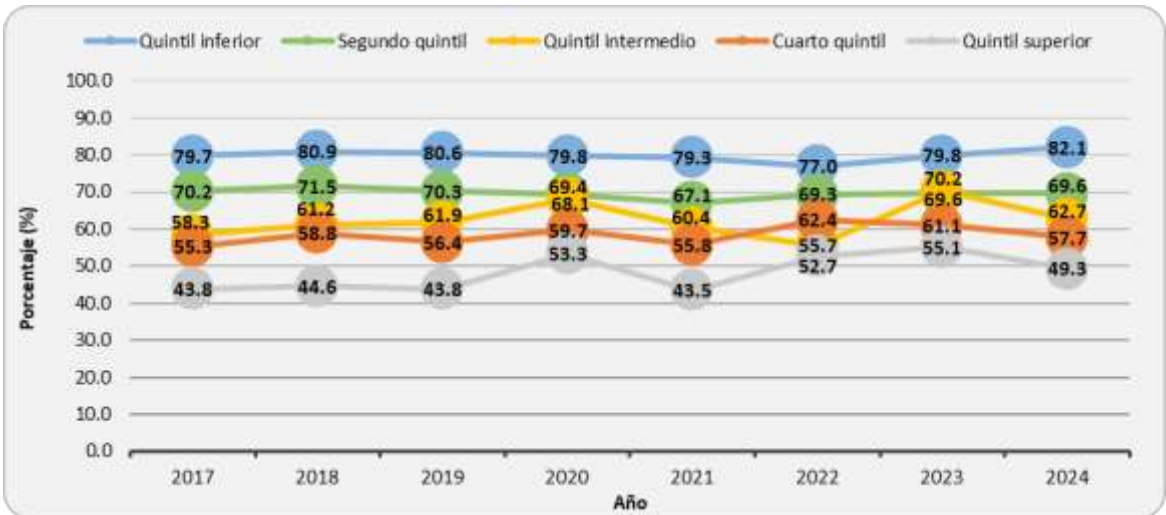
Gráfico 194. Tendencia a nivel nacional de la proporción de niños menores de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva según nivel de educación. Perú, 2000-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2017- 2024.

Según el quintil de bienestar, ocho de cada diez niños menores de seis meses del quintil inferior recibieron lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas previas a la encuesta; en los niños del segundo quintil y del quintil intermedio, la lactancia exclusiva se observó en alrededor de siete de cada diez. En los niños del cuarto quintil y del quintil superior, la lactancia incrementó, observándose su práctica en seis o cinco de cada diez niños menores de seis meses, respectivamente.

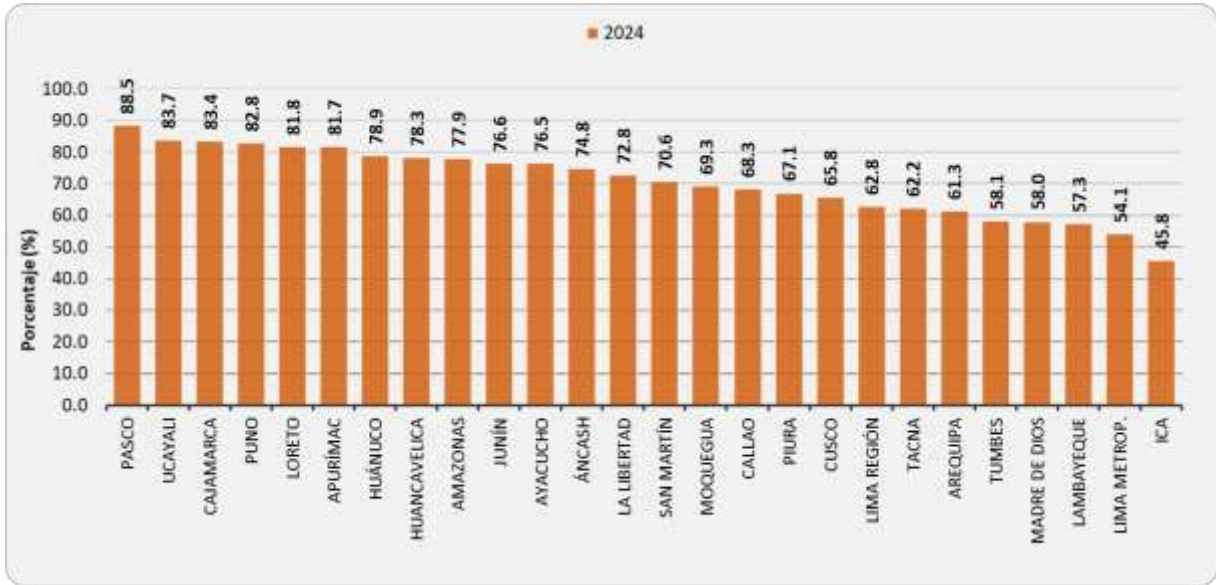
Gráfico 195. Tendencia a nivel nacional de la proporción de niños menores de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva según quintil de bienestar. Perú, 2000-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2017- 2024.

Al comparar las cifras de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, se puede observar que, en el 2024, seis departamentos del Perú mantuvieron la prevalencia mayor al 80%, mientras que ocho departamentos se encontraron en el rango de 70,0% y 79,9%. Sin embargo, se observa que en Ica menos del 50% de los niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva.

Gráfico 196. Lactancia materna en niños menores de 6 meses según departamentos. Perú, 2024



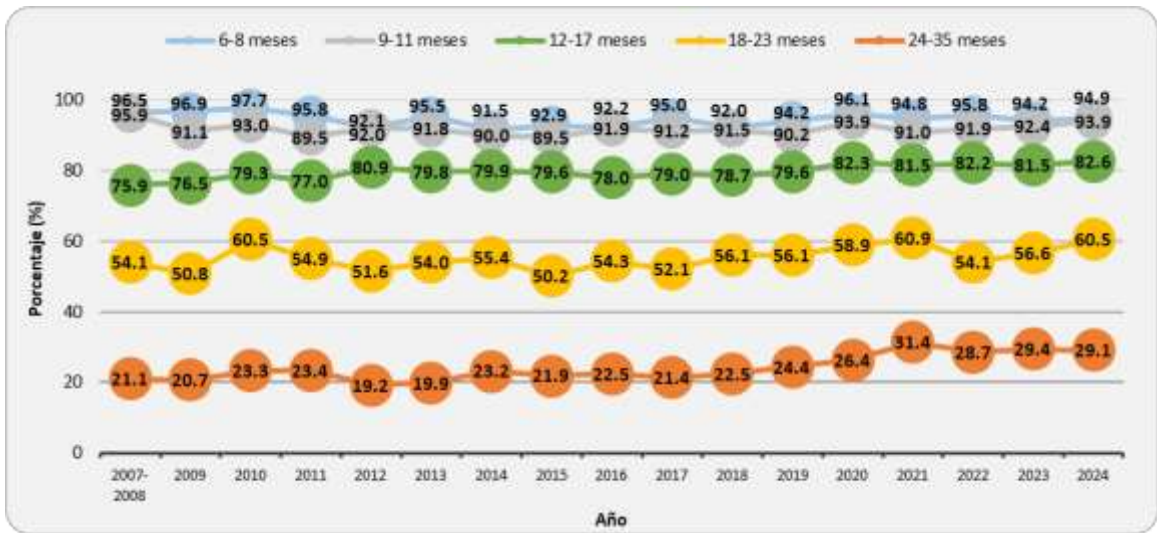
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2024.

4.2.1.2 Lactancia materna en niños de 6 a 36 meses

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), entre los años 2007 y 2024, la tendencia de lactancia materna en niños de 6-8 meses y de 9-11 se mantuvo estable en el rango de 90% a 95% meses a nivel nacional.

En el grupo de niños de 12 a 17 meses, la lactancia se observó en 8 de cada diez niños, en todos los periodos evaluados, mientras que en los de 18 a 23 meses se mantuvo en el rango de 50% a 60%. Por otro lado, en el grupo de niños de 24 a 35 meses, se observó una tendencia leve hacia el incremento al comparar las cifras del 2007 al 2024, observándose que, en el último año evaluado, tres de cada diez niños recibieron lactancia materna.

Gráfico 197. Tendencia a nivel nacional de la proporción de niños de 6 a 35 meses con Lactancia Materna según grupo etario. Perú, 2007-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2007- 2024.

4.2.1.3 Consumo de fórmulas infantiles en niños menores de 36 meses

Según ENDES, el consumo de fórmulas infantiles el día anterior a la encuesta, aumentó hasta en siete veces, entre 2000 y 2013, tanto en niños con lactancia como en aquellos que no lactan.

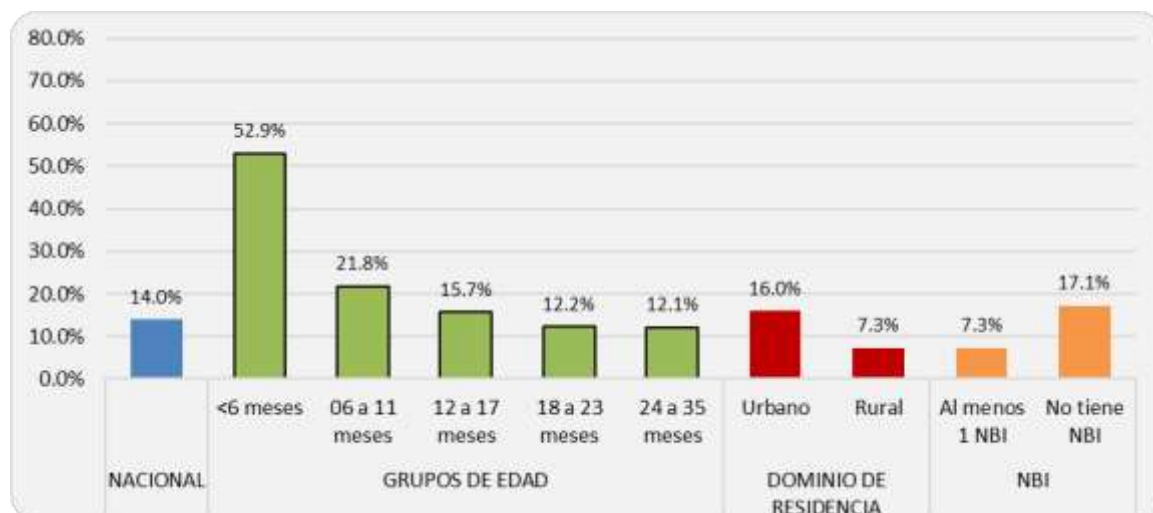
Gráfico 198. Tendencia a nivel nacional de la proporción de niños menores de 3 años con consumo de fórmulas infantiles el día anterior a la encuesta. Perú, 2000-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2000- 2024.

Cifras similares se pudieron evidenciar en la encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por etapas de Vida del año 2019, en donde, el 14% de los niños menores de 3 años consumió fórmulas infantiles el día anterior, predominando, según sexo, en niños y disminuyendo en forma gradual, conforme avanzó la edad, siendo significativamente mayor en niños menores de 6 meses. Así mismo, se observó que su consumo fue mayor en el dominio urbano y en ausencia de NBI, con cifras que duplican al área rural y la presencia de al menos un NBI respectivamente.

Gráfico 199. Proporción de niños menores de 36 meses que consumieron fórmula infantil el día anterior a la encuesta según sexo, grupo de edad y dominio de residencia. Perú 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2019

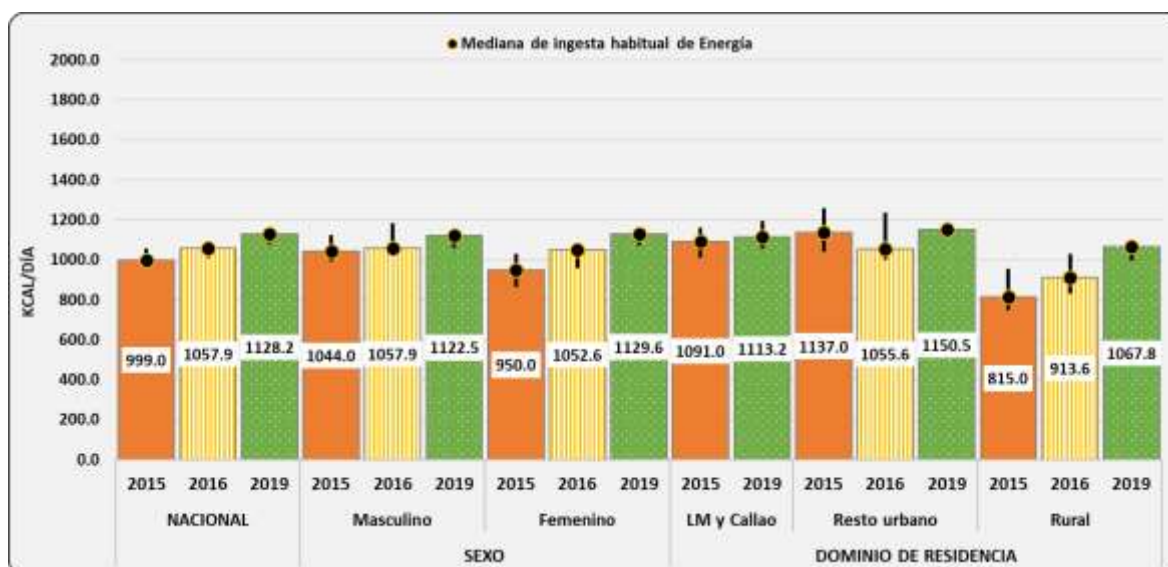
4.2.1.4 Ingesta de energía y nutrientes en niños de 6 a 35 meses

a. Ingesta de energía en niños de 6 a 35 meses

Según los resultados de la encuesta de la Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV) a nivel nacional, entre los años 2015 y 2019, se observa que la Mediana de ingesta de energía en niños de 6 a 35 meses, sin considerar lo aportado por la lactancia materna, aumentó de manera significativa de 999 kcal/día a 1128,2 Kcal/día. Así mismo, se incrementó significativamente en mujeres (de 950 Kcal/día a 1129,6 Kcal/día).

Según dominio de residencia, se aprecia que la Mediana de ingesta de energía de los niños del dominio rural aumentó de manera sostenida entre los años 2015 y 2019, de 815 Kcal/día a 1067,8 Kcal/día.

Gráfico 200. Mediana de ingesta usual de Energía (Kcal/día) en niños de 6 a 35 meses según sexo y dominio de residencia. Perú, 2015-2019

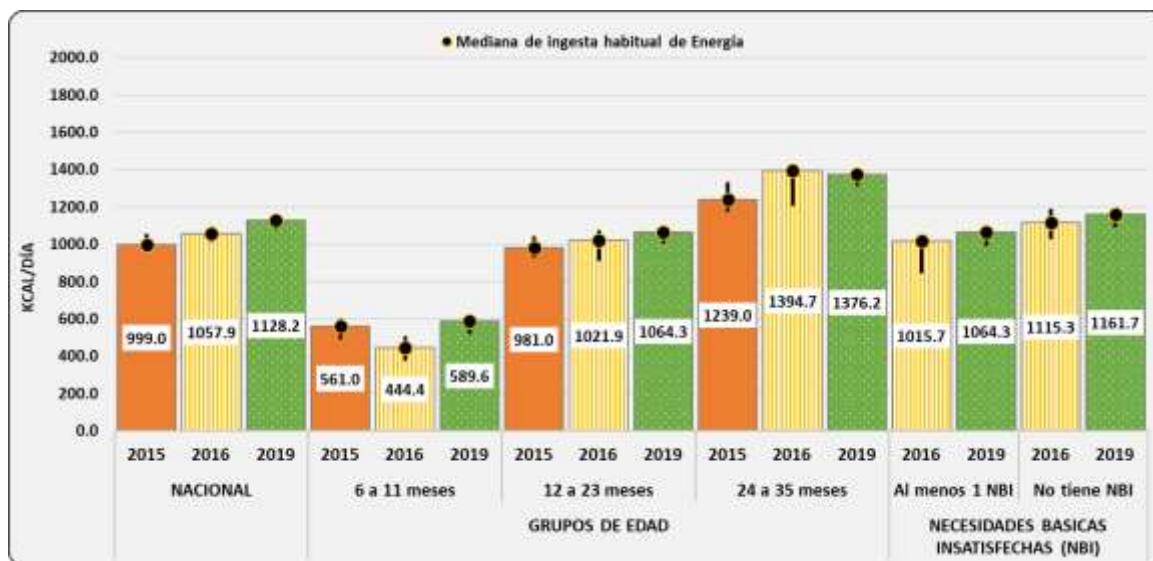


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

Según grupos de edad se observó la misma tendencia al incremento de la ingesta usual de energía, excepto una variabilidad de la mediana entre los niños de 6 a 11 meses, en el periodo 2016-2019.

Por otro lado, según Necesidades básicas Insatisfechas (NBI), la Mediana de ingesta de energía de los niños con al menos una NBI fue menor que en aquellos niños sin NBI en los dos periodos evaluados (2016 y 2019).

Gráfico 201. Mediana de ingesta usual de Energía (Kcal/día) en niños de 6 a 35 meses según grupos de edad y NBI. Perú, 2015-2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

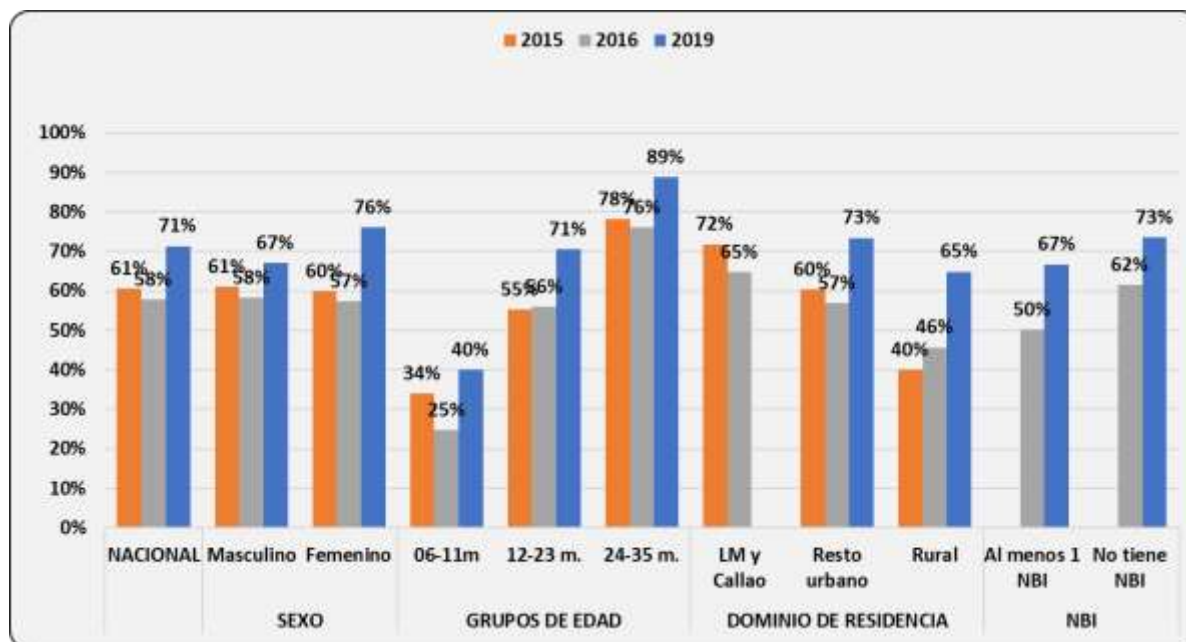
Para estimar el porcentaje de niños que cubrió sus requerimientos de energía se utilizó el porcentaje de adecuación al 100% de lo requerido, según lo recomendado por la FAO/WHO/UNU Expert Consultation, Human Energy Requirements. Report of Joint.

Según los resultados de la encuesta de la Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV) a nivel nacional, entre los años 2015 y 2019 el porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que cubrió sus requerimientos de energía aumentó en 10,8 pp (de 60,5% y 71,3% respectivamente); de la misma manera, en el dominio rural se observó un incremento significativo en el porcentaje de niños que cubrieron su requerimiento, aumentando de 40.0% (IC95% 33,4-46,5) a 64.8% (IC95% 58,8-70,4) en el mismo periodo.

Al analizar por grupos de edad, se pudo observar que la proporción de niños que cubrieron sus requerimientos de energía aumentó de manera significativa, para el 2019, comparado con el año 2015, especialmente en los niños de 12-23 meses (15 pp) y en aquellos de 24-35 meses (10 pp). Sin embargo, se encontró un aumento discreto y no significativo en el grupo de 6-11 meses.

Según nivel de pobreza, entre los años 2016 y 2019 la proporción de niños con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) que cubrieron sus requerimientos de energía aumentó 16 pp, de forma significativa, de 50.1% (IC95% 43.4-56.8) a 66.7% (IC95% 60.0-72.9), mientras que, en los niños sin NBI, se incrementó 12 pp, de 61.5% (IC95% 57.0-66.1) a 73.4% (IC95% 69.2-77.3).

Gráfico 202. Porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus requerimientos de Energía según características. Perú, 2015-2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015/ Informe Técnico: Estado nutricional, consumo aparente de lactancia materna y consumo de alimentos en niños menores de 3 años de la encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por etapas de vida- VIANEV 2016/ Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

b. Ingesta de proteínas en niños de 6 a 35 meses

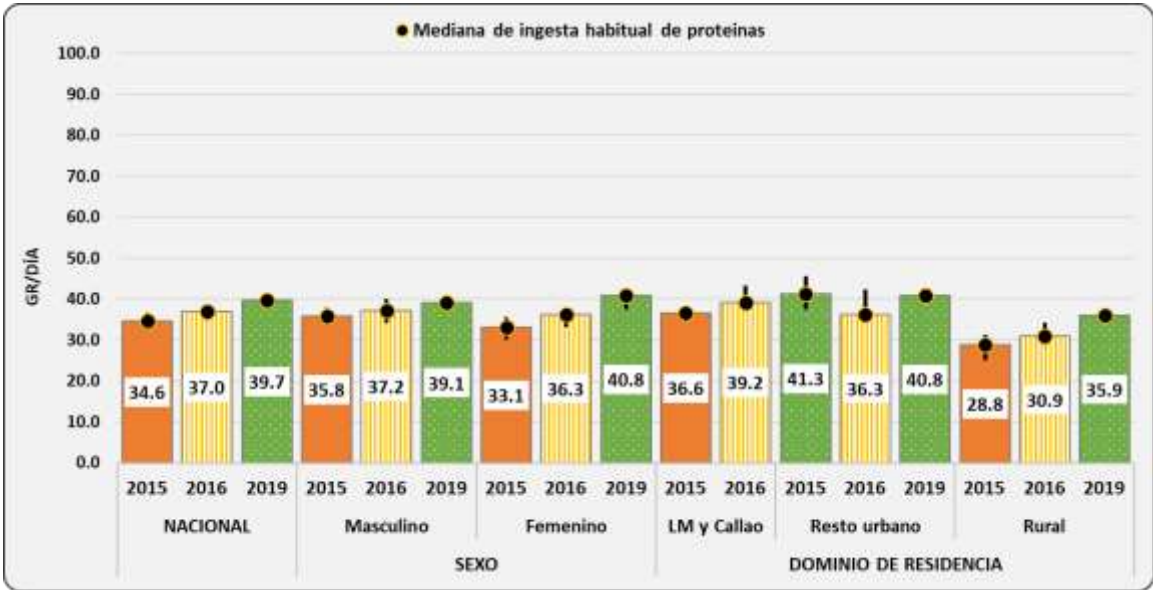
Según los resultados de la encuesta VIANEV, a nivel nacional, entre los años 2015 y 2019 el consumo usual de proteína en niños de 6 a 35 meses aumentó significativamente de 34,6 g/día (32,6 y 36,6 LI y LS al 95% de confianza) a 39,7 g/día (37,8 y 39,8 LI y LS al 95% de confianza).

La ingesta usual se incrementó de manera significativa en mujeres y, según dominios de residencia, se puede observar un aumento significativo en la Mediana de ingesta usual de proteínas en el dominio rural, presentando cifras de 28,86 g/día (25,0 y 31,2 LI y LS al 95% de confianza) en el año 2015 y 35,9 g/día (34,2 y 36,4 LI y LS al 95% de confianza) en el 2019; mientras que en el dominio urbano se mantiene estable.

De la misma manera, la ingesta usual se incrementó de manera significativa en todos los grupos de edad entre los años 2015 y 2019. Así mismo, se puede observar que, la mediana de ingesta usual en los niños de 24 a 35 meses duplica a lo observado en niños menores de un año en todos los periodos evaluados.

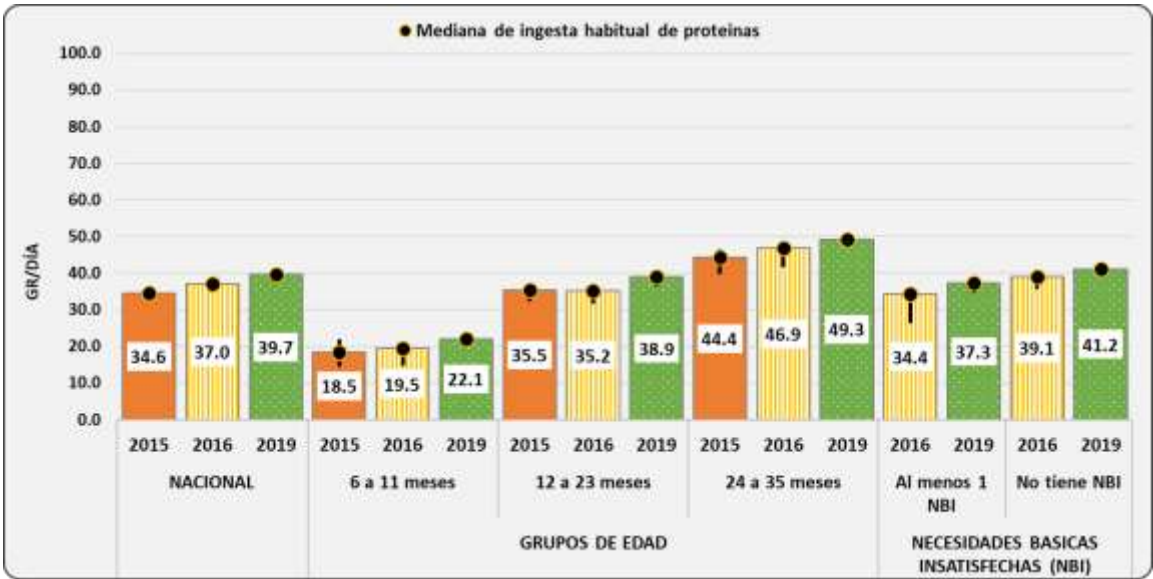
Según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), no se observaron incrementos significativos en los niños con y sin NBI entre los años 2016 y 2019.

Gráfico 203. Mediana de ingesta usual de Proteínas de los niños de 6 a 35 meses según sexo y dominio de residencia. Perú, 2015-2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

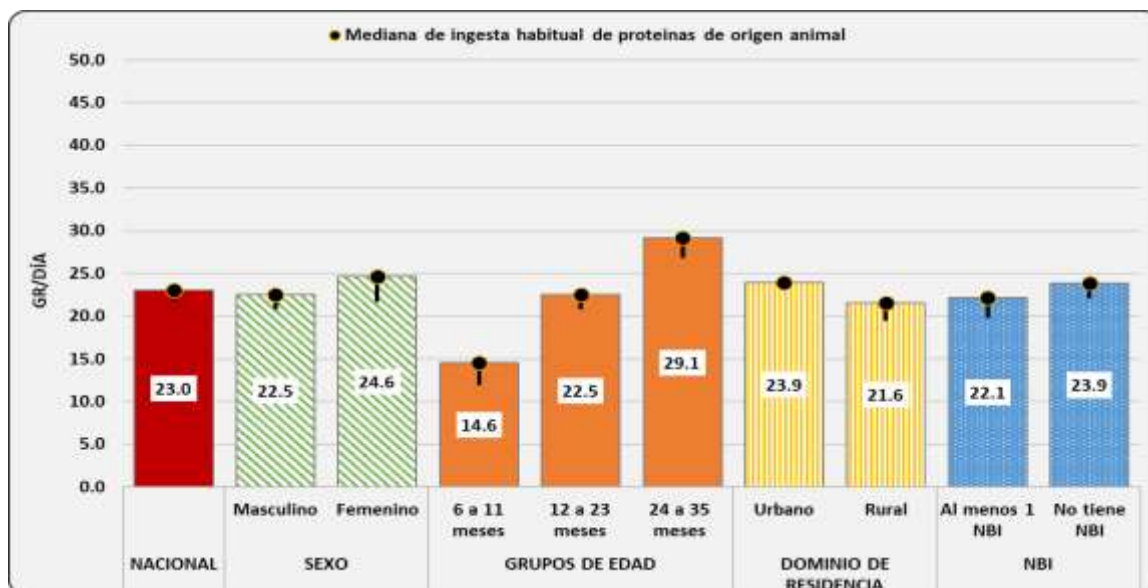
Gráfico 204. Mediana de ingesta usual de Proteínas de los niños de 6 a 35 meses según sexo y dominio de residencia. Perú, 2015-2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

El consumo usual de proteínas de origen animal tuvo una mediana de 23,0 g/día (21,8 y 23,1 LI y LS al 95% de confianza), siendo ligeramente mayor en mujeres (24,6 g/día) e incrementó con la edad, siendo de 14.6 g/día entre los 6-11 y 29.1 g/día entre los 24-35 meses. En los niños del dominio rural hubo un menor consumo de proteína de origen animal (21,6 g/día), al igual que en aquellos niños con al menos una NBI (22,1 g/día).

Gráfico 205. Mediana de ingesta usual de Proteínas de origen animal de los niños de 6 a 35 meses, a nivel nacional y según características. Perú, 2019

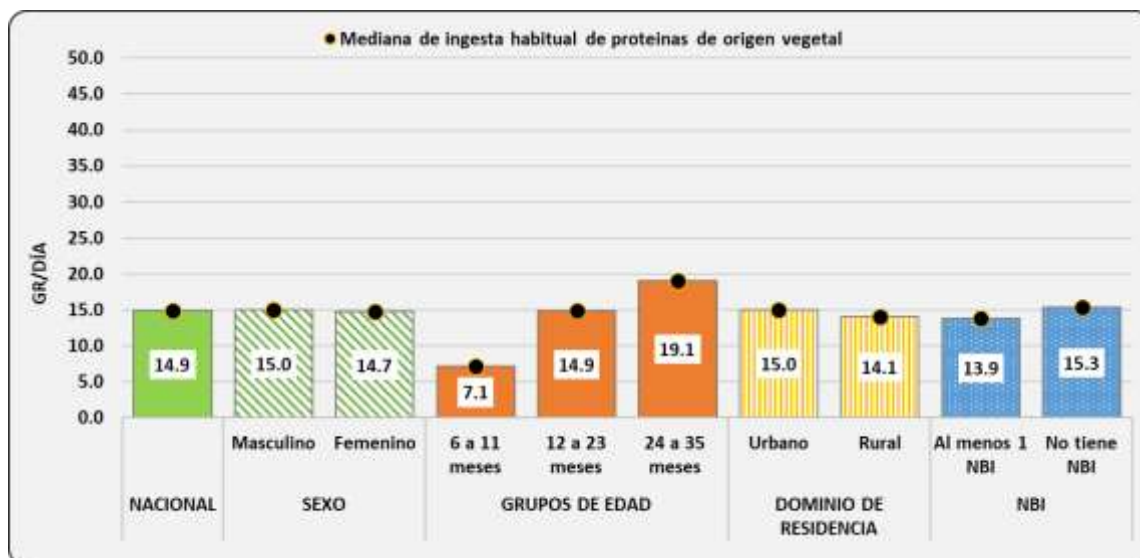


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

Por otro lado, en el año 2019, el consumo usual de proteína de origen vegetal en los niños de 6 a 35 meses tuvo una mediana de 14,9 g/día (14,3 y 14,9 LI y LS al 95% de confianza), presentando valores cercanos entre mujeres y hombres (14,7 g/día y 15,0 g/día respectivamente) e incrementando con la edad, de 7.1 g/día entre los 6-11 a 19.1 g/día entre los 24-35 meses.

Según dominio de residencia, los niños del dominio rural tuvieron una mediana de ingesta usual menor de proteína de origen vegetal (14,1 g/día), al igual que aquellos niños con al menos una NBI (13,9 g/día).

Gráfico 206. Mediana de ingesta usual de Proteínas de origen vegetal de los niños de 6 a 35 meses, a nivel nacional y según características. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

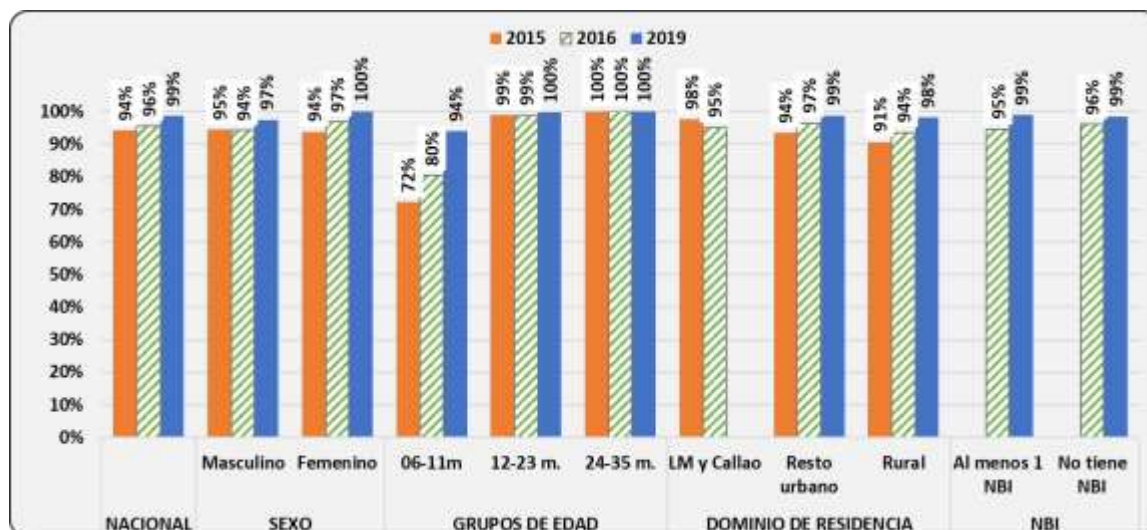
En el caso de proteínas se consideró que el niño cubrió sus requerimientos cuando consumió el 100% de lo recomendado; cifras inferiores fueron consideradas como “no cubre” (06-11 meses= 1,12 x Peso Ideal-PI, 12-17 meses= 0,95 x PI, 18-23 meses= 0,85 x PI y 24-35 meses= 0,79 x PI).

Entre los años 2015 y 2019, el porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus requerimientos de proteínas aumentó significativamente de 94.2% (IC95% 92.0-97.1) a 98.7% (IC95% 97.5-99.4).

En el dominio de residencia rural, se observó un aumento no significativo de 7.5 pp en el porcentaje de niños que cubrieron sus requerimientos de proteína. Por otro lado, se evidencia un incremento significativo en ambos, cubriendo sus requerimientos de proteínas el 100% en las mujeres, pero muy cerca de lograrlo en los hombres.

Al analizar los resultados por grupos de edad, se pudo observar que los grupos de 12-23 meses y 24-35 meses cubrieron casi en su totalidad sus requerimientos de proteínas en los tres años evaluados. Por otro lado, el grupo de 6-11 meses aumentó significativamente su porcentaje de cobertura de 72.2% (IC95% 64.3-80.1) en el 2015 a 94.5% (IC95% 88.7-97.4) en el 2019. El porcentaje de niños que cubrió sus requerimientos de proteínas fue muy cercano según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Gráfico 207. Porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus requerimientos de Proteínas totales según características. Perú, 2015-2019



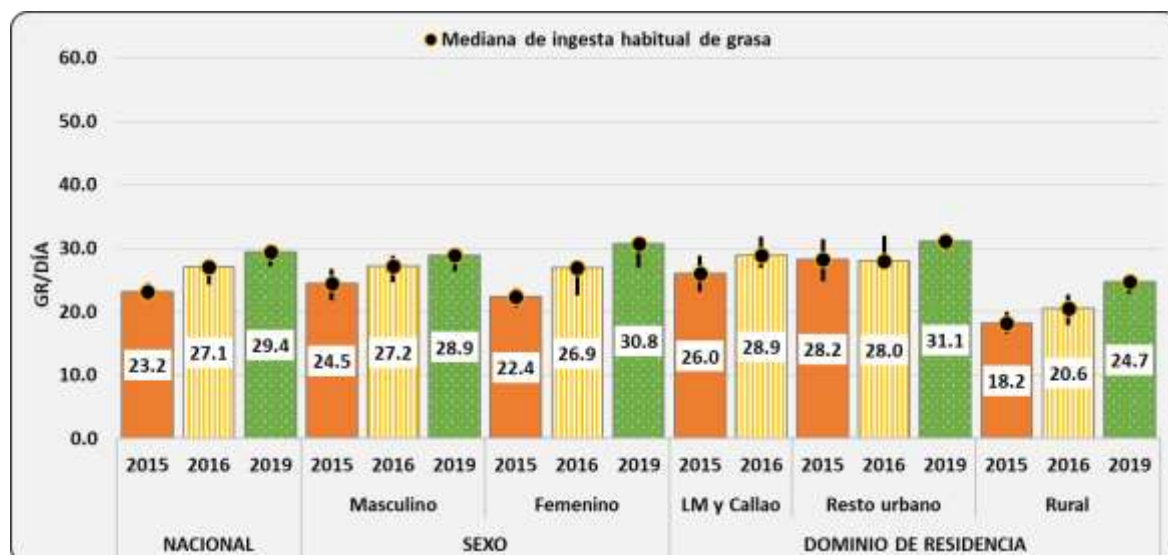
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015 / Informe Técnico: Estado nutricional, consumo aparente de lactancia materna y consumo de alimentos en niños menores de 3 años de la encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por etapas de vida- VIANEV 2016 / Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

c. Ingesta de grasas en niños de 6 a 35 meses

Según los resultados de la encuesta VIANEV, a nivel nacional, entre los años 2015 y 2019 el consumo usual de grasas en niños de 6 a 35 meses aumentó de manera significativa de 23,2 g/día (21,8 y 24,5 LI y LS al 95% de confianza) a 29,4 g/día (27,2 y 29,5 LI y LS al 95% de confianza). De la misma manera, la ingesta usual de grasa se incrementó significativamente en mujeres.

Según dominios de residencia, se puede observar un aumento significativo en la Mediana de ingesta usual de grasas en el dominio rural, presentando cifras de 18,2 g/día (16,6 y 19,9 LI y LS al 95% de confianza) en el año 2015 y 24,7 g/día (22,9 y 24,8 LI y LS al 95% de confianza) en el 2019.

Gráfico 208. Mediana de ingesta usual de Grasas de los niños de 6 a 35 meses según sexo y dominio de residencia. Perú, 2015-2019

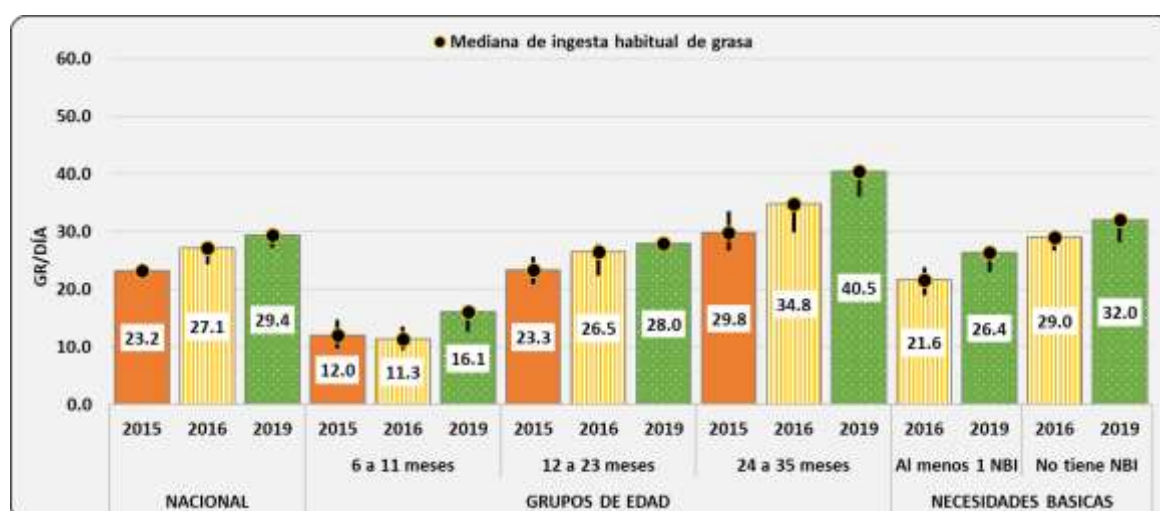


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

Según grupos de edad, la mediana de ingesta usual de grasas aumentó en los niños de 24 a 35 meses entre los años 2015 y 2019, observándose además que, duplicando esta cifra a lo observado en niños menores de un año en todos los periodos evaluados.

De acuerdo al NBI, se observó un incremento significativo en los niños en hogares con NBI respecto a los hogares sin NBI entre los años 2016 y 2019.

Gráfico 209. Mediana de ingesta usual de Grasas de los niños de 6 a 35 meses según grupos de edad y NBI, 2015-2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

En el caso de las grasas se consideró que los niños cubrieron sus recomendaciones de grasas, cuando este macronutriente aportaba al menos el 30% de la energía consumida.

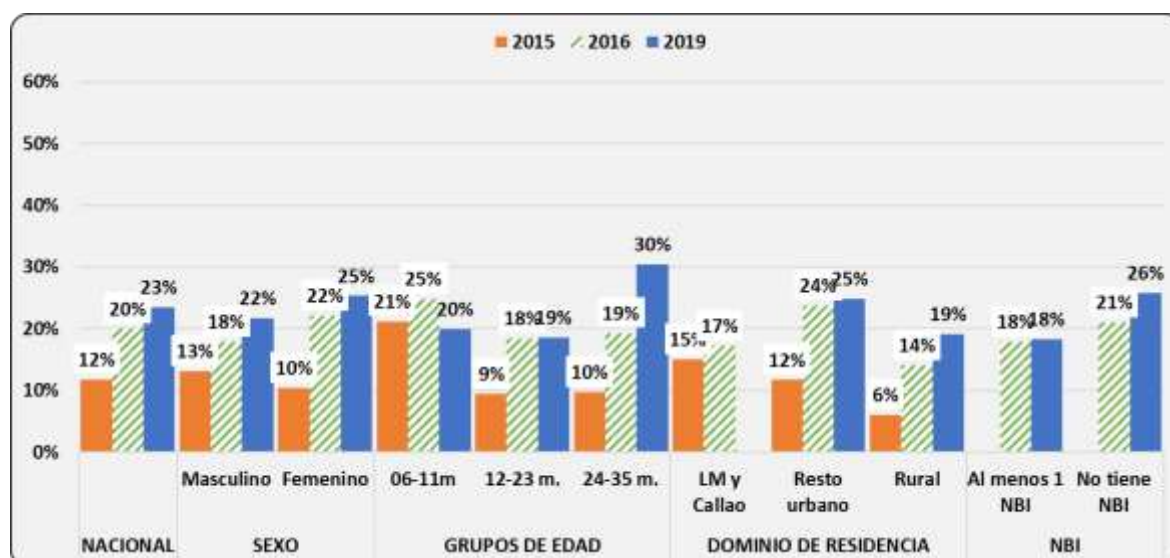
A nivel nacional, en el año 2019, sólo el 23,4% (IC95% 19,0-28,8) de los niños de 6 a 35 meses cubrieron sus recomendaciones de grasas, cifra que duplicó significativamente lo encontrado en el año 2015 (11,8% IC95% 9,2-14,5). De la misma manera, según dominios de residencia, entre los años 2015 y 2019, el porcentaje de niños que cubrió sus recomendaciones se duplicó, en el urbano de 11,7% (IC95% 6,7-16,8) a 24,8% (IC95% 19,5-31,5), y se triplicó en el rural de 6,1% (IC95% 2,9-9,3) a 19,1% (IC95% 12,7-28,2), de manera significativa.

De acuerdo al sexo, entre los años 2015 y 2019 el consumo de grasas también se duplicó significativamente en las mujeres, de 10,4% (IC95% 6,7-14,0) a 25.3% (IC95% 19,1-33,4).

Al analizar los resultados por grupos de edad, se observó que sólo el grupo de 24-35 meses incrementó de modo significativo el porcentaje de niños que cubrieron sus recomendaciones de grasa, elevando esta proporción desde 9,7% (IC95% 5,6-13,7) en el año 2015 a 30,4% (IC95% 22,5-40,6) en el 2019.

Según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el porcentaje de niños que cubrió sus recomendaciones de grasas no mostró cambios importantes según NBI.

Gráfico 210. Porcentaje niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus recomendaciones de Grasas según características. Perú, 2015-2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015/ Informe Técnico: Estado nutricional, consumo aparente de lactancia materna y consumo de alimentos en niños menores de 3 años de la encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por etapas de vida- VIANEV 2016 / Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

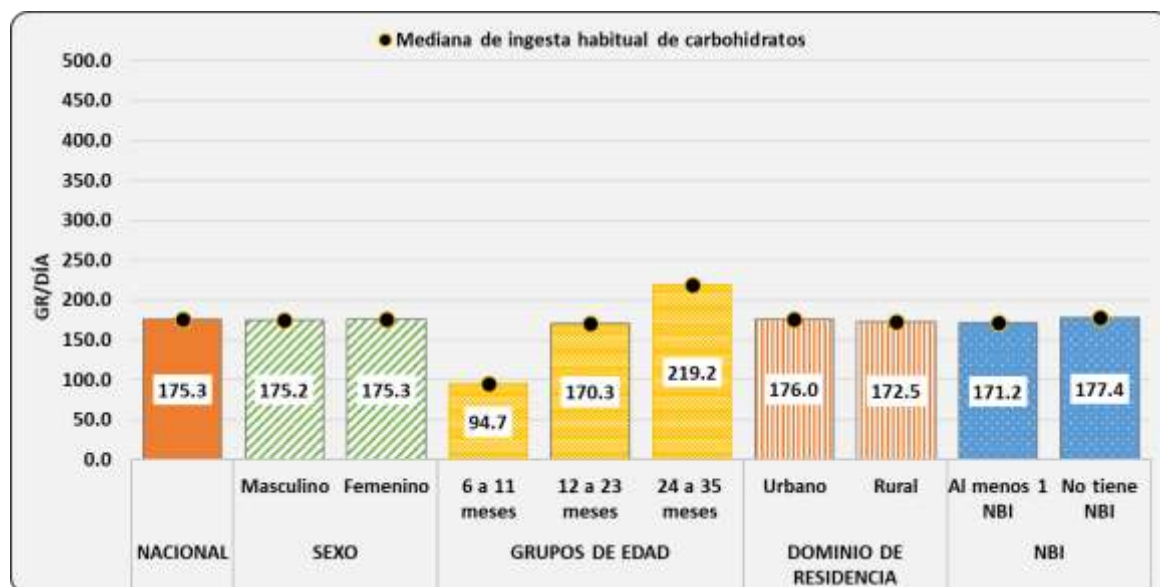
d. Ingesta de carbohidratos en niños de 6 a 35 meses

Según el Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2019, a nivel nacional, el consumo habitual de carbohidratos en niños de 6 a 35 meses tuvo una mediana de 175,3 g/día (LI: 170,6 LS: 175,8 al 95% de confianza).

La mediana de ingesta de carbohidratos en hombres y mujeres fue similar, con cifras de 175 g/día; así mismo, aumentó conforme se incrementó la edad.

Por otro lado, se aprecia que la ingesta habitual en el dominio rural fue ligeramente menor que el urbano (172,5 y 176,0 g/día respectivamente) y, según nivel de pobreza, la mediana de ingesta de carbohidratos fue ligeramente menor en los niños de hogares con al menos una NBI comparado con aquellos de hogares sin NBI (171,2 y 177,2 g/día respectivamente).

Gráfico 211. Mediana de ingesta usual de Carbohidratos en niños de 6 a 35 meses, a nivel nacional y según características. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN - Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

Para el caso de los carbohidratos, se consideró el porcentaje de niños que cubrió sus recomendaciones cuando aportaron del 55%-75% del total de energía consumida. Cuando el consumo fue mayor al 75% se consideró como “cubre en exceso”; valores menores a 55% se consideró como “no cubre”.

A nivel nacional, se puede observar que cuatro de cada cinco niños menores de 6 a 35 meses cubrieron sus recomendaciones de carbohidratos. Así mismo, el 7,5% consumieron carbohidratos en exceso, mientras que el 14,5% los consumió de manera insuficiente.

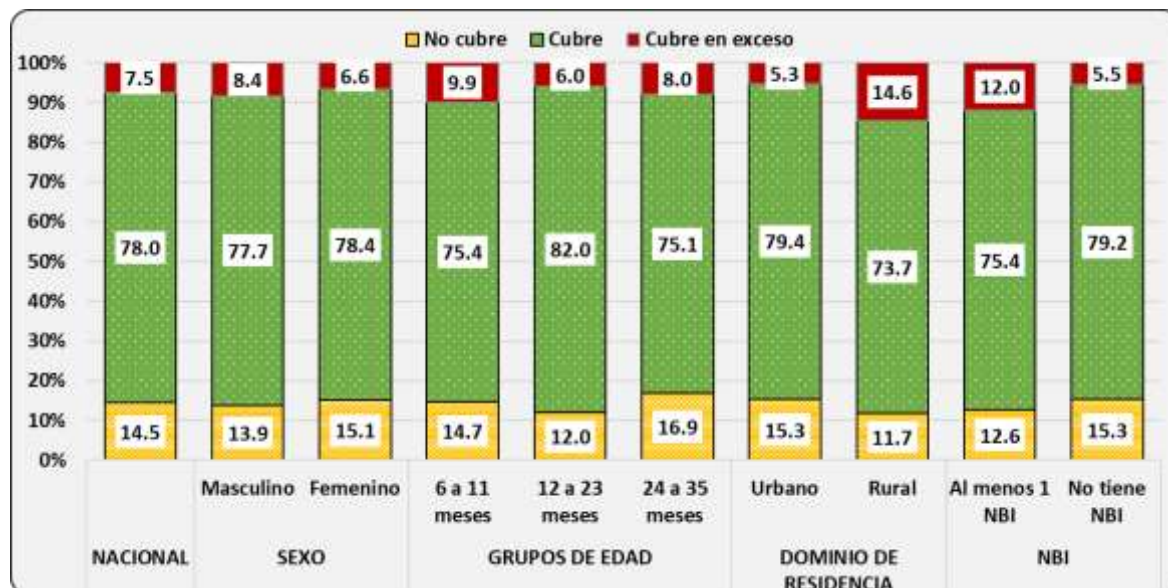
En el dominio urbano cuatro de cada cinco niños cubrieron sus recomendaciones de carbohidratos de manera adecuada, mientras que, en el dominio rural, fue cubierto por tres de cada cuatro. El consumo en exceso se observó principalmente en el dominio rural, con cifras que casi triplicaron lo observado en el dominio urbano (5,3% y 14,6% respectivamente).

Según el sexo, prácticamente cuatro de cada cinco mujeres y hombres cubrieron sus recomendaciones de carbohidratos de manera adecuada. Así mismo, se puede observar que los hombres presentaron una proporción más alta de consumo en exceso de carbohidratos que las mujeres (8,4% y 6,6% respectivamente).

Con respecto a la edad, al menos tres de cada cuatro niños de todos los grupos cubrieron sus recomendaciones de carbohidratos de manera adecuada. Por otro lado, se pudo observar que el 9,9% y el 8,0% de los niños de 6-11 y de 24-35 meses consumen carbohidratos en exceso.

Igualmente, al menos tres de cada cuatro niños de hogares con al menos una NBI y sin NBI cubrieron sus recomendaciones de carbohidratos de manera adecuada, mientras que el consumo en exceso se presentó en el 12,0% de los niños con al menos una NBI, cifra que duplica a lo observado en los niños sin NBI (5,5%).

Gráfico 212. Porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus recomendaciones de Ingesta de Carbohidratos según características. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN - Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

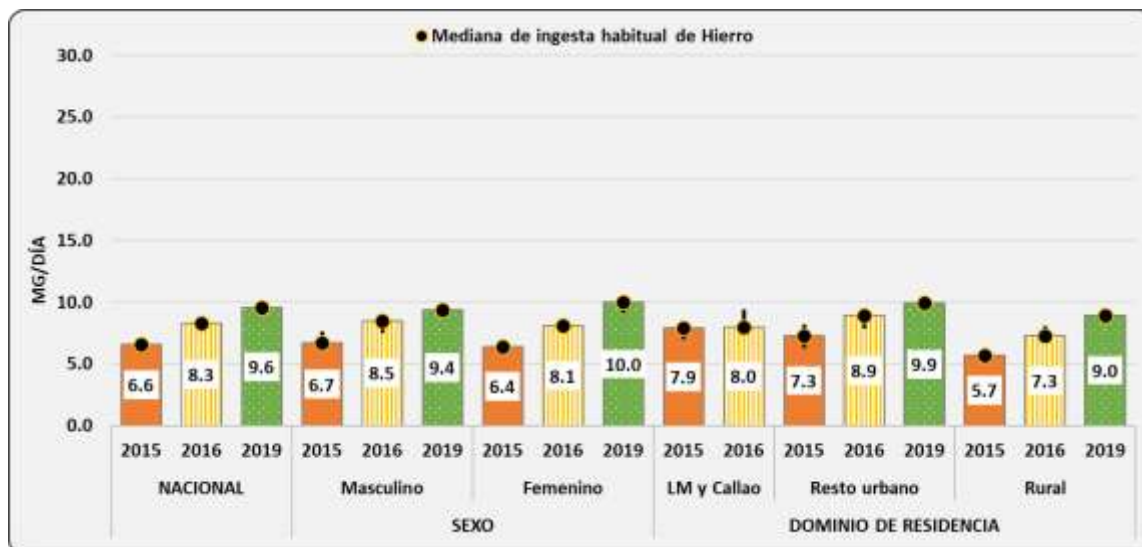
e. Ingesta usual de hierro en niños de 6 a 35 meses

Entre los años 2015 y 2019, se estimó el consumo de **hierro total**, es decir, el aportado tanto por alimentos de origen animal y vegetal, así como por suplementos nutricionales, en el periodo evaluado.

Según los resultados de la encuesta VIANEV, a nivel nacional, entre los años 2015 y 2019 la mediana del consumo usual de hierro total en niños de 6 a 35 meses aumentó significativamente de 6,6 mg/día (6,3 y 7,1 LI y LS al 95% de confianza) a 9,6 mg/día (9,2 y 9,6 LI y LS al 95% de confianza). Asimismo, la mediana de la ingesta usual se incrementó de modo significativo, tanto en hombres como en mujeres.

Según dominios de residencia, se puede observar un aumento significativo en la Mediana de ingesta usual de hierro en el dominio rural, presentando cifras de 5,7 mg/día (5,3 y 6,3 LI y LS al 95% de confianza) en el año 2015 y 9,0 mg/día (8,6 y 9,0 LI y LS al 95% de confianza) en el 2019.

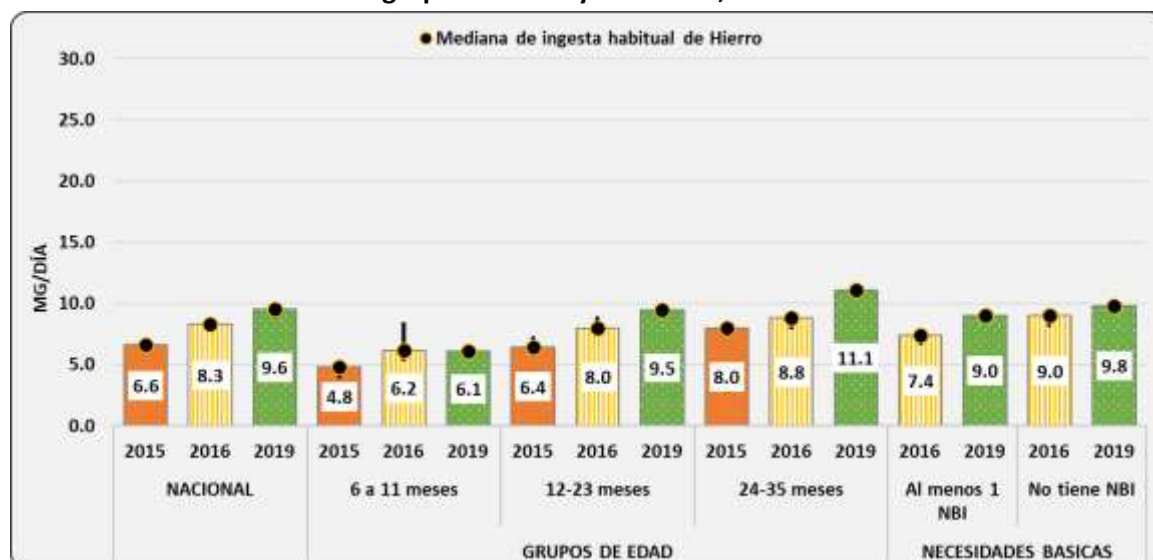
Gráfico 213. Mediana de ingesta usual de Hierro total (mg/día) en niños de 6 a 35 meses según sexo y dominio de residencia. Perú, 2015-2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

La mediana de la ingesta usual de hierro se incrementó de modo significativo en todos los grupos de edad, entre los años 2015 y 2019, sin embargo, en niños menores de un año, las medianas de consumo usual de hierro fueron las más bajas en todos los periodos evaluados, al compararse con lo consumido en los niños de 12 a 23 meses y 24-35 meses. Así mismo, se observaron incrementos significativos en los niños de hogares con NBI entre los años 2016 y 2019.

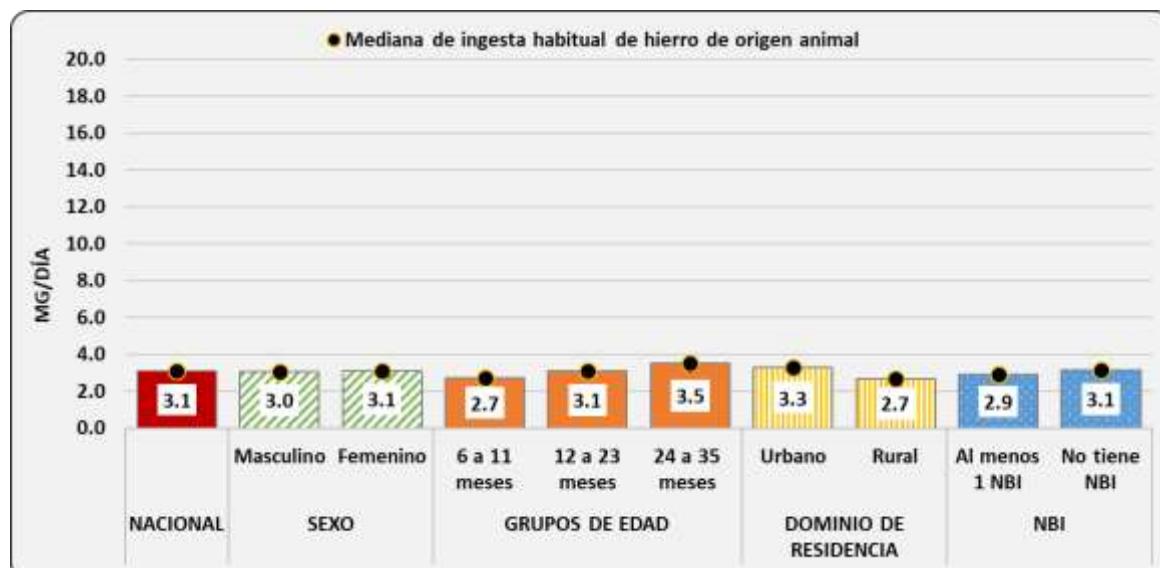
Gráfico 214. Mediana de ingesta usual de Hierro total (mg/día) en niños de 6 a 35 meses según grupos de edad y NBI. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

El consumo usual de **hierro de origen animal** tuvo una mediana de 3,1 mg/día (2,8 y 3,1 LI y LS al 95% de confianza), fue muy cercana entre mujeres y hombres e incrementó con la edad, siendo de 2,7 mg/día entre los 6-11 y 3,5 mg/día entre los 24-35 meses. La mediana de ingesta de hierro de origen animal fue menor en el dominio rural y en aquellos niños con al menos una NBI.

Gráfico 215. Mediana de ingesta usual de Hierro de origen animal de los niños de 6 a 35 meses, a nivel nacional y según características. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN - Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

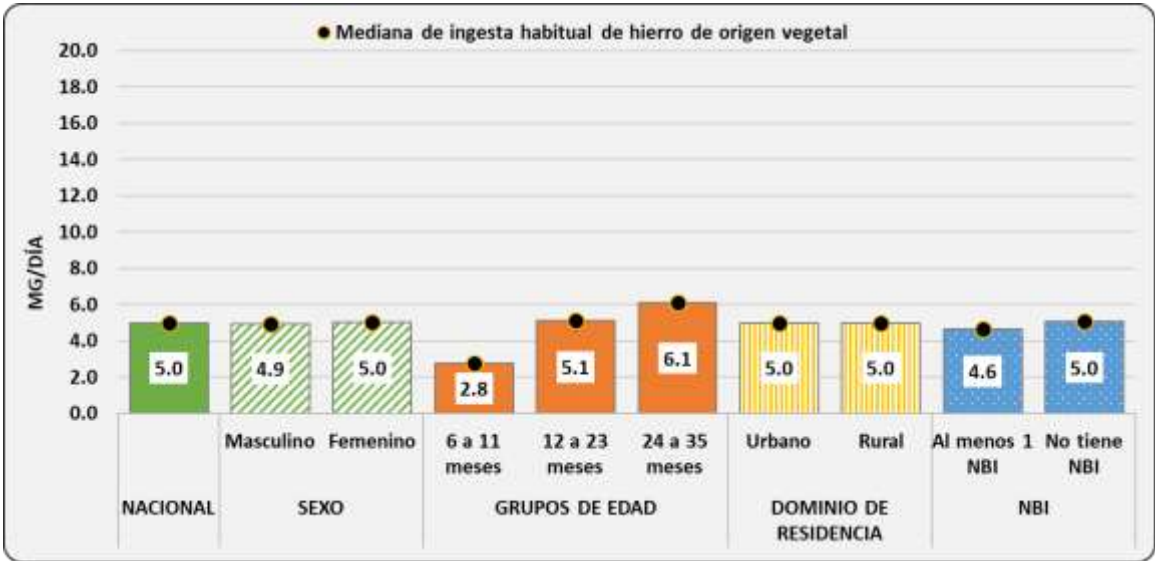
Por otro lado, en el año 2019, el consumo usual de **hierro de origen vegetal** en los niños de 6 a 35 meses tuvo una mediana de 5,0 mg/día (4,8 y 5,0 LI y LS al 95% de confianza). La ingesta en las mujeres fue similar al de los hombres (5,0 mg/día y 4,9 mg/día respectivamente) e incrementó con la edad, siendo de 2,8 mg/día entre los 6-11 y 6,1 mg/día entre los 24-35 meses.

Según dominio de residencia, no hubo diferencias en el consumo de hierro de origen vegetal (5,0 mg/día), mientras que en los niños de hogares con al menos un NBI, la Mediana de ingesta de hierro de origen vegetal fue menor a la encontrada en los niños de hogares sin NBI (4,6 mg/día y 5,0 mg/día respectivamente).

La mediana de ingesta usual estimada de **hierro proporcionado por los suplementos** fue 10,2 mg/día (9,6 y 10,4 LI y LS al 95% de confianza). Las ingestas según sexo fueron mayores en hombres (10,8 mg/día) que en mujeres (9,4 mg/día), según grupos de edad, fue más consumido entre los 12-23 meses de edad (10,4 mg/día) y de 24-35 meses (10,2 mg/día).

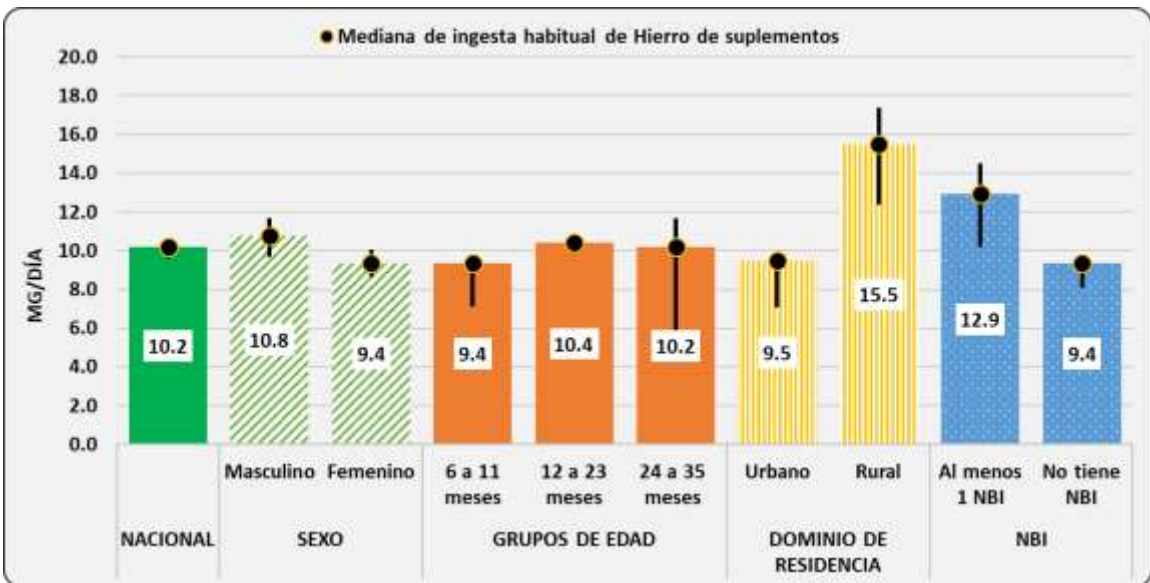
Así mismo, las medianas de consumo fueron mayores en el dominio rural (15,5 mg/día) y en aquellos con al menos una NBI (12,9 mg/día).

Gráfico 216. Mediana de ingesta usual de Hierro de origen vegetal de los niños de 6 a 35 meses, a nivel nacional y según características. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN - Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

Gráfico 217. Mediana de ingesta usual de Hierro de los suplementos en los niños de 6 a 35 meses, a nivel nacional y según características. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN - Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

En el caso del Hierro, en las encuestas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de los años 2015 y 2016 se tomó como referencia para estimar los requerimientos de hierro la fórmula polinómica elaborada por Miguel Campos para el informe MONIN 2008-2010. Para el año 2019, se consideró que el niño cubrió sus recomendaciones cuando consumió el 100% de lo recomendado (6-11

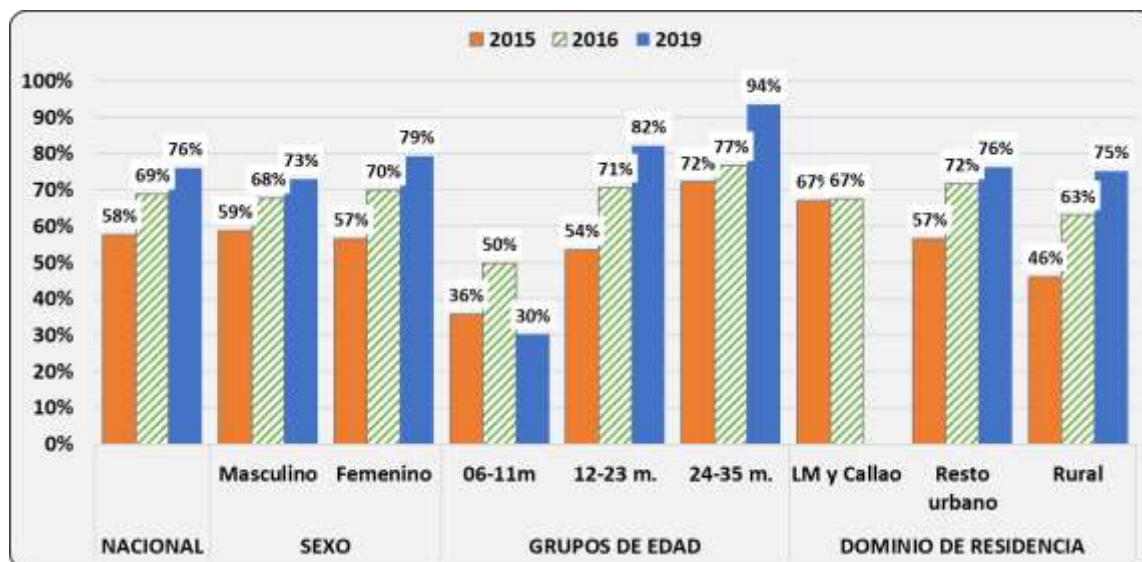
meses= 9,3 mg/día y 12-35 meses= 5.8 mg/día, equivalente a una dieta mixta de 10% de biodisponibilidad)¹⁸.

Según la Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV), entre los años 2015 y 2019, el porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrió sus requerimientos de hierro aumentó significativamente de 57,7% (IC95% 53,7-61,8) a 76,0% (IC95% 72,5-79,1), ello teniendo en consideración las diferencias metodológicas descritas anteriormente.

Por otro lado, se evidencia un incremento significativo en ambos sexos, cubriendo sus requerimientos de hierro en cuatro de cada cinco, tanto en niños como en niñas. Según grupos de edad, se pudo observar que el 82,1% de los grupos de 12-23 meses y el 93,5% del grupo de 24-35 meses cubrieron sus requerimientos de hierro al 2019. Sin embargo, el grupo de 6 a 11 meses muestra que sólo uno de cada tres niños cubre sus recomendaciones, cifras que se mantuvieron constantes en los tres periodos evaluados.

Según dominios de residencia, se observó un aumento significativo en el porcentaje de niños que cubrieron sus requerimientos de hierro, especialmente en el dominio rural, con cifras 46,1% (IC95% 39,4-52,7) en el 2015 y 75,2% (IC95% 69,7-80,0) en el 2019, considerando las diferencias metodológicas descritas anteriormente.

Gráfico 218. Porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus recomendaciones de Ingesta de Hierro total, según características. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015/ Informe Técnico: Estado nutricional, consumo aparente de lactancia materna y consumo de alimentos en niños menores de 3 años de la encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por etapas de vida- VIANEV 2016 /Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

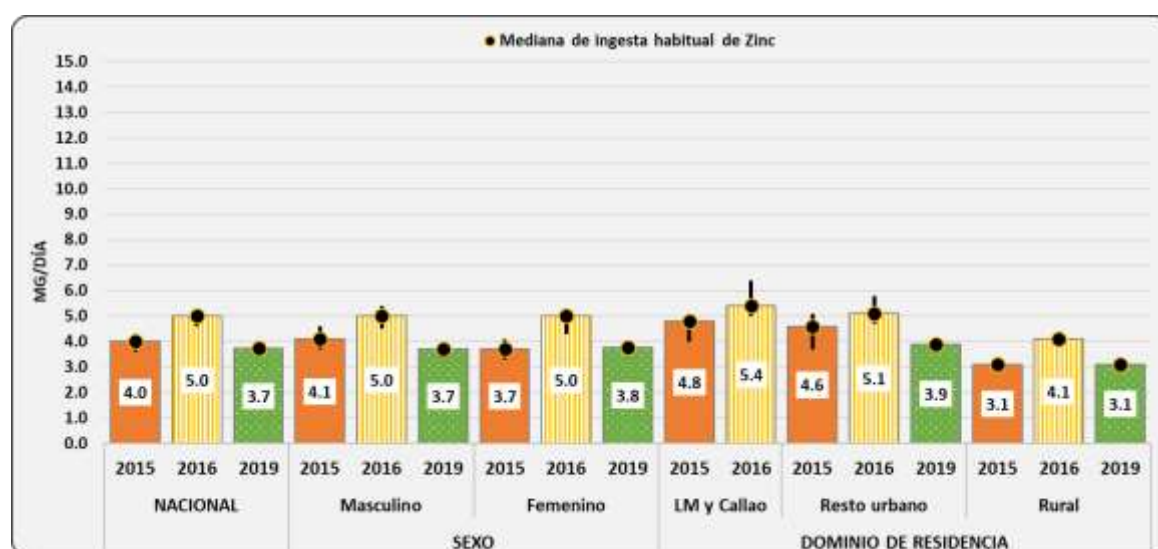
¹⁸ World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations. Vitamin and mineral requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO expert consultation, Bangkok, Thailand, 21–30 September 1998.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42716/1/9241546123.pdf>

f. Ingesta de zinc en niños de 6 a 35 meses

Según los resultados de la encuesta VIANEV, a nivel nacional, entre los años 2015 y 2019 el consumo usual de zinc en niños de 6 a 35 meses se mantuvo relativamente constante, con cifras de 4,0 mg/día (3,6 y 4,3 LI y LS al 95% de confianza) y 3,7 mg/día (3,5 y 3,7 LI y LS al 95% de confianza), en el 2015 y 2019 respectivamente.

De la misma manera, la ingesta usual de zinc fue constante según sexo, presentando valores cercanos entre hombres y mujeres. Según dominios de residencia, se puede observar que la ingesta usual de zinc se mantuvo constante entre los años 2015 y 2019.

Gráfico 219. Mediana de ingesta usual de Zinc (mg/día) en niños de 6 a 35 meses según sexo y dominio de residencia. Perú, 2019

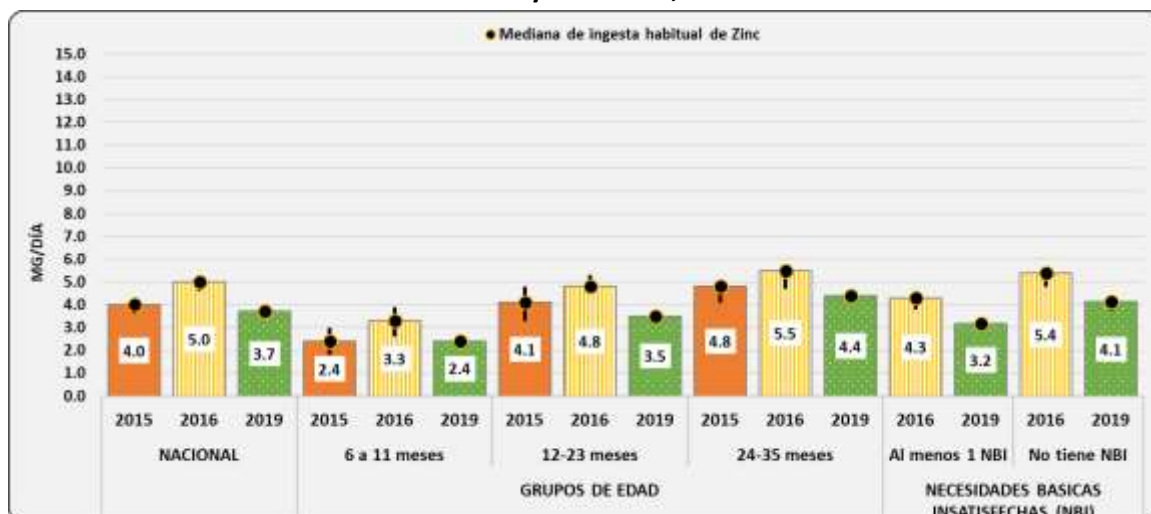


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

Las medianas de consumo se mantuvieron constantes según grupos de edad, con una mediana que aumentó con la edad, siendo en el 2019 de 2,4 mg/día a los 06-11 meses a 4,4 mg/día entre los 24-35 meses.

Por otro lado, se observó que entre los años 2016 y 2019 las medianas de consumo de zinc disminuyeron en los niños independientemente de la presencia de sus hogares de NBI.

Gráfico 220. Mediana de ingesta usual de Zinc (mg/día) en niños de 6 a 35 meses según grupos de edad y NBI. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

Para el Zinc se consideró que el niño cubrió sus requerimientos cuando consumió el 100% de lo recomendado; cifras inferiores fueron consideradas como “no cubre” (6-11 meses= $0.311 \times \text{Peso ideal-PI}$ y 12-35 meses= $0.230 \times \text{PI}$), para una dieta de mediana disponibilidad (30%).

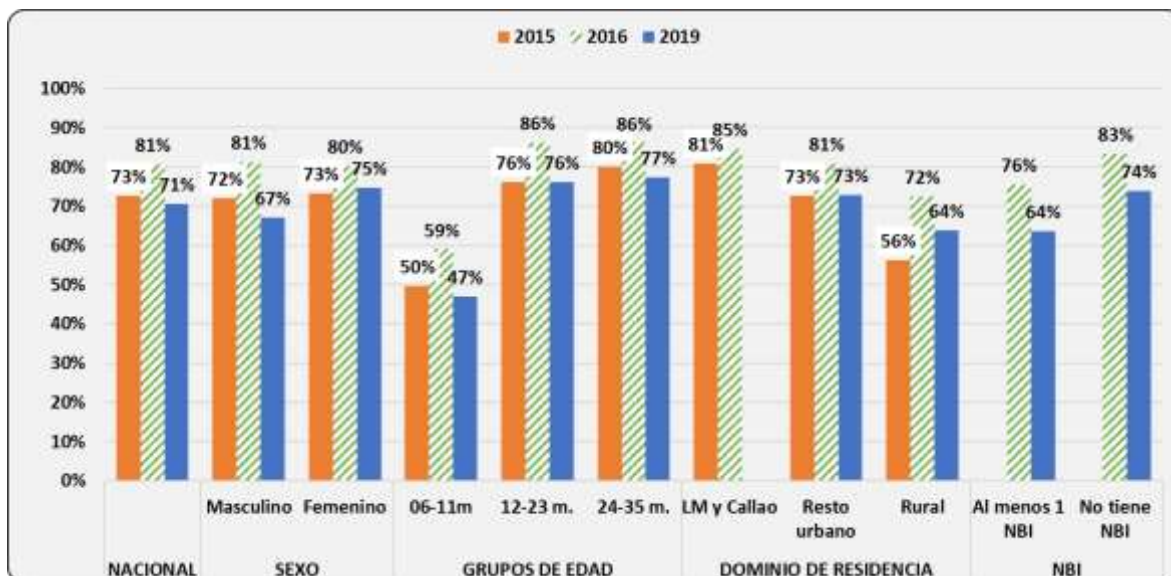
A nivel nacional, entre los años 2015 y 2019 el porcentaje de niños que cubrió su requerimiento de zinc se mantuvo constante, sin embargo, se observó una disminución significativa entre los años 2016 (80,7% IC95% 77,7-83,8) y 2019 (70,6% IC95% 67,0-74,0). Comportamiento similar según residencia, disminuyendo de 80,9% a 72,8% en dominio urbano y de 72,4% a 63,8% en el dominio rural, pero no fueron significativas.

Así mismo, según sexo, entre los años 2015 y 2019 las cifras se mantuvieron estables, sin embargo, entre los años 2016 y 2019, en hombres se evidenció una disminución significativa de 81,2% (IC95% 76,9-85,4) a 67,0% (IC95% 61,7-72,0).

Al analizar los resultados según grupos de edad, se observó que a mayor edad aumentó la proporción de niños que cubrieron sus requerimientos de zinc. Por otro lado, no se encontró diferencias significativas entre el 2015 y 2019; sin embargo, entre los años 2016 y 2019, hubo una disminución de la proporción de niños que cubrieron sus requerimientos, que fue entre 12 y 9 pp, solo significativa entre los 12 a 23 meses (86,2%, IC95% 82,0-91,5 y 76,1%, IC95% 70,5-80,9 respectivamente).

Según nivel de pobreza, no se encontró diferencias entre los niños de hogares con NBI en el porcentaje que cubrió sus requerimientos de zinc; pero, se evidenció una disminución significativa entre los años 2016 y 2019 en los niños de hogares sin NBI (83,3%, IC95% 79,8-86,8 y 73,8%, IC95% 69,5-77,8 respectivamente).

Gráfico 221. Porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus requerimientos de Ingesta de Zinc, según características. Perú, 2015-2019

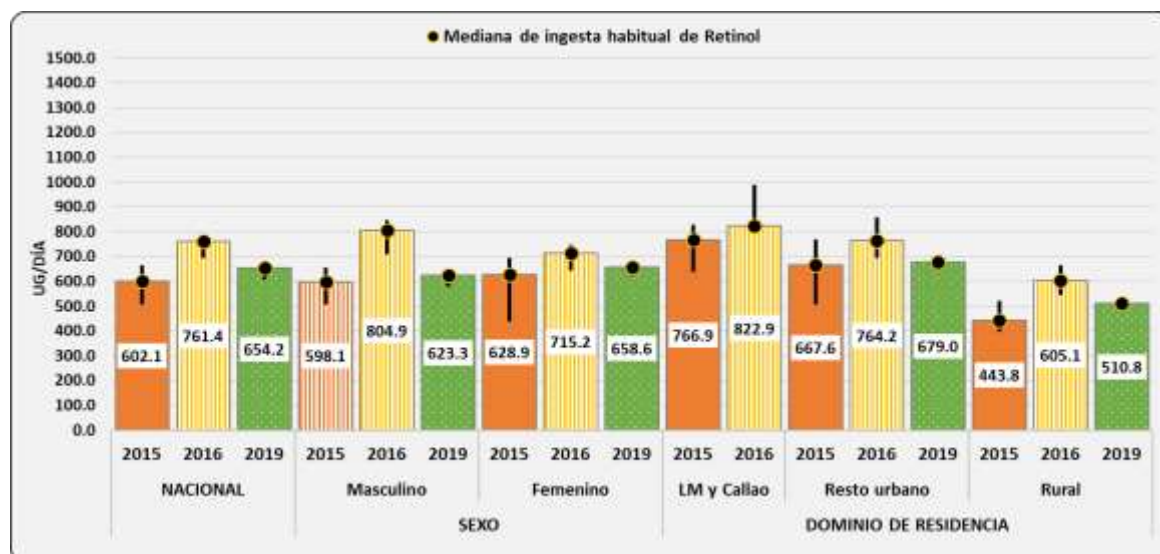


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015/ Informe Técnico: Estado nutricional, consumo aparente de lactancia materna y consumo de alimentos en niños menores de 3 años de la encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por etapas de vida- VIANEV 2016/ Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

g. Ingesta de vitamina A en niños de 6 a 35 meses

Según los resultados de la encuesta VIANEV, a nivel nacional, entre los años 2015 y 2019 la mediana del consumo usual de vitamina A en niños de 6 a 35 meses se mantuvo constante, con cifras de 602,1 µgRE/día (508,1 y 664,3 LI y LS al 95% de confianza) y 654,2 µgRE/día (608,7 y 655,0 LI y LS al 95% de confianza) respectivamente, sin embargo, se observó una disminución entre los años 2016 y 2019, tanto a nivel nacional, según dominios y en hombres.

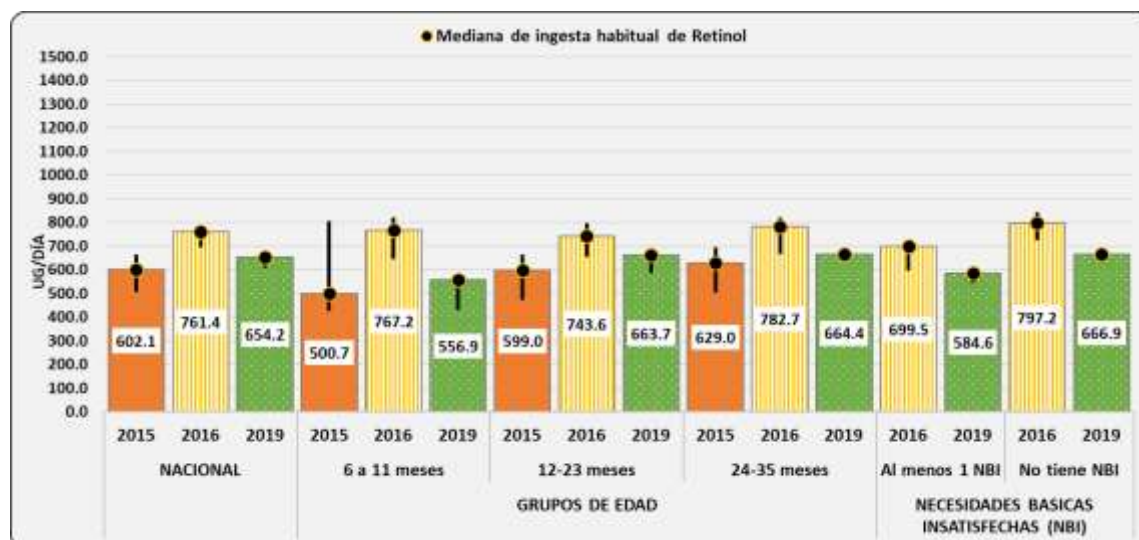
Gráfico 222. Mediana de ingesta usual de Vitamina A (µgRE/día) en niños de 6 a 35 meses según sexo y grupos de edad. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

De acuerdo al grupo de edad y la presencia o no de NBI, las medianas de consumo mostraron cambios similares en los años evaluados; sin embargo, sólo en el grupo de 6 a 11 meses se observó una disminución significativa al compararse el consumo de los años 2016 y 2019.

Gráfico 223. Mediana de ingesta usual de Vitamina A ($\mu\text{gRE}/\text{día}$) en niños de 6 a 35 meses según dominios de residencia y NBI. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015, 2016 y 2019

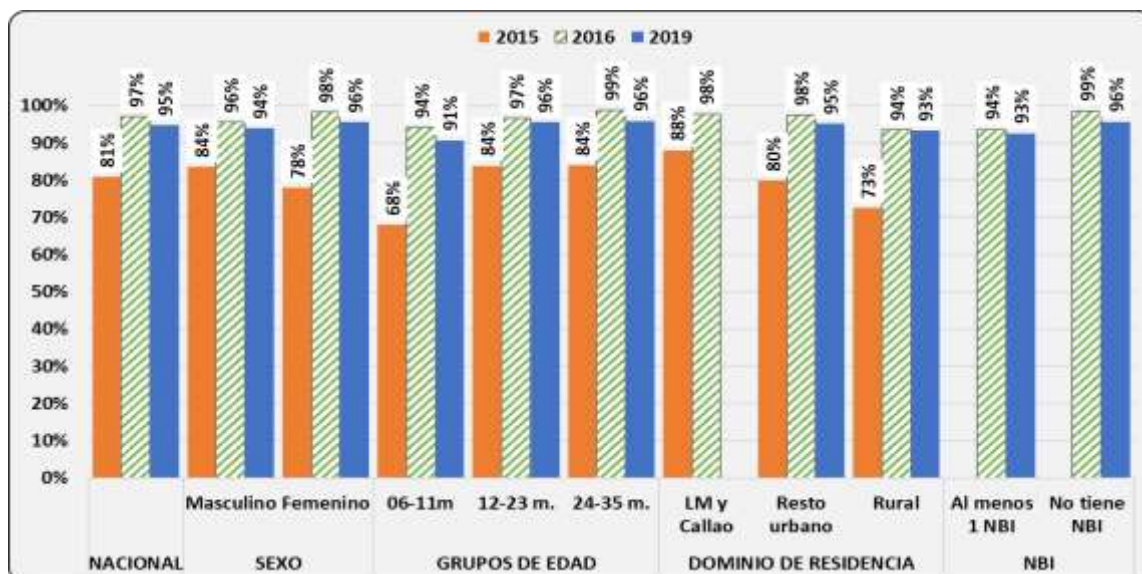
En el caso de la Vitamina A, se consideró que el niño cubrió sus requerimientos cuando consumió el 100% de lo recomendado; cifras inferiores fueron consideradas como “no cubre” (6 meses=1800 $\mu\text{g}/\text{día}$, 7-11 meses =190 $\mu\text{g}/\text{día}$ y 12-35 meses =200 $\mu\text{g}/\text{día}$).

Entre los años 2015 y 2019, el porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus recomendaciones de Vitamina A aumentó significativamente de 80.9% (IC95% 77,6-84,1) a 94.7% (IC95% 92,3-96,2).

En el dominio de residencia rural, se observó un aumento de 20,8 pp en el porcentaje de niños que cubrieron sus requerimientos de vitamina A. Por otro lado, se evidencia un incremento significativo en ambos sexos, cubriendo sus requerimientos de vitamina A en más del 90%.

Así mismo, entre los años 2015 y 2019, el porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus recomendaciones de Vitamina A aumentó en todos los grupos de edad, cubriendo en más del 90% de sus requerimientos en los años 2016 y 2019. El porcentaje de niños que cubrió sus requerimientos de Vitamina A, en presencia o ausencia de NBI, fueron casi similares, y en ambos fue cubierto por más del 90%.

Gráfico 224. Porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus recomendaciones de Ingesta de Vitamina A, según características. Perú, 2015-2019

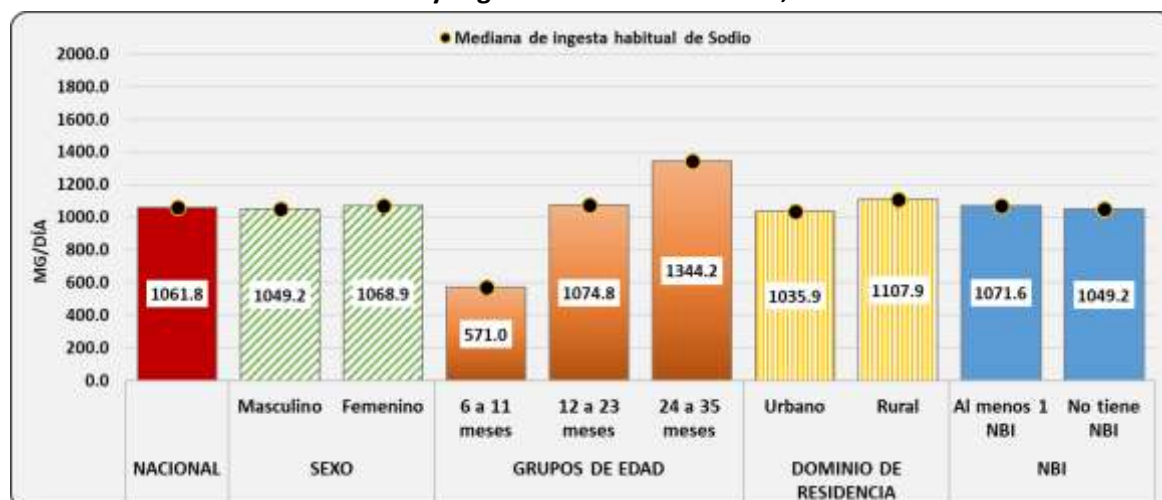


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV)- Niños 2015/ Informe Técnico: Estado nutricional, consumo aparente de lactancia materna y consumo de alimentos en niños menores de 3 años de la encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por etapas de vida- VIANEV 2016/ Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

h. Ingesta de sodio en niños de 6 a 35 meses

Según el Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta VIANEV 2019, la ingesta usual de sodio fue de 1061,8 mg/día (1027,5 y 1067,5 LI y LS al 95% de confianza). Los valores en hombres y mujeres fueron cercanos (1049,2 y 1068,9 mg/día) y, según grupo de edad, las medianas de consumo pasaron de 571,0 mg/día (06-11 meses) a 1344,2 mg/día (24-35 meses). Según dominio y NBI, la ingesta no mostró diferencias.

Gráfico 225. Mediana de ingesta usual de sodio (mg/día) en niños de 6 a 35 meses, a nivel nacional y según características. Perú, 2019



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

En el caso del sodio se consideró un consumo adecuado, cuando lo consumido se encontró entre el 90-110% de lo recomendado, según la edad (6 meses= 120 mg/día [108 a 132 mg/día], 7-11 meses = 370 mg/día [333 a 407 mg/día] y 12-35 meses = 1000 mg/día [900 a 1100 mg/día]), debajo de ellos se consideró déficit y sobre estos, exceso.

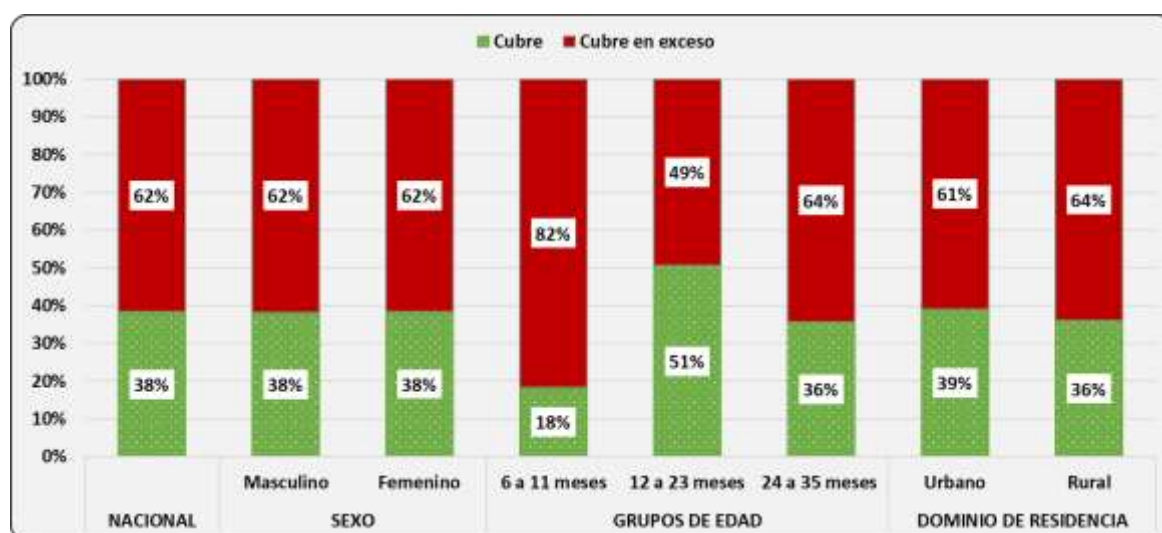
Según el Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida-VIANEV 2019, el 100% de los niños cubrió sus recomendaciones de sodio, más de la mitad de ellos lo cubrieron en exceso (61,6% (IC95% 58,0-65,2)), resaltando que son los cuidadores quienes establecen la cantidad de sodio en los alimentos. No hubo ningún niño con déficit de consumo de sodio.

El consumo de sodio fue muy similar en hombres y mujeres, predominando el consumo en exceso. Por otro lado, el consumo excesivo de sodio se presentó en 4 de cada 5 niños de 6 a 11 meses (81,6%), uno de cada dos niños de 12 a 23 meses (49,3%) y en tres de cada cinco de 24 a 35 meses (64,3%).

De acuerdo al dominio de residencia, fue consumido en exceso por el 64,0% por los niños del dominio rural y el 60,9% del urbano.

El consumo en exceso de sodio se observó en más del 60% de los niños según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el estado nutricional, que fue en el 87,7% de los niños con desnutrición aguda y en el 79,7% de los niños con obesidad

Gráfico 226. Porcentaje de niños de 6 a 35 meses que cubrieron sus recomendaciones de Ingesta de Sodio, según características. Perú, 2019



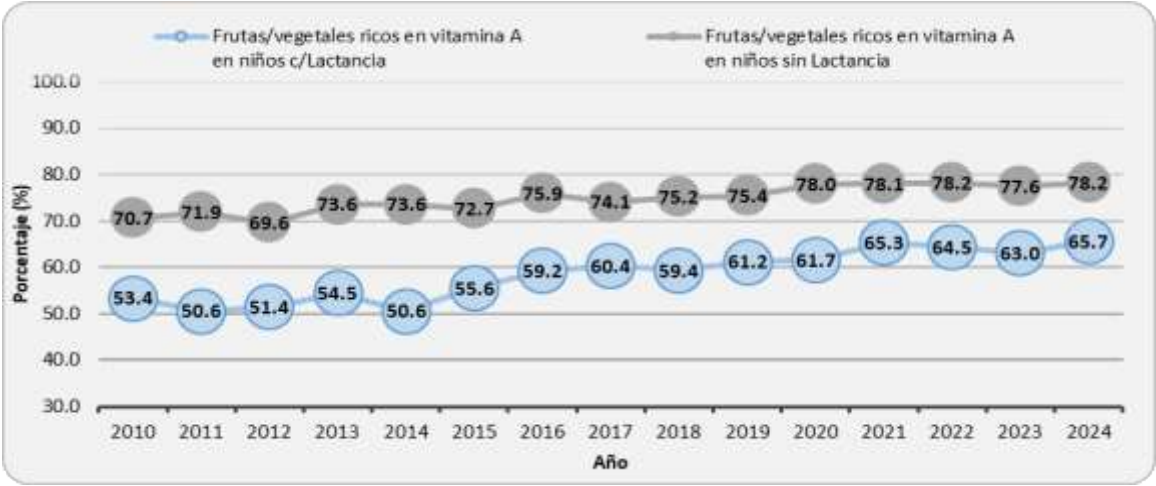
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2019.

4.2.1.5 Consumo de frutas y verduras fuente de Vitamina A en niños menores de 3 años

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), entre los años 2010 y 2024, el consumo de frutas y/o verduras fuentes de Vitamina A se incrementó de 70,7% a 78,2% en los niños menores de 3 años que no recibían lactancia materna. La proporción de niños con consumo de frutas y verduras fue superior en los niños sin Lactancia en todos los periodos evaluados.

La misma tendencia se observó en la proporción de niños menores de 3 años con lactancia materna, en donde seis de cada diez niños menores de tres años consumieron frutas y/o verduras fuentes de Vitamina A el día anterior a la encuesta.

Gráfico 227. Tendencia del consumo de frutas y verduras fuente de Vitamina A en niños menores de 3 años según el día anterior a la encuesta. Perú, 2000-2024

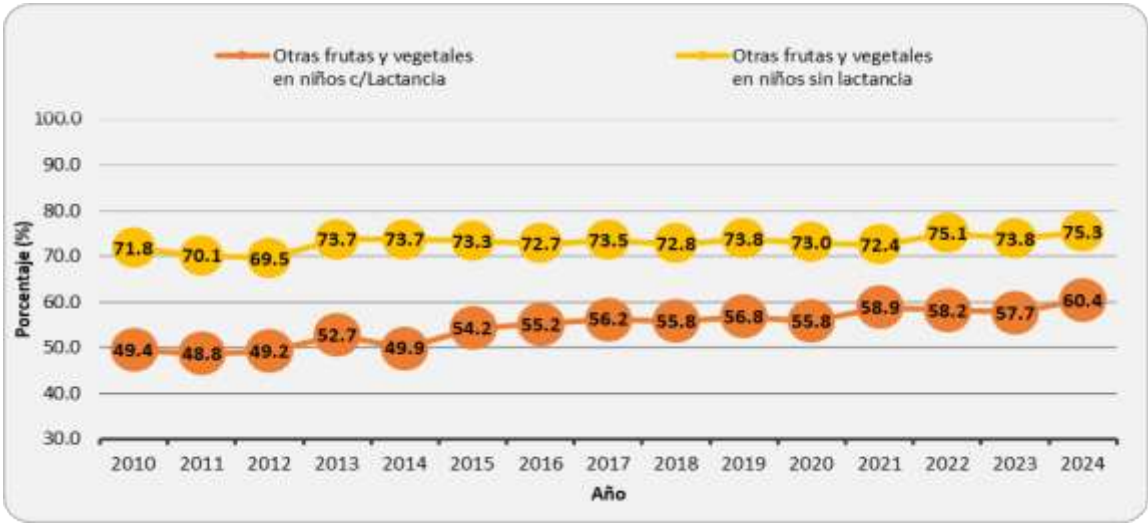


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2010- 2024.

De la misma manera, en la ENDES se evaluó la proporción de niños con consumo de otras frutas, como plátano de isla, plátano de seda, maduro, manzana, palta, etc., y vegetales, observándose que su consumo aumentó de 71,8% a 75,3% en los niños menores de 3 años que no recibían lactancia materna. La proporción del consumo de estas otras frutas y vegetales fue superior en los niños sin Lactancia en todos los periodos evaluados.

De la misma manera, en los niños con lactancia materna se observó un incremento en la proporción de niños con consumo de estas otras frutas y vegetales el día anterior a la encuesta, aumentando de 49,4% a 60,4% entre los años 2010 y 2024.

Gráfico 228. Tendencia del consumo de otras frutas y vegetales en niños menores de 3 años el día anterior a la encuesta. Perú, 2000-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2000- 2024.

4.2.1.6 Consumo de alimentos azucarados en niños menores de 3 años

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), entre los años 2007 y 2024, la proporción de niños menores de tres años con consumo de alimentos azucarados como chocolates, caramelos u otros, disminuyó ligeramente en los niños sin Lactancia materna, de 35,0% a 27,5%.

La proporción de niños con consumo de estos alimentos fue superior en los niños sin lactancia en todos los periodos evaluados. La proporción de niños menores de 3 años con lactancia materna y con consumo de alimentos azucarados se mantuvo en el rango de 13% a 17% en el periodo evaluado.

Gráfico 229. Tendencia del consumo de alimentos azucarados en niños menores de 3 años el día anterior de la encuesta. Perú, 2007-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: 2000- 2024.

4.2.2 Conductas relacionadas al exceso de peso en niños de 5 a 11 años

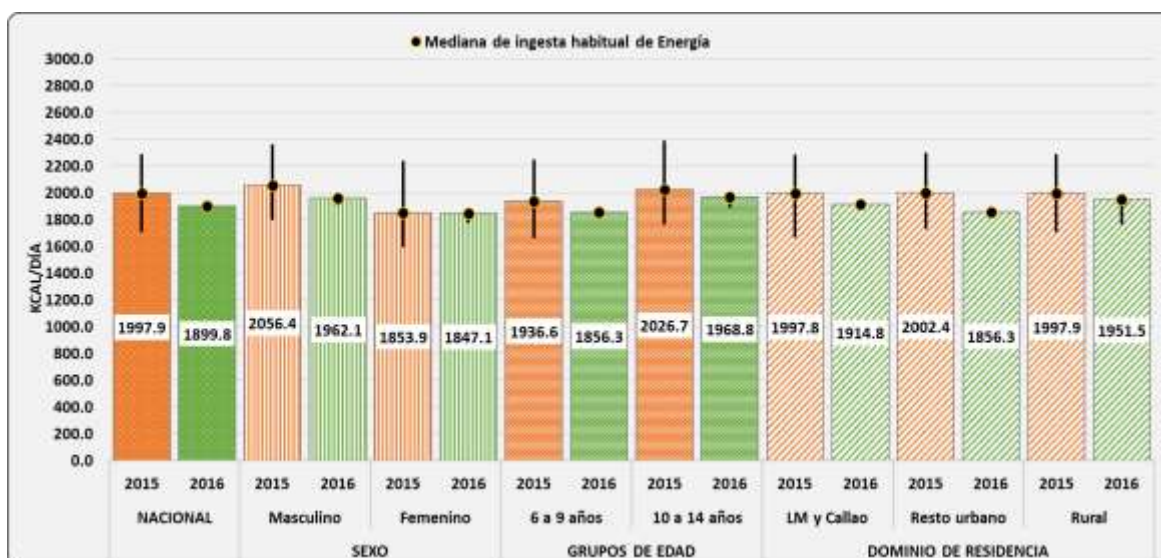
4.2.2.1 Ingesta de energía y nutrientes en escolares de 6 a 14 años

a. Ingesta de energía en escolares de 6 a 14 años

Según los resultados de la encuesta de la Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV) a nivel nacional, entre los años 2015 y 2016, se observa que la Mediana de ingesta usual de energía en escolares de 6 a 14 años fue cercana con cifras de 1997 kcal/día y 1899,8 Kcal/día respectivamente.

Por otro lado, se puede observar que, según características, las medianas de consumo de energía en escolares del nivel primario, entre los años 2015 y 2016, fue mayor en hombres que en mujeres e incrementó con la edad; así mismo, hubo pocas diferencias según dominio.

Gráfico 230. Mediana de ingesta usual de Energía (Kcal/día) en escolares del nivel primario de 6 a 14 años a nivel nacional y según características. Perú, 2015-2016



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

Para el porcentaje de adecuación de consumo de energía, se clasificó como “cubre” cuando cubrió entre 90% a 110% sus requerimientos de energía FAO/WHO/UNU Expert Consultation, Human Energy Requirements. Report of Joint, debajo de ellos se consideró “no cubre” y sobre estos, “cubre en exceso”.

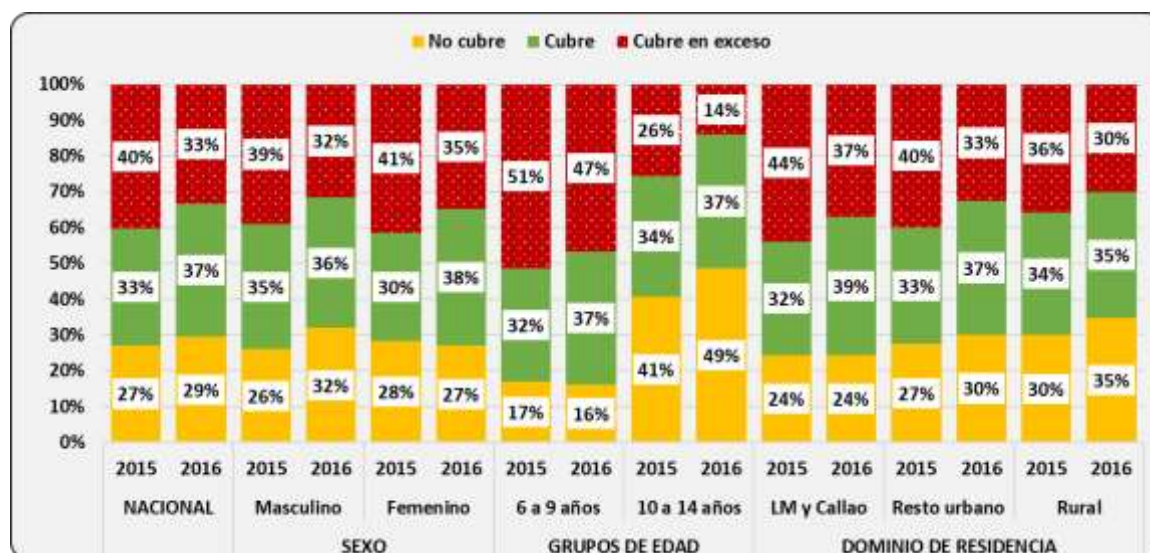
Según los resultados de la encuesta de la Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV) a nivel nacional, en los años 2015 y 2016 el porcentaje de escolares de 6 a 14 años que cubrió sus requerimientos de energía se mantuvo constante, siendo cubierto por el 32,6% (IC95%: 28,0-37,7) y 37,2% (IC95%: 33,5-41,3) respectivamente. El consumo de energía en exceso (>110% de lo requerido) se presentó en el 40,2% (IC95%: 35,2-45,4) y 33,3% (IC95%: 29,1-37,7) de los escolares en el 2015 y 2016; mientras que el consumo deficiente de energía (<90% de lo

requerido) se presentó en el 27,1% (IC95%: 23,0-31,8) de los escolares en el año 2015 y el 29,5 % (IC95%: 25,5-33,6) en el 2016.

De la misma manera, en los años 2015 y 2016, uno de cada tres hombres y mujeres cubrió adecuadamente sus requerimientos energéticos; de la misma manera, el consumo en exceso de energía fue similar en ambos sexos. Según grupos de edad, se puede observar que a medida que aumenta la edad, también aumenta la proporción de escolares que no cubre de manera adecuada sus requerimientos de energía, siendo la cobertura en los escolares de 06-09 años de 16,8 y 16,2% respectivamente, mientras que en los escolares de 10-14 años no fue cubierto por el 40,7% y 48,6% en el mismo periodo. Por otro lado, se visualiza que uno de cada dos escolares de 6 a 9 años cubrió en exceso sus requerimientos energéticos.

La proporción de escolares del nivel primario que presentaron una adecuación normal de energía fue similar en los tres dominios de residencia. La proporción de escolares que no cubrieron sus requerimientos fue ligeramente mayor en el resto urbano y rural.

Gráfico 231. Porcentaje de escolares del nivel primario de 6 a 14 años que cubrieron sus requerimientos de Ingesta de energía según sexo y grupos de edad. Perú, 2015-2016



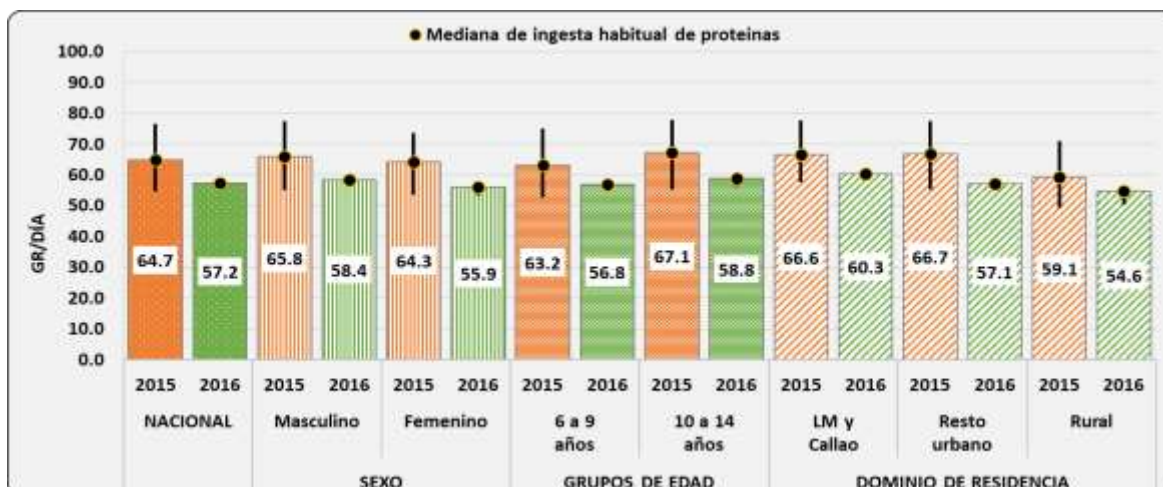
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

b. Ingesta de proteínas en escolares de 6 a 14 años

Según los resultados de la encuesta VIANEV, a nivel nacional, entre los años 2015 y 2016 el consumo usual de proteína en escolares de 6 a 14 años se mantuvo constante, con cifras de 64,7 g/día (54,5 y 76,6 LI y LS al 95% de confianza) y 57,2 g/día (55,9 y 57,2 LI y LS al 95% de confianza) respectivamente.

La ingesta de proteínas fue cercana según sexo y grupos de edad; por otro lado, los escolares del dominio rural tuvieron una menor Mediana de ingesta de proteína, respecto al dominio resto urbano y Lima Metropolitana-Callao.

Gráfico 232. Mediana de ingesta usual de Proteínas en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2015-2016

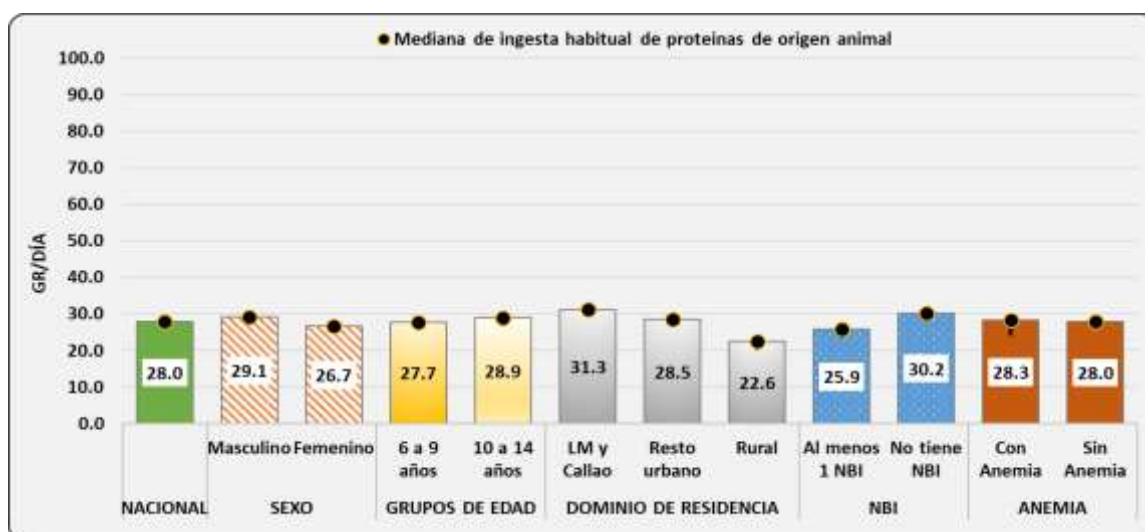


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

El consumo usual de proteína de origen animal en los escolares del nivel primario tuvo una mediana de 28,0 g/día (26,4 y 28,0 LI y LS al 95% de confianza) en el año 2016. Según sexo fue mayor en hombres que mujeres y superior en los escolares de 10-14 años (28,9 g/día).

Se apreció que los escolares del dominio rural tuvieron una menor mediana de ingesta de proteína de origen animal (22,6 g/día) respecto al dominio resto urbano (28,5 g/día) y Lima Metropolitana-Callao (31,3 g/día). Por otro lado, según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), las medianas de consumo de proteínas de origen animal fueron significativamente menores en los escolares con al menos una NBI, con una mediana de 25,9 g/día, mientras que en los escolares sin NBI fue 30,2 g/día. Así mismo, fue muy cercano en los escolares con y sin Anemia.

Gráfico 233. Mediana de ingesta usual de Proteínas de origen animal en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2016

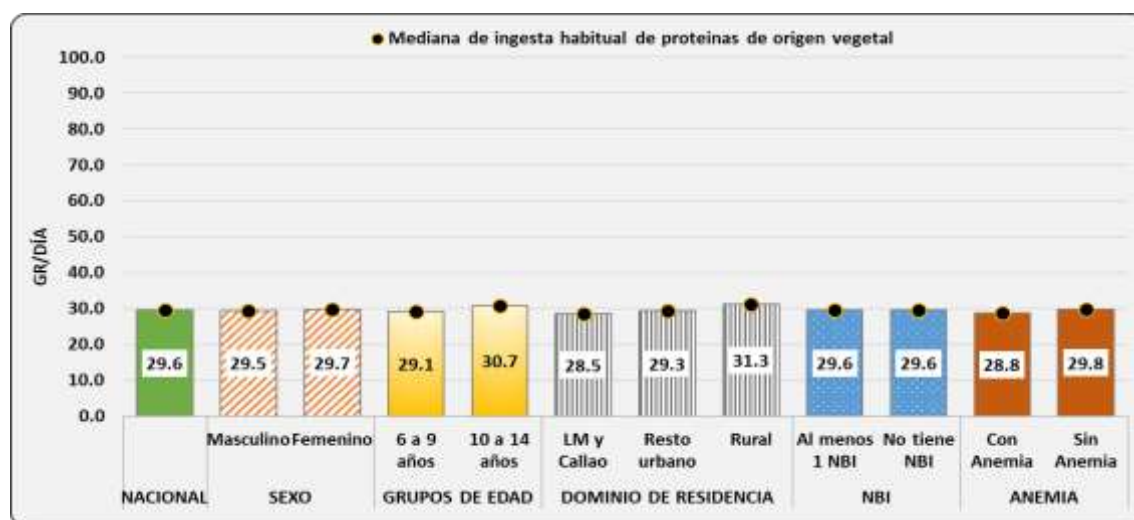


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

Así mismo, en el año 2016, el consumo usual de proteínas de origen vegetal en los escolares del nivel primario tuvo una mediana de 29,6 g/día (28,6 y 29,6 LI y LS al 95% de confianza).

La ingesta de proteínas de origen vegetal según sexo, NBI y presencia de anemia fue similar, así mismo, se apreció que los escolares del dominio rural tuvieron una mayor Mediana de ingesta de proteína de origen vegetal (31,3 g/día) respecto al dominio resto urbano (29,3 g/día) y Lima Metropolitana-Callao (28,5 g/día).

Gráfico 234. Mediana de ingesta usual de Proteínas de origen vegetal en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2016



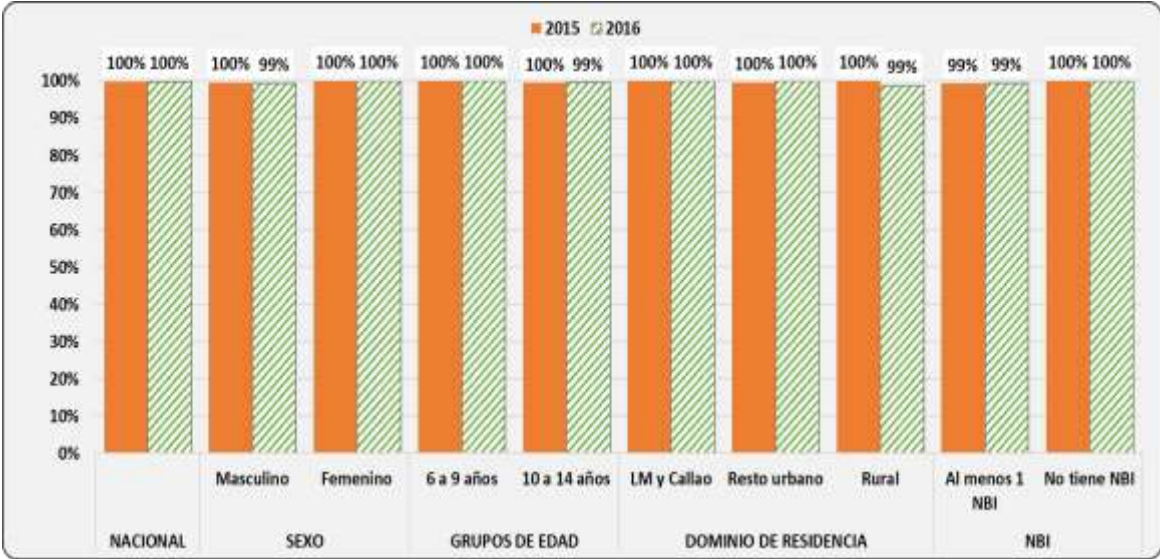
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

En el caso de proteínas se consideró que el escolar cubrió sus requerimientos cuando consumió el 100% de lo recomendado según Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition - report of a joint FAO/WHO expert consultation 1998¹⁹; cifras inferiores fueron consideradas como “no cubre”.

Entre los años 2015 y 2016, el 100% de escolares de 6 a 14 años que cubrieron sus requerimientos de proteínas totales, independiente de sexo, edad, dominio y NBI.

¹⁹ World Health Organization. Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. WHO technical report series; no. 935. 2007. http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/WHO_TRS_935/en/.

Gráfico 235. Porcentaje de escolares del nivel primario de 6 a 14 años que cubrieron sus requerimientos de Ingesta de Proteínas, según características. Perú, 2015-2016



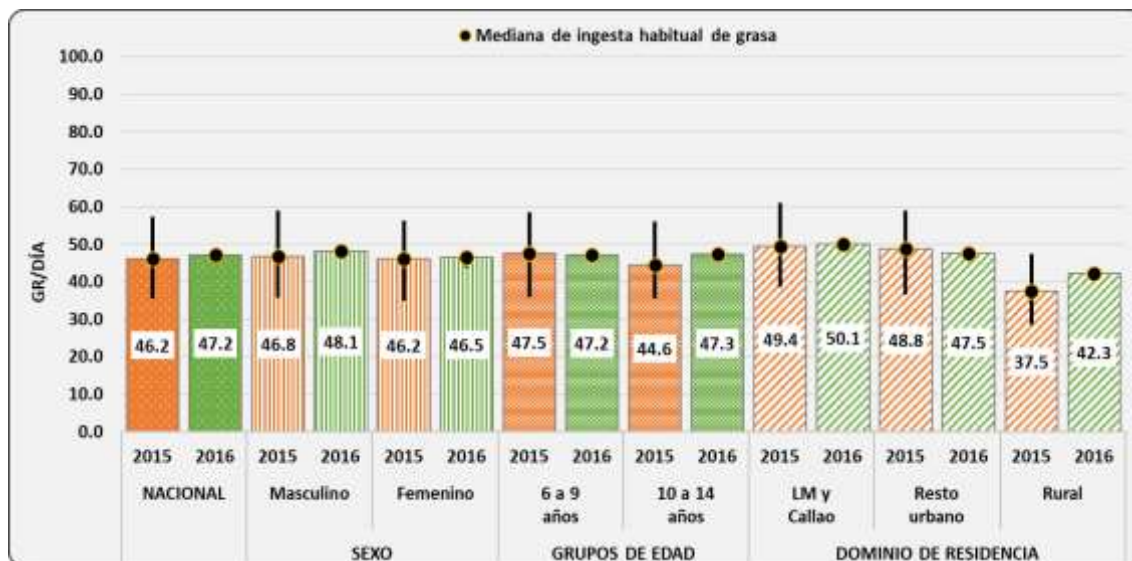
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015. /Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

c. Ingesta de grasas en escolares de 6 a 14 años

Según los resultados de la encuesta VIANEV, a nivel nacional, entre los años 2015 y 2016 el consumo usual de grasa total en escolares del nivel primario se mantuvo estable, con una mediana de 46,2 g/día (35,5 y 57,3 LI y LS al 95% de confianza) y 47,2 g/día (46,2 y 47,3 LI y LS al 95% de confianza) respectivamente.

Según sexo y grupos de edad evaluados, las medianas de consumo fueron muy similares. Por otro lado, los escolares del dominio Rural tuvieron una mediana de ingesta de grasa menor a lo observado en los otros dos dominios.

Gráfico 236. Mediana de ingesta usual de Grasas en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2015-2016

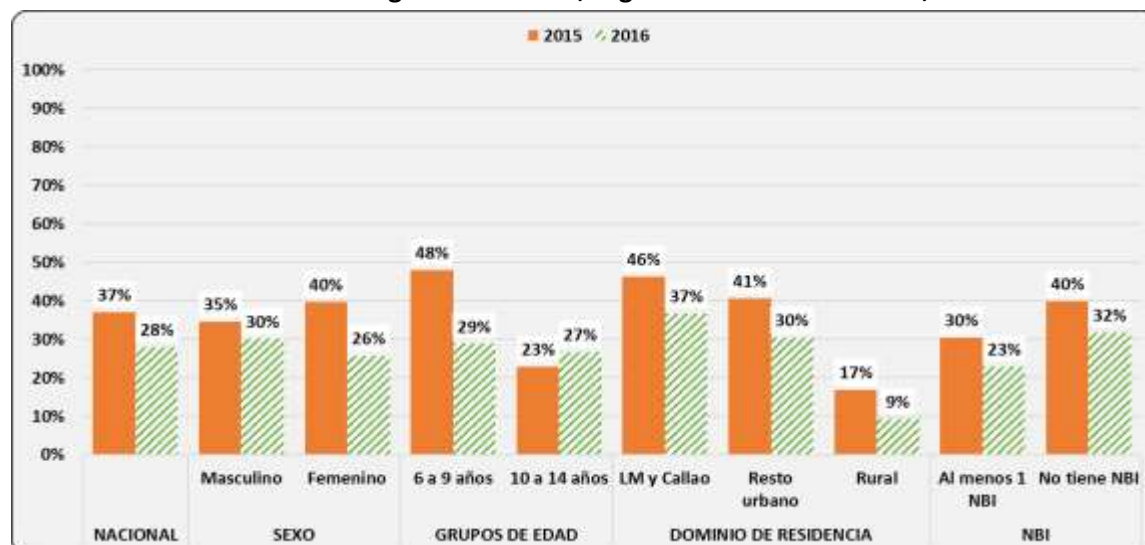


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015./ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

En el caso de las grasas se consideró que los niños cubrieron sus recomendaciones de grasas, cuando este macronutriente aportaba al menos el 25% de la energía ideal en el año 2015 y energía consumida en el año 2016.

A nivel nacional, tres de cada diez escolares del nivel primario cumplieron con la recomendación de ingesta de grasa, con cifras de 25,0% (IC95%: 20,8-29,8) en el 2015 y 28,0% (IC95%: 24,5-31,7) en el 2016. De acuerdo con el sexo, el consumo adecuado fue cercano según sexo y grupos de edad. Por otro lado, fue menor en los residentes del dominio rural y en aquellos con al menos una NBI.

Gráfico 237. Porcentaje de escolares del nivel primario de 6 a 14 años que cubrieron sus recomendaciones de Ingesta de Grasas, según características. Perú, 2015-2016

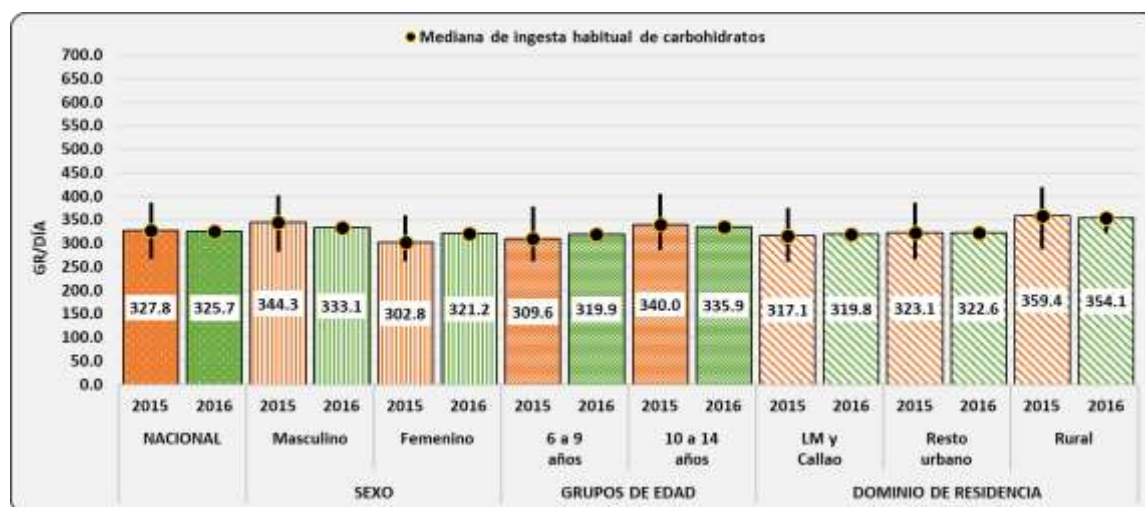


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015./ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

d. Ingesta de carbohidratos en escolares de 6 a 14 años

El consumo habitual de carbohidratos en escolares del nivel primario presentó una mediana de 327,8 g/día en el año 2015 (IC 95%: LI 266,1; LS 387,2) y de 325,7 g/día en 2016 (IC 95%: LI 318,8; LS 326,5). Asimismo, la mediana de ingesta de carbohidratos fue ligeramente mayor en los varones y en los escolares del grupo etario de 10 a 14 años. En cuanto al ámbito geográfico, la ingesta habitual de carbohidratos fue ligeramente superior en el dominio rural en comparación con los demás dominios evaluados.

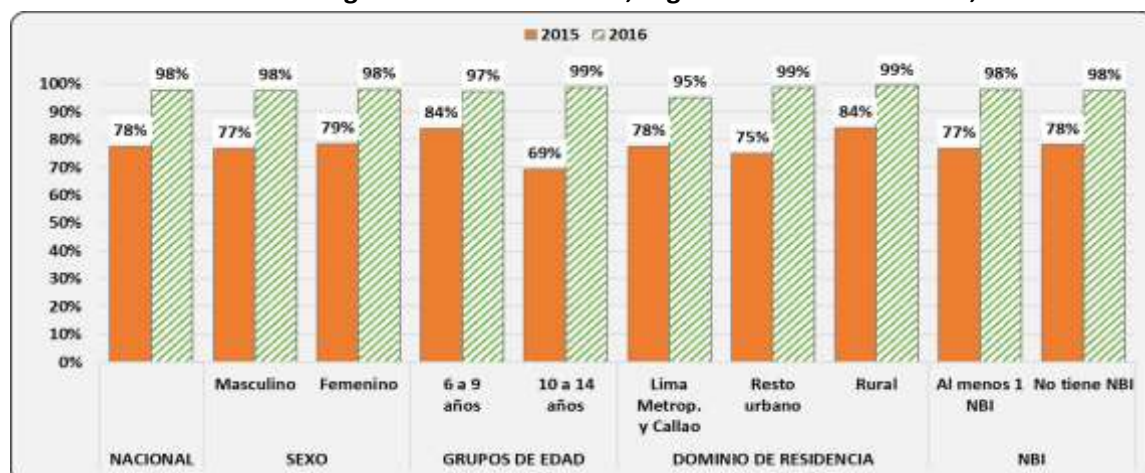
Gráfico 238. Mediana de ingesta usual de Carbohidratos en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2015-2016



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

En el caso de los carbohidratos, se consideró que los escolares cubrieron sus recomendaciones, cuando este macronutriente aportaba al menos el 55% de la energía ideal en el año 2015 y de la energía consumida en el año 2016. Se puede observar que, en el año 2016 casi el 100% de los escolares del nivel primario cubrieron sus recomendaciones.

Gráfico 239. Porcentaje de escolares del nivel primario de 6 a 14 años que cubrieron sus recomendaciones de Ingesta de Carbohidratos, según características. Perú, 2015-2016



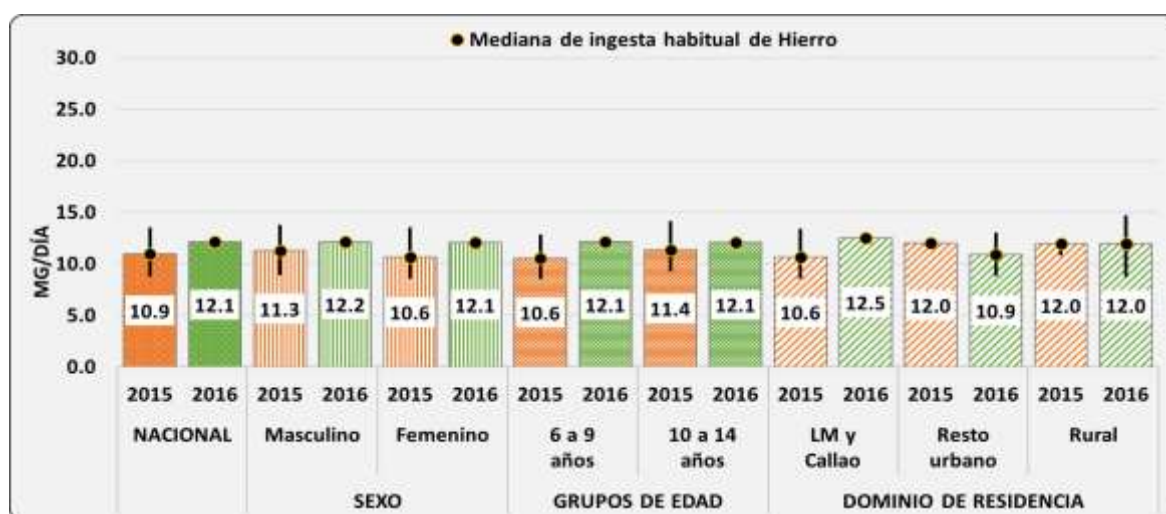
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

e. Ingesta usual de hierro en escolares de 6 a 14 años

Se estimó como consumo de hierro total, el aporte tanto de alimentos de origen animal y vegetal, así como de los suplementos nutricionales.

La mediana de ingesta usual estimada en escolares del nivel primario fue 10,9 mg/día (8,7 y 13,5 LI y LS al 95% de confianza) en el año 2015 y fue 12,1 mg/día (11,8 y 12,1 LI y LS al 95% de confianza) en el 2016. Las ingestas según sexo, grupos de edad y dominios de residencia fueron similares.

Gráfico 240. Mediana de ingesta usual de Hierro total (mg/día) en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2015-2016



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

En el año 2016, se estimó el consumo de hierro de origen animal, observándose a nivel nacional una mediana de ingesta usual estimada en escolares del nivel primario fue 2,7 mg/día (2,5 y 2,7 LI y LS al 95% de confianza).

Las ingestas de hierro de origen animal según sexo y grupos de edad fueron similares, pero fue ligeramente menor en los escolares con al menos una NBI (2,5 mg/día) que en aquellos sin NBI (2,8 mg/día).

Según dominios de residencia, Lima Metropolitana y Callao registró una Mediana de ingesta de hierro de origen animal (3,2 mg/día) mayor a la observada en Resto urbano (2,8 mg/día) y Rural (1,9 mg/día), este último fue la mediana más baja. Por otro lado, los escolares sin anemia mostraron una mediana de ingesta de hierro de origen animal ligeramente más alta que lo observado en escolares con anemia (2,7 mg/día y 2,5 mg/día respectivamente).

Gráfico 241. Mediana de ingesta usual de Hierro de origen animal en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2016

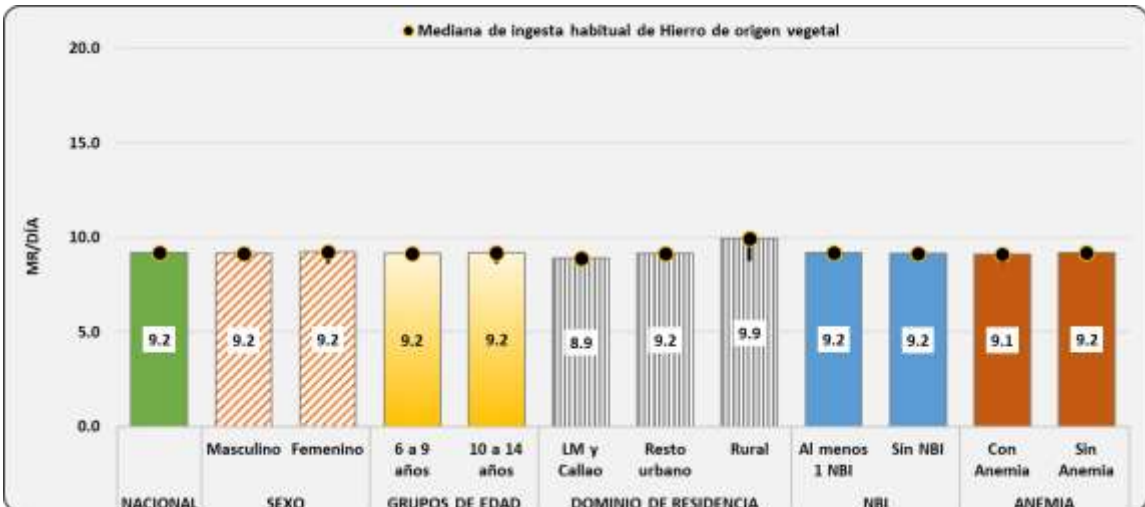


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015. /Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

La mediana de ingesta usual de hierro de origen vegetal en escolares del nivel primario fue 9,2 mg/día (8,8 y 9,2 LI y LS al 95% de confianza) en el año 2016, siendo similares según sexo, y se mantuvo constante por grupos de edad y NBI (9,2 mg/día).

Según residencia, el dominio rural registró una Mediana de ingesta de hierro vegetal (9,9 mg/día) mayor a la observada en los otros dos dominios, contrario a lo hallado en la ingesta de hierro animal. Por otro lado, los escolares sin anemia mostraron una mediana de ingesta de hierro vegetal similar a lo observado en escolares con anemia (9,2 mg/día y 9,1 mg/día respectivamente).

Gráfico 242. Mediana de ingesta usual de Hierro de origen vegetal en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2016



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015. / Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

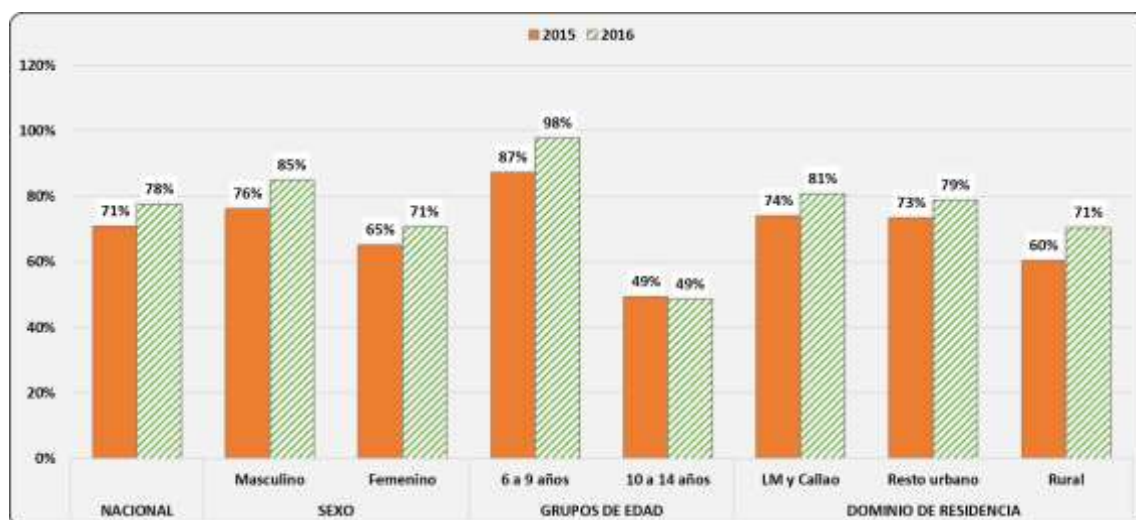
En el caso del Hierro, en las encuestas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de los años 2015 y 2016 se tomó como referencia para estimar las recomendaciones de la FAO/WHO. Se consideró que el escolar cubrió sus recomendaciones cuando consumió el 100% de lo recomendado (6 años= 5,3 mg/día, 7-10 años = 7,4 mg/día, hombres de 11-14 años = 12,2 mg/día y mujeres de 11-14 años = 27,7 mg/día, valores equivalentes a una dieta mixta de 12% de biodisponibilidad)

²⁰.

La proporción de escolares que logró cubrir sus recomendaciones de hierro fue del 70,9% (IC% 66,0-75,3) en el año 2015 y 77,7% (IC% 74,0-81,0) en el 2016, fueron cubiertas en mayor proporción por hombres y entre los escolares de 6 a 9 años.

Según dominios, la proporción de escolares que no cubrieron sus recomendaciones de hierro fue ligeramente mayor en el dominio rural (39,6% en el 2015 y 29,5% en el 2016)

Gráfico 243. Porcentaje de escolares del nivel primario de 6 a 14 años que cubrieron sus recomendaciones de Ingesta de Hierro total, según características. Perú, 2015-2016



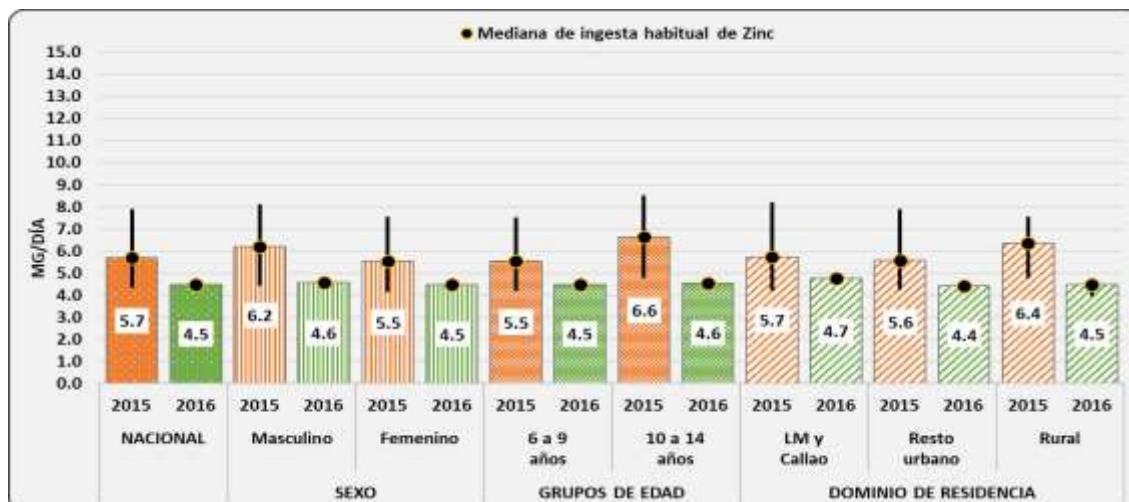
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015. /Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

f. Ingesta de zinc en escolares de 6 a 14 años

Según los resultados de la encuesta VIANEV, la ingesta usual de zinc en escolares fue de 5,7 mg/día (4,3-7,9 LI y LS al 95% de confianza) en el año 2015 y 4,5 mg/día (4,3-4,5 LI y LS al 95% de confianza) en el 2016. Las medianas de consumo usual fueron cercanas según sexo, edad y dominio de residencia

²⁰ World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations. Vitamin and mineral requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO expert consultation, Bangkok, Thailand, 21–30 September 1998. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42716/1/9241546123.pdf>

Gráfico 244. Mediana de ingesta usual de Zinc (mg/día) en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2015-2016

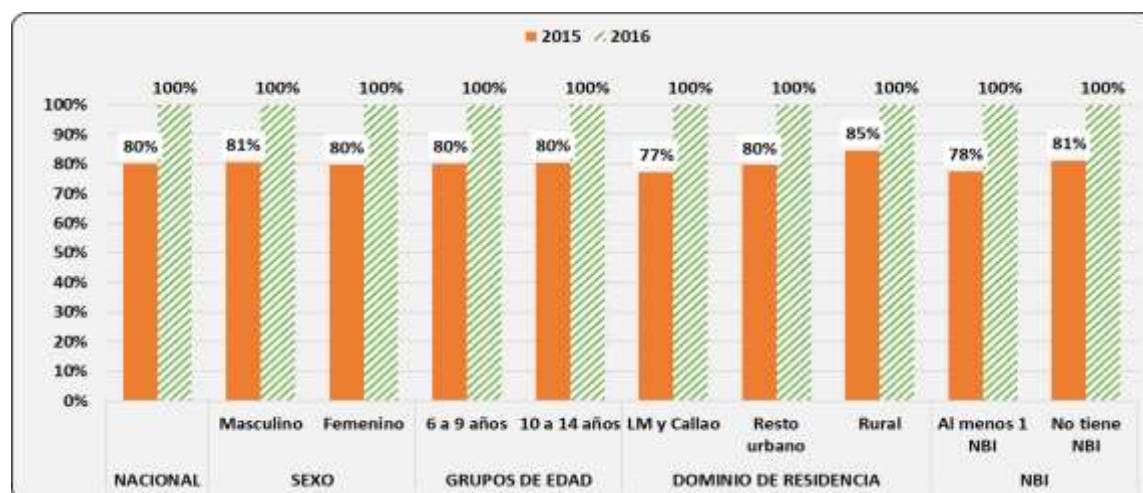


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015. /Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

Para el Zinc se consideró que el escolar cubrió sus requerimientos cuando consumió el 100% de lo recomendado; cifras inferiores fueron consideradas como “no cubre” (6-9 años=0.149×Peso ideal-PI, hombres de 10 a 11 años=0.133×PI, mujeres de 10 a 11 años=0.113×PI, hombres de 12 a 14 años=0.93×PI, mujeres de 12 a 14 años=0.107×PI), valores equivalentes a una dieta de mediana disponibilidad (30%) ²¹.

A nivel nacional, en el año 2015, alrededor del 80% de los escolares cubría sus recomendaciones de zinc, y al 2016, fueron cubiertas al 100%, independientemente del sexo, grupo de edad y NBI.

Gráfico 245. Porcentaje de escolares del nivel primario de 6 a 14 años que cubrieron sus recomendaciones de Ingesta de Zinc, según características. Perú, 2015-2016



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015. /Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

²¹ World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations. Vitamin and mineral requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO expert consultation, Bangkok, Thailand, 21–30 September 1998. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42716/1/9241546123.pdf>

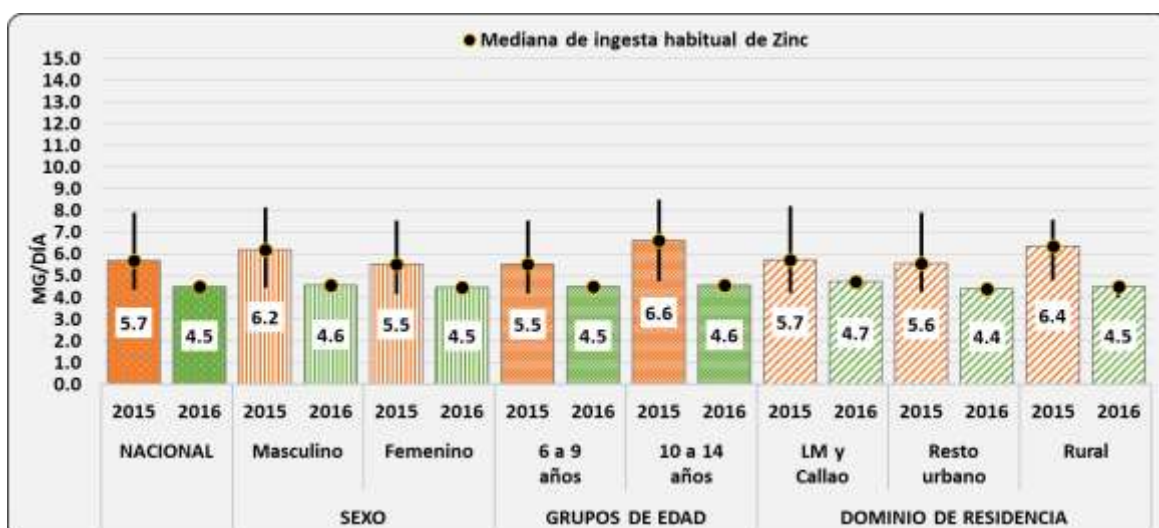
g. Ingesta de vitamina A en escolares de 6 a 14 años

La mediana de la ingesta de Vitamina A en escolares del nivel primario fue de 583,1 $\mu\text{gRE/día}$ en el año 2015 y 616,5 $\mu\text{gRE/día}$ en el 2016.

En ambos periodos, las mujeres tuvieron una ingesta discretamente más alta que los hombres. Así mismo, las medianas de ingesta según grupo de edad fueron ligeramente más bajas en el grupo de 10-14 años.

Según dominio de residencia, se observó una mayor Mediana de ingesta en los escolares del dominio Lima Metropolitana y Callao, seguido del dominio resto Urbano, encontrándose los valores más bajos en el dominio rural.

Gráfico 246. Mediana de ingesta usual de Vitamina A ($\mu\text{gRE/día}$) en escolares del nivel primario de 6 a 14 años, a nivel nacional y según características. Perú, 2015-2016

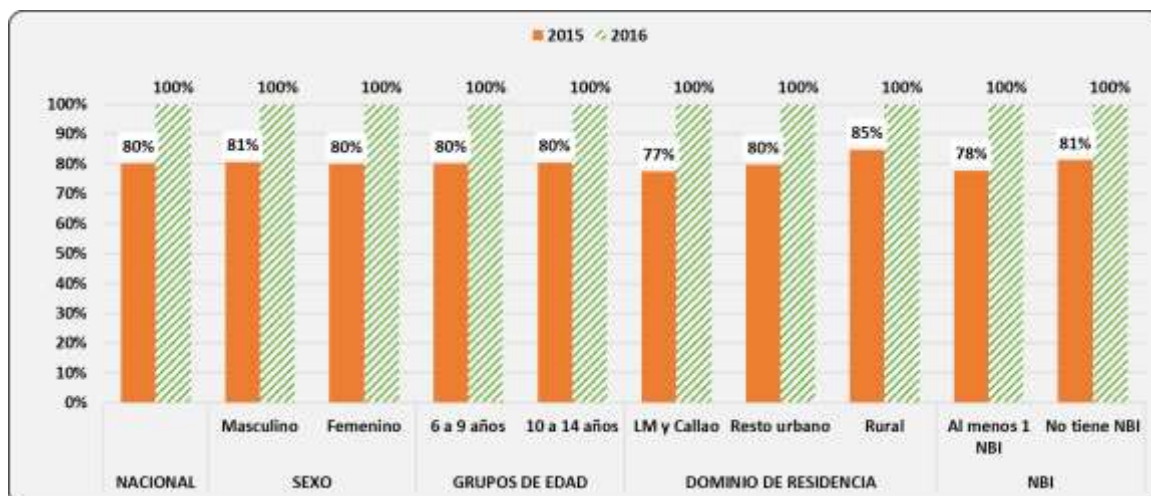


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

En el caso de la Vitamina A, se consideró que el escolar cubrió sus requerimientos cuando consumió el 100% de lo recomendado; cifras inferiores fueron consideradas como “no cubre” (4-6 años=200 $\mu\text{g/día}$, 7-9 años =250 $\mu\text{g/día}$ y 10-18 años =330 $\mu\text{g/día}$).

Una alta proporción de escolares del nivel primario cubrió sus recomendaciones de vitamina A (88,5% (IC95% 84,5-91,6) en el 2015 y 89,1% (IC95% 86,2-91,4) en el 2016). Según sexo y NBI, las medianas fueron muy cercanas. De acuerdo a los grupos de edad, fue cubierto en mayor proporción por los escolares 6 a 9 años (6,6%), así mismo por los residentes de Lima Metropolitana- Callao. Los escolares de 10 a 14 años y los del dominio rural presentaron las menores proporciones de escolares según sus porcentajes de adecuación de lo recomendado, en el 2016.

Gráfico 247. Porcentaje de escolares del nivel primario de 6 a 14 años que cubrieron sus recomendaciones de Ingesta de Vitamina A, según características. Perú, 2015-2016



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN: Informe Técnico: Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida - Escolares – 2015/ Informe Técnico: Consumo de alimentos en el hogar e institución educativa del nivel primaria – Escolares 2016

4.2.2.2 Consumo de alimentos saludables en niños de 5 a 11 años

Según el Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años-VIANEV 2021, a nivel nacional, las frutas fueron consumidas diariamente por la mayoría de los niños (55,6%), el 22,4% las consumió de dos a tres veces a la semana, mientras que el 8,4% las consume cuatro a seis veces a la semana. Uno de cada diez niños consume frutas de manera ocasional o nunca (11,0%).

Respecto a los lácteos y derivados, se puede observar que dos de cada cinco lo consumían a diario, la cuarta parte de niños de 5 a 11 años las consumía de dos a tres veces a la semana (25,1%), el 14,5% cuatro a seis veces a la semana, mientras que el 13,7% los consumía de manera ocasional o nunca.

El huevo fue consumido por alrededor de uno de cada tres niños de 5 a 11 años de dos a tres veces a la semana (36,6%) o diario (30,2 %), uno de cada cinco (21,8 %) los consumió de cuatro a seis veces a la semana. El 6,4% consumió huevos en forma ocasional o nunca.

Dos de cada cinco niños de 5 a 11 años consumían verduras de dos a tres veces a la semana (38,3%), sólo la cuarta parte de los niños (27,3%) las consumía diariamente y el 8,9% cuatro a seis veces a la semana. Uno de cada cinco niños consumió verduras de manera ocasional o nunca (19,1%).

Las carnes de aves u otras, fueron consumidas de dos a tres veces a la semana por casi la mitad de los niños (46,5%), y alrededor de un quinto las consume de cuatro a seis veces a la semana (19,0%) o diariamente (18,4%), mientras que el 8,6% las consume de manera ocasional o nunca. Más de la mitad de los niños de 5 a 11 años consume menestras de dos a tres veces a la semana (58,9 %), sólo el 8,6 % de los niños consume menestras diariamente y el 11,4% lo consume cuatro a seis veces por semana, aunque solo el 4,7% las consume de manera ocasional o nunca.

Se observó que el pescado fue consumido por uno de cada tres niños de dos a tres veces por semana (37,4%) o una vez a la semana (35,0%), su consumo diario es muy bajo (3,4%). Así mismo, uno de cada cinco niños de 5 a 11 años lo consumió de manera ocasional o nunca (21,4%).

Por otro lado, casi la mitad de los niños de 5 a 11 años consumió de manera ocasional o nunca las carnes rojas, vísceras o sangrecita, más de la cuarta parte (27,4%) las consume 2 a 3 veces a la semana, y el 22,7% una vez a la semana. Su consumo diario o casi diario (4 a 6 veces por semana) son muy bajos (1,8% y 2,5% respectivamente).

Gráfico 248. Frecuencia de consumo de alimentos saludables en niños de 5 a 11 años. Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

4.2.2.3 Consumo de alimentos no saludables en niños de 5 a 11 años

Según el Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años-VIANEV 2021, a nivel nacional, nueve de cada diez niños de 5 a 11 años consumen azúcar diariamente. Sólo el 6,2% consumió azúcar de manera ocasional o nunca.

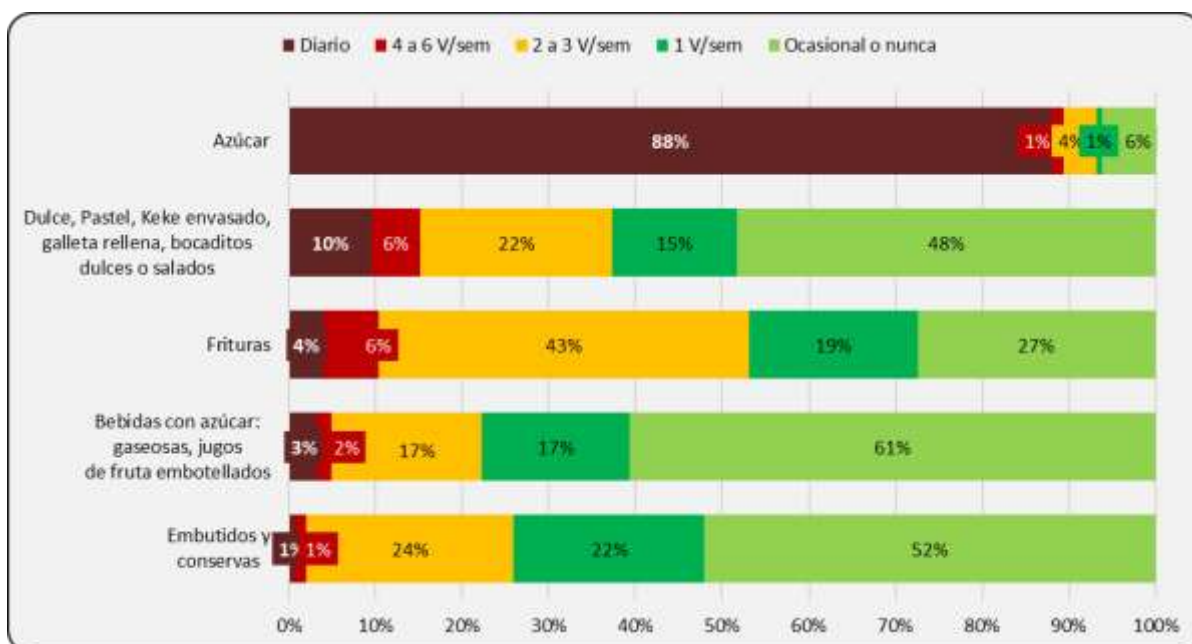
Por otro lado, el 9,6% consume diariamente dulces, pasteles, queques envasados, galletas con relleno o bocaditos dulces o salados, sin embargo, uno de cada dos niños lo consumió de manera ocasional o nunca (48,2%). Además, uno de cada cinco niños (22,1%) las consumió de dos a tres veces por semana, mientras que el 14,5% lo hizo una vez a la semana.

Respecto a las frituras, el 4,0% lo consumió diariamente, pero casi la mitad de los niños las consumió de dos a tres veces a la semana (42,6%), mientras que el 19,4% de los niños los consumió una vez a la semana. El 27,4% consumió frituras de manera ocasional o nunca.

Solo el 3,3% consumió diariamente gaseosas o jugos de frutas embotelladas, pero más de la mitad de los niños lo hizo de manera ocasional o nunca (60,7%). Por otro lado, el 17,3% las consumió de dos a tres veces por semana, mientras que el 17,1% solo una vez a la semana.

El 1,0% consumió embutidos y conservas en forma diaria, pero la mitad de los niños lo consumió de manera ocasional o nunca (52,0%). Sin embargo, la cuarta parte (24,0%) las consumió de dos a tres veces por semana, mientras que uno de cada cinco (22,0%) lo hizo una vez a la semana.

Gráfico 249. Frecuencia de consumo de alimentos no saludables en niños de 5 a 11 años. Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

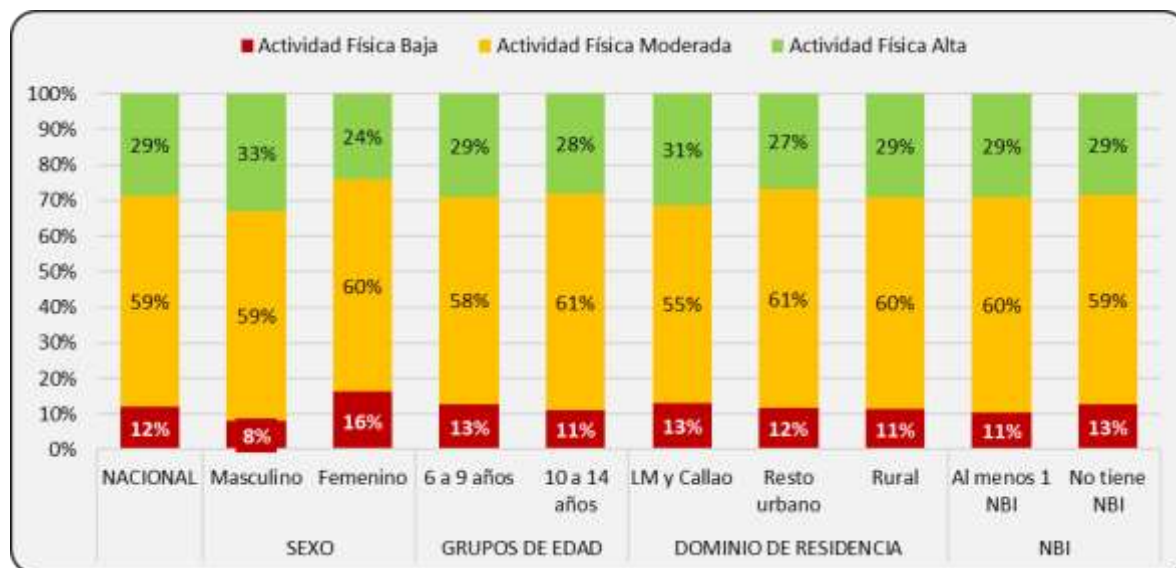
4.2.2.4 Actividad Física en escolares de 8 a 13 años.

Hubo diferencias entre los escolares según la actividad física. Se observó que tres de cada cinco escolares de primaria (59,3%; IC 95% 54,7-63,7) presentaron actividad física Moderada, mientras que la proporción de actividad física Alta o vigorosa fue la mitad en relación al primero (28,7%; IC95% 24,7-33,5); la actividad física Baja solo registró 12,0% (IC 95% 9,1-15,7).

Se encontró que en el sexo femenino la actividad baja (16,2%) fue el doble de frecuente que en los varones (8,1%); y viceversa, la actividad física alta fue más frecuente en el sexo masculino (33,0% vs 24,2%), pero sin diferencias significativas. La actividad física moderada fue similar para ambos.

Similar a las cifras nacionales, los resultados de la actividad física indicaron que más de la mitad de los escolares del nivel primario realizaron una actividad física moderada a nivel de dominios, grupo etario y NBI, y un tercio o menos de los escolares tuvieron una actividad física alta, sin diferencias significativas.

Gráfico 250. Actividad física en escolares del nivel primario, a nivel nacional y según características. Perú, 2015

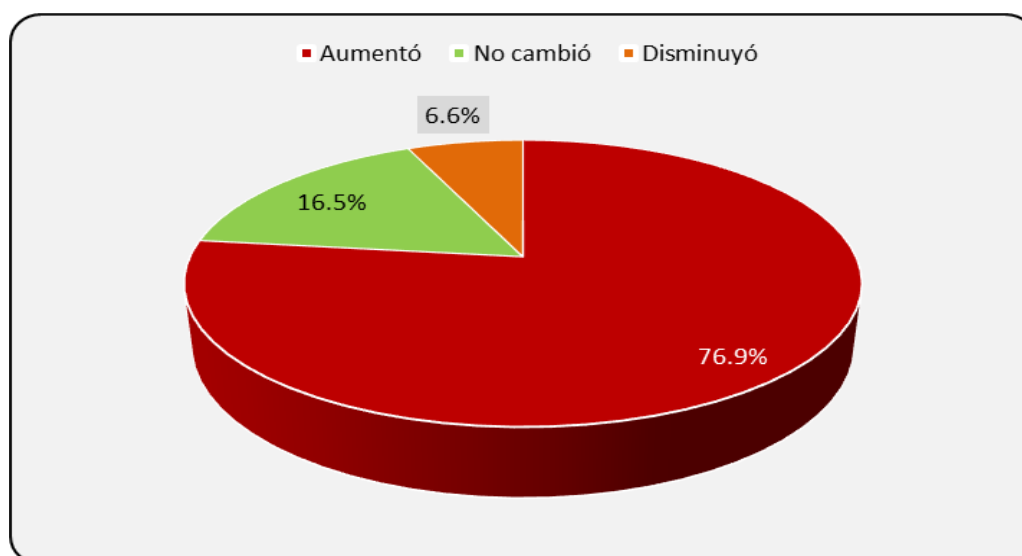


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe técnico de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida escolares de primaria 2015

4.2.2.5 Conducta sedentaria en niños de 8 a 11 años

Según el Informe técnico “Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años-VIANEV 2021”, a nivel nacional, en el contexto de la pandemia, de acuerdo con lo reportado por la percepción de los cuidadores de los niños, aumentó el tiempo frente a la pantalla de una computadora, televisor, tableta y/o teléfono móvil en tres de cada cuatro niños de 8 a 11 años, frente a un 6.6% que reportó que disminuyó.

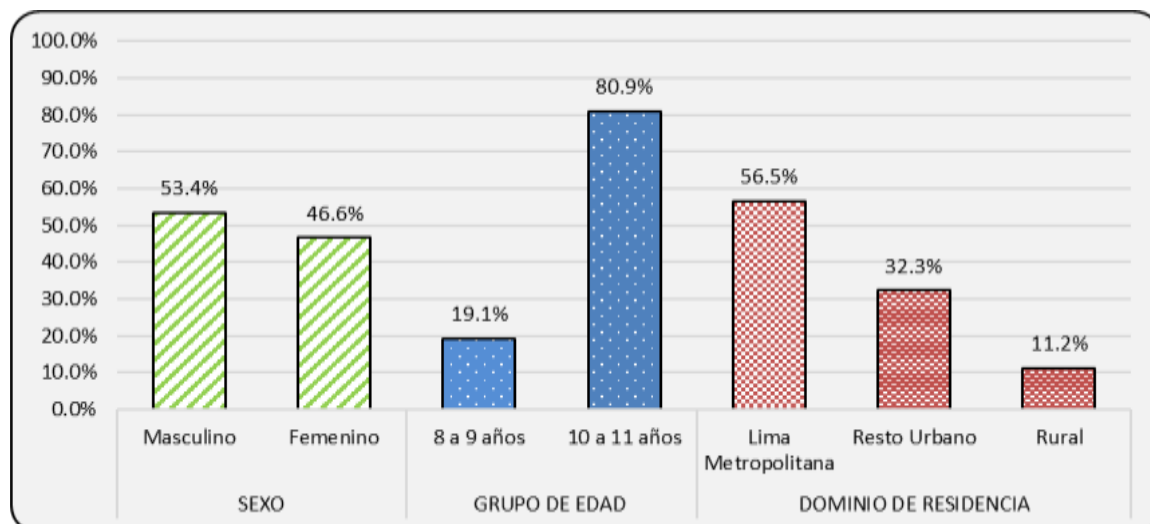
Gráfico 251. Proporción de niños de 8 a 11 años que percibe que su tiempo frente a pantallas cambió por la pandemia (n=473). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

El aumento del tiempo frente a la pantalla de una computadora, televisor, tableta y/o teléfono, fue notoriamente más frecuente en los niños de 10 a 11 años, casi similar según sexo y más frecuente en Lima Metropolitana.

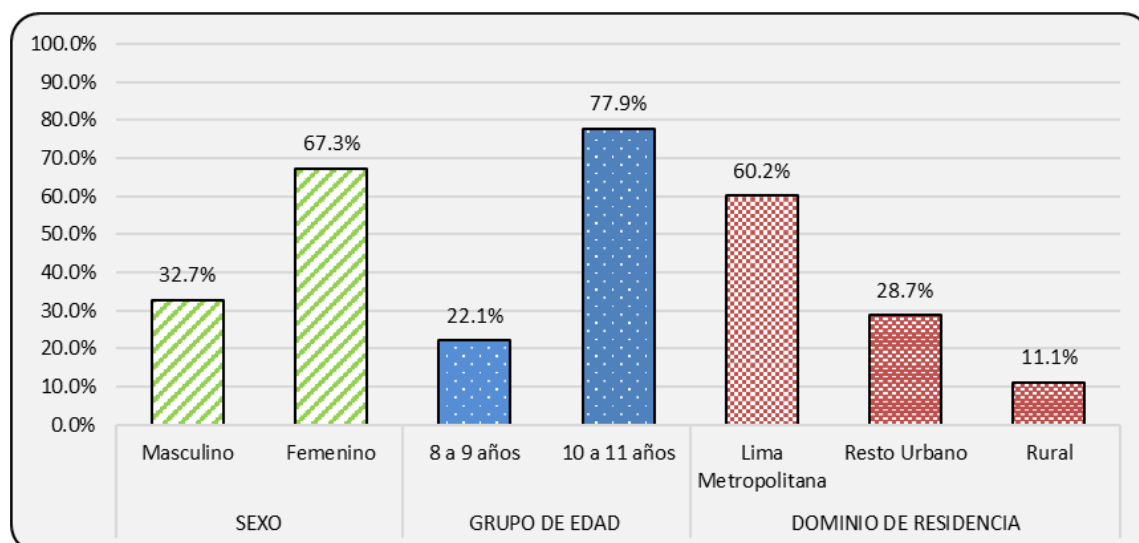
Gráfico 252. Proporción de niños de 8 a 11 años que percibe que su tiempo frente a pantallas aumentó por la pandemia, según sexo, edad y dominio de residencia (n=339). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

En los niños que disminuyó el tiempo frente a la pantalla de una computadora, televisor, tableta y/o teléfono, de acuerdo con la percepción de los cuidadores, fue notoriamente más frecuente en las mujeres, entre los 10 a 11 años y más frecuente en Lima Metropolitana.

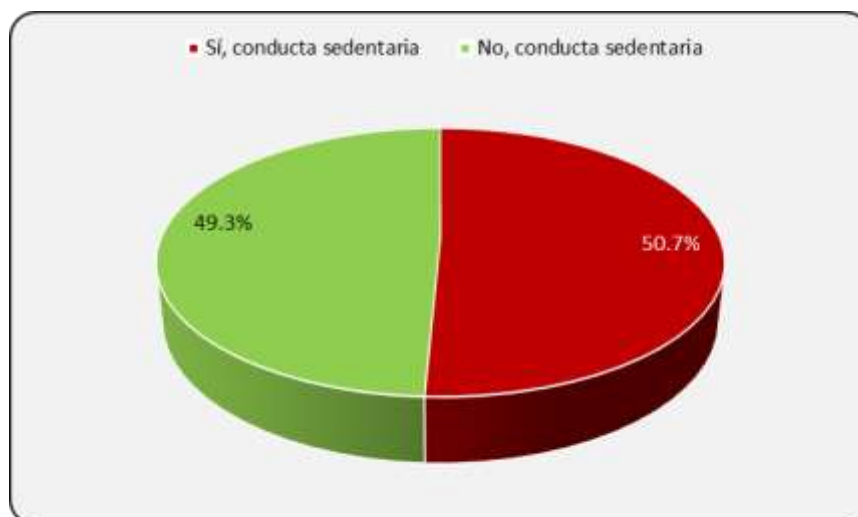
Gráfico 253. Proporción de niños de 8 a 11 años que percibe que su tiempo frente a pantallas disminuyó por la pandemia, según sexo, edad y dominio de residencia (n=30). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

Por otro lado, la mitad de los niños de 8 a 11 años presentaron una conducta sedentaria, permaneciendo por más de 5 horas al día sentados o acostados, sin contar las horas de sueño.

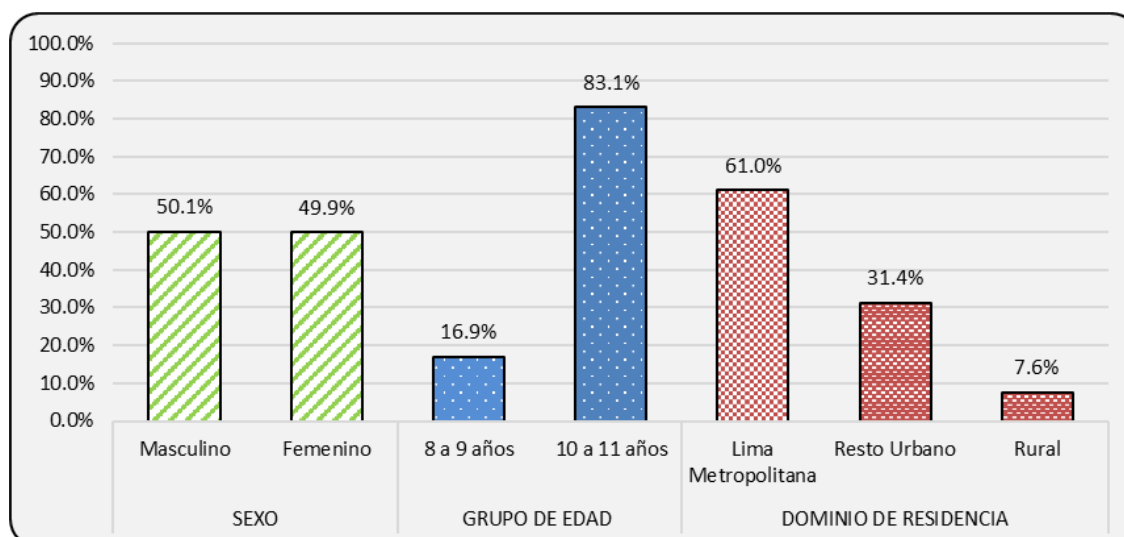
Gráfico 254. Proporción de niños de 8 a 11 años con conducta sedentaria (n=473). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

La proporción de niños de 8 a 11 años con más de 5 horas por día sentados o acostados mostró que fue sustancialmente más frecuente entre los 10 a 11 años, similar según sexo y más frecuente en el dominio urbano, especialmente en Lima Metropolitana.

Gráfico 255. Proporción de niños de 8 a 11 años que suelen estar sentado o acostado por más de 5 horas, según sexo, edad y dominio de residencia (n=212). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

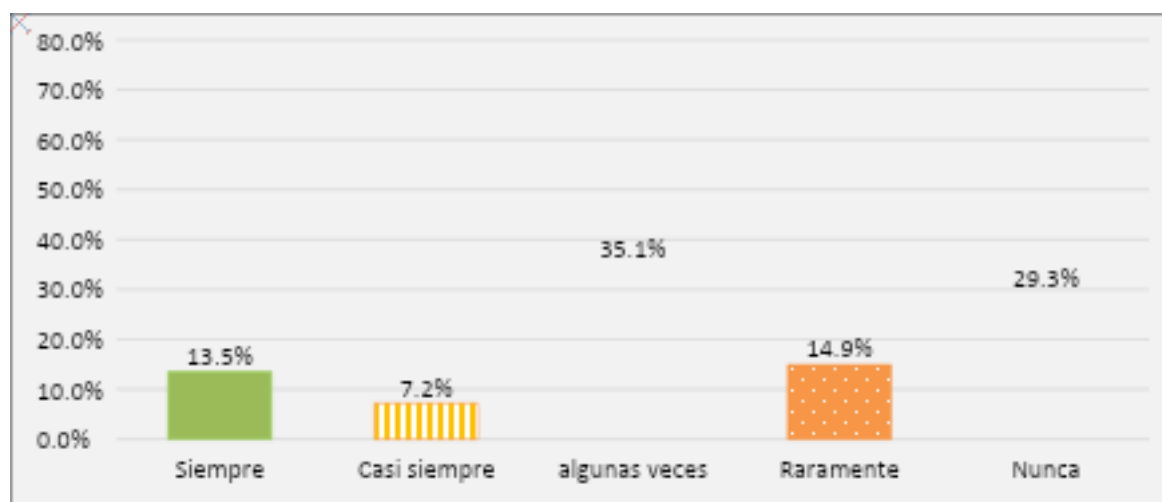
4.2.2.6 Conocimientos y prácticas sobre Etiquetado nutricional en cuidadores de niños de 5 a 11 años

El etiquetado nutricional es la información del contenido de nutrientes que figuran en las etiquetas de los productos industrializados (declaración de nutrientes), que tienen como objetivos ayudar a la selección de alimentos saludables, mostrar la calidad nutricional del producto y facilitar la comercialización de los mismos, mostrados en una tabla de información nutricional. Esta es reglamentada por el Codex Alimentarius, establecida por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero son de aplicación voluntaria y no vinculante, aunque ayudan a armonizar la legislación y la reglamentación alimentaria nacional.

Por otro lado, la incorporación de advertencias publicitarias (octógonos) en la cara frontal de los productos procesados facilita al consumidor tomar decisiones informadas en la selección de productos que son saludables. Estas advertencias proporcionan información simple y de fácil comprensión sobre el contenido de nutrientes críticos como contenido de azúcar, grasa saturada, grasas trans o sodio en los productos procesados.

Según el Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años- VIANEV 2021, a nivel nacional, la tercera parte de los cuidadores de los niños revisan solo algunas veces las etiquetas nutricionales de los productos para la alimentación del niño, uno de cada siete lo realiza raramente y casi uno de cada tres nunca lo hace; alrededor de un quinto de los cuidadores los que revisan siempre o casi siempre.

Gráfico 256. Frecuencia de niños de 5 a 11 años cuyo cuidador revisa la etiqueta nutricional de los productos para la alimentación del niño (n=715). Perú; 2021

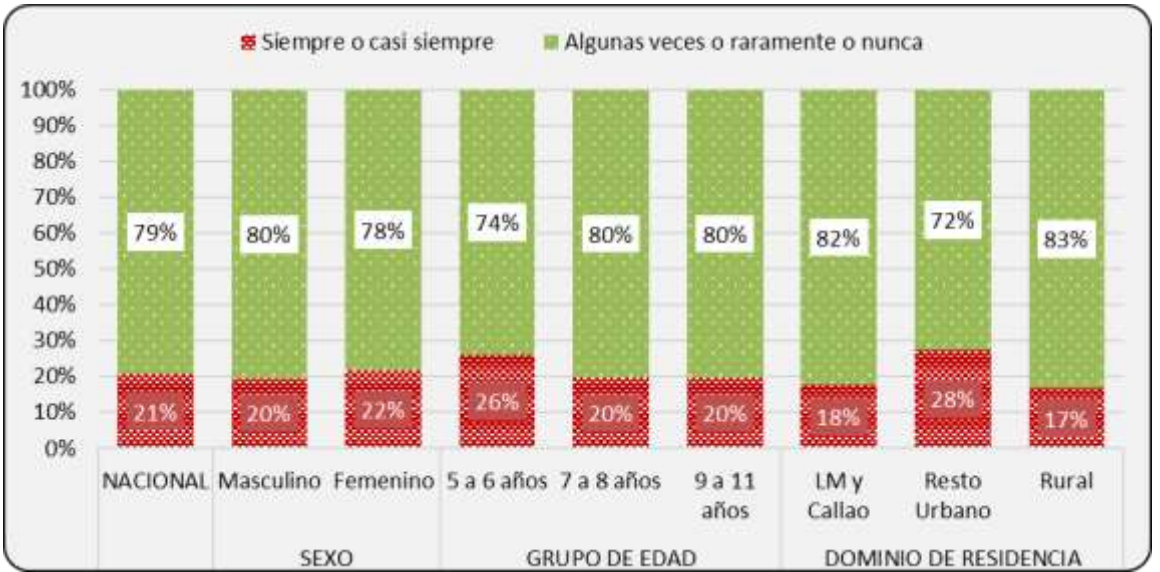


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

La revisión de la etiqueta nutricional de los productos para la alimentación del niño fue siempre o casi siempre en uno de cada cinco cuidadores, se mantuvo según sexo, edad y dominio, con excepción en niños de 5-6 años y Resto urbano.

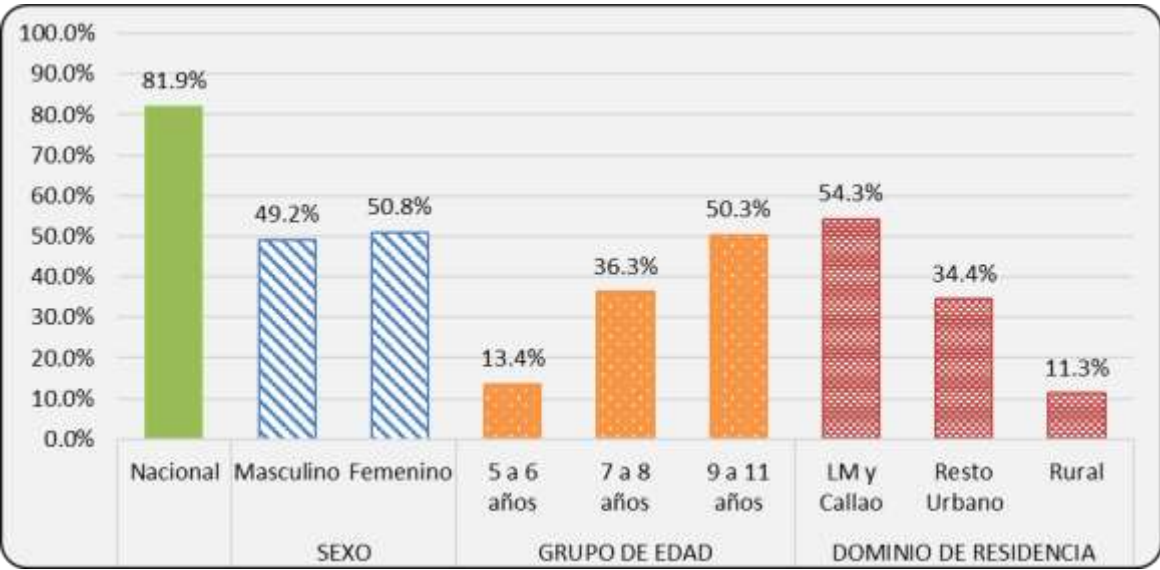
La influencia de la revisión de la etiqueta nutricional en la decisión de adquirir los productos para la alimentación de los niños, en todos los que revisan y aun cuando lo hacen raramente, se produce en cuatro de cada cinco de los cuidadores. Así mismo, es realizado con más frecuencia en niños a medida que aumenta la edad y principalmente en Lima Metropolitana.

Gráfico 257. Proporción de niños de 5 a 11 años cuyo cuidador revisa la etiqueta nutricional de los productos para la alimentación del niño de forma frecuente, según sexo, grupo etario y dominio de residencia. Perú (n=715); 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

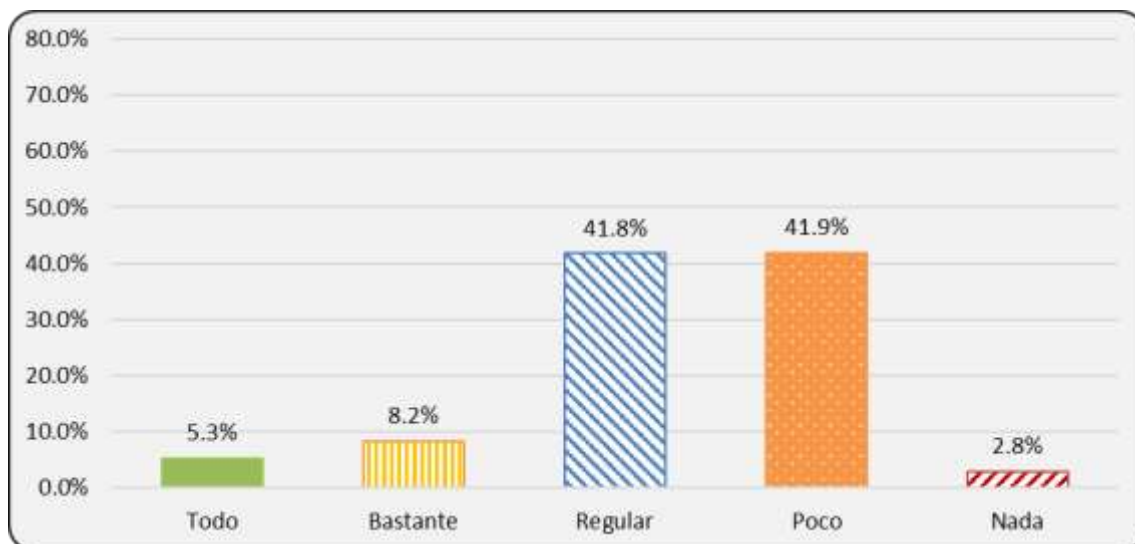
Gráfico 258. Proporción de niños de 5 a 11 años cuyo cuidador fue influenciado por la etiqueta nutricional en su decisión de adquirir los productos para la alimentación del niño, según sexo, edad y dominio de residencia (n=407). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

Por otro lado, cuatro de cada diez cuidadores entienden de manera regular y casi cinco de cada diez entienden poco o nada, la información de la etiqueta nutricional de los productos para la alimentación del niño.

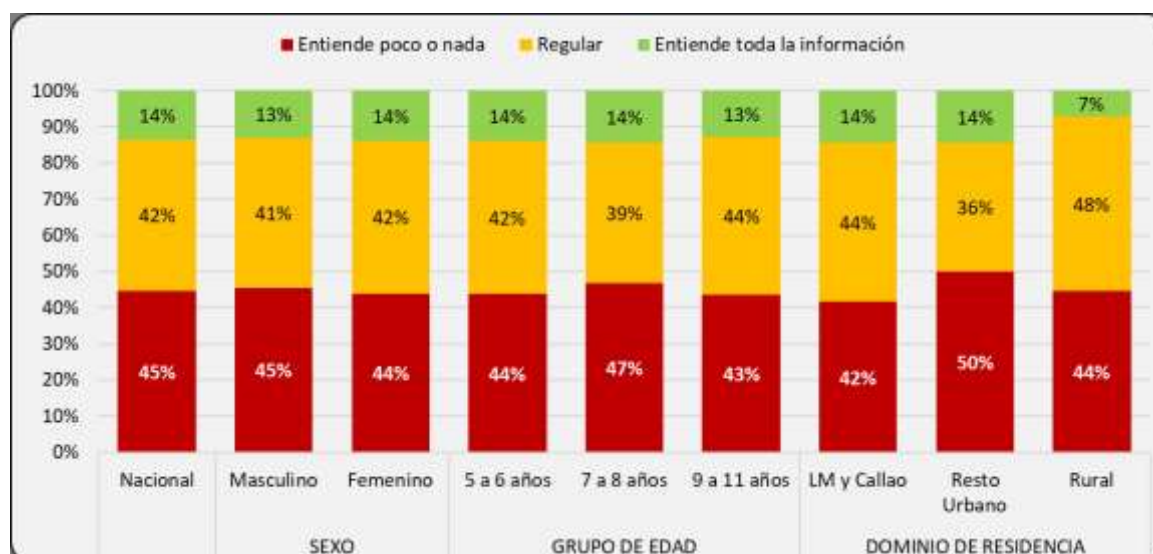
Gráfico 259. Proporción de niños de 5 a 11 años cuyo cuidador entiende la información de la etiqueta nutricional de los productos para la alimentación del niño (n=500). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

Los cuidadores que entienden poco o nada de la información de la etiqueta nutricional mostraron poca variación según sexo, edad y dominio de residencia. Similar situación entre los que entendieron regular. Sin embargo, hubo una diferencia entre los que entendieron bastante o toda la información en el dominio rural, que fue casi la mitad de los otros dominios de residencia.

Gráfico 260. Proporción de niños de 5 a 11 años según cuánto entiende el cuidador la información de la etiqueta nutricional de los productos para la alimentación del niño, según sexo, grupo etario y dominio de residencia (n=500). Perú; 2021

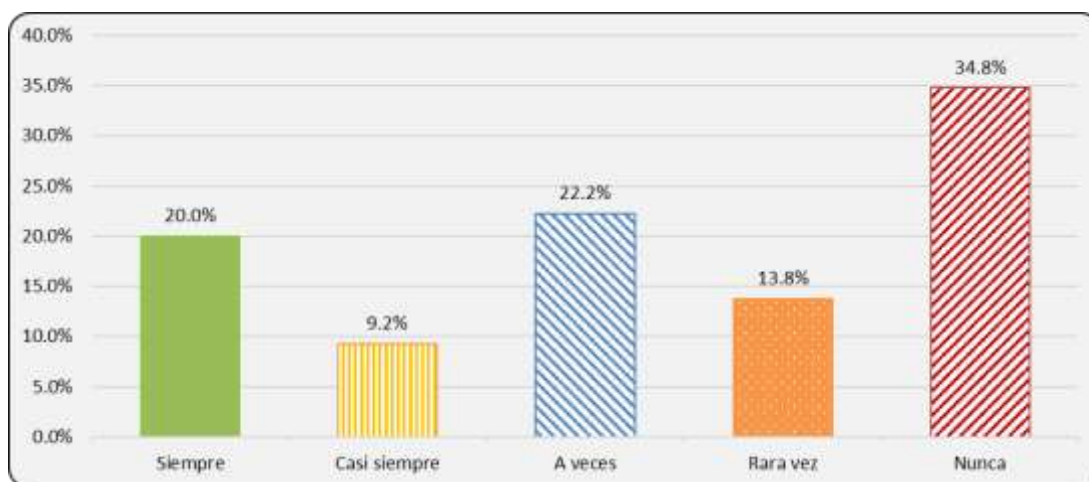


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

4.2.2.7 Conocimientos y prácticas sobre Advertencias publicitarias (Octógonos)

Según el Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años- VIANEV 2021, a nivel nacional, la tercera parte de los cuidadores (34,8%) “Nunca” revisó los octógonos, mientras que uno de cada cinco lo hizo “A veces” (22,2%) o “siempre” (20,0%) y uno de cada diez “Casi siempre” (9,2%).

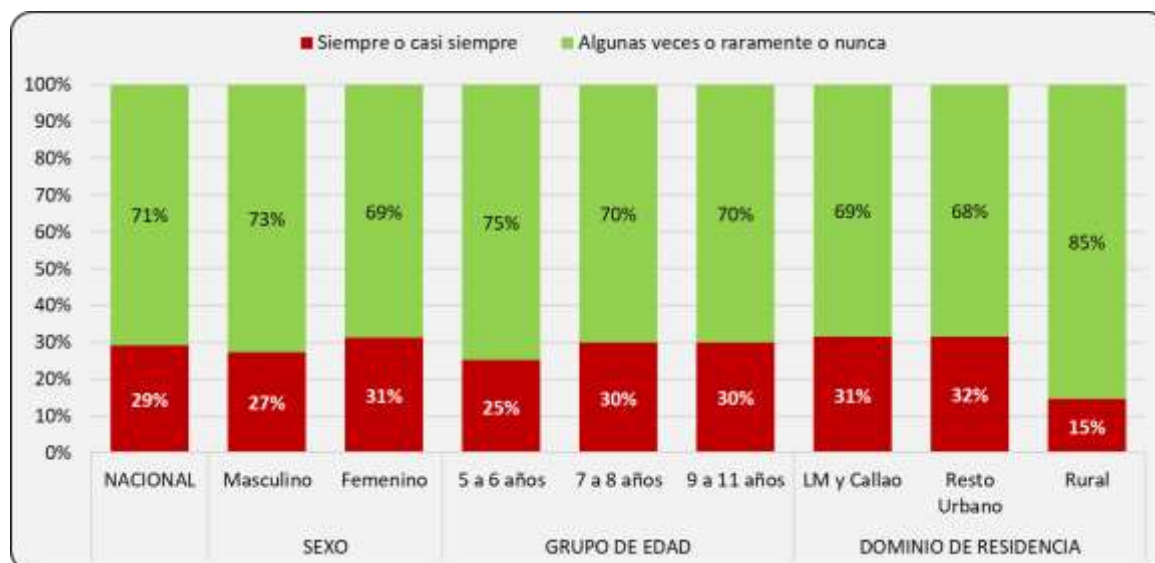
Gráfico 261. Frecuencia de cuidadores de niños de 5 a 11 años que revisa los octógonos de los productos para la alimentación del niño (n=712). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

La revisión siempre o casi siempre de los octógonos por parte del cuidador fue realizada por tres de cada diez cuidadores, excepto en los cuidadores de niños de 5 a 6 años y en el dominio rural.

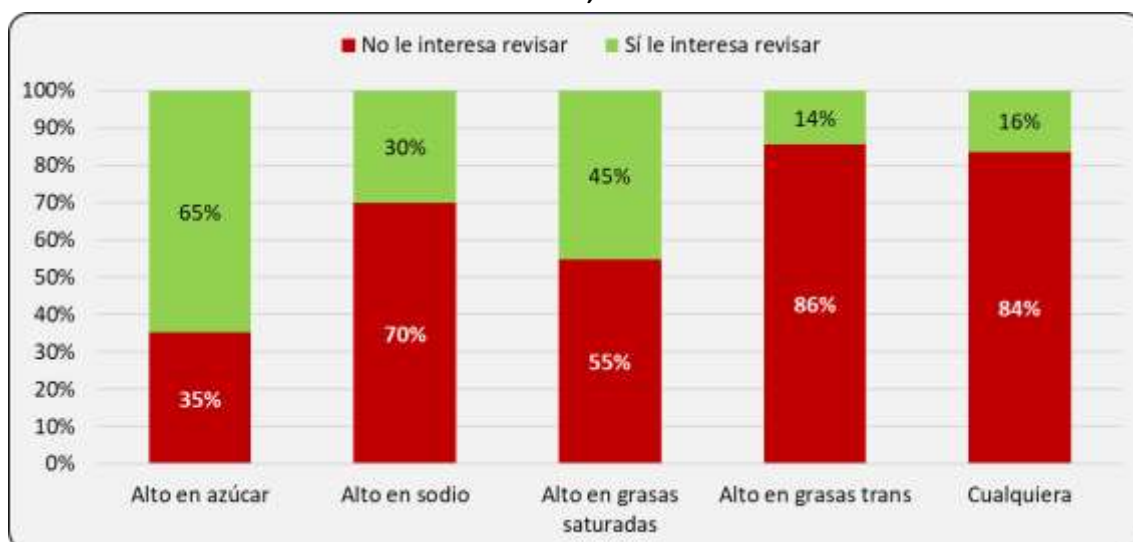
Gráfico 262. Frecuencia de cuidadores de niños de 5 a 11 años que revisa los octógonos de los productos para la alimentación del niño, según sexo, grupo etario y dominio de residencia (n=712). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

En la revisión de los octógonos, en quienes lo hicieron, hubo un mayor interés en el contenido Alto en azúcar, en dos de cada tres cuidadores, en Alto en Grasas saturadas, en casi la mitad de ellos y en Alto en sodio, en un tercio. El de menos interés fue Alto en Grasas trans. Hubo un 16,4% de cuidadores que manifestaron interés por cualquiera de ellos.

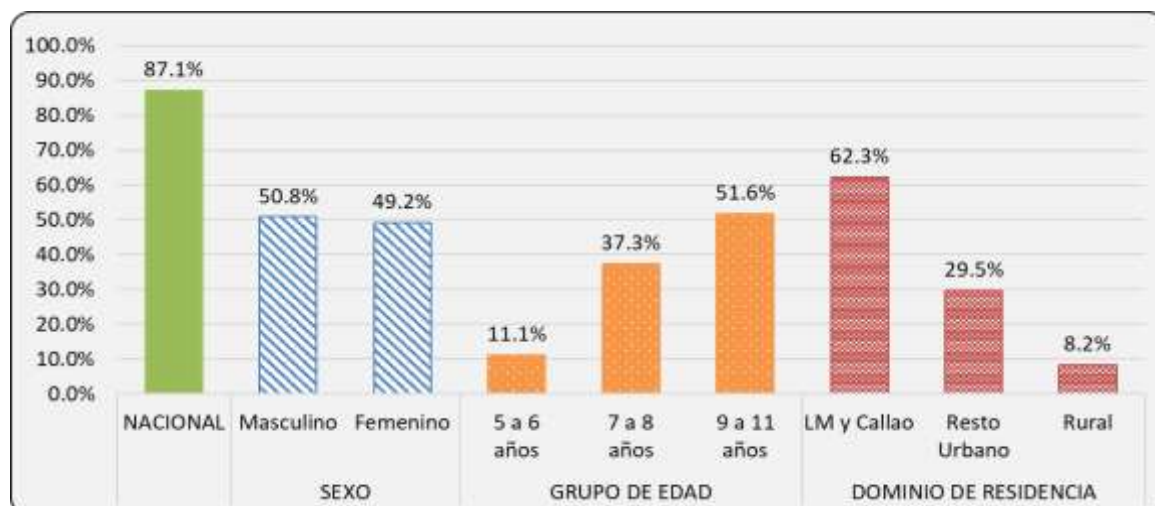
Gráfico 263. Proporción de la información que le interesa al cuidador revisar en los octógonos de los productos para la alimentación del niño de 5 a 11 años (n=439). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

Respecto a la influencia de los octógonos en la decisión de adquirir los productos para la alimentación del niño, se puede observar que nueve de cada diez cuidadores se sintieron influenciados, se incrementó con la edad del niño y fue muy frecuente en Lima Metropolitana, pero pequeña en el dominio rural.

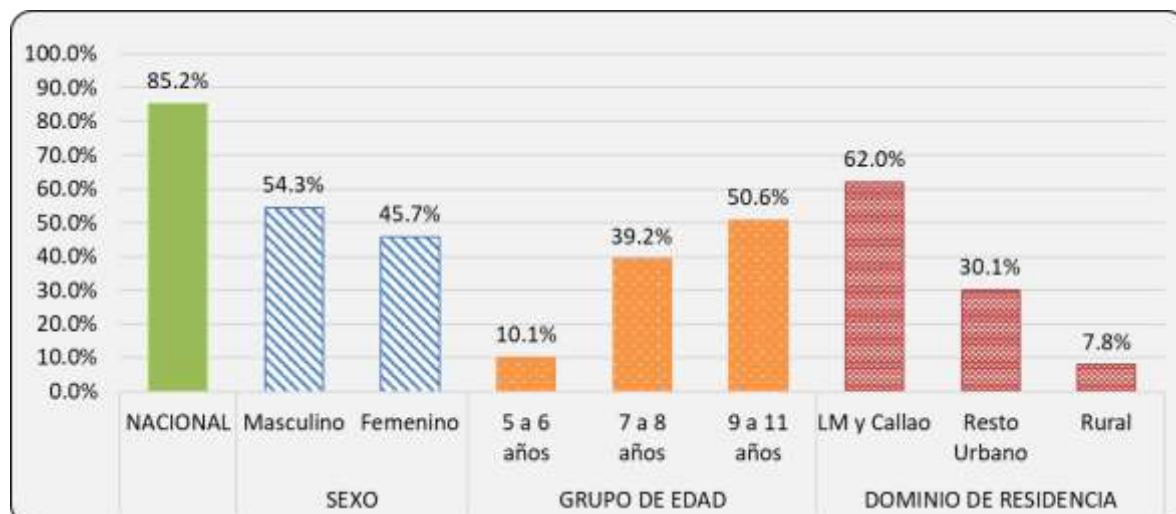
Gráfico 264. Proporción de cuidadores de niños de 5 a 11 años que son influenciados por los octógonos en su decisión de adquirir los productos para la alimentación del niño, según sexo, edad y dominio de residencia (n=371). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

La información que transmite el octógono fue entendida por la mayoría de los cuidadores (85,2%) que lo revisaron; solo uno de cada siete cuidadores no lo entendieron. La proporción de cuidadores que revisaron y entendieron la información del octógono, fue más frecuente en los niños, principalmente de mayor edad y de Lima Metropolitana. Por otro lado, tuvo menor entendimiento en los cuidadores de niños de 5 a 6 años y en el dominio rural.

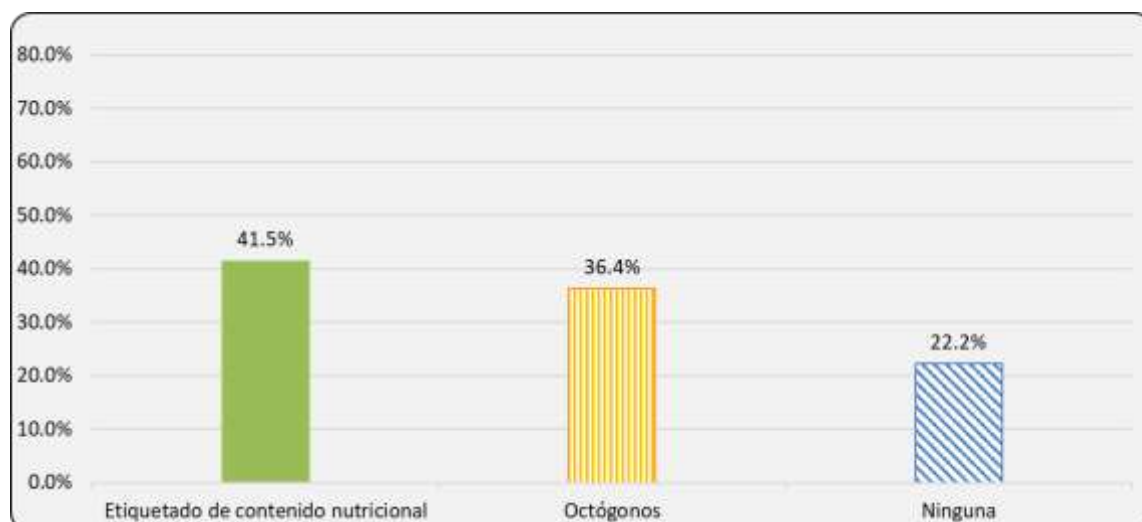
Gráfico 265. Proporción de cuidadores de niños de 5 a 11 años que entienden la información del octógonos para la alimentación del niño (n=439). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

Por otro lado, alrededor de dos de cada cinco cuidadores de niños de 5 a 11 años manifestaron que la revisión del etiquetado u octógonos les son de más utilidad (41,5% y 36,4% respectivamente). El 22,2% no consideró útil a ninguna.

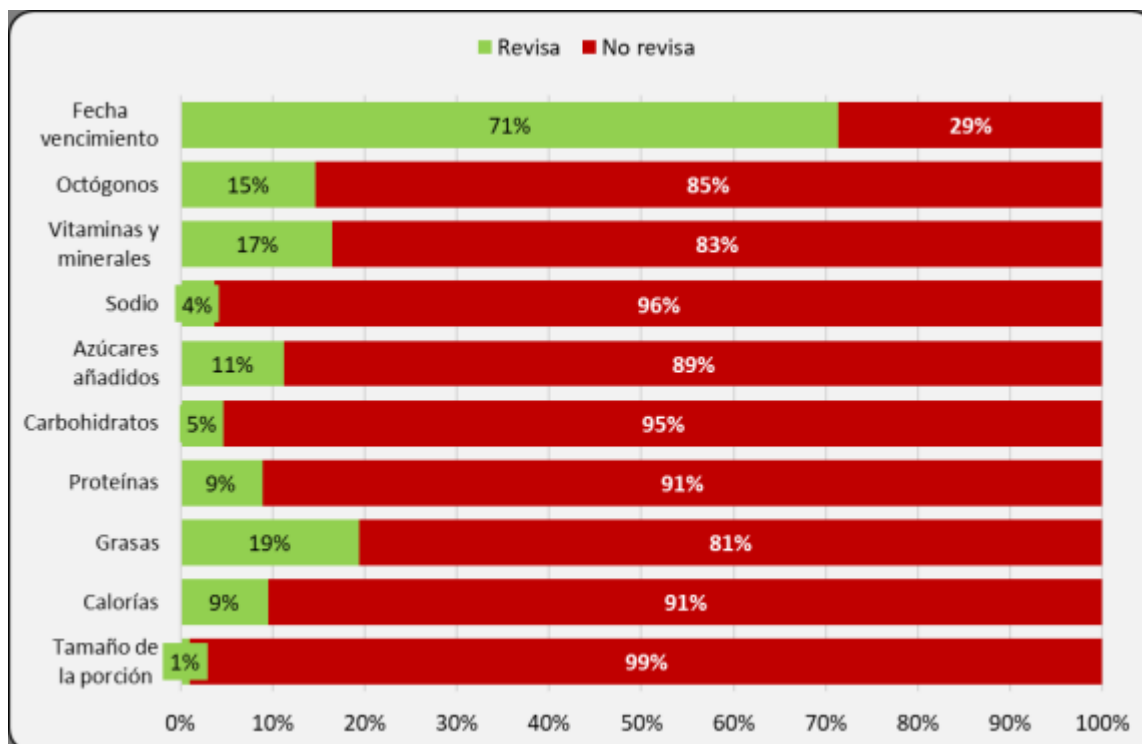
Gráfico 266. Proporción de información que es más útil para el cuidador de los niños de 5 a 11 años (n=710). Perú; 2021



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

El tipo de información que revisó el cuidador en la etiqueta de los productos para la alimentación del niño de forma frecuente fue principalmente la Fecha de vencimiento, en siete de cada diez cuidadores (71,3%), seguido de contenido de Grasas (19,4%), Vitaminas y minerales (16,5%) y los Octógonos (14,6%). Lo que menos se revisó fue el contenido de Sodio (3,6%) y de Carbohidratos (4,7%).

Gráfico 267. Proporción del tipo de información que revisa el cuidador en la etiqueta de los productos para la alimentación del niño de forma frecuente (n=703). Perú; 2021



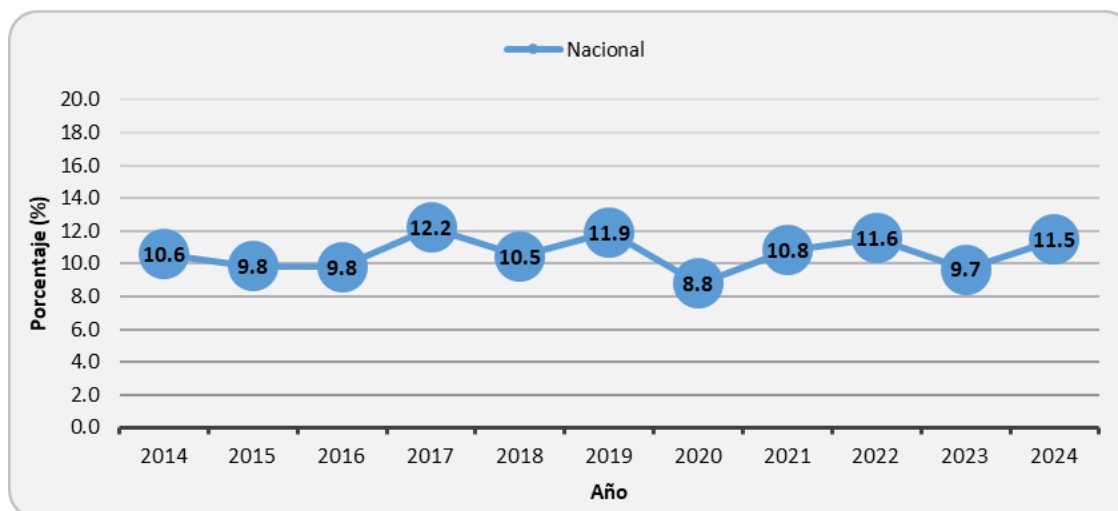
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Informe técnico: Hábitos y consumo de alimentos saludables del niño de 5 a 11 años - Encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida - VIANEV 2021

4.2.3 Conductas relacionadas al exceso de peso en adolescentes de 12 a 17 años

4.2.3.1 Consumo de frutas y verduras en adolescentes de 15 a 17 años

Según el INEI, entre los años 2014 y 2024, el consumo de cinco porciones de frutas o verduras se mantuvo estable; evidenciándose que, una de cada 10 adolescentes de 15 a 17 años consumió cinco porciones de frutas o verduras al día, que significa que el 90% no lo hace.

Gráfico 268. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en adolescentes de 15 a 17 años a nivel nacional. Perú, 2014-2024.

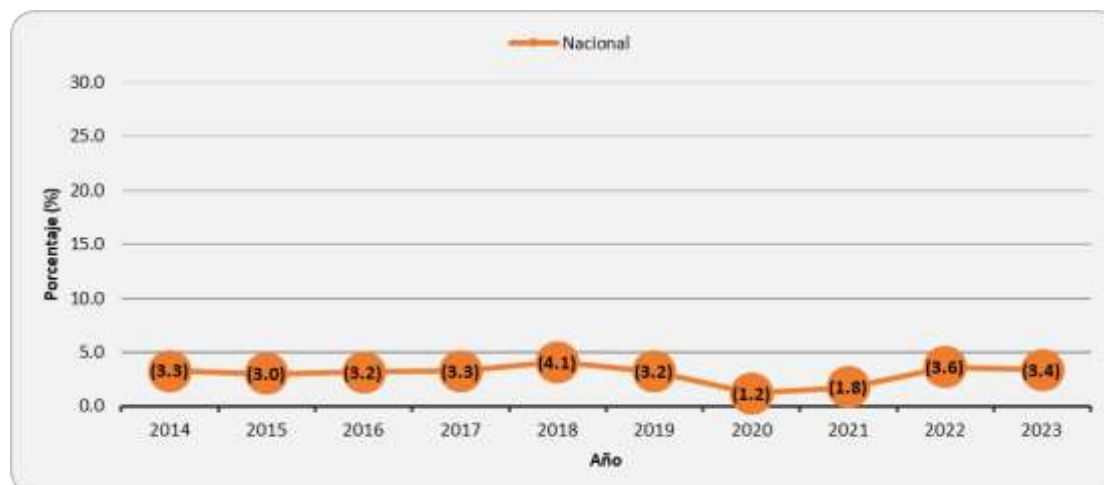


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.2.3.2 Consumo de Tabaco en adolescentes de 15 a 17 años

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, a nivel nacional, el porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años que actualmente fuman cigarrillos se mantuvo estable entre los años 2014 y 2024.

Gráfico 269. Adolescentes de 15 a 17 años que actualmente fuman cigarrillos a nivel nacional. Perú 2014-2024



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

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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.2.3.3 Consumo de Alcohol en adolescentes de 15 a 17 años

Según el INEI, en el año 2014, el 15,6% (IC 95%: 13,2; 18,1) de los adolescentes de 15 a 17 años consumió bebidas alcohólicas en los últimos 30 días; y para el año 2020 su consumo disminuyó significativamente a 9,7% (IC 95%: 7,8; 11,7) debido a la pandemia de COVID-19, encontrándose en 11,7% (IC 95%: 9,4; 14,0) para el año 2024.

Según área y dominio de residencia, el consumo de alcohol en el último mes, en todos los periodos evaluados, tuvo una tendencia similar a lo encontrado a nivel nacional y, fue mayor en los residentes del área urbana y en la costa.

Gráfico 270. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adolescentes de 15 a 17 años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2014-2024



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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Gráfico 271. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adolescentes de 15 a 17 años según dominio de residencia. Perú, 2014-2024



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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al sexo, entre los años 2014 y 2024 la tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días se mantuvo estable en hombres. Sin embargo, en mujeres adolescentes de 15 a 17 años, se observó una tendencia hacia el incremento en el consumo de alcohol entre los años 2020 y 2023, disminuyendo a 13,6% en el 2024.

Gráfico 272. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adolescentes de 15 a 17 años según sexo. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.2.4 Conductas relacionadas al exceso de peso en jóvenes

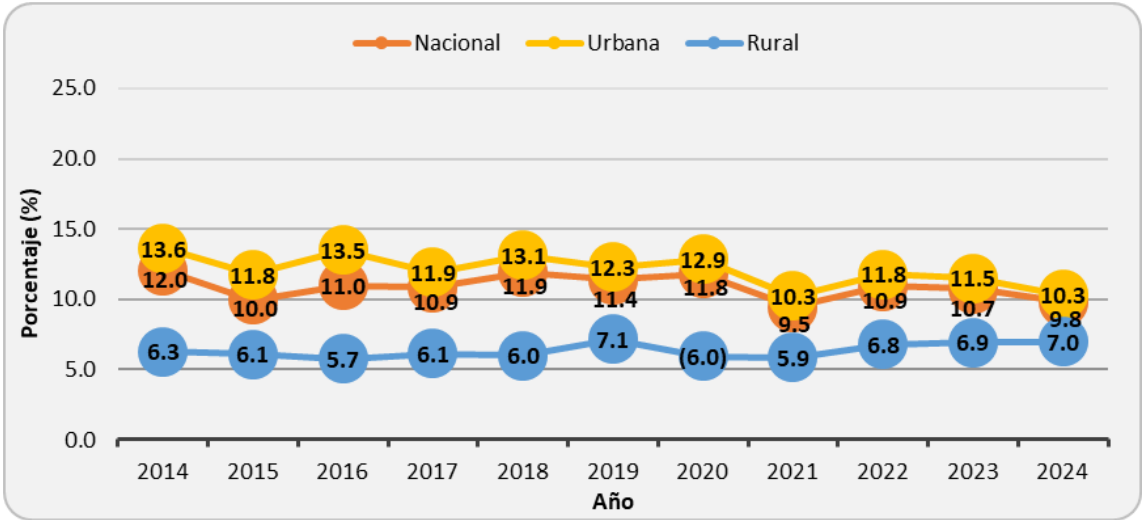
4.2.4.1 Consumo de frutas y verduras en jóvenes de 18 a 29 años

Según el INEI, a nivel nacional, entre los años 2014 y 2024, el consumo de cinco porciones de frutas o verduras se mantuvo estable, manteniéndose en el rango de 10% a 12%; evidenciándose que, uno de cada diez jóvenes consumió cinco porciones de frutas o verduras al día, pero nueve de cada diez no lograron consumir dicho requerimiento.

Según área de residencia se observa una tendencia estable en el consumo de cinco porciones de frutas y/o verduras, siendo superior en todos los periodos evaluados en el área urbana.

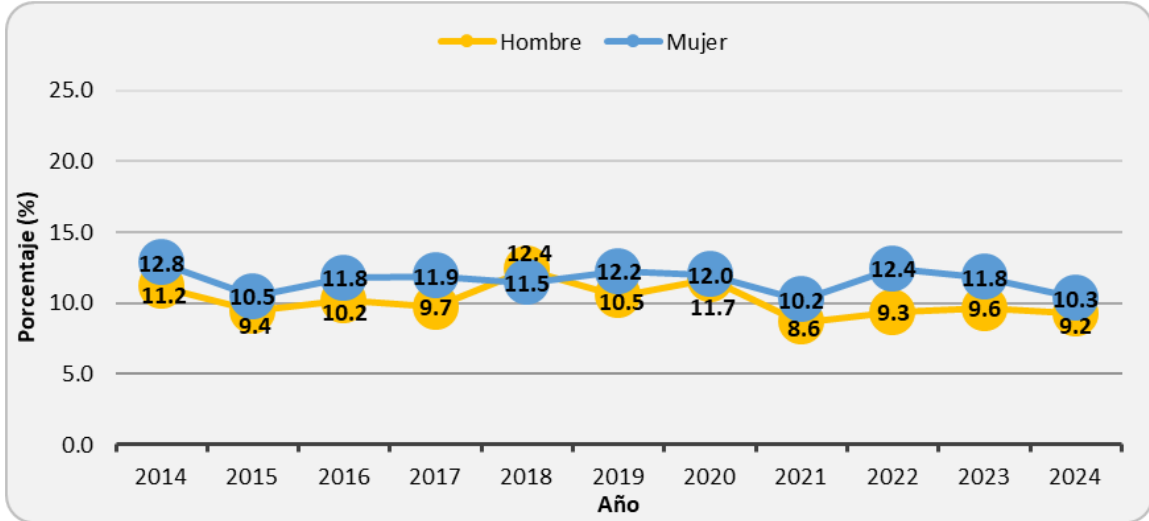
De acuerdo al sexo, el consumo fue cercano entre hombres y mujeres, manteniendo su tendencia de consumo de cinco frutas y/o verduras en el rango de 8,6% a 12,4%, siendo ligeramente mayor en la mujer.

Gráfico 273. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en jóvenes de 18 a 29 años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2014-2024.



Nota: () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

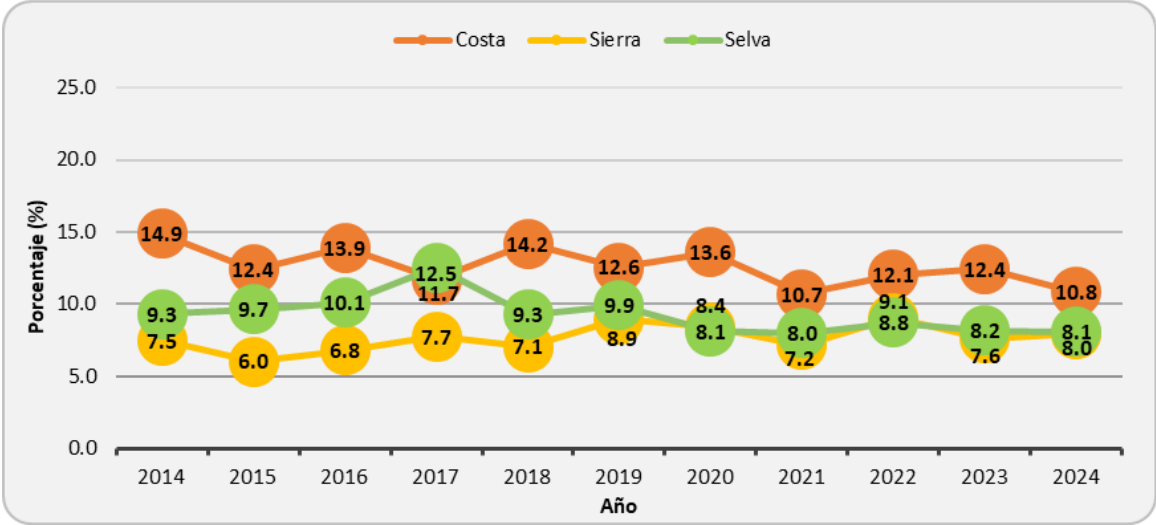
Gráfico 274. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en jóvenes de 18 a 29 años según sexo. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

En los tres dominios de residencia, el consumo de cinco frutas y/o verduras se mantuvo estable, siendo superior en la Costa y menor en la Sierra en casi todos los periodos evaluados.

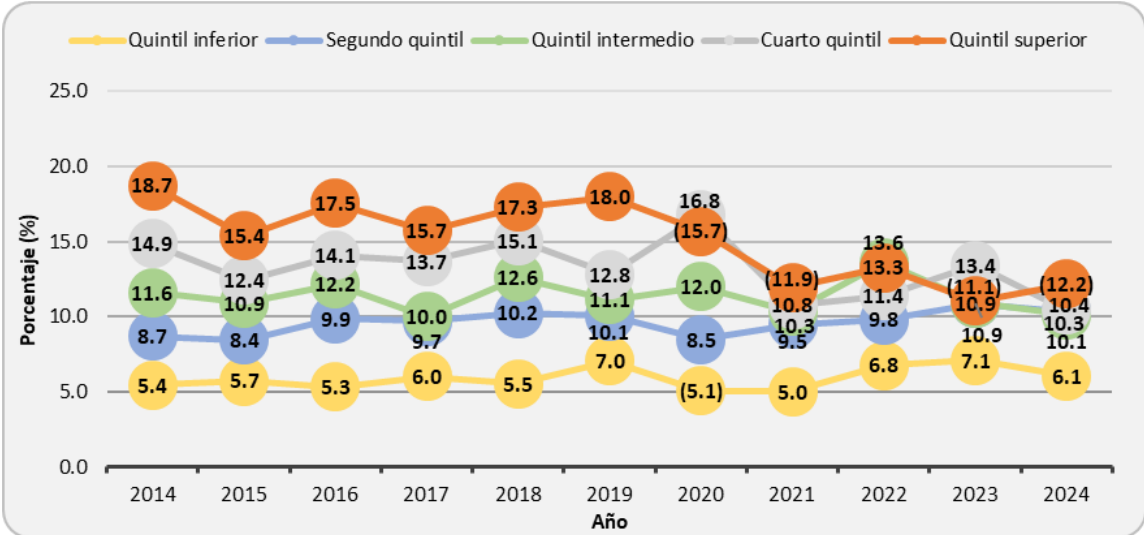
Gráfico 275. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en jóvenes de 18 a 29 años según dominio de residencia. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según quintil de bienestar, se puede observar un mayor consumo de cinco porciones de frutas y verduras en el quintil superior y cuarto quintil entre los años 2014 y 2020, sin embargo, después de la pandemia por COVID-19, su consumo descendió principalmente en el quintil superior.

Gráfico 276. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en jóvenes de 18 a 29 años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024.

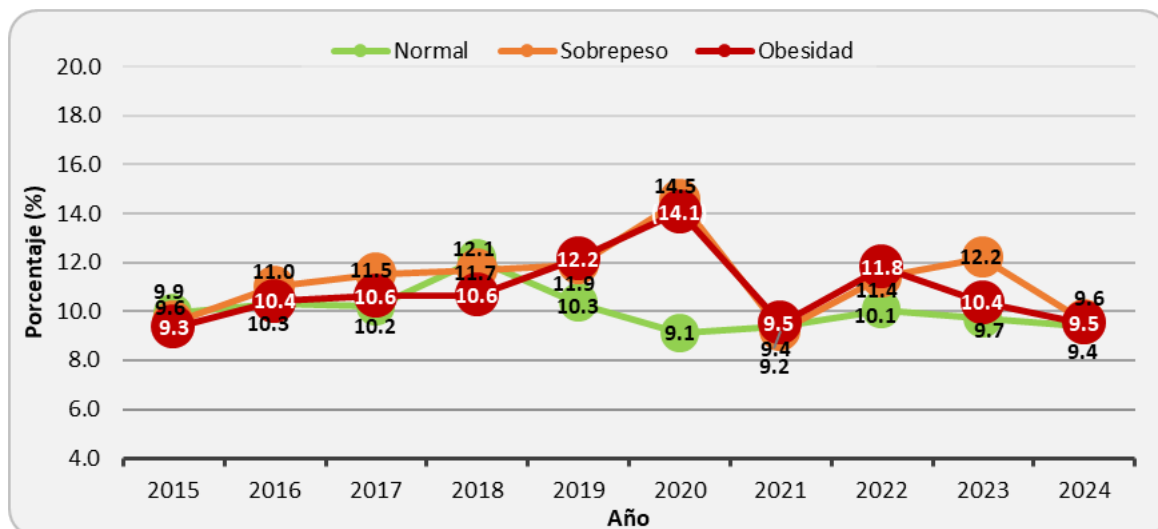


Nota: () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al estado nutricional, el consumo de cinco porciones de frutas y verduras fue similar en los jóvenes independientemente del diagnóstico de sobrepeso, obesidad o normalidad.

Gráfico 277. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en jóvenes de 18 a 29 años según estado nutricional. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.2.4.2 Consumo de Tabaco en jóvenes de 18 a 29 años

Según el INEI, a nivel nacional, el porcentaje de jóvenes que actualmente fuman cigarrillos disminuyó de 17,4% (IC95%: 15,9; 18,8) a 11,2% (IC95%: 10,0; 12,3) entre los años 2014 y 2024.

De la misma manera, entre los años 2014 y 2024, se observó una disminución de 7,5 pp en el consumo de cigarrillos en el último mes en los jóvenes residentes del área urbana, con cifras de 19,1% (IC95%: 17,3; 20,9) y 11,6% (IC95%: 10,2; 12,9) respectivamente. En el área rural, se observó una disminución en el periodo 2014-2020, aumentando progresivamente a valores previos a la pandemia por COVID-19 en el 2024.

Gráfico 278. Jóvenes de 18 a 29 años que actualmente fuman cigarrillos a nivel nacional y según área de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según dominio de residencia, se observó que en las tres regiones hubo una disminución en el periodo 2014-2020, manteniendo la costa y la sierra dicha reducción al 2024. Sólo la selva, aumentó progresivamente a valores previos a la pandemia por COVID-19 en el 2024.

Gráfico 279. Jóvenes de 18 a 29 años que actualmente fuman cigarrillos según dominio de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según sexo, entre los años 2014 y 2024, el consumo de cigarrillos en el último mes se redujo en 7,5 pp en hombres, con cifras de 28,6% (IC95%: 26,1; 31,1) y 18,5% (IC95%: 16,6; 20,5), respectivamente, mientras que en mujeres disminuyó de 7,2% (IC95%: 5,7; 8,7) a 4,1% (IC95%: 2,9; 5,3) en el mismo periodo. El consumo de tabaco en jóvenes fue de cuatro a cinco veces mayor en hombres que en mujeres en el periodo evaluado.

Gráfico 280. Jóvenes de 18 a 29 años que actualmente fuman cigarrillos según sexo. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al nivel educativo, entre los años 2014 y 2024, el consumo de cigarrillos en el último mes se redujo en los jóvenes con nivel superior de 18,7% (IC95%: 16,2; 21,3) a 10,2% (IC95%: 8,3; 12,0), y en aquellos con secundaria de 17,6% (IC95%: 15,6; 19,6) a 12,0% (IC95%: 10,3; 13,6). En los jóvenes con nivel hasta primaria se observaron valores en el rango de 6,6% a 10,9%.

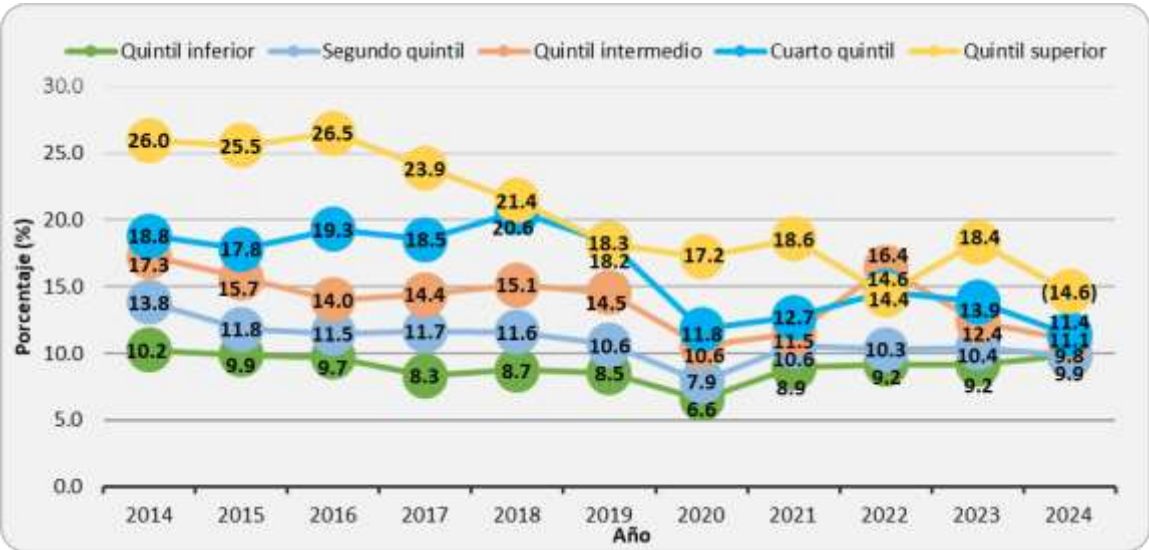
Gráfico 281. Jóvenes de 18 a 29 años que actualmente fuman cigarrillos según nivel de educación. Perú 2014-2024



Nota: () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según quintil de bienestar, el consumo de cigarrillos en el último mes se redujo entre los años 2014 y 2024 en el quintil intermedio (de 17,3% (IC95%: 14,3; 20,3) a 11,1% (IC95%: 8,7; 13,4)), en el cuarto quintil (de 18,8% (IC95%: 15,6; 22,0) a 11,4% (IC95%: 8,7; 14,2)) y en el quintil superior (de 26,0% (IC95%: 21,3; 30,6) a 14,6% (IC95%: 10,2; 19,1)). Así mismo se observó un mayor consumo a mayor quintil de bienestar.

Gráfico 282. Jóvenes de 18 a 29 años que actualmente fuman cigarrillos según quintil de bienestar. Perú 2014-2024



Nota: () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

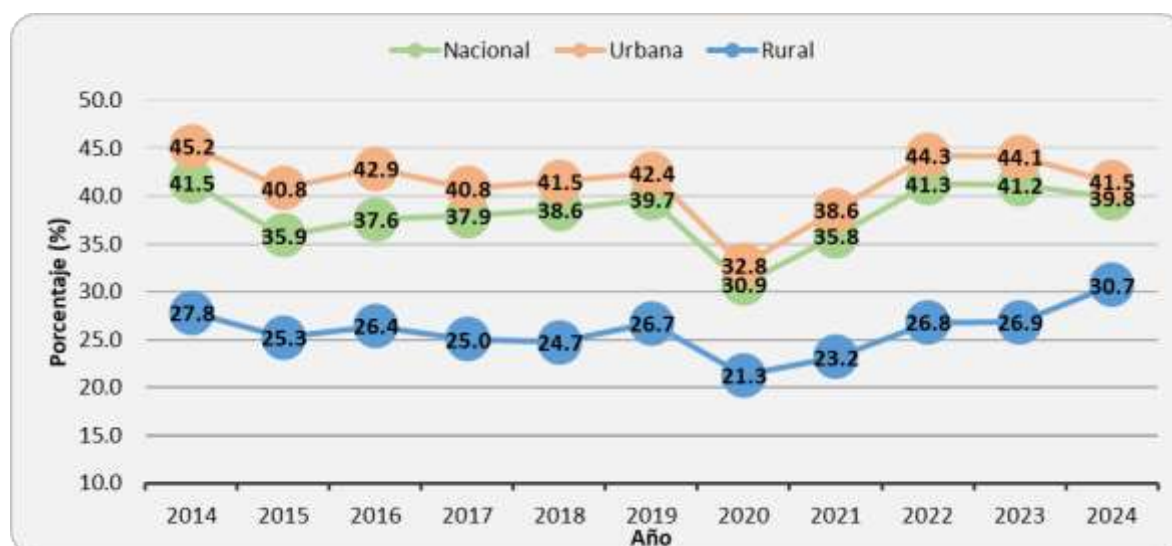
4.2.4.3 Consumo de Alcohol en jóvenes de 18 a 29 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el año 2014, el 41,5% de los jóvenes de 18 a 29 años, consumió bebidas alcohólicas en los últimos 30 días; y para el año 2020 su consumo disminuyó significativamente a 30,9%, en el inicio de la pandemia de COVID-19; sin embargo, volvió a los valores previos a la pandemia, aumentando a 39,8% para el año 2024.

Según área de residencia, el consumo de alcohol en el último mes, en todos los periodos evaluados, tuvo una tendencia similar a lo encontrado a nivel nacional, siendo mayor en los residentes del área urbana que en aquellos del área rural.

Por otro lado, según área de residencia, la proporción de consumo de alcohol en el último mes durante el periodo de estudio disminuyó muy poco en el área urbana (-3,7 pp) y aumento en el rural (+2,9 pp); disminuyendo la brecha entre ambos, de 17,4 pp en el 2014 a 10,8 pp en el 2024.

Gráfico 283. Tendencia a nivel nacional del consumo de alcohol en los últimos 30 días en jóvenes de 18 a 29 años según área de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Por otro lado, según dominio de residencia, la proporción de consumo de alcohol en el último mes se mantuvo estable en los tres dominios, observándose un mayor consumo en la costa, seguido de la selva, en todos los periodos evaluados.

Según sexo, el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días se mantuvo estable tanto en hombres como en mujeres; disminuyendo en el año 2020 debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, volvió a los valores previos a la pandemia para el año 2024. Cabe resaltar que, en todos los periodos evaluados, su consumo fue superior en hombres.

Gráfico 284. Tendencia a nivel nacional del consumo de alcohol en los últimos 30 días en jóvenes de 18 a 29 años según dominio de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Gráfico 285. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en jóvenes de 18 a 29 años según sexo. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al nivel educativo, se observó una tendencia estable, aunque disminuyendo en el año 2020 por la pandemia COVID-2019, pero volviendo a sus valores previos para el año 2024. Los jóvenes con nivel educativo superior tuvieron un consumo mayor de alcohol en los últimos 30 días, en todos los periodos evaluados, seguido de aquellos con nivel secundario.

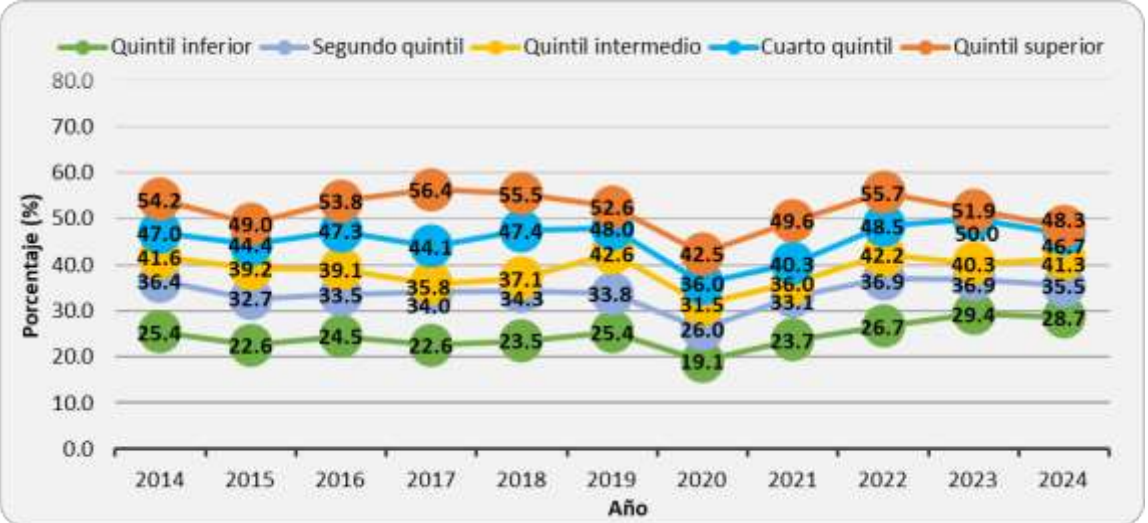
Gráfico 286. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en jóvenes de 18 a 29 años según nivel de educación. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

El consumo de alcohol en los últimos 30 días, según quintil de bienestar tuvo una tendencia estable, siendo superior en los jóvenes del quintil superior, cuarto quintil y del quintil intermedio, con cifras mayores al 40% en el año 2024.

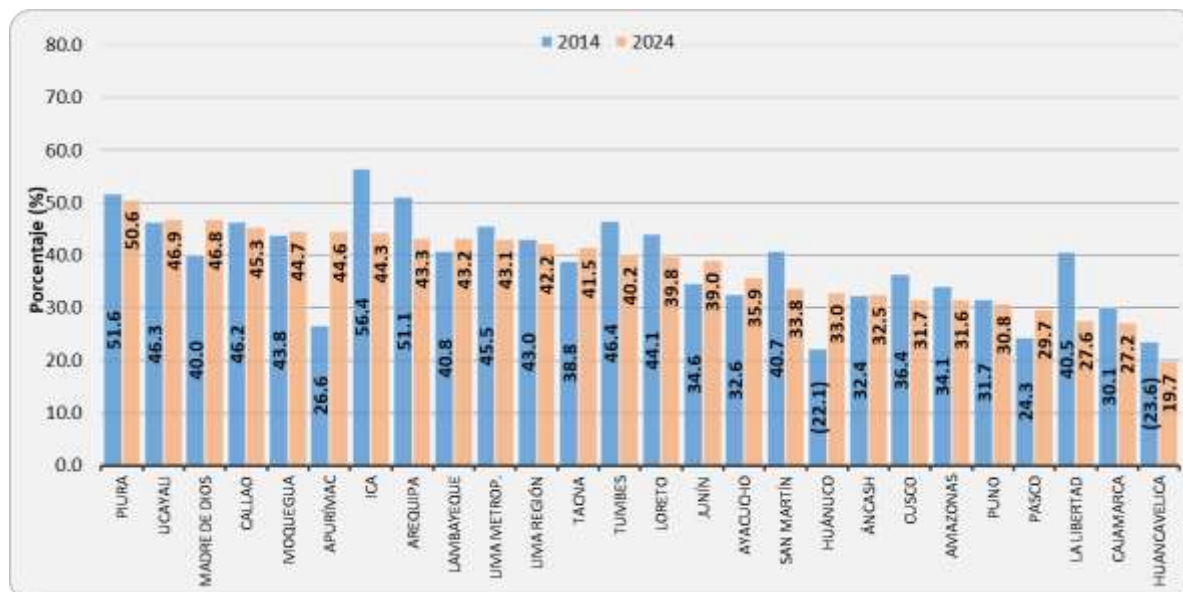
Gráfico 287. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en jóvenes de 18 a 29 años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según el INEI, en el año 2024, las mayores proporciones de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en jóvenes se encontraron en los departamentos de Piura, Ucayali, Madre de Dios y Callao, todos ellos con cifras superiores al 45,0%. Las menores proporciones de consumo de alcohol se observaron en los departamentos de Pasco, La Libertad, Huancavelica y Cajamarca con cifras por debajo del 30%.

Gráfico 288. Variación de consumo de alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días en jóvenes de 18 a 29 años según departamentos. Perú 2014 y 2024



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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.2.4.4 Actividad física en jóvenes de 18 a 29 años.

Según la OMS, la actividad física es cualquier movimiento corporal intencional producido por los músculos esqueléticos que determina un gasto energético. Incluye al deporte y al ejercicio, pero también a las actividades diarias como subir escaleras, realizar tareas en el hogar o en el trabajo, trasladarse caminando o en bicicleta y las actividades recreativas ²².

Según la Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV), en el periodo 2017-2018, casi tres de cada cinco jóvenes de 18 a 29 años realizaron actividad física baja o ligera; y la actividad física moderada fue observada en uno de cada tres jóvenes peruanos. En el caso de la actividad física alta, esta solo fue realizada por el 2,8 % de los jóvenes.

En todos los grupos de edad predominó la actividad física baja o ligera. En los jóvenes de 18 a 19 años de edad se observó que siete de cada diez realizaron actividad baja o ligera y uno de cada cuatro adultos realizaron actividad física moderada, mientras que, en el grupo de edad de 20 a 29 años, casi seis de cada diez adultos realizaron actividad física baja o ligera y casi tres de cada diez jóvenes realizó actividad física moderada.

Para los que residen en Lima Metropolitana y Callao, la actividad física baja o ligera se observó en casi tres de cada cinco jóvenes de 18 a 29 años y la actividad física moderada fue observada en casi cuatro de cada diez jóvenes. En el caso de las personas que residen en el resto urbano, se observó que casi siete de cada diez jóvenes de 18 a 29 años realizaron actividad física baja o ligera

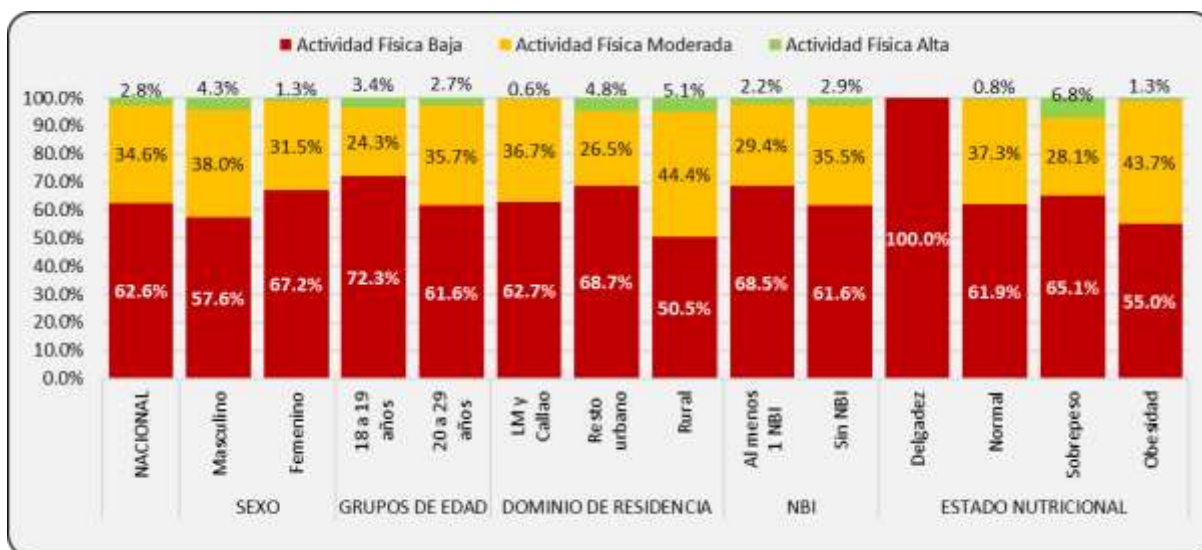
²² A moverse. Guía de Actividad Física. Autor: Ministerio de Salud - Secretaría Nacional del Deporte- República Oriental del Uruguay-OPS 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/WEB%20-%20Guía%20de%20actividad%20física%20-%20MSP-compressed.pdf>

y uno de cada cuatro jóvenes realizaron actividad física moderada. Finalmente, en el área rural se observó que cuatro de cada diez jóvenes de 18 a 29 años de edad realizaron actividad física baja o ligera y cinco de cada diez jóvenes realizaron actividad física moderada. Respecto de la actividad física alta, el mayor porcentaje fue realizado en el área rural (5,1% de jóvenes), seguido del resto urbano (4,8% de jóvenes).

Según sexo, casi seis de cada diez hombres de 18 a 29 años de edad realizaron actividad física baja o ligera y casi cuatro de cada diez hombres realizaron actividad física moderada. En el caso de las mujeres, casi siete de cada diez realizaron actividad física baja o ligera y casi tres de cada diez realizan actividad física moderada. Respecto de la actividad física alta, el mayor porcentaje fue realizado por los hombres (4,3%) en comparación con las mujeres (1,3%).

De acuerdo a las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), un poco más del 60% de jóvenes de 18 a 29 años sin NBI realizaron actividad física baja o ligera y casi cuatro de cada diez realizaron una actividad física moderada; mientras que, casi siete de cada diez jóvenes con al menos una NBI, realizaron actividad física baja o ligera y casi tres de cada diez tuvieron una actividad física moderada.

Gráfico 289. Actividad física en los jóvenes de 18 a 29 años, a nivel nacional y según grupos de edad y dominio de residencia. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Base de datos de la Encuesta VIANEV 2017-2018.

Por otro lado, se puede observar que, en el periodo 2017 - 2018, el 100% de los jóvenes de 18 a 29 años con un estado nutricional de delgadez realizaron actividad física baja o ligera; en el caso de los jóvenes con estado nutricional normal, se observó que seis de cada diez realizaron actividad física baja o ligera y casi cuatro de cada diez realizaron actividad física moderada; en los jóvenes con sobrepeso se observó que seis de cada diez realizaron actividad física baja o ligera y tres de cada diez tuvieron una actividad física moderada, y por último, en los adultos con obesidad se observó que casi seis de cada diez realizaron actividad física baja o ligera y cuatro de cada diez adultos realizaron actividad física de grado moderado. La actividad física alta fue realizada por el 6,8% de los adultos de 18 a 29 años con sobrepeso.

4.2.5 Conductas relacionadas al exceso de peso en adultos de 30 a 59 años

4.2.5.1 Ingesta de energía y nutrientes en adultos de 18 a 59 años

a. Ingesta de Energía en adultos de 18 a 59 años

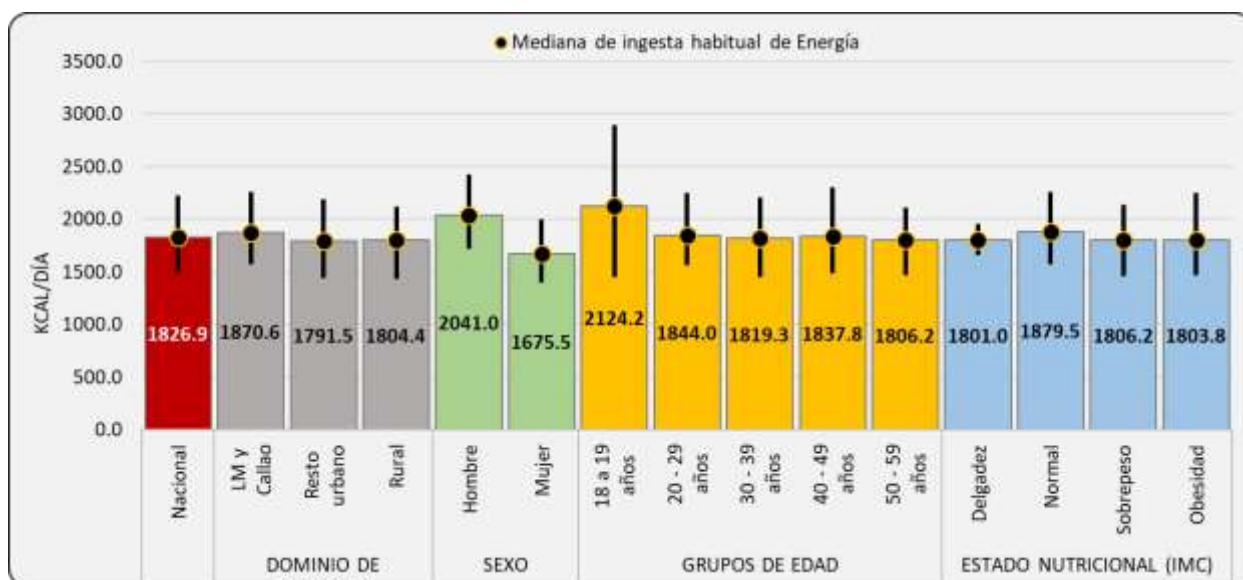
Según los resultados del Informe Técnico de la Vigilancia Alimentaria Nutricional por Etapas de Vida- Adultos 2017-2018, a nivel nacional, en el periodo 2017-2018, la mediana de ingesta habitual de energía en adultos fue de 1826,5 Kcal. (LI: 1484,7 Kcal y LS: 2227,5 kcal).

La mediana de ingesta habitual de energía fue mayor en hombres que en mujeres, con cifras de 2040,8 Kcal (LI: 1719,7 Kcal y LS: 2428,3 Kcal) y 1674,6 Kcal (LI: 1398,7 Kcal y LS: 1998,1 Kcal) respectivamente, según grupos de edad el consumo energético fue más alto en los jóvenes de 18-19 años, en comparación con los adultos de 50-59 años.

De acuerdo al dominio de residencia, la mediana de ingesta habitual de energía en adultos de Lima Metropolitana-Callao y en el dominio rural, fueron ligeramente mayores a la mediana nacional, con 1869,4 Kcal (LI: 1576,1 Kcal y LS: 2260,0 Kcal) y 1933,2 Kcal (LI: 1661,5 Kcal y LS: 2239,9 Kcal) respectivamente.

Respecto al estado nutricional, se puede observar que la mediana de ingesta de energía fue discretamente mayor en el estado nutricional normal respecto a los demás.

Gráfico 290. Mediana de ingesta habitual de Energía en adultos de 18 a 59 años según características. Perú, periodo 2017-2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

Para el porcentaje de adecuación de consumo de energía, se clasificó como “cubre” cuando cubrió entre 90% a 110% sus requerimientos de energía de acuerdo a Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (2002/2005), debajo de ellos se consideró “no cubre” y sobre estos, “cubre en exceso”.

A nivel nacional, el 27,7% (IC95%: 25,0-30,5) de adultos cubrió entre el 90-110% de sus requerimientos de energía, mientras que el 25,7% (IC95%: 23,0-28,6) consumieron en exceso y el 46,7 % (IC95%: 43,6-49,8) no cubrió su requerimiento.

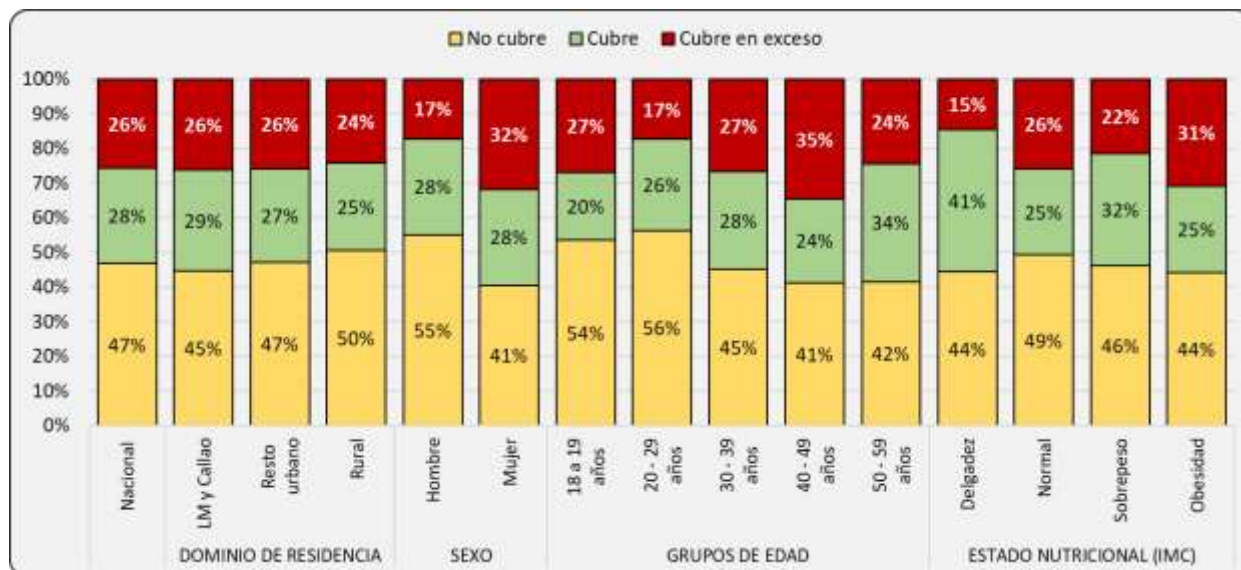
Las mujeres cubrieron en exceso sus requerimientos de energía en mayor proporción que los varones (31,8% en mujeres y 17,2% en varones). Por otro lado, la proporción varones y mujeres que no cubrieron su requerimiento se diferenciaron aproximadamente de quince puntos porcentuales.

El grupo de edad que cubrió en mayor porcentaje en exceso sus requerimientos energéticos fue el de 40 a 49 años con un 34.5%. Así mismo, la proporción de adultos que cubrieron sus requerimientos en exceso fue similar en los tres dominios de residencia, mientras que los que no cubrieron sus requerimientos fue ligeramente mayor en la zona rural (50,4%).

El exceso en el consumo de energía se encontró en mayor proporción en los adultos con obesidad.

En resumen, alrededor de la mitad de los adultos no cubren su requerimiento; aproximadamente un cuarto lo hace en exceso y el otro cuarto cubre su requerimiento, excepto en las mujeres, los adultos de 50-59 años y los adultos delgados.

Gráfico 291. Porcentaje de adultos de 18 a 59 años que cubren sus requerimientos de Ingesta de Energía, según características. Perú, periodo 2017-2018



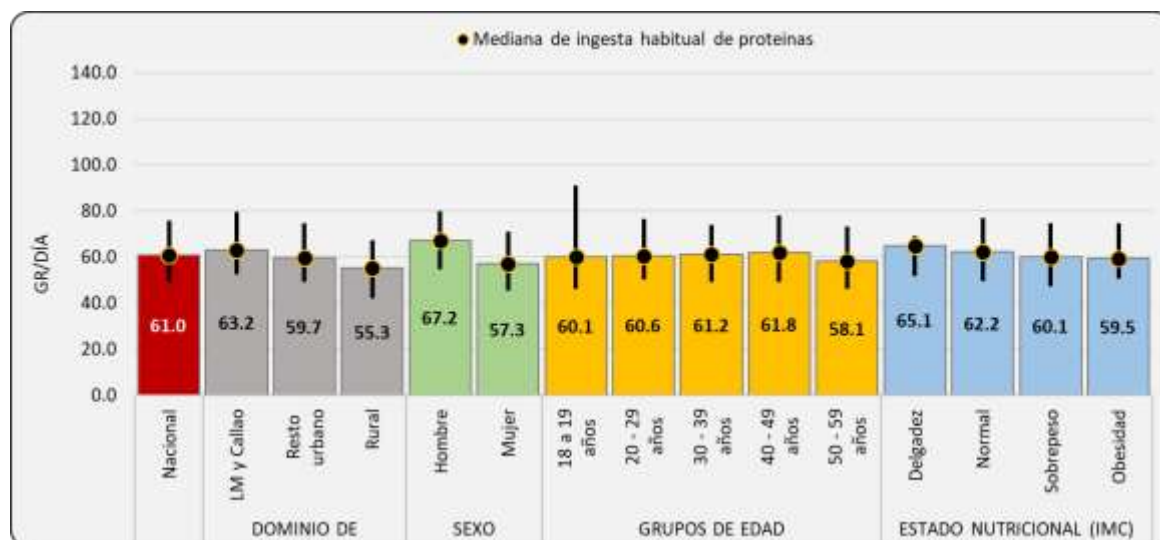
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

b. Ingesta de Proteínas en adultos de 18 a 59 años

Según la encuesta VIANEV, a nivel nacional, en el periodo 2017-2018, la mediana de ingesta habitual de proteínas en adultos fue de 61,0 g (LI: 49 g y LS: 75.8 g), siendo ligeramente mayor su consumo en hombres que en mujeres, con cifras de 67,2 g (LI: 54,6 g y LS: 80,3 g) y mujeres fue 57,3 g (LI: 45,5 g y LS: 70,9 g) respectivamente. Según grupos de edad, las medianas de consumo de proteínas fueron similares.

De acuerdo al dominio de residencia, la mediana de ingesta habitual de proteínas en adultos de Lima Metropolitana estuvo por encima de la mediana nacional, con 63,3 g (LI: 52,2 g y LS: 79,6 g), siendo ligeramente mayor al resto urbano y rural. Respecto al estado nutricional, los adultos con delgadez tuvieron un mayor consumo total de proteínas, al compararlo con los adultos con normalidad o exceso de peso.

Gráfico 292. Mediana de ingesta habitual de Proteínas en adultos de 18 a 59 años según dominio de residencia y estado nutricional. Perú, periodo 2017-2018.



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

En el caso de proteínas se consideró que el adulto cubrió sus requerimientos cuando consumió el 100% de lo recomendado según Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (2002/2005); cifras inferiores fueron consideradas como “no cubre”.

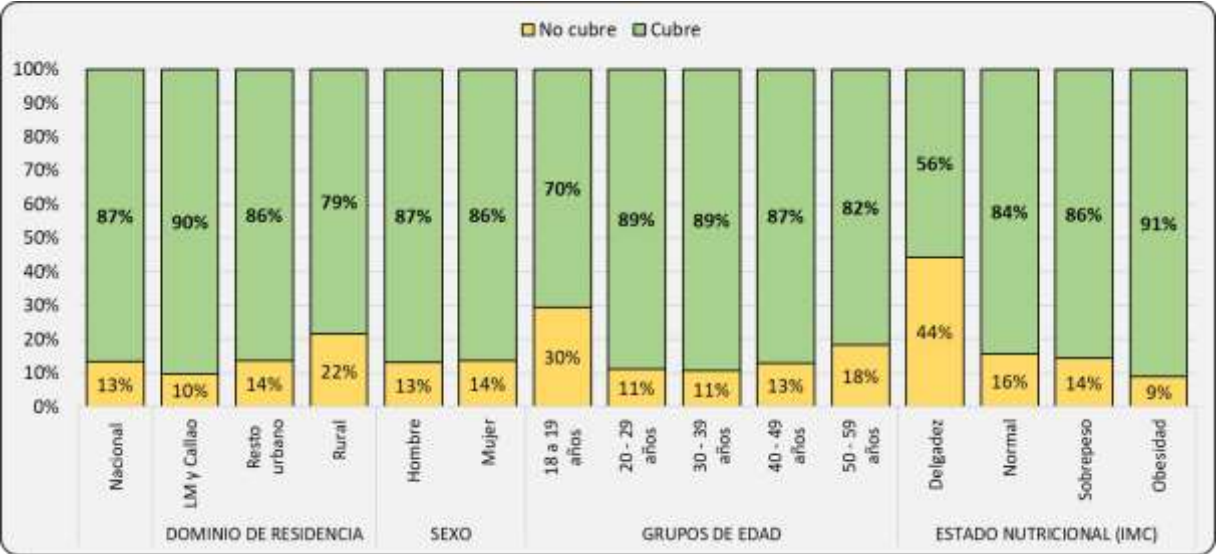
La proporción de adultos que cubrieron sus requerimientos de proteínas fue de casi nueve de cada diez a nivel nacional.

Según sexo, no se evidencia diferencias significativas entre varones y mujeres; sin embargo, según grupos de edad se pudo observar que en el grupo de 18-19 años, tres de cada diez no cubrieron sus requerimientos de proteína.

Por otro lado, se encontró que nueve de cada diez adultos que residen en Lima Metropolitana cubrieron sus requerimientos de proteínas. Así mismo se pudo observar que al menos uno de cada cinco adultos del dominio rural no cubrió sus requerimientos de proteínas.

De acuerdo al estado nutricional, se puede observar que al menos dos de cada cinco adultos con diagnóstico de delgadez no cubrieron sus requerimientos de proteínas, en los adultos obesos no fue cubierto en alrededor de uno de cada diez evaluados y en los adultos con peso normal y sobrepeso, alrededor de uno de cada siete no cubrieron sus requerimientos de proteínas.

Gráfico 293. Porcentaje de adultos de 18 a 59 años que cubren sus requerimientos de Ingesta de Proteínas, según características. Perú, periodo 2017-2018.



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

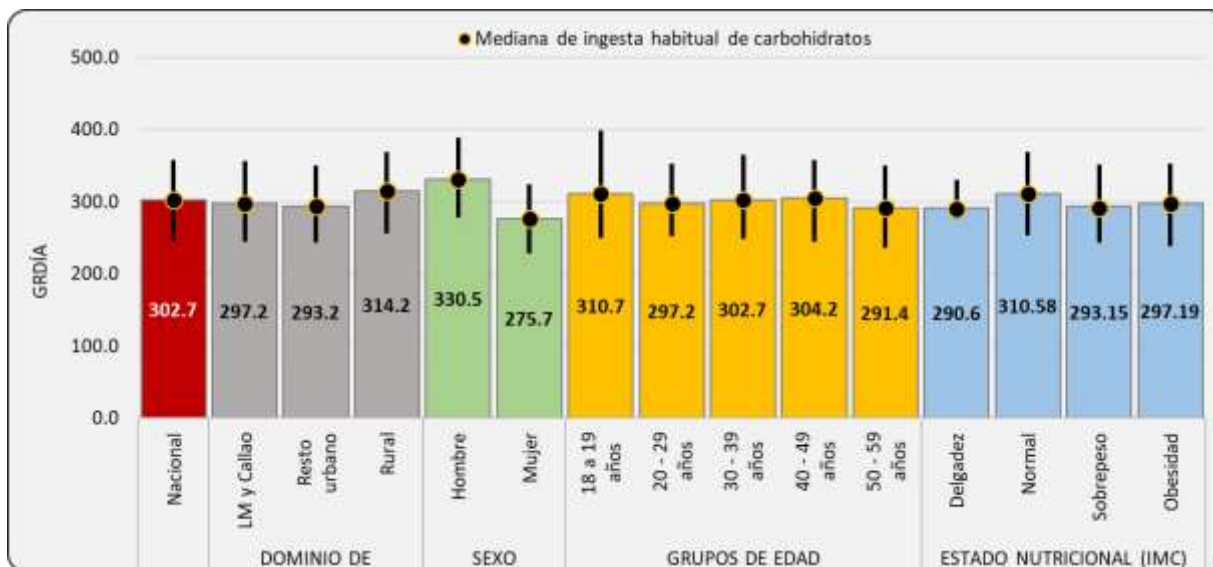
c. Ingesta de carbohidratos en adultos de 18 a 59 años

Según la encuesta VIANEV, a nivel nacional, en el periodo 2017-2018, la mediana de ingesta habitual de carbohidratos en adultos fue de 302,7 g (LI: 245,7 g y LS: 357,1 g).

De acuerdo al sexo, la mediana de ingesta habitual de carbohidratos en los hombres fue ligeramente mayor que en mujeres (330,5 g y 275,7 g respectivamente), y de acuerdo a grupos de edad, las medianas de consumo de proteínas fueron cercanas, siendo ligeramente mayor en el grupo de edad de 18 a 19 años (310,7 g (LI: 250,0 g y LS: 398,1 g)).

La mediana de ingesta habitual de carbohidratos en adultos del dominio rural estuvo por encima de la mediana nacional, con 314,2 g (LI: 256,2 g y LS: 368,2 g). Las medianas de ingesta de carbohidratos para los dominios Lima Metropolitana y urbano fueron 297,3 g (LI: 245,7 g y LS: 355,8 g) y 293,3 g (LI: 244,2 g y LI: 349,6 g) respectivamente. La mediana del adulto normal fue mayor que el de los adultos delgados o con exceso de peso.

Gráfico 294. Mediana de ingesta habitual de Carbohidratos en adultos de 18 a 59 años según dominio de residencia y estado nutricional. Perú, periodo 2017-2018.



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

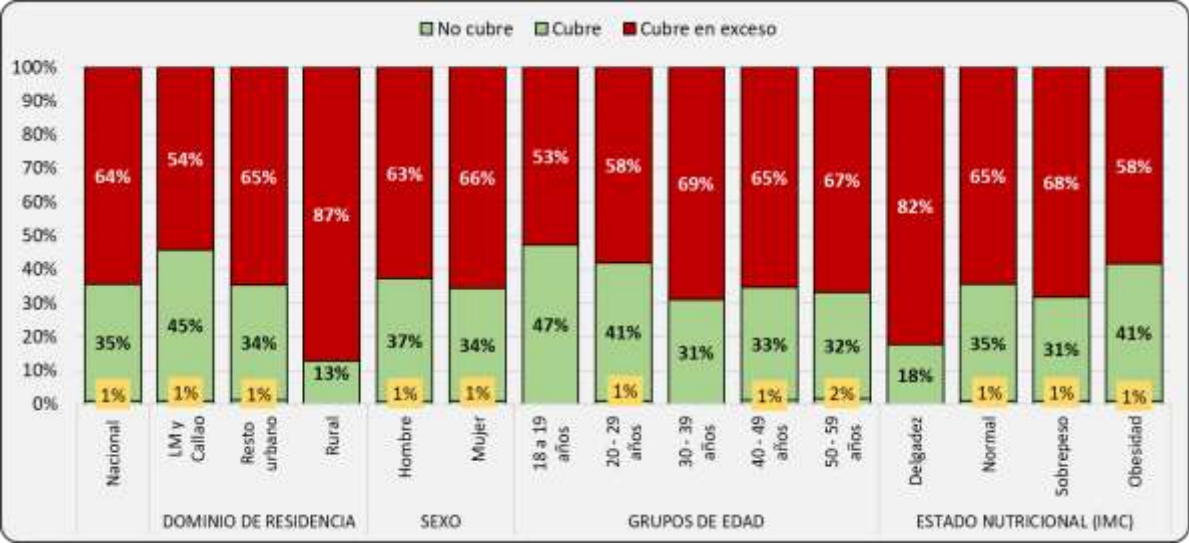
Para estimar el porcentaje de adultos que cubrió sus requerimientos de carbohidratos, según Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (2002/2005), se utilizó el porcentaje de adecuación de 45-65%, debajo de ellos se consideró déficit y sobre estos, exceso. Se puede observar que dos de cada tres adultos de 18 a 59 años cubrieron en exceso sus recomendaciones de carbohidratos. Así mismo, uno de cada tres adultos presentó una adecuación normal de carbohidratos, mientras que sólo el 0,9% los consumió de manera insuficiente.

Según el sexo, las mujeres presentaron una mayor proporción de consumo en exceso de carbohidratos que los varones (65,5% y 62,8% respectivamente); por otro lado, se pudo observar que a medida que avanzó la edad, aumentó la proporción de adultos que consumieron en exceso carbohidratos, siendo más alto en el grupo de 30-39 años, donde 7 de cada diez adultos consumieron carbohidratos en exceso.

De acuerdo a dominios de residencia, se puede observar que casi uno de cada dos adultos de Lima Metropolitana cubrió en exceso sus recomendaciones de carbohidratos; en resto urbano, casi dos de cada tres en exceso. Por otro lado, en el dominio rural, casi nueve de diez adultos los consumió en exceso.

Según el estado nutricional, se puede observar que cuatro de cada cinco adultos con delgadez cubrieron en exceso sus recomendaciones de carbohidratos, en las otras tres categorías, fue cubierto en exceso en alrededor de dos de cada tres adultos.

Gráfico 295. Porcentaje de adultos de 18 a 59 años que cubren sus recomendaciones de Ingesta de Carbohidratos, según características. Perú, periodo 2017-2018.



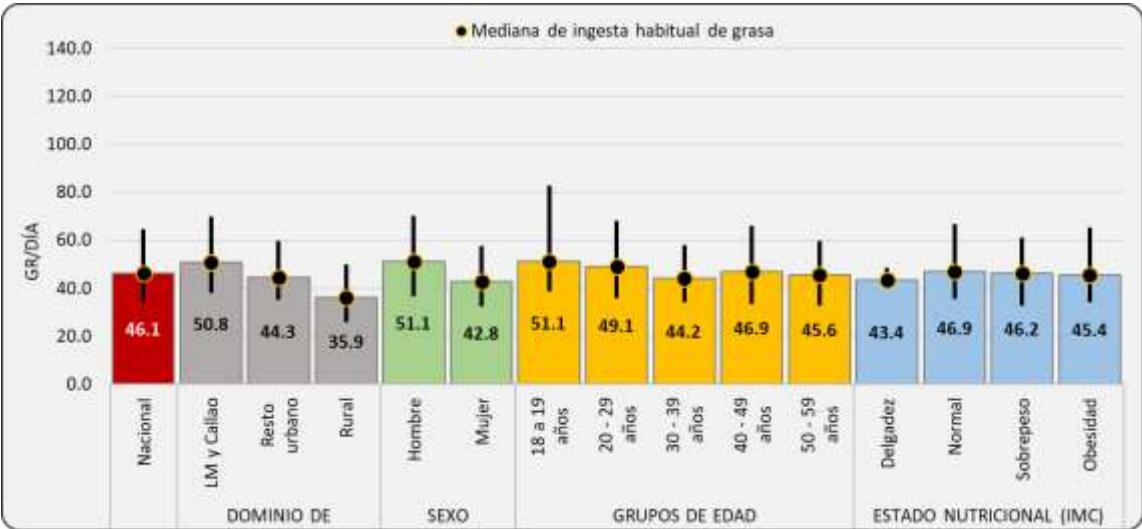
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

d. Ingesta de grasas en adultos de 18 a 59 años

Según los resultados de la encuesta VIANEV 2017-2018, a nivel nacional, en el periodo 2017-2018, la mediana de ingesta habitual de grasas en adultos fue de 46,1 g (LI: 34,3 g y LS: 64,0 g), siendo ligeramente mayor en hombres que en mujeres, así mismo, y levemente superior en los jóvenes de 18 a 19 años y en aquellos de 20 a 29 años, quienes tuvieron una mediana mayor a la nacional.

La mediana de ingesta habitual de grasas en adultos en Lima Metropolitana, estuvo por encima de la mediana nacional, con 50,8 g (LI: 38,1 g y LS: 69,7 g), siendo superior a lo encontrado en los dominios urbano y rural (44,3 g (LI: 34,8 g y LS: 59,7 g) y 35,9 g (LI: 25,9 g y LS: 49,9 g) respectivamente). No se encontró diferencias en el consumo usual de grasas según el IMC.

Gráfico 296. Mediana de ingesta habitual de Grasas en adultos de 18 a 59 años, según dominio de residencia y estado nutricional. Perú, periodo 2017-2018.



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

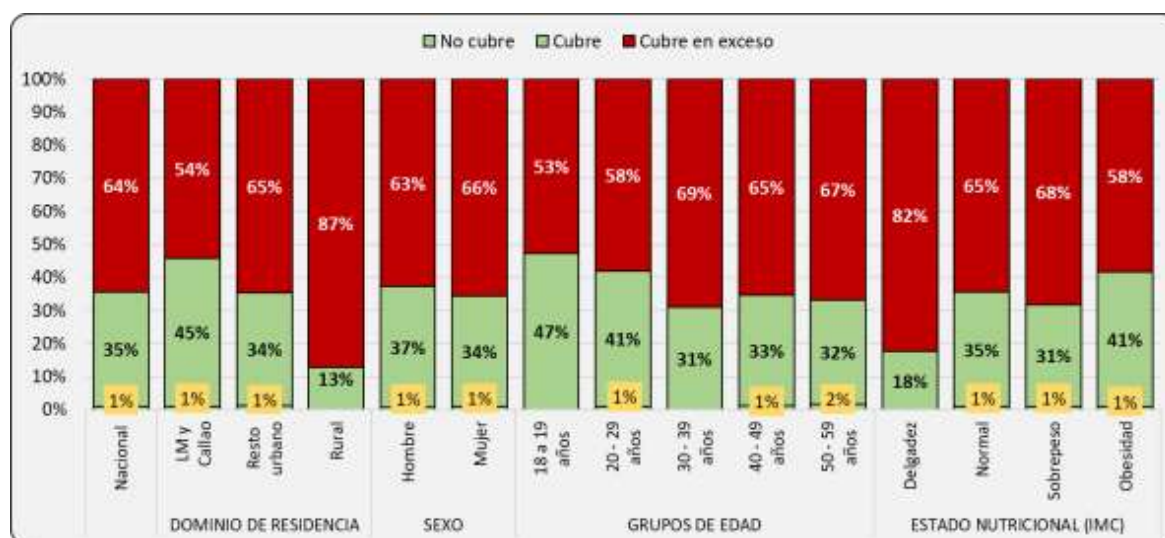
Para estimar el porcentaje de adultos que cubrió sus requerimientos de grasas, según FAO: Grasas y ácidos grasos en nutrición humana Consulta de expertos-2008, se utilizó el porcentaje de adecuación de 20-35%, debajo de ellos se consideró déficit y sobre estos, exceso.

A nivel nacional, se puede observar que la mitad de los adultos de 18 a 59 años cubrió de manera adecuada sus recomendaciones de grasa y el 5.6% lo cubrió en exceso. Por otro lado, cuatro de cada diez adultos no cubrieron sus recomendaciones.

Según el sexo, las mujeres y varones cubrieron en proporciones similares sus recomendaciones de grasa. Con respecto a la edad, el grupo que consumió un mayor porcentaje de grasa en exceso fueron los adultos de 40 a 49 años (9%), seguido del grupo de 18 a 19 años (8%); y los que en mayor porcentaje no cubrieron sus recomendaciones de grasa fue el de 30 a 39 años (44.1%) y 40 a 49 años (41%).

Lima Metropolitana tuvo en mayor porcentaje de adultos que cubrió sus recomendaciones de manera adecuada (65%). El dominio rural fue el que tuvo mayor porcentaje de adultos que no cubrieron sus recomendaciones (64.1%). Por otro lado, el exceso en el consumo de grasa se encontró en mayor proporción en los adultos con obesidad (8%).

Gráfico 297. Porcentaje de adultos de 18 a 59 años que cubren sus recomendaciones de Ingesta de Grasas totales, según características. Perú, periodo 2017-2018.



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

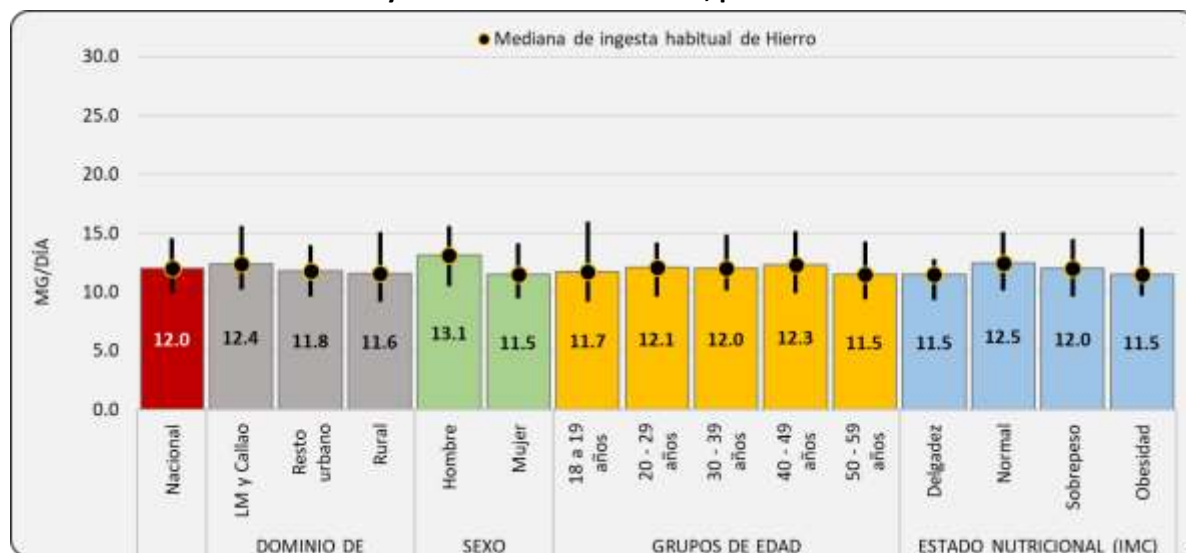
e. Ingesta de Hierro en adultos de 18 a 59 años

El consumo habitual de hierro en los adultos tuvo una mediana de 12,0 mg/día (LI: 29,9 LS: 14,6 al 95% de confianza).

Por otro lado, se aprecia que la Mediana de ingesta habitual de hierro en los hombres fue mayor (13,1 mg/día) que en las mujeres (11,5 mg/día); así mismo, el consumo habitual de hierro fue ligeramente mayor en el grupo de adultos de 40-49 años.

La ingesta habitual de hierro según dominio fue similar, aunque en el dominio rural y resto urbano fue levemente menor que en Lima Metropolitana. Según el estado nutricional, el consumo de hierro fue ligeramente menor en los adultos con delgadez y obesidad.

Gráfico 298. Mediana de ingesta habitual de Hierro en adultos de 18 a 59 años, según dominio de residencia y estado nutricional. Perú, periodo 2017-2018.



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

En el caso del Hierro, se tomó como referencia a la FAO/WHO para estimar las recomendaciones. Se consideró que el adulto cubrió sus recomendaciones cuando consumió el 100% de lo recomendado (mujeres= 24,5 mg/día y hombres= 11,4 mg/día, valores equivalentes a una dieta mixta de 12% de biodisponibilidad) ²³.

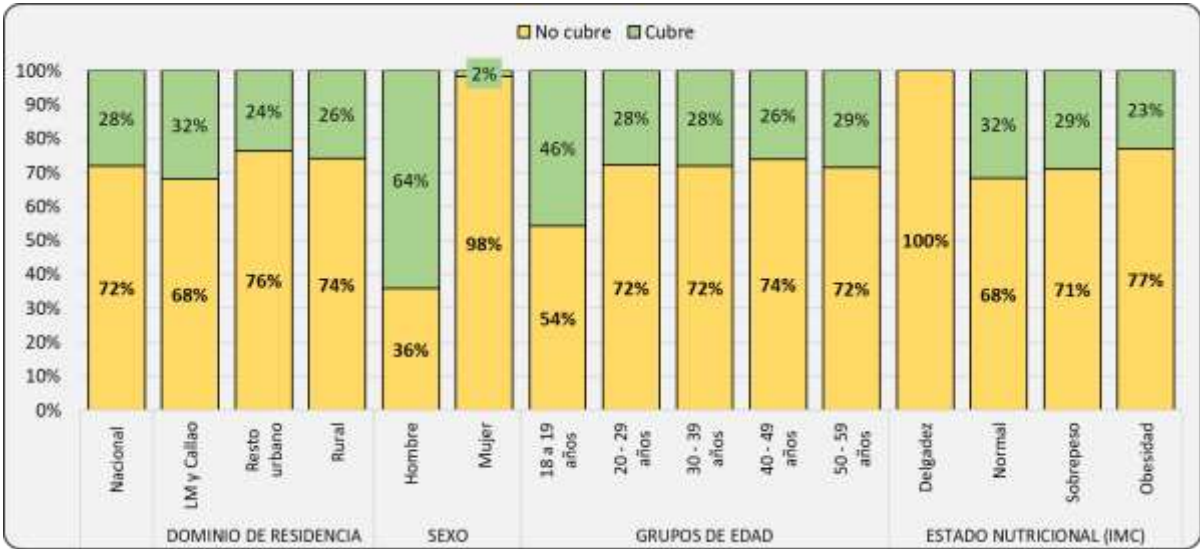
A nivel nacional, se puede observar que siete de cada diez adultos no cubrieron sus requerimientos de hierro. Según dominios de residencia, se puede observar que sólo tres de cada diez adultos de Lima Metropolitana cubrieron sus requerimientos de hierro, mientras en resto urbano y rural, fue cubierto casi por la cuarta parte de los adultos.

De acuerdo al sexo, sólo el 1.7% de las mujeres cubrieron sus requerimientos de hierro, mientras que en los varones los requerimientos fueron cubiertos por casi dos de cada tres. Así mismo, casi la mitad de los adultos de 18-19 años (46%) cubrieron sus requerimientos de hierro de manera adecuada, mientras que en los otros grupos de edad fueron cubiertos en alrededor de tres de cada diez.

Según el estado nutricional, se puede observar que ningún adulto con delgadez cubrió sus requerimientos, en los adultos con adecuado peso y sobrepeso fue cubierto por tres de cada diez, mientras que en los adultos con obesidad fue cubierto en casi uno de cada cuatro evaluados.

²³ World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations. Vitamin and mineral requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO expert consultation, Bangkok, Thailand, 21–30 September 1998. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42716/1/9241546123.pdf>

Gráfico 299. Porcentaje de adultos de 18 a 59 años que cubren sus recomendaciones de Ingesta de Hierro total, según características. Perú, periodo 2017-2018

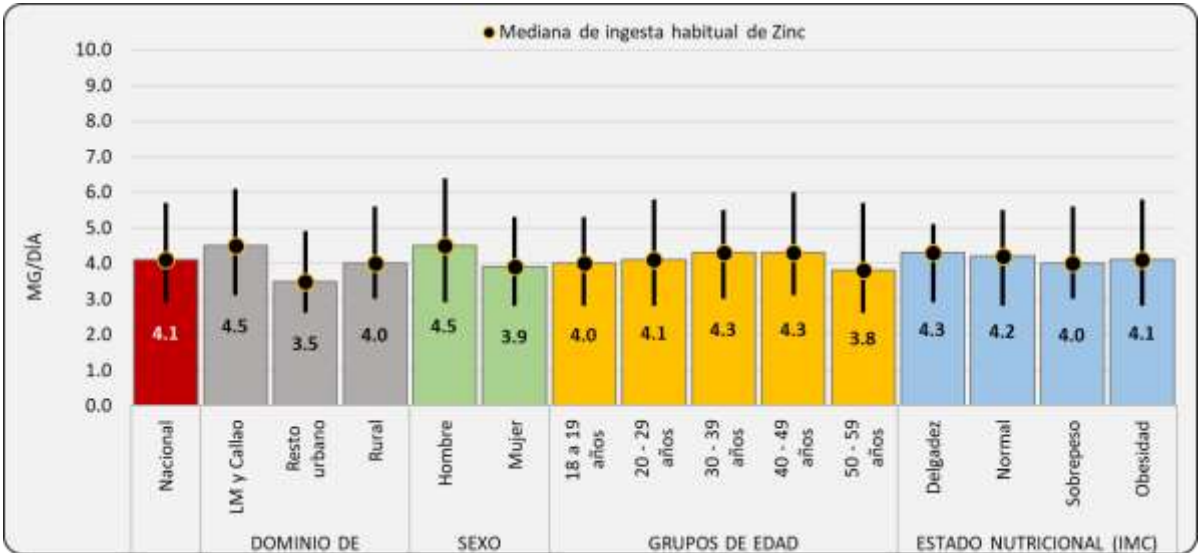


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

f. Ingesta de Zinc en adultos de 18 a 59 años

El consumo habitual de Zinc en los adultos tuvo una mediana de 4,1 mg/día (LI: 2,9 LS: 5,7 al 95% de confianza).

Gráfico 300. Mediana de ingesta habitual de Zinc en adultos de 18 a 59 años, según dominio de residencia y estado nutricional. Perú, periodo 2017-2018.



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

Por otro lado, se aprecia que la Mediana de ingesta de zinc en los hombres fue mayor (4,5 mg/día) que en las mujeres (3,9 mg/día); también se apreció que el consumo habitual de zinc fue ligeramente menor en el grupo de adultos de 50-59 años.

La ingesta habitual de zinc en el dominio Lima Metropolitana fue ligeramente mayor, al compararlo con los otros dominios (Resto urbano: 3,5 mg/día y Rural: 4,0 mg/día). Por otro lado, fueron similares según estado nutricional.

Para el Zinc se consideró que los adultos cubrieron sus requerimientos cuando consumió el 100% de lo recomendado; cifras inferiores fueron consideradas como “no cubre” (Hombres= $0.072 \times \text{Peso ideal-PI}$ y Mujeres= $0.059 \times \text{PI}$), valores equivalentes a una dieta de mediana disponibilidad (30%)

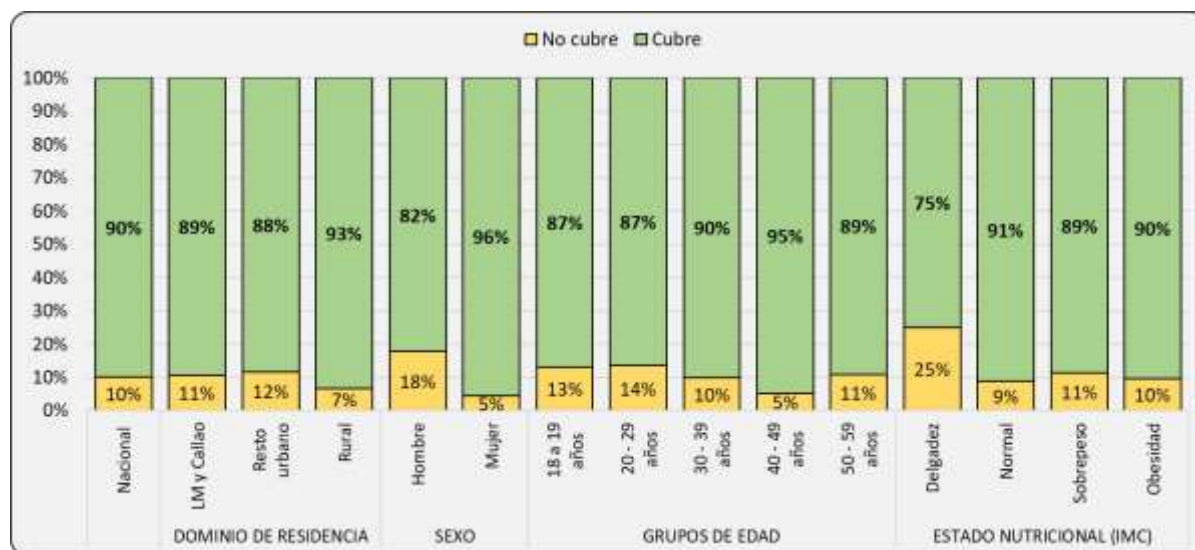
²⁴.

A nivel nacional, se puede observar que nueve de cada diez adultos de 18 a 59 años cubrieron sus requerimientos de zinc. Según el sexo, casi uno de cada cinco varones no cubrió sus requerimientos, en mujeres fue cubierto casi por la totalidad.

Con respecto a la edad, se puede observar que el grupo de 40 a 49 años cubrió en mayor proporción sus requerimientos de este mineral; los demás grupos etarios nueve de cada diez adultos cubrieron sus requerimientos de zinc.

Según dominios de residencia, se puede observar que uno de cada diez adultos del dominio Lima Metropolitana y resto urbano no cubrieron sus requerimientos de Zinc, y el dominio rural tuvo la mayor proporción de adultos que cubrieron sus requerimientos (93%); por otro lado, la cuarta parte de los adultos con delgadez no los cubrieron, en los otros estados nutricionales nueve de cada diez adultos cubrieron sus requerimientos de zinc.

Gráfico 301. Porcentaje de adultos de 18 a 59 años que cubren sus requerimientos de Ingesta de Zinc, según características. Perú, periodo 2017-2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

²⁴ World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations. Vitamin and mineral requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO expert consultation, Bangkok, Thailand, 21–30 September 1998. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42716/1/9241546123.pdf>

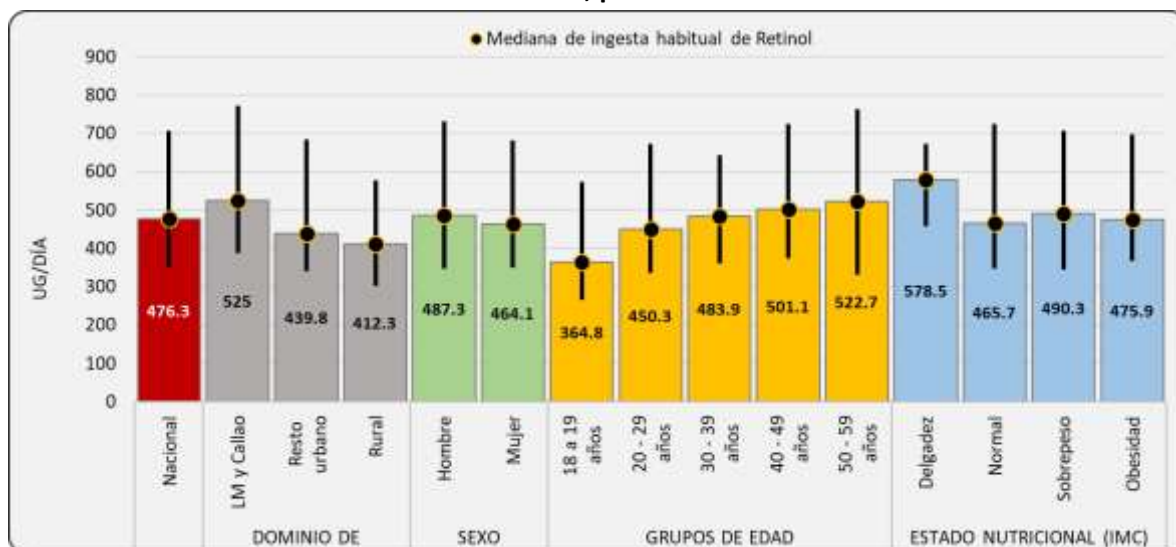
g. Ingesta de Retinol en adultos de 18 a 59 años

El consumo habitual de vitamina A en los adultos tuvo una mediana de 476,3 $\mu\text{g}/\text{día}$ (LI: 348,8 LS: 706,4 al 95% de confianza).

Por otro lado, se aprecia que la Mediana de ingesta de vitamina A en los hombres fue mayor (487,3 $\mu\text{g}/\text{día}$) que en las mujeres (464,1 $\mu\text{g}/\text{día}$); así mismo, el consumo habitual de vitamina A, aumentó conforme avanzó la edad, presentando menor consumo el grupo de 18 a 19 años (364,8 $\mu\text{g}/\text{día}$), y mayor el grupo de 50-59 años (522,7 $\mu\text{g}/\text{día}$).

La ingesta habitual de vitamina A fue mayor en Lima Metropolitana, al compararlo con los otros dominios (Resto urbano: 439,8 $\mu\text{g}/\text{día}$ y Rural: 412,3 $\mu\text{g}/\text{día}$). Según el estado nutricional, el consumo de vitamina A fue mayor en los adultos con delgadez.

Gráfico 302. Mediana de ingesta habitual de Retinol en adultos de 18 a 59 años, según características. Perú, periodo 2017-2018.



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

En el caso de la Vitamina A, se consideró que el adulto cubrió sus requerimientos cuando consumió el 100% de lo recomendado; cifras inferiores fueron consideradas como “no cubre” (Hombres=300 $\mu\text{g}/\text{día}$ y Mujeres=270 $\mu\text{g}/\text{día}$).

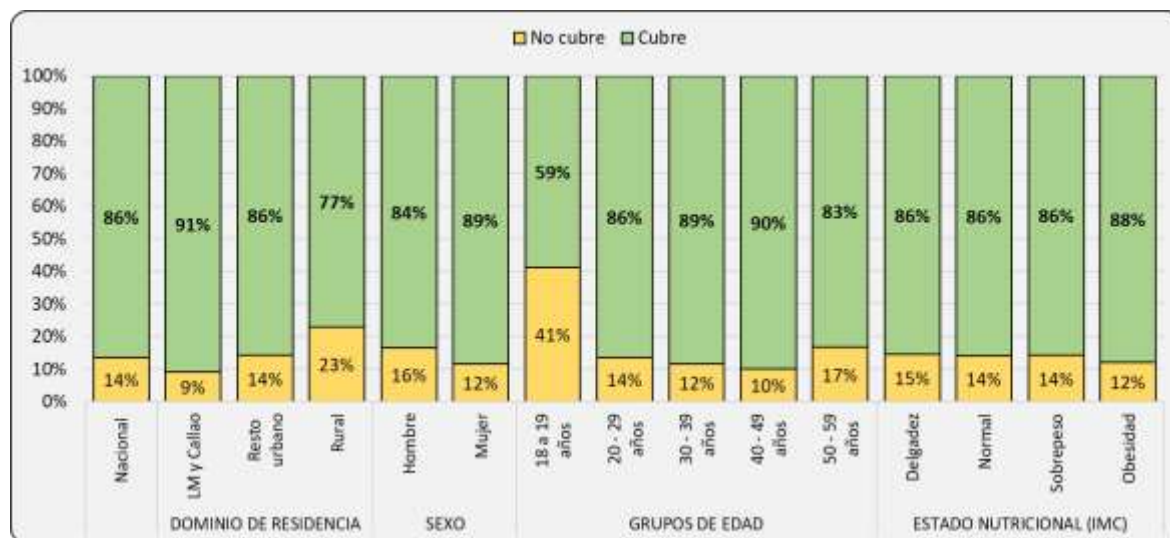
A nivel nacional, se puede observar que el 86,4% de los adultos cubrieron de manera óptima sus requerimientos de vitamina A. Según el sexo, nueve de cada diez mujeres y al menos ocho de cada diez hombres cubrieron sus requerimientos de vitamina A.

Con respecto a la edad, cuatro de cada diez adultos de 18-19 años no lograron cubrir sus requerimientos de vitamina A, mientras que, en los otros grupos de edad, no fue cubierto por al menos uno de cada diez adultos.

Según dominios de residencia, al menos uno de cada cinco adultos del dominio rural no cubrió sus requerimientos de vitamina A, lo cual representó alrededor del doble de lo observado en Lima

Metropolitana y resto urbano. De acuerdo al estado nutricional, en todas las categorías se encontró que uno de cada siete adultos no cubre sus requerimientos de vitamina A.

Gráfico 303. Porcentaje de adultos de 18 a 59 años que cubren sus recomendaciones de Ingesta de Retinol, según características. Perú, periodo 2017-2018

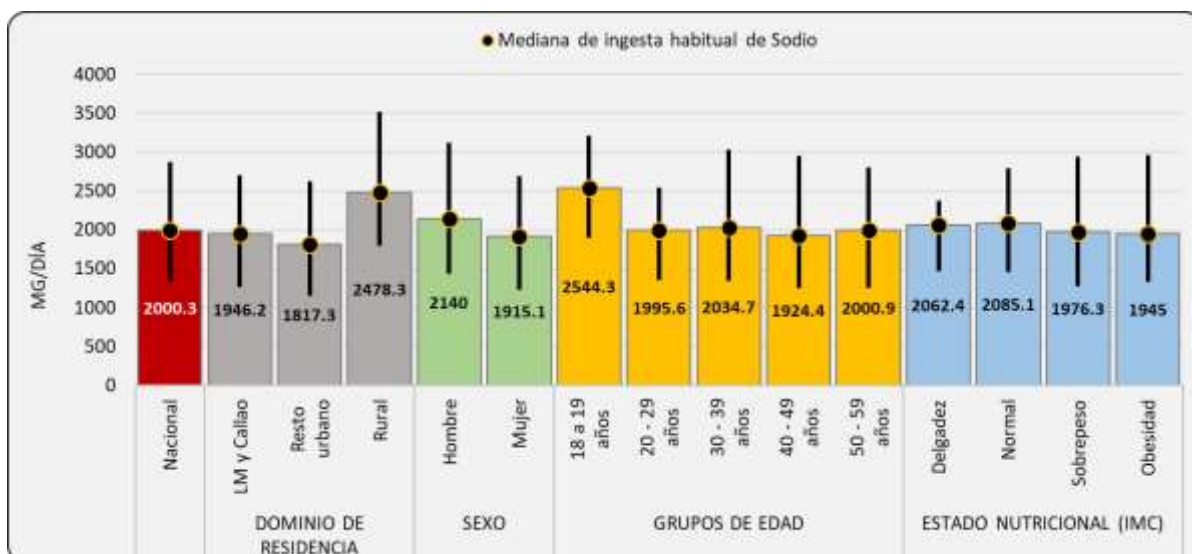


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

h. Ingesta de Sodio en adultos de 18 a 59 años

El consumo habitual de Sodio en los adultos tuvo una mediana de 2000,3 mg/día, siendo ligeramente mayor en hombres (2140,0 mg/día) que en las mujeres (1915,1 mg/día); también se apreció que el consumo habitual de zinc fue ligeramente mayor en el grupo de jóvenes de 18-19 años. La ingesta habitual de sodio en el dominio Rural fue ligeramente mayor, al compararlo con los otros dominios. Por otro lado, fue similar independiente del estado nutricional.

Gráfico 304. Mediana de ingesta habitual de Sodio en adultos de 18 a 59 años, según dominio de residencia y estado nutricional. Perú, 2017-2018.



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

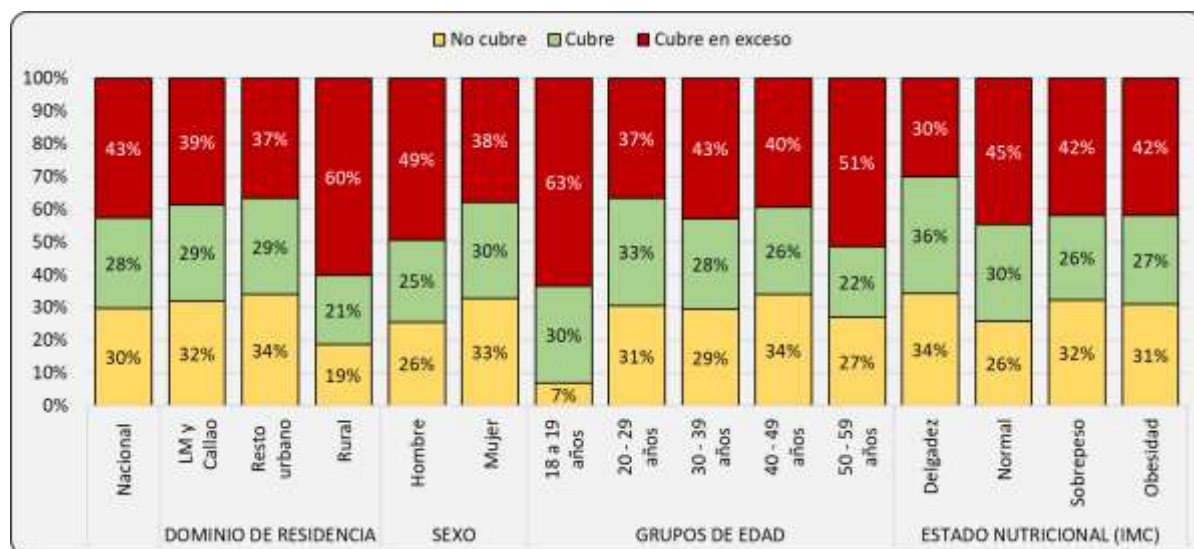
Para estimar el porcentaje de adultos que cubrió sus recomendaciones de sodio, según IOM, se utilizó el porcentaje de adecuación de 100-150% (Hombres y mujeres de 18 a 49 años= 1500 mg/día [1500 a 2250 mg/d] y Hombres y mujeres de 50 a 70 años=1300 mg/día [1300 a 1950 mg/d]), debajo de ellos se consideró déficit y sobre estos, exceso.

A nivel nacional, se puede observar que casi tres de cada diez adultos de 18 a 59 años cubrieron de manera adecuada sus recomendaciones de sodio (28%), sin embargo, casi la mitad lo cubrió en exceso (43%). Por otro lado, tres de cada diez adultos no cubrieron sus recomendaciones.

Según el sexo, al menos uno de cada cinco mujeres y varones cubrieron sus recomendaciones de sodio, sin embargo, la mitad de hombres lo cubrió en exceso (49%), cifra mayor a lo observado en mujeres (38%). Con respecto a la edad, el grupo que consumió un mayor porcentaje en exceso fueron los jóvenes de 18 a 19 años (63%) y los adultos de 50 a 59 años (51%), con cifras mayores al 50%; en los grupos de edad restantes, alrededor de dos de cada cinco adultos cubrieron en exceso el consumo de sodio.

El 60% de los adultos del dominio Rural cubrieron en exceso sus recomendaciones de sodio, cifra muy superior a lo observado en los otros dos dominios. Por otro lado, el exceso en el consumo de sodio fue de alrededor de dos de cada cinco adultos en Lima Metropolitana y Resto urbano.

Gráfico 305. Porcentaje de adultos de 18 a 59 años que cubren sus recomendaciones de Ingesta de Sodio, según características. Perú, 2017-2018



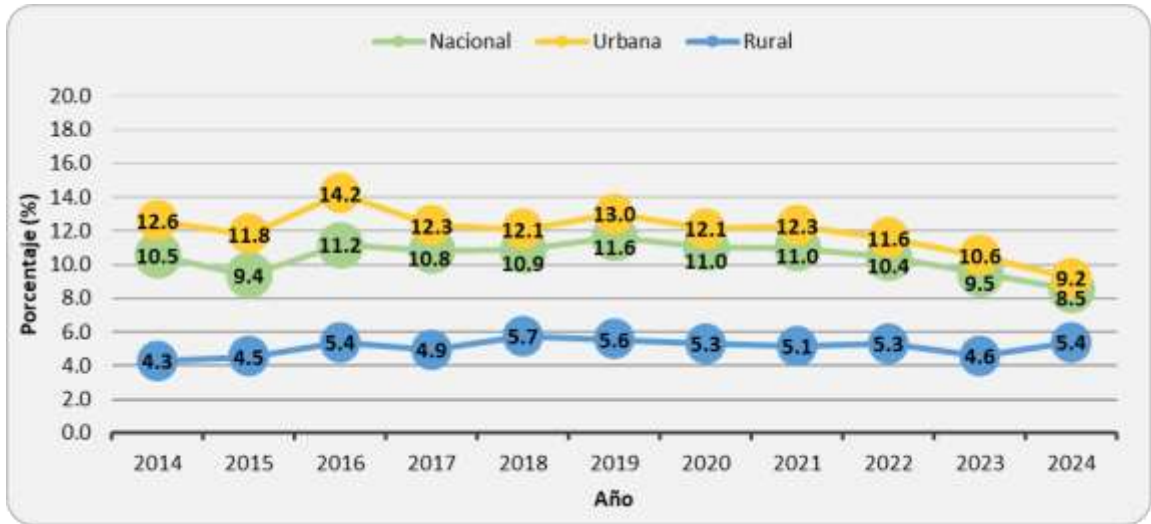
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

4.2.5.2 Consumo de frutas y verduras en adultos de 30 a 59 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e informática, a nivel nacional, entre los años 2014 y 2024, el consumo de cinco porciones de frutas o verduras en adultos de 30 a 59 años disminuyó de manera lenta pero progresiva, de 10,5% (IC95%: 9,7; 11,4) a 8,5% (IC95%: 7,8; 9,3); evidenciándose que actualmente, uno de cada 10 adultos consumió cinco porciones de frutas o verduras al día.

Según área de residencia se observa una tendencia estable en el consumo de cinco porciones de frutas y/o verduras en los adultos en el área rural, sin embargo, en el área urbana, se evidenció una tendencia hacia la disminución, con cifras de 12,6% (IC95%: 11,5; 13,7) en el 2014 y 9,2% (IC95%: 8,3; 10,1) en el 2024. Dicha reducción acorta las brechas existentes en el consumo de frutas y/o verduras de 8,3 pp a 3,8 pp.

Gráfico 306. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en adultos de 30 a 59 años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según sexo, el consumo de cinco porciones de frutas y/o verduras en adultos, fue levemente superior en mujeres que, en hombres, manteniendo en hombres su tendencia en el rango de 8,1% a 10,0%, mientras que, en mujeres, el consumo disminuyó de 11,8% (IC95%: 10,6; 13,0) a 9,4% (IC95%: 8,3; 10,5) entre los años 2014 y 2024.

Gráfico 307. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en adultos de 30 a 59 años según sexo. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al dominio de residencia, el consumo de cinco frutas y/o verduras se mantuvo estable en la sierra y selva, en el caso de la costa, se observó un descenso entre los años 2014 y 2024, disminuyendo de 13,5% (IC95%: 12,2; 14,9) a 9,6% (IC95%: 8,5; 10,7), manteniendo, en esta área geográfica un consumo mayor de cinco porciones de frutas y verduras en los adultos en todos los periodos evaluados, comparado con la sierra y selva.

Gráfico 308. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en adultos de 30 a 59 años según dominio de residencia. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según quintil de bienestar, se puede observar un mayor consumo de cinco porciones de frutas y verduras en los adultos en los quintiles superiores, sin embargo, después de la pandemia por COVID-19, su consumo descendió, de 18,5% (IC95%: 16,0; 20,9) a 12,6% (IC95%: 10,2; 15,1) en el quintil superior. Contrariamente, en el quintil inferior, el consumo de cinco porciones de frutas y/o verduras incrementó de 3,1%(IC95%: 2,4; 3,8) a 5,0%(IC95%: 4,2; 5,9), en el mismo periodo.

Gráfico 309. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en adultos de 30 a 59 años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al estado nutricional, el consumo de cinco porciones de frutas y verduras mostró muy pocas diferencias en los adultos con diagnóstico de sobrepeso, obesidad o normalidad, con un consumo bajo en general, sin embargo, en los adultos con obesidad, se observó una disminución en su consumo, con un descenso de 12,2% (IC95%: 10,4; 13,9) a 8,7% (IC95%: 7,4; 10,1) entre los años 2014 y 2024.

Gráfico 310. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en adultos de 30 a 59 años según estado nutricional. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.2.5.3 Consumo de Tabaco en adultos de 30 a 59 años

De acuerdo al INEI, a nivel nacional, el porcentaje de adultos de 18 a 59 años que actualmente fuman cigarrillos disminuyó de 13,2% (IC95%: 12,3; 14,1) a 10,2% (IC95%: 9,3; 11,0) entre los años 2014 y 2024, siendo mayor su consumo en los residentes del área urbana que en aquellos del dominio rural.

Gráfico 311. Adultos de 18 a 59 años que actualmente fuman cigarrillos a nivel nacional y según área de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Entre los años 2014 y 2024, el consumo actual de cigarrillos en adultos de 30 a 59 años residentes en el área urbana disminuyó 13,9% (IC95%: 12,8; 15,1) a 10,1% (IC95%: 9,1; 11,0). En el área rural su consumo disminuyó en el periodo 2014-2020, aumentando progresivamente en el año 2024 a valores cercanos a los del 2014, disminuyendo la brecha entre ellos.

Según sexo se puede observar que el porcentaje de adultos que actualmente fuma disminuyó de 4,7% (IC95%: 3,9; 5,6) a 3,0% (IC95%: 2,4; 3,6) en mujeres, mientras que, en hombres, la tendencia descendió en 5,3 pp, de 23,4% (IC95%: 21,7; 25,0) a 18,1% (IC95%: 16,6; 19,5) entre los años 2014 y 2024. Cabe resaltar que el consumo actual de tabaco en hombres es seis veces mayor que en las mujeres.

Gráfico 312. Adultos de 18 a 59 años que actualmente fuman cigarrillos según sexo. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024

De la misma manera, según dominio de residencia el consumo de cigarrillos en los últimos 30 días mantuvo pocos cambios en la sierra, mientras que en la costa su consumo disminuyó de 14,2% (IC95%: 12,8; 15,5) a 9,9% (IC95%: 8,7; 11,1); y en la selva se redujo de 18,3% (IC95%: 16,4; 20,2) a 14,8% (IC95%: 13,3; 16,3). Aunque la selva mostró más consumo, las brechas entre los dominios se están estrechando.

Según nivel educativo, entre el 2014 y 2024, el consumo de cigarrillos en los últimos 30 días mantuvo pocos cambios en el nivel hasta primaria, mientras que en los del nivel secundaria su consumo disminuyó de 15,7% (IC95%: 14,1; 17,3) a 10,8% (IC95%: 9,6; 12,0); y en los de nivel superior se redujo de 14,9% (IC95%: 13,2; 16,6) a 10,6% (IC95%: 9,3; 12,0).

Gráfico 313. Adultos de 18 a 59 años que actualmente fuman cigarrillos según dominio de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Gráfico 314. Adultos de 18 a 59 años que actualmente fuman cigarrillos según nivel educativo. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Por otro lado, según quintil de bienestar el consumo de cigarrillos en los últimos 30 días se mantuvo estable, en el último año, en los adultos del quintil inferior (-0,2 pp), segundo quintil (-0,6 pp) y cuarto quintil (-3,5 pp), mientras que se redujo en el quintil intermedio de 13,9% (IC95%: 11,9; 15,9) a 9,3% (IC95%: 8,0; 10,7) y en el quintil superior de 17,2% (IC95%: 14,9; 19,4) a 12,1% (IC95%: 9,5; 14,6)). El consumo de cigarrillos fue mayor en el quintil superior.

Gráfico 315. Adultos de 18 a 59 años que actualmente fuman cigarrillos según quintil de bienestar. Perú 2014-2024



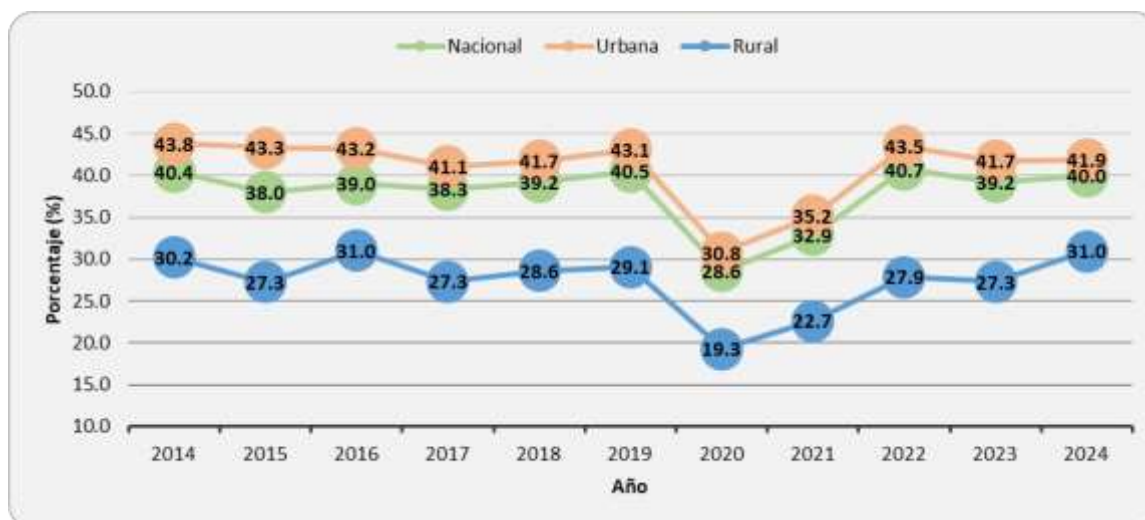
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.2.5.4 Consumo de Alcohol en adultos de 30 a 59 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el año 2014, el 40,4% (IC 95%: 39,1; 41,8) de los adultos de 30 a 59 años, consumió bebidas alcohólicas en los últimos 30 días; y para el año 2020 su consumo disminuyó significativamente a 28,6% (IC 95%: 27,3; 30,0) debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, para el 2024, volvió a 40,0% (IC 95%: 38,6; 41,3).

La misma tendencia se observó según área y dominio de residencia, donde el consumo de alcohol en el último mes fue superior en los adultos del área urbana y del dominio de la costa en todos los periodos evaluados.

Gráfico 316. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos de 30 a 59 años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Gráfico 317. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos de 30 a 59 años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según sexo, el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días se observa estable en mujeres; sin embargo, en hombres, se aprecia una disminución de 5,2 pp al comparar las cifras del año 2014 y 2024, reduciendo de 53,8% (IC 95%: 51,8; 55,7) a 48,6%(IC 95%: 46,7; 50,5). Cabe resaltar que, en todos los periodos evaluados, su consumo fue superior en hombres.

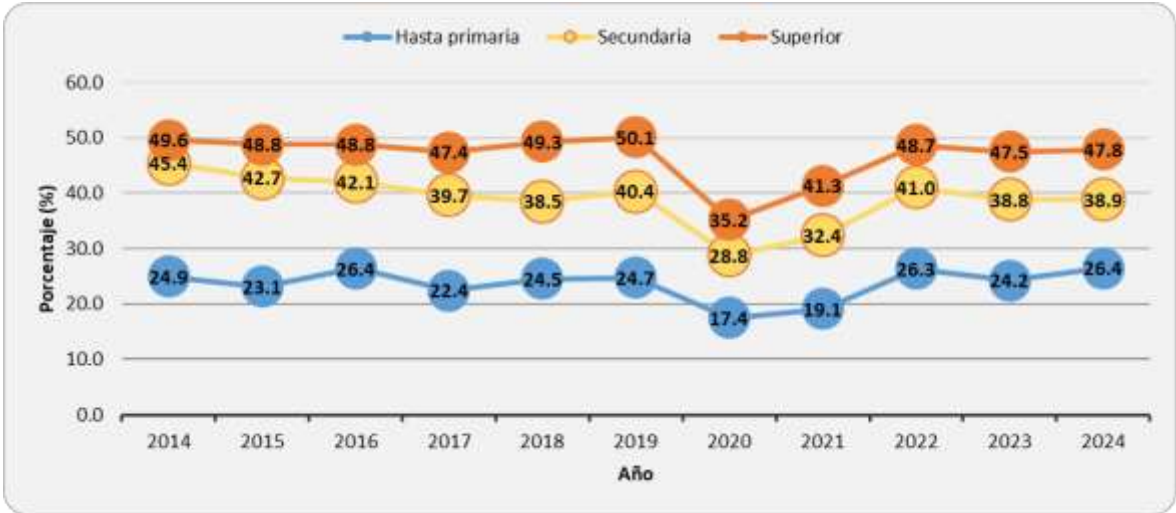
Gráfico 318. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos de 30 a 59 años según sexo. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al nivel educativo, se observó la misma tendencia, disminuyendo en el año 2020 por la pandemia COVID-2019, pero volviendo a sus valores previos para el año 2024. Los adultos con nivel educativo superior tuvieron un consumo mayor de alcohol en los últimos 30 días, en todos los periodos evaluados, seguido de aquellos con nivel secundario, quienes, a pesar de ello, disminuyeron su consumo de 45,4% (IC 95%: 43,2; 47,5) a 38,9%(IC 95%: 36,9; 40,9).

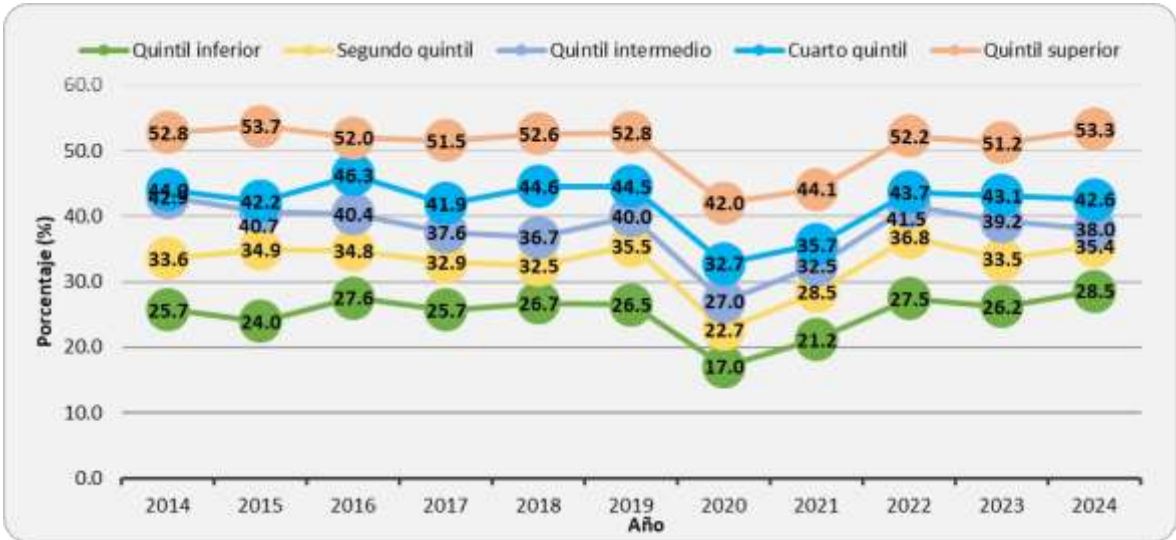
Gráfico 319. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos de 30 a 59 años según nivel de educación. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

El consumo de alcohol en los últimos 30 días, según quintil de bienestar tuvo una tendencia estable, siendo mayor su consumo en los adultos del quintil superior, con cifras mayores al 50% en el año 2024.

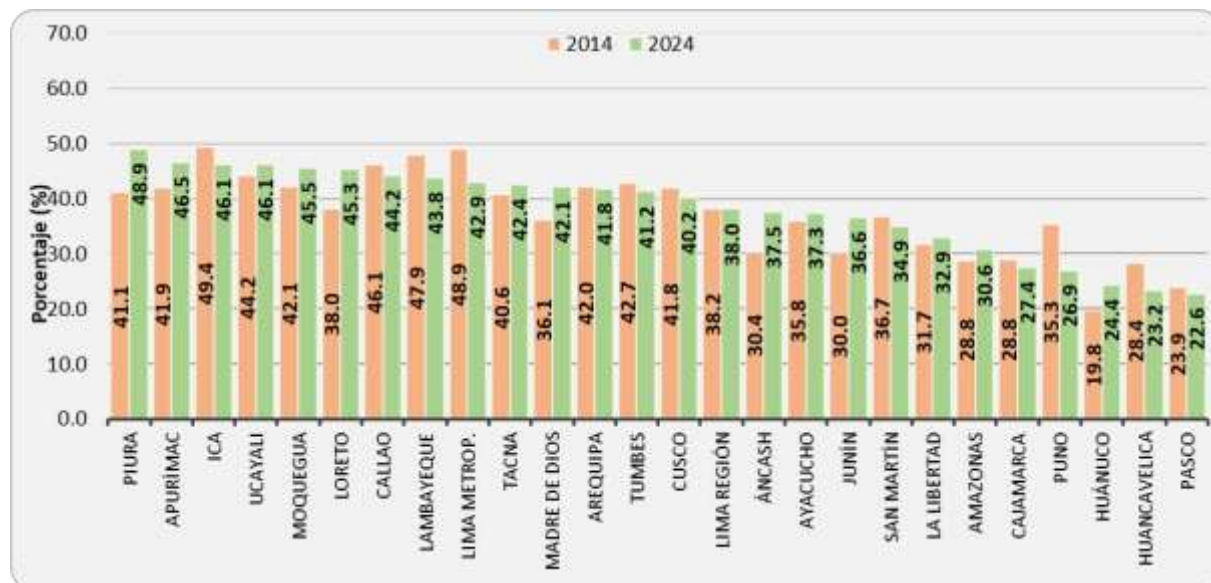
Gráfico 320. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos de 30 a 59 años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el año 2024, las mayores proporciones de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en adultos se encontraron en los departamentos de Piura, Apurímac, Ica, Ucayali, Moquegua y Loreto, con cifras superiores al 45,0%.

Gráfico 321. Variación de consumo de alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días en adultos de 30 a 59 años según departamentos. Perú 2014 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.2.5.5 Actividad física en adultos de 30 a 59 años.

Según la Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV), en el periodo 2017-2018, tres de cada cinco adultos de 30 a 59 años realizaron actividad física baja o ligera; y la actividad física moderada fue observada en uno de cada tres adultos peruanos. En el caso de la actividad física alta, esta solo fue realizada por el 3,1 % de los adultos.

Según sexo, casi seis de cada diez hombre de 30 a 59 años de edad realizaron actividad física baja o ligera y casi cuatro de cada diez realizaron actividad física moderada. En el caso de las mujeres, casi siete de cada diez realizaron actividad física baja o ligera y casi tres de cada diez realizan actividad física moderada. Respecto de la actividad física alta, el mayor porcentaje fue realizado por los hombres (6,3%) en comparación con las mujeres (1,0%).

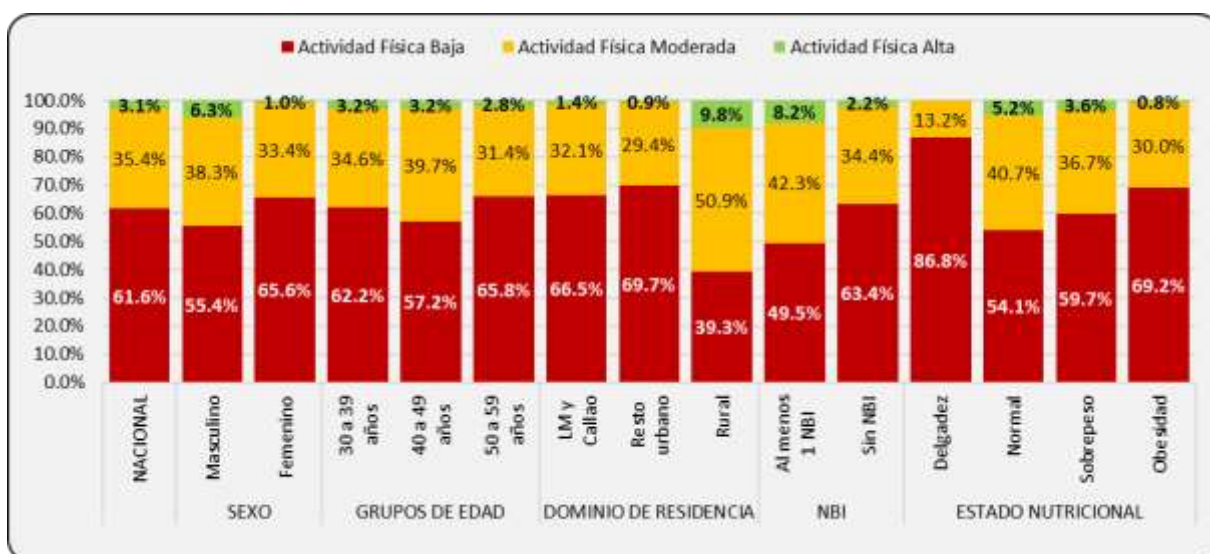
Casi seis de cada diez adultos de 30 a 39 años, 40 a 49 años y 50 a 59 años realizaron actividad física baja o ligera y casi tres de cada diez adultos realizó actividad física moderada, excepto en el grupo de edad de 40 a 49 años, en donde la actividad física moderada la realizaron cuatro de cada diez adultos. Asimismo, se observa que, en todos los grupos de edad, alrededor del 3% de los adultos realizaron actividad física alta.

Para los que residen en Lima Metropolitana y Callao, la actividad física baja o ligera se observó en casi siete de cada diez adultos de 30 a 59 años y la actividad física moderada fue observada en casi tres de cada diez adultos. En el caso de las personas que residen en el resto urbano, se observó que casi siete de cada diez adultos realizaron actividad física baja o ligera y tres de cada diez adultos realizaron actividad física moderada. Mientras que, en el área rural se observó que cuatro de cada diez adultos de 30 a 59 años de edad realizaron actividad física baja o ligera y cinco de cada diez adultos realizaron actividad física moderada. Respecto de la actividad física alta, el

mayor porcentaje fue realizado en el área rural (9,8% de adultos), seguido de Lima Metropolitana y Callao (1,4% de adultos).

De acuerdo a las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), un poco más del 60% de adultos de 30 a 59 años sin NBI realizaron actividad física baja o ligera y tres de cada diez realizaron una actividad física moderada; mientras que, casi cinco de cada diez adultos con al menos una NBI, realizaron actividad física baja o ligera y cuatro de cada diez tuvieron una actividad física moderada. El mayor porcentaje de actividad física alta fue realizado por los adultos de 30 a 59 años con al menos una NBI (8,2%) en comparación con los adultos sin NBI (2,2%).

Gráfico 322. Actividad física en los adultos de 30 a 59 años, a nivel nacional y según características. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Base de datos de la Encuesta VIANEV 2017-2018.

Por otro lado, se puede observar que, en el periodo 2017 - 2018, casi nueve de cada diez adultos con un estado nutricional de delgadez realizaron actividad física baja o ligera y uno de cada diez realizó actividad física moderada; en el caso de los adultos con estado nutricional normal, se observó que cinco de cada diez realizan actividad física baja o ligera y cuatro de cada diez realizaron actividad física moderada; en los adultos con sobrepeso se observó que seis de cada diez realizaron actividad física baja o ligera y casi cuatro de cada diez tuvieron una actividad física moderada, y por último, en los adultos con obesidad se observó que casi siete de cada diez realizan actividad física baja o ligera y tres de cada diez adultos realizaron actividad física de grado moderado. La actividad física alta fue realizada por el 5,2% de los adultos de 30 a 59 años con estado nutricional normal, seguido por aquellos con sobrepeso (3,6%) y por los adultos con obesidad (0,8%).

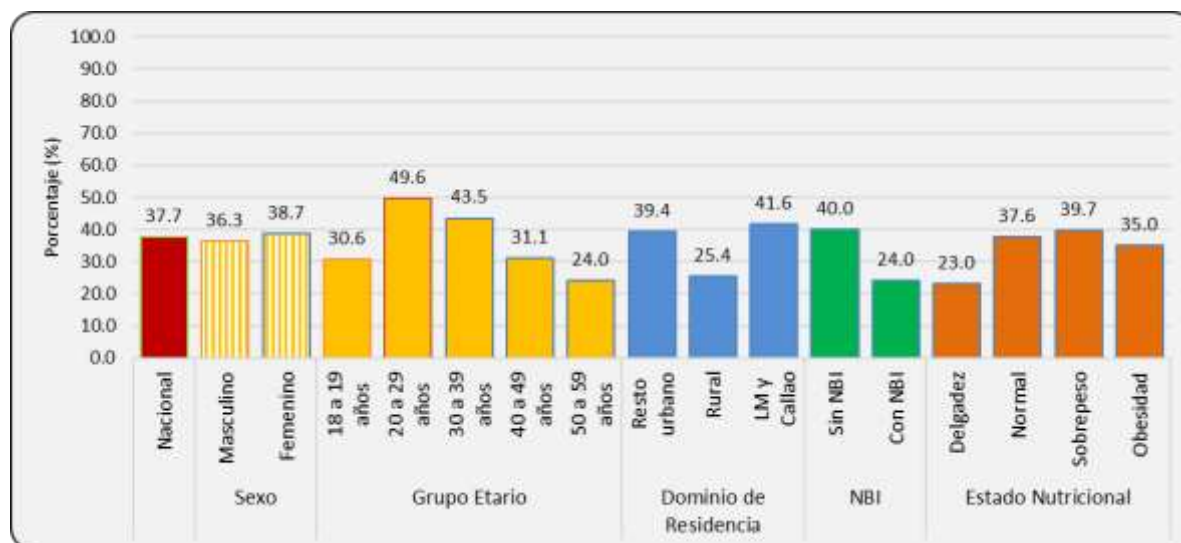
4.2.5.6 Conocimientos y prácticas sobre Etiquetado nutricional en adultos de 18 a 59 años

Al menos un tercio de los adultos leían las etiquetas nutricionales en los productos alimentarios y se distribuyó similarmente entre hombres y mujeres. El 30.6% del grupo etario de 18 a 19 años leían las etiquetas, por otro lado, casi el 50% de los adultos de 20 a 29 años leían las etiquetas nutricionales y, a partir de este grupo etario, disminuyó la lectura del etiquetado nutricional a medida que aumentó la edad.

Alrededor de dos de cada cinco adultos de Lima Metropolitana y Resto urbano y solo uno de cada cuatro adultos del dominio Rural fueron los que leían las etiquetas nutricionales en los productos alimentarios. La misma frecuencia fue según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): dos de cada cinco adultos sin NBI y solo uno de cada cuatro con al menos una NBI leyeron el etiquetado nutricional de los alimentos.

Al menos uno de cada tres adultos con estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad fueron los que leían las etiquetas nutricionales en los productos alimentarios.

Gráfico 323. Proporción de Adultos de 18 a 59 años que leen la etiqueta nutricional en productos alimentarios que adquiere y/o consume según características. Perú; 2017 – 2018

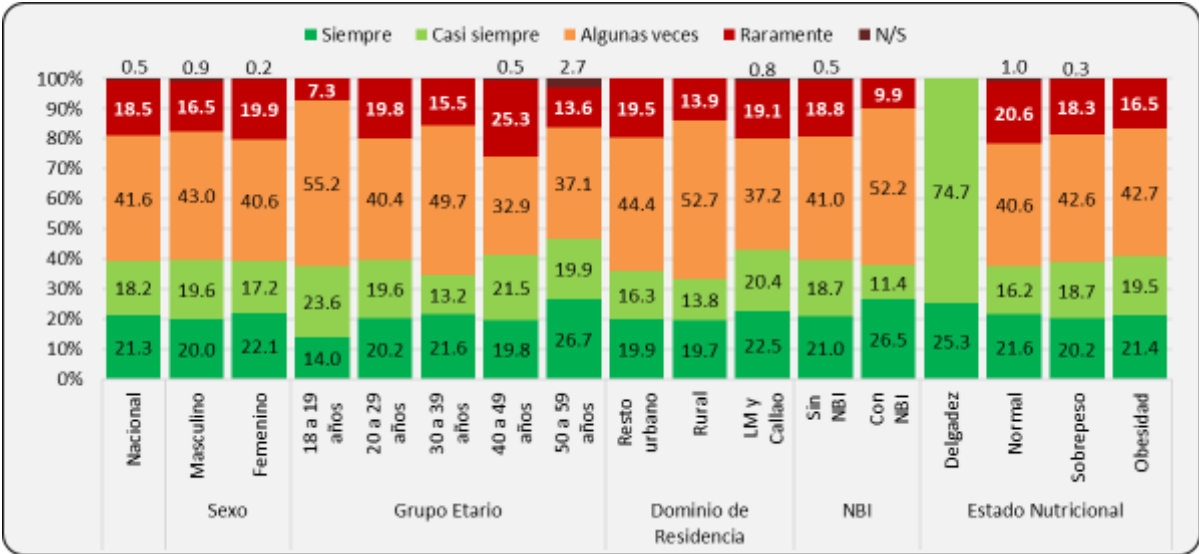


Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV), 2017 – 2018

Asimismo, se observó que alrededor de uno de cada cinco adultos siempre leían las etiquetas nutricionales, y otro grupo similar lo hacían casi siempre, 21.3% y 18.2% respectivamente. La mayoría, dos de cada cinco adultos, lo hacían algunas veces y casi un quinto raramente.

La lectura frecuente (siempre y casi siempre) del etiquetado fue más habitual en adultos de 50-59 años, en Lima Metropolitana, en adultos con hogares sin NBI y en los obesos.

Gráfico 324. Frecuencia de lectura de la etiqueta nutricional en productos alimentarios que adquiere y/o consume en adultos de 18 a 59 años según características. Perú; 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida (VIANEV), 2017 – 2018

4.2.6 Conductas relacionadas al exceso de peso en adultos mayores de 60 y más años

4.2.6.1 Consumo de frutas y verduras en adultos mayores de 60 y más años

Según el Instituto Nacional de Estadística e informática, a nivel nacional, entre los años 2014 y 2024, el consumo de cinco porciones de frutas o verduras se mantuvo en el rango de 7,9% y 10,5%; evidenciándose que, uno de cada 12 adultos mayores consumió cinco porciones de frutas o verduras al día, con una ligera tendencia al descenso en los últimos años.

Gráfico 325. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en adultos mayores de 60 y más años a nivel nacional. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según sexo, el consumo de cinco porciones de frutas o verduras en hombres se mantuvo estable, mientras que, en mujeres adultas mayores se observó una ligera tendencia hacia el descenso en los últimos seis periodos evaluados.

Gráfico 326. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en adultos mayores de 60 y más años según sexo. Perú, 2014-2024.



Nota: () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.2.6.2 Consumo de Tabaco en adultos mayores de 60 y más años

Por otro lado, a nivel nacional, el porcentaje de adultos mayores que actualmente fuman cigarrillos se mantuvo en el rango de 3,7% a 6,4% entre los años 2013 y 2024, con una ligera tendencia hacia el descenso.

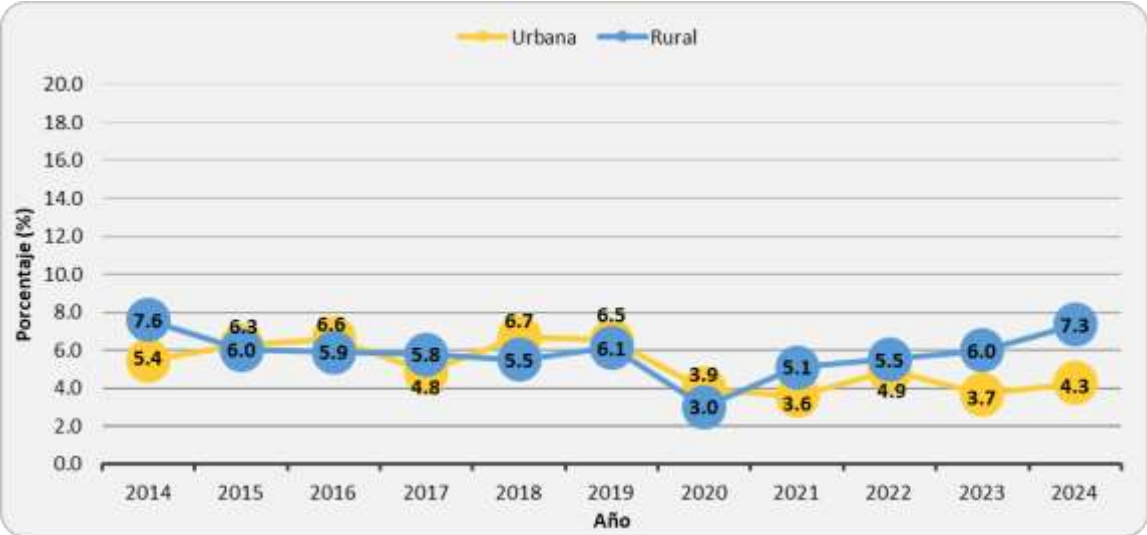
Gráfico 326. Adultos mayores de 60 y más años que actualmente fuman cigarrillos a nivel nacional y según área de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2014-2024.

Entre los años 2014 y 2020, el consumo actual de cigarrillos en adultos mayores de 60 y más años residentes en el área urbano y rural disminuyó por la pandemia COVID-19, sin embargo, posterior a ello, los valores volvieron a los registrados pre-pandemia, aunque de manera más lenta en el área urbana que en el rural.

Gráfico 327. Adultos mayores de 60 y más años que actualmente fuman cigarrillos a nivel nacional y según área de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2014-2024.

Según sexo se puede observar que el porcentaje de adultos mayores que actualmente fuman se mantuvo estable en ambos sexos.

Gráfico 328. Adultos mayores de 60 y más años que actualmente fuman cigarrillos según sexo. Perú 2014-2024



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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2014-2024.

Según dominio de residencia el consumo de cigarrillos en los últimos 30 días se mantuvo estable en los tres dominios de residencia, siempre con una tendencia al descenso discreta.

Gráfico 329. Adultos mayores de 60 y más años que actualmente fuman cigarrillos según dominio de residencia. Perú 2013-2024



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

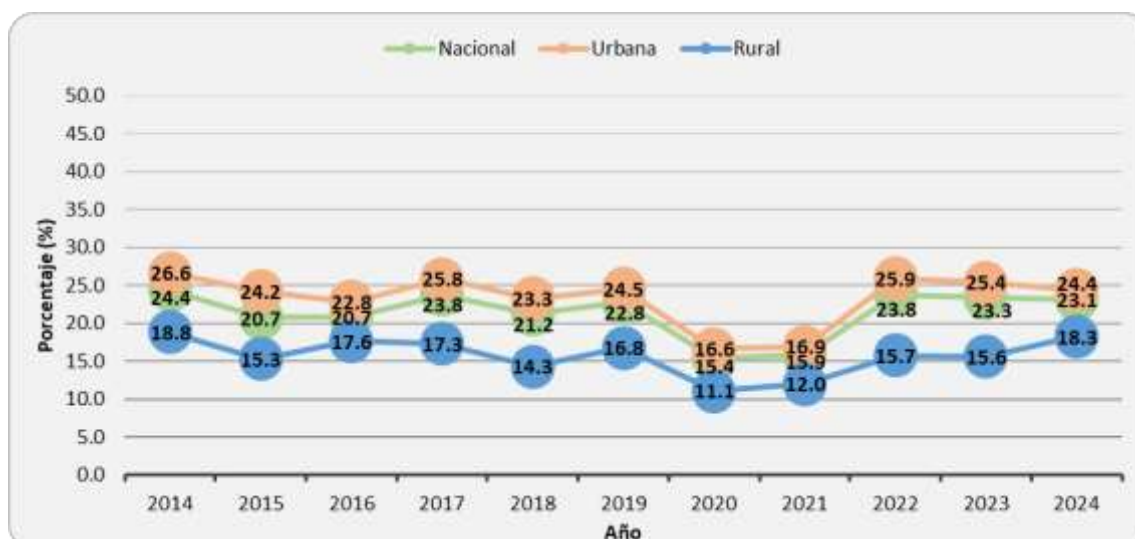
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2014-2024.

4.2.6.3 Consumo de Alcohol en adultos mayores de 60 y más años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el año 2014, el 24,4% (IC 95%: 22,5; 26,3) de los adultos de 60 y más años, consumió bebidas alcohólicas en los últimos 30 días; y para el año 2020 su consumo disminuyó significativamente a 15,4% (IC 95%: 13,7; 17,0) debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, para el 2024, volvió a 23,1% (IC 95%: 20,9; 25,4).

La misma tendencia se observó según área de residencia, donde el consumo de alcohol en el último mes fue superior en los adultos del área urbana.

Gráfico 330. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos mayores de 60 y más años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según dominio de residencia, el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días se mantuvo estable en los adultos mayores de las tres regiones; disminuyendo en el año 2020 debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, volvió a los valores previos a la pandemia para el año 2024. Cabe resaltar que, en todos los periodos evaluados, su consumo fue superior en los residentes de la costa y la selva fue la única con un aumento discreto.

Gráfico 331. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos mayores de 60 y más años según dominio de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

La misma tendencia se observó en hombres y mujeres de 60 y más años; disminuyendo en el año 2020 debido a la pandemia de COVID-19 y volviendo a los valores previos a la pandemia para el año 2024. En todos los periodos evaluados, su consumo fue superior en hombres adultos mayores, así como, estos tienen una tendencia al descenso y las mujeres al ascenso.

Gráfico 332. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos mayores de 60 y más años según sexo. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al nivel educativo, el consumo de alcohol en los últimos 30 días tuvo una disminución entre los años 2014-2020 en los tres niveles, sin embargo, al año 2024, se observaron valores cercanos al año 2014. Cabe resaltar que, en todos los periodos evaluados, los adultos mayores con nivel educativo superior tuvieron un consumo mayor de alcohol en el último mes.

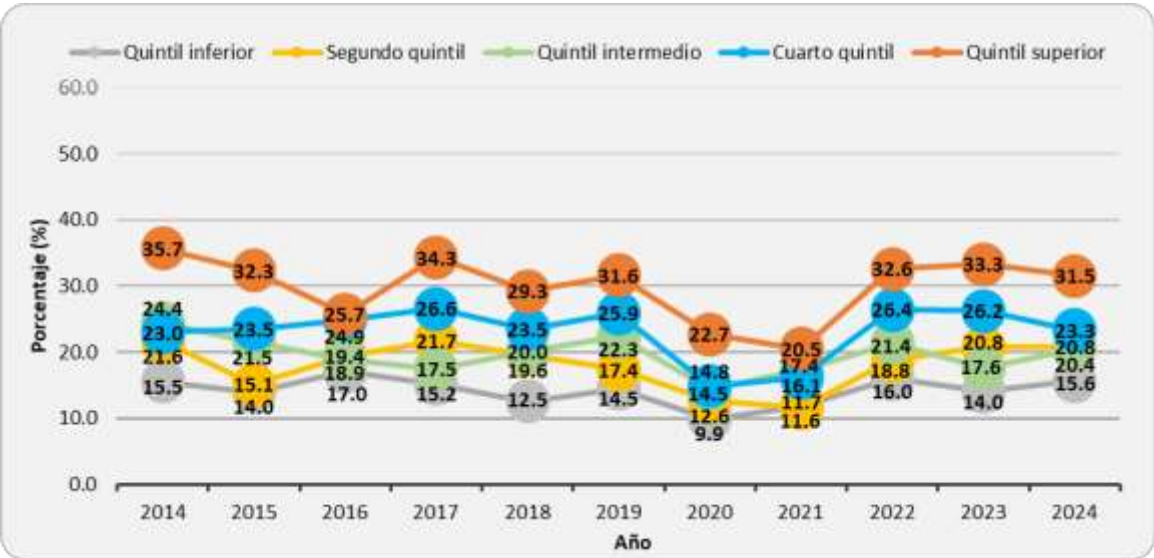
Gráfico 333. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos mayores de 60 y más años según nivel de educación. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

El consumo de alcohol en los últimos 30 días, según quintil de bienestar tuvo una tendencia estable, siendo mayor su consumo en los adultos mayores del quintil superior, con cifras mayores al 30% en el año 2024.

Gráfico 334. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adultos mayores de 60 y más años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

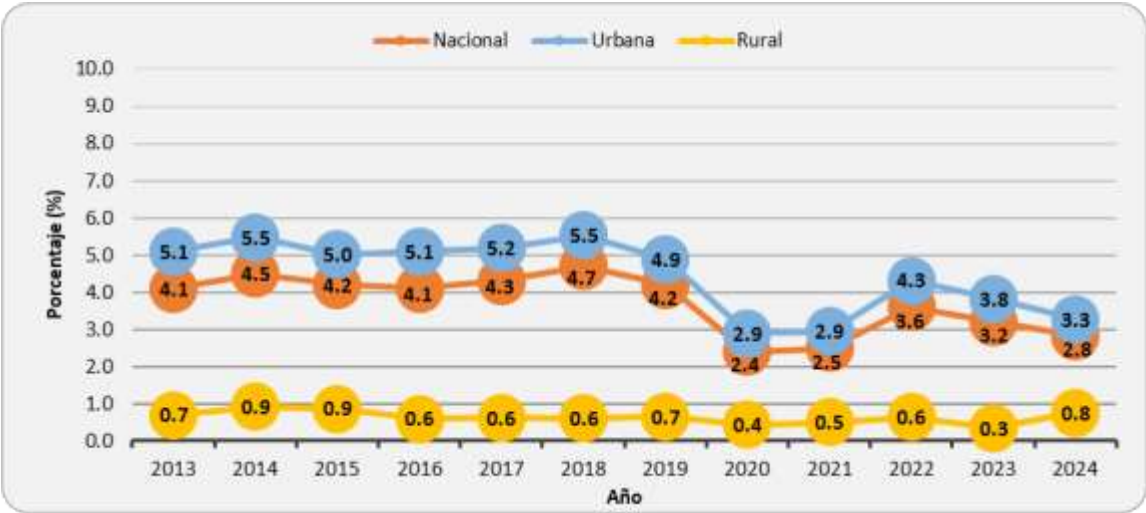
4.2.7 Conductas relacionadas al exceso de peso en mujeres en edad fértil

4.2.7.1 Consumo de Tabaco

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), a nivel nacional, el porcentaje de mujeres en edad fértil que consumieron cigarrillos en las últimas 24 horas disminuyó de 4,1% a 2,8% en el año 2024, la misma tendencia se observó en las mujeres residentes del área urbana, donde el consumo disminuyó de 5,1% a 3,3%. En el área rural, su consumo se mantuvo estable entre los años 2013 y 2024.

El consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas fue mayor en las mujeres residentes del área urbana, incluidos Lima Metropolitana y resto de costa.

Gráfico 335. Tendencia del consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas en mujeres en edad fértil a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2013-2024.

Gráfico 336. Tendencia del consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas en mujeres en edad fértil según dominios de residencia. Perú 2013-2024



* A partir del año 2020 se juntó Lima Metropolitana y Resto de costa

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2013-2024.

Según grupos de edad, el porcentaje de mujeres en edad fértil que consumieron cigarrillos en las últimas 24 horas disminuyó en todos grupos de edad entre los años 2013 y 2020, aumentando progresivamente al 2024, sobresaliendo el consumo de cigarrillos en las MEF de 20 a 24 años, el cual fue superior en casi todos los periodos evaluados.

Gráfico 337. Tendencia del consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas en mujeres en edad fértil según grupos de edad. Perú 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2013-2024.

De la misma manera, según nivel educativo, el porcentaje de mujeres en edad fértil que consumieron cigarrillos en las últimas 24 horas disminuyó en las del nivel superior y secundario entre los años 2013 y 2024, mientras que en las del nivel primario y sin educación se mantuvo estable.

El consumo de cigarrillo fue superior en las MEF con nivel educativo superior y secundario en todos los años evaluados.

Gráfico 338. Tendencia del consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas en mujeres en edad fértil según nivel educativo. Perú 2013-2024

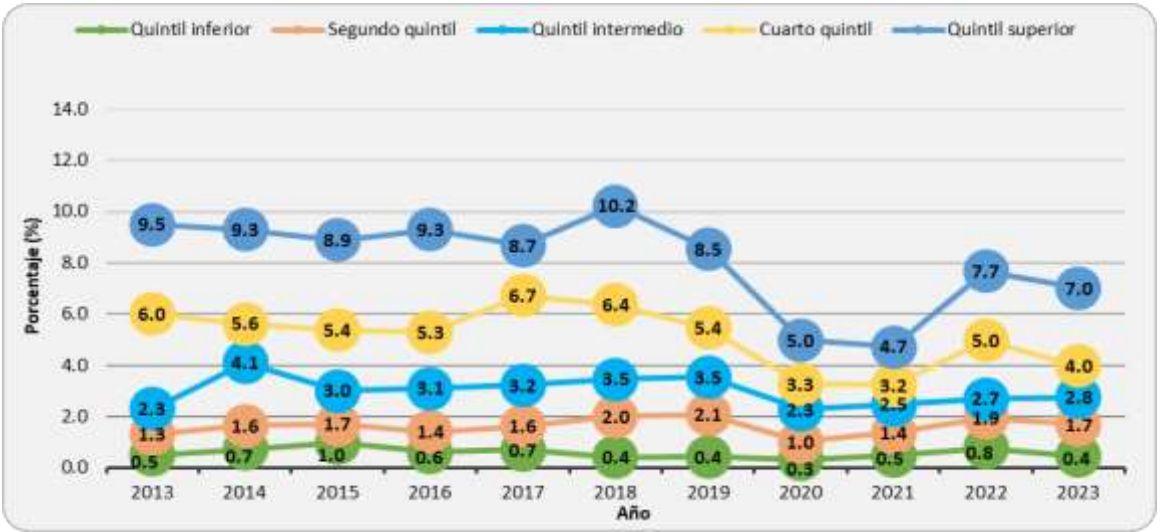


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2013-2024.

Según quintil de bienestar, el porcentaje de mujeres en edad fértil que consumieron cigarrillos en las últimas 24 horas disminuyó en las del quintil superior y cuarto quintil entre los años 2013 y 2024, mientras que en las del segundo quintil y quintil inferior se mantuvo bajo y con discretos cambios entre los años 2013 y 2024.

El consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas fue mayor en las MEF del quintil superior y cuarto quintil.

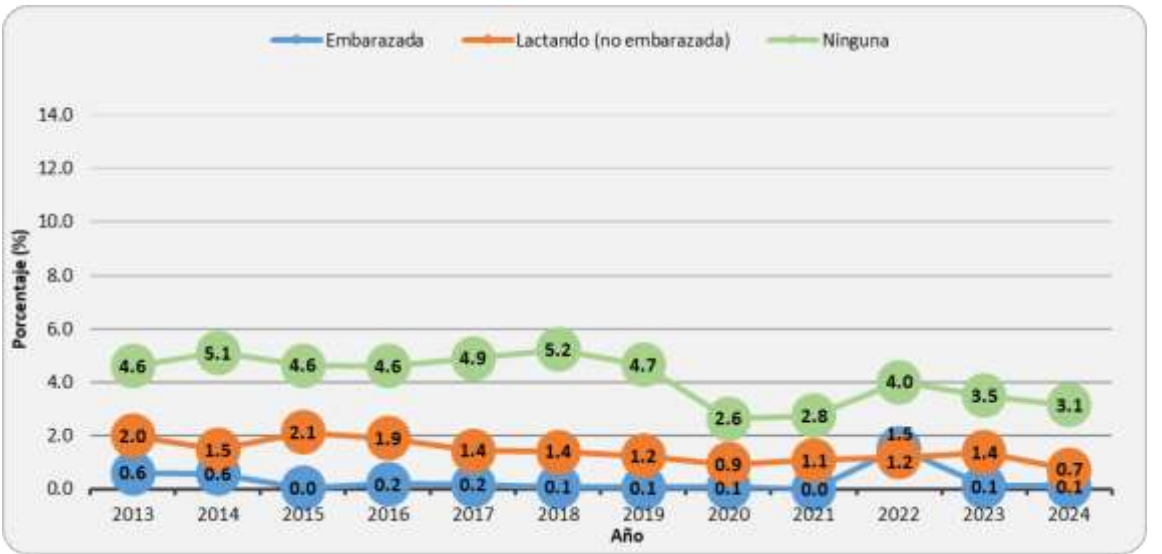
Gráfico 339. Tendencia del consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas en mujeres en edad fértil según quintil de bienestar. Perú 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2013-2024.

Así mismo, el consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas fue mayor en las MEF no gestante ni lactante en todos los periodos evaluados.

Gráfico 340. Tendencia del consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas en mujeres en edad fértil según estado fisiológico. Perú 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2013-2024.

4.2.8 Conductas relacionadas al exceso de peso en personas de 15 y más años

4.2.8.1 Consumo de Frutas y Verduras en personas de 15 y más años

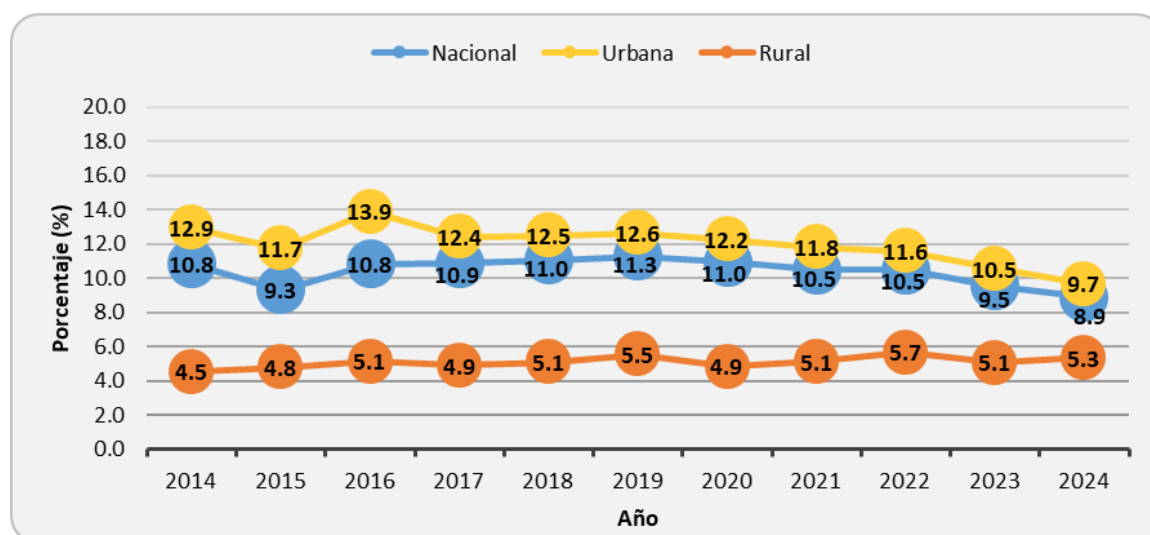
Las frutas y las verduras son componentes esenciales de una dieta saludable, y un consumo diario suficiente podría contribuir a la prevención de muchas enfermedades importantes, en el 2017, un estudio reveló que 11 millones de muertes en el mundo y 255 millones de AVAD fueron atribuibles a factores de riesgo dietéticos, de ellos 2 millones de muertes y 65 millones de AVAD corresponden a la baja ingesta de frutas a nivel mundial²⁵.

a. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, a nivel nacional, entre los años 2014 y 2024, el consumo de cinco porciones de frutas o verduras disminuyó de 10,8% (IC 95%: 10,2; 11,5) a 8,9% (IC 95%: 8,3; 9,5); evidenciándose que, solo una de cada 10 personas consumió cinco porciones de frutas o verduras al día.

De acuerdo al área de residencia, se observó un mayor consumo de frutas y/o ensalada de verduras en el área urbana, presentando cifras que casi duplicaron a lo observado en el área rural. Así mismo, entre los años 2014 y 2024, en el área rural, el consumo de cinco porciones de frutas y/o verduras se mantuvo en el rango de 4,5% a 5,7%, mientras que, en el área urbana, las cifras disminuyeron de 12,9% (IC 95%: 12,1; 13,8) a 9,7% (IC 95%: 9,0; 10,4) en el mismo periodo.

Gráfico 341. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en personas de 15 y más años, a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2013-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

La proporción de consumo de cinco porciones de frutas y/o verduras al día en mujeres fue mayor en todos los años evaluados, aunque disminuyó de 11,8% (IC 95%: 10,9; 12,7) a 9,4% (IC 95%: 8,6; 10,2) entre los años 2014 y 2024, mientras que en los varones se mantuvo estable, aunque con tendencia al descenso.

²⁵ GBD Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. 2020. The Lancet, 393(10184), 1958-1972. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)30041-8/fulltext)

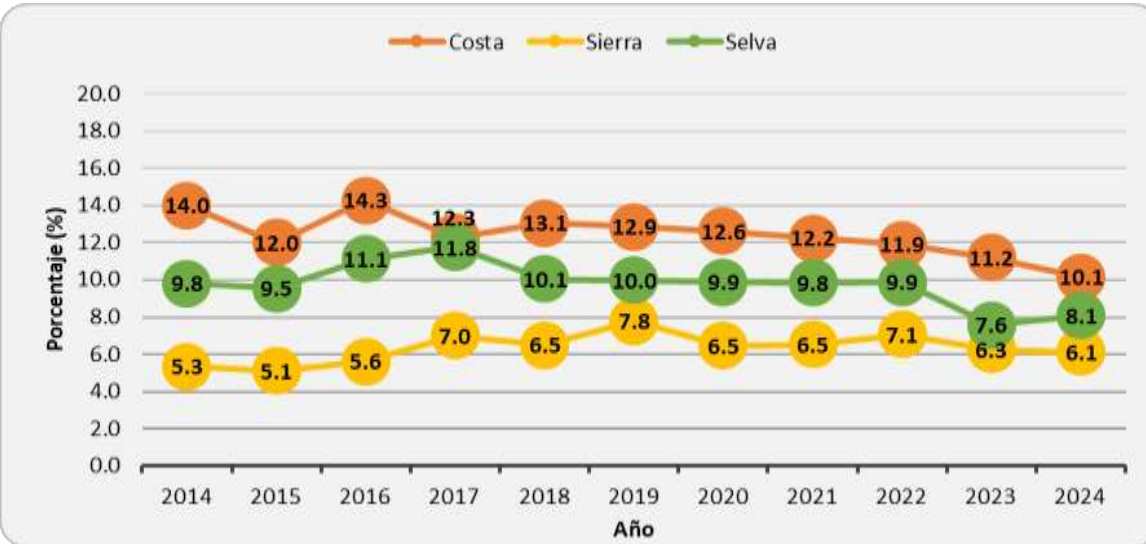
Gráfico 342. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en personas de 15 y más años de edad según sexo. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Según el INEI, el consumo de cinco porciones de frutas y/o verduras fue mayor en la costa, aunque entre los años 2014 y 2024, disminuyó de 14,0% (IC 95%: 12,9; 15,1) a 10,1% (IC 95%: 9,3; 11,0). En la selva se observó cifras estables hasta el año 2017, disminuyendo posteriormente de 11,8% (IC 95%: 10,8; 12,8) a 8,1% (IC 95%: 7,3; 8,9) entre los años 2017 y 2024; mientras que, en la sierra aumentó discretamente de 5,3% a 6,1% en el mismo periodo.

Gráfico 343. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en personas de 15 y más años de edad según región natural. Perú, 2013-2024.

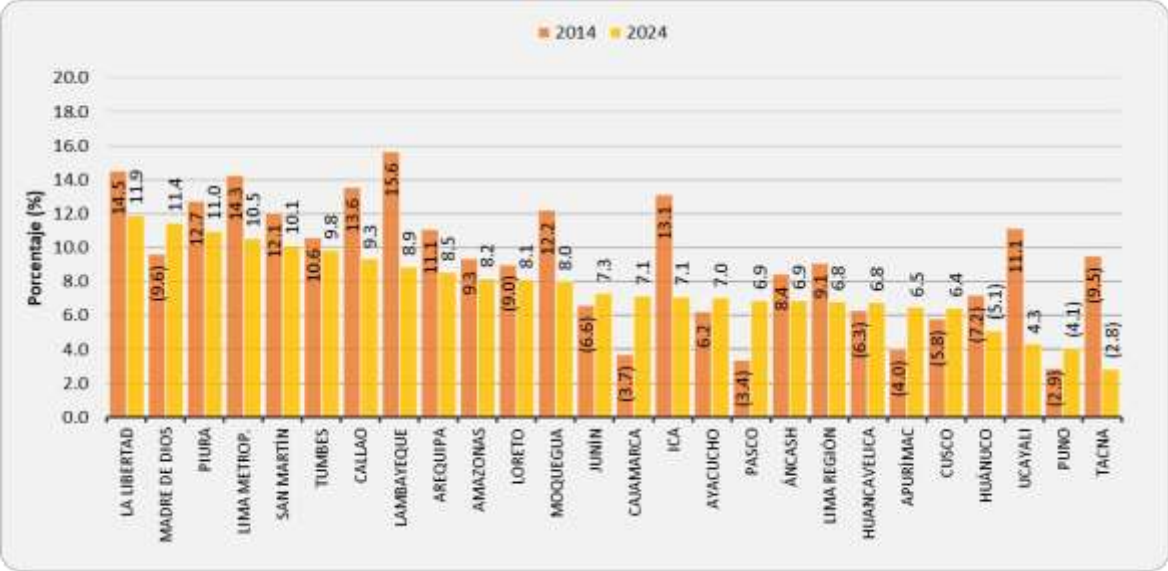


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

En el año 2024, los departamentos con mayor consumo de cinco porciones de fruta y/o ensaladas de verduras al día en personas de 15 años a más, fueron La Libertad, Madre de Dios, Piura, Lima Metropolitana, San Martín, Tumbes y Callao, con cifras superiores al promedio Nacional (8,9%).

Entre los años 2014 y 2024, la mayoría de los departamentos mantuvieron cifras de consumo de frutas y/o verduras similares o con pocas diferencias; sólo los departamentos de Ica, Cajamarca, Lambayeque, Lima Metropolitana y Ucayali disminuyeron significativamente su consumo.

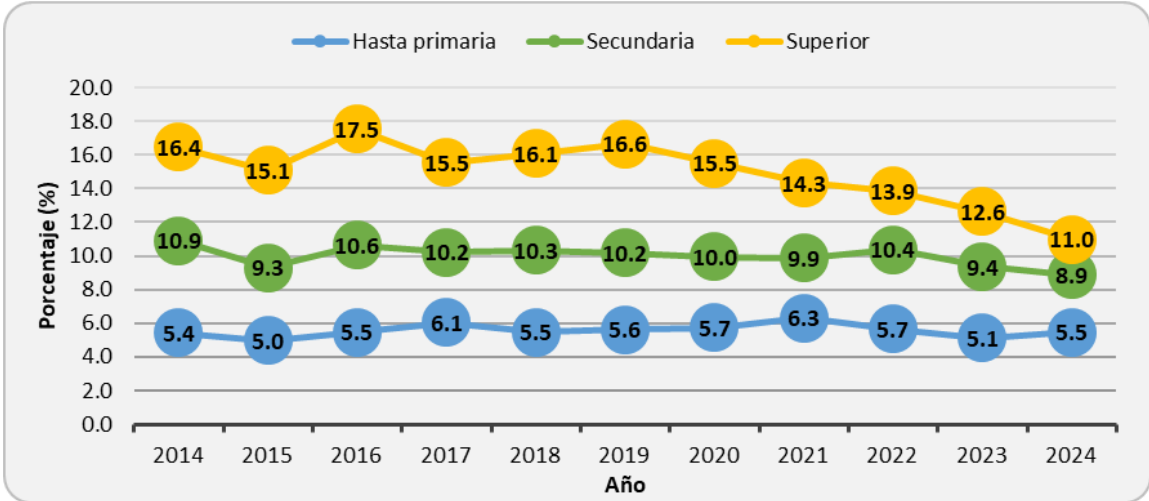
Gráfico 344. Consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en personas de 15 y más años de edad según regiones. Perú, 2014 y 2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014 y 2024.

Por otro lado, el consumo de cinco porciones de frutas y/o verduras al día en las personas de 15 y más años con nivel educativo hasta primaria, se mantuvo estable entre los años 2014 y 2024. Sin embargo, en las personas con nivel educativo superior, a pesar de ser los que más consumen, se observó una ligera disminución con cifras de 16,4% (IC95%: 15,0; 17,9) en el 2014 y 11,0% (IC95%: 9,9; 12,1) en el 2024; así mismo, disminuyó en las personas con nivel secundario de 10,9% (IC95%: 10,0; 11,8) a 8,9%(IC95%: 8,1; 9,7).

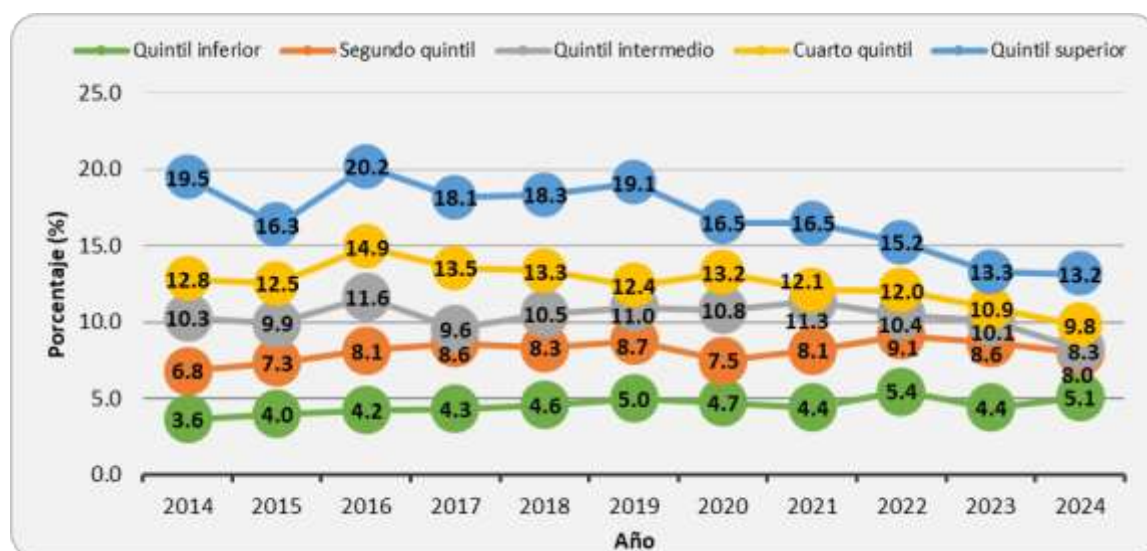
Gráfico 345. Consumo de al menos 5 porciones de fruta y/o verduras al día en personas de 15 y más años de edad según grado de instrucción. Perú, 2014 - 2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

El consumo de cinco porciones de fruta y/o ensaladas de verduras al día fue mayor a medida que aumentó el quintil de bienestar, observándose que, en el 2024, el consumo en el quintil superior casi triplicó a lo observado en el quintil inferior. En el periodo, el consumo de las cinco porciones aumentó levemente en las personas del quintil inferior (3,6% (IC95%: 2,9;4,3) en el 2014 y 5,1% (IC95%: 4,4;5,7) en el 2024)) y muy discreto en el segundo quintil. Por otro lado, se evidenció una disminución en el consumo de cinco porciones de fruta y/o ensaladas de verduras en las personas quintil superior, con cifras de 19,5% (IC95%: 17,6; 21,3) en el 2014 y 13,2% (IC95%: 11,2; 15,1) en el 2024, y en el cuarto quintil, de 12,8% (IC95%: 11,3; 14,3) a 9,8% (IC95%: 8,4; 11,2) en el mismo periodo.

Gráfico 346. Consumo de al menos 5 porciones de fruta y/o verduras al día en personas de 15 y más años de edad según quintil de bienestar. Perú, 2014 - 2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

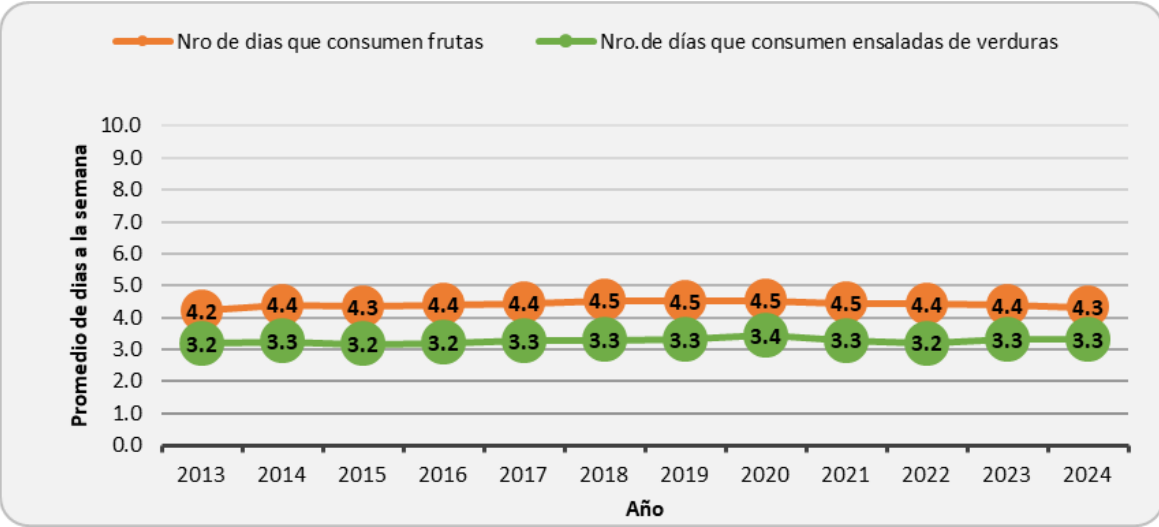
b. Consumo de frutas y verduras según número de días a la semana

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, entre los años 2013 y 2024 el promedio de días a la semana que las personas de 15 y más años consumían frutas o verduras se mantuvo constante. Es así que, durante el año 2024, las frutas se consumen en promedio 4,3 días a la semana, mientras que las ensaladas verduras fueron consumidas en promedio 3,3 días.

De acuerdo al área de residencia, entre los años 2013 y 2024 el promedio de días a la semana que las personas de 15 y más años de edad consumían frutas o verduras fue superior en el área urbana.

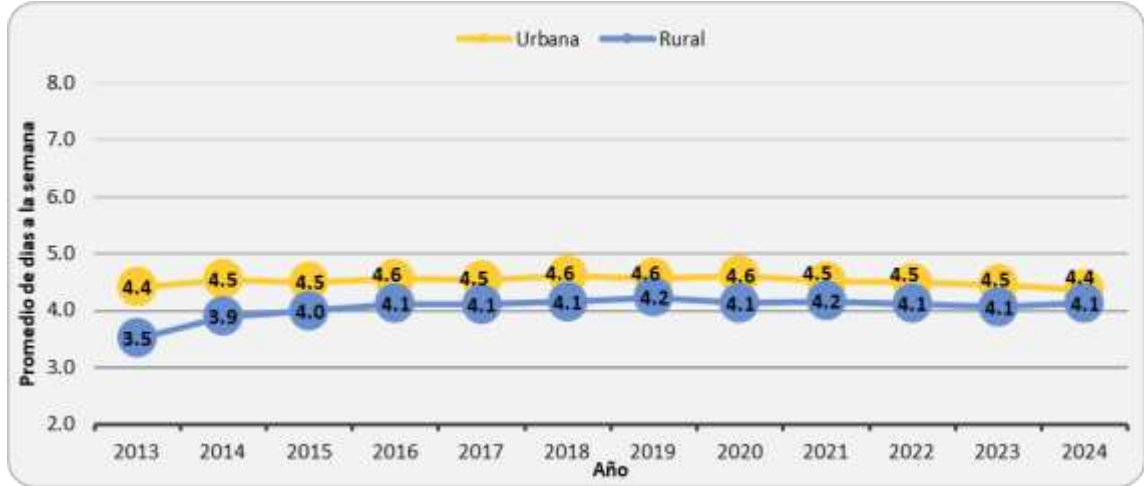
Respecto a las frutas, se puede observar que la cantidad de días que se consumieron en el área rural aumentó ligeramente de 3,5 (IC 95%: 3,3; 3,7) a 4,1 (IC 95%: 4,1; 4,2); mientras que, en el área urbana, el número de días consumidos se mantuvo estable.

Gráfico 347. Promedio de días a la semana de consumo de frutas y verduras en personas de 15 y más años de edad a nivel nacional. Perú, 2013-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

Gráfico 348. Promedio de días a la semana de consumo de frutas en personas de 15 y más años de edad según área de residencia. Perú, 2013-2024.

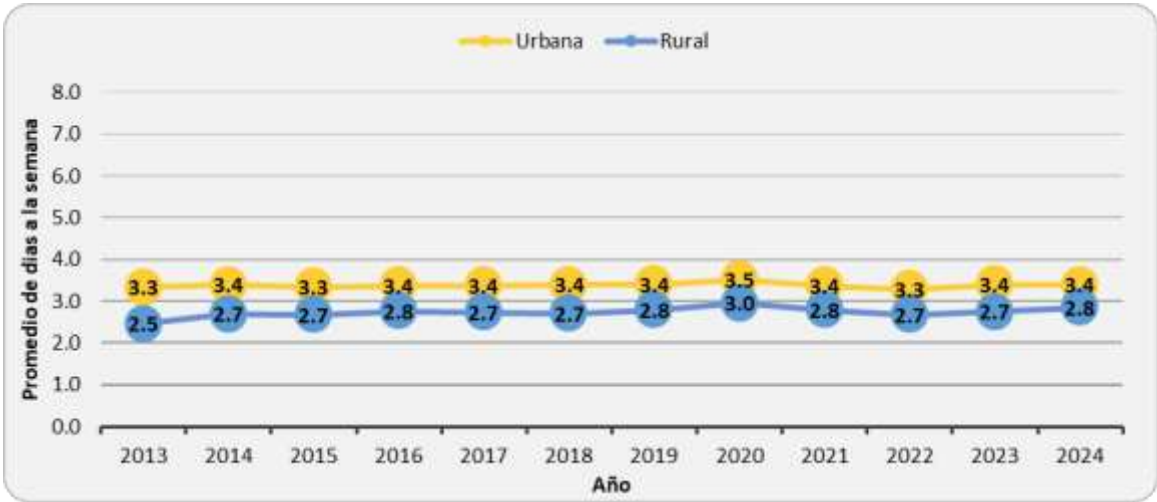


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

En el año 2024, las ensaladas de verduras fueron consumidas en promedio 3,4 días a la semana en el área urbana y 2,8 días en el área rural.

En el área rural, las cifras aumentaron ligeramente de 2,5 (IC 95%: 2,3; 2,6) a 2,8 (IC 95%: 2,8; 2,9) entre los años 2013 y 2024, mientras que en el área urbana se mantuvieron estables.

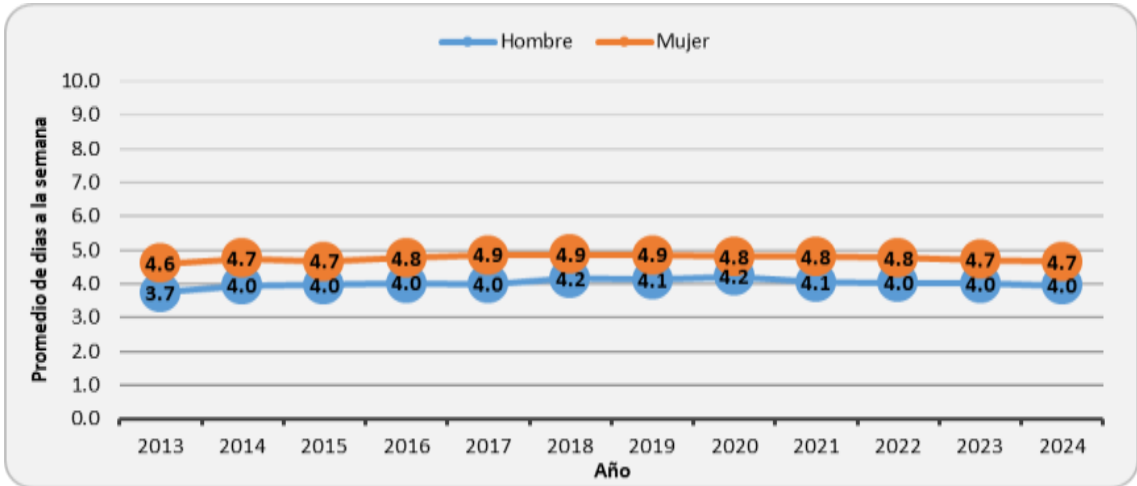
Gráfico 349. Promedio de días a la semana de consumo de ensalada de verduras en personas de 15 y más años de edad según área de residencia. Perú, 2013-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

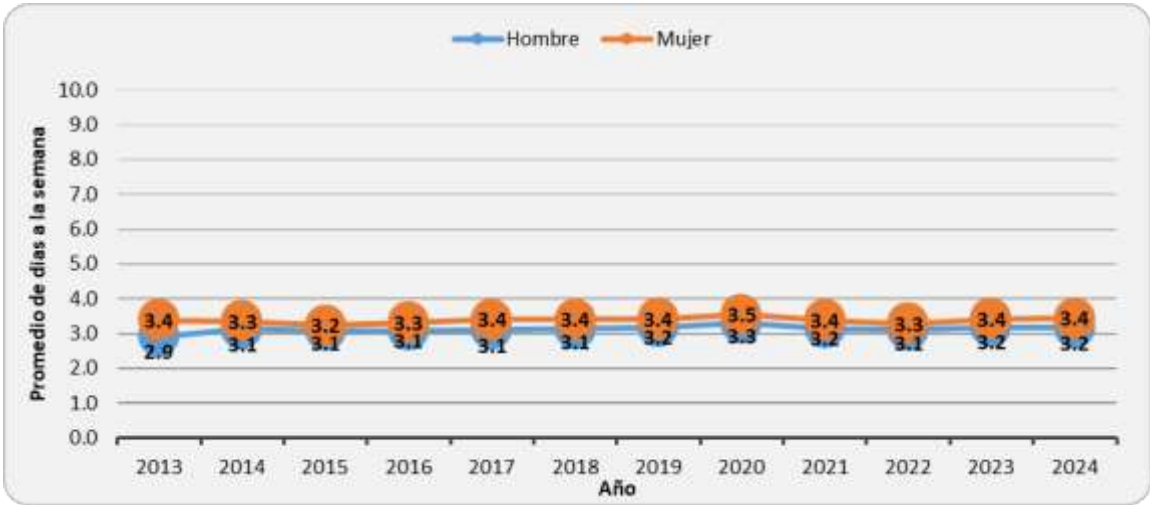
Entre los años 2013 y 2024, el promedio de días a la semana que las personas de 15 y más años consumieron frutas y verduras en ensaladas se mantuvo estable en ambos sexos, siendo las mujeres quienes consumieron con mayor frecuencia que los varones.

Gráfico 350. Promedio de días a la semana de consumo de frutas en personas de 15 y más años de edad según sexo. Perú 2013 - 2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

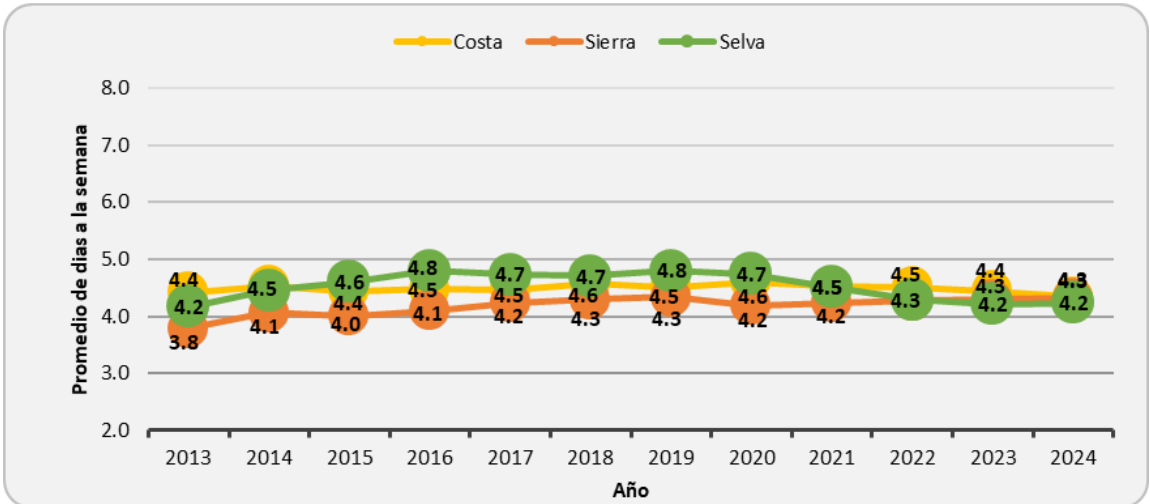
Gráfico 351. Promedio de días a la semana de consumo de verduras en personas de 15 y más años de edad según sexo. Perú 2013 - 2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

Según dominio de residencia, entre los años 2013 y 2024, el número días a la semana que se consumieron frutas se mantuvo en el rango de 3,8 y 4,8, sin embargo, se observó que, el dominio sierra aumentó el promedio de días de consumo de frutas de 3,8 (IC 95%: 3,7; 3,9) a 4,3 (IC 95%: 4,3; 4,4).

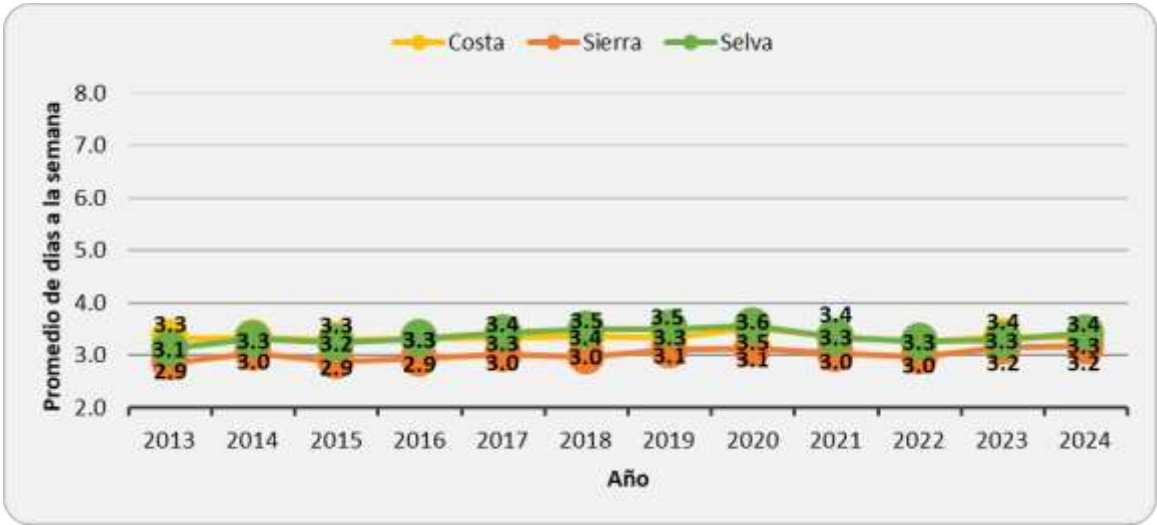
Gráfico 352. Promedio de días a la semana de consumo de frutas en personas de 15 y más años de edad según dominio de residencia. Perú, 2013-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

El promedio de días a la semana que se consumen ensaladas de verduras se mantuvo constante en los dominios geográficos costa y selva; sin embargo, se observó que, el dominio sierra aumentó discretamente el promedio de días de consumo de ensalada de verduras de 2,9 (IC 95%: 2,7; 3,0) a 3,2 (IC 95%: 3,1; 3,2).

Gráfico 353. Promedio de días a la semana de consumo de verduras en personas de 15 y más años de edad según dominio de residencia. Perú, 2013-2024.

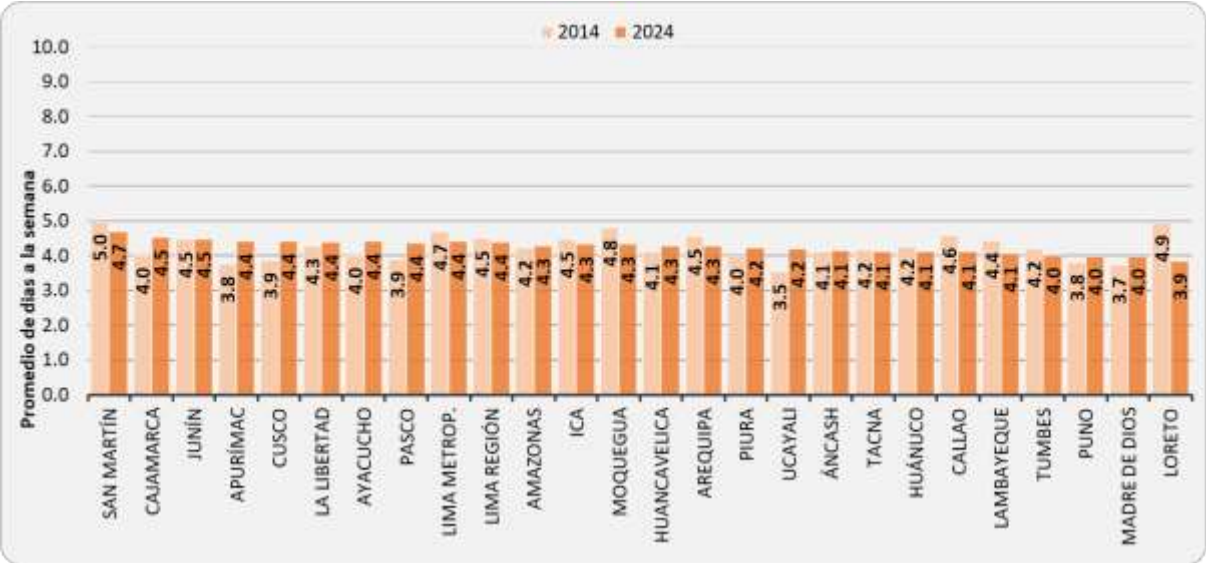


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, en el año 2024, el rango de consumo de frutas a la semana fue de 3,6 a 4,6 días, siendo mayor su consumo en los departamentos de San Martín, Cajamarca y Junín. Por otro lado, el consumo más bajo se observó en los departamentos de Tumbes, Puno, Madre de Dios y Loreto.

Entre los años 2014 y 2024, los departamentos que aumentaron el promedio de días a la semana que consumían frutas fueron los departamentos de Apurímac (de 3,8 (IC 95%: 3,6; 4,0) a 4,4 (IC 95%: 4,2; 4,6)), Ayacucho (de 4,0 (IC 95%: 3,8; 4,2) a 4,4 (IC 95%: 4,3; 4,6)), Cajamarca (de 4,0 (IC 95%: 3,8; 4,2) a 4,5 (IC 95%: 4,4; 4,7)), Pasco (de 3,9 (IC 95%: 3,7; 4,1) a 4,4 (IC 95%: 4,2; 4,5)) y Ucayali (de 3,5 (IC 95%: 3,3; 3,7) a 4,2 (IC 95%: 4,1; 4,4)); mientras que los que disminuyeron fueron la Provincia Constitucional del Callao (de 4,6 (IC 95%: 4,4; 4,8) a 4,1 (IC 95%: 3,9; 4,3)), Lima Metropolitana (de 4,7 (IC 95%: 4,6; 4,8) a 4,4 (IC 95%: 4,3; 4,5)) y Loreto (de 4,9 (IC 95%: 4,7; 5,2) a 3,9 (IC 95%: 3,7; 4,0)).

Gráfico 354. Promedio de días a la semana de consumo de frutas en personas de 15 y más años de edad según departamentos. Perú, 2024.

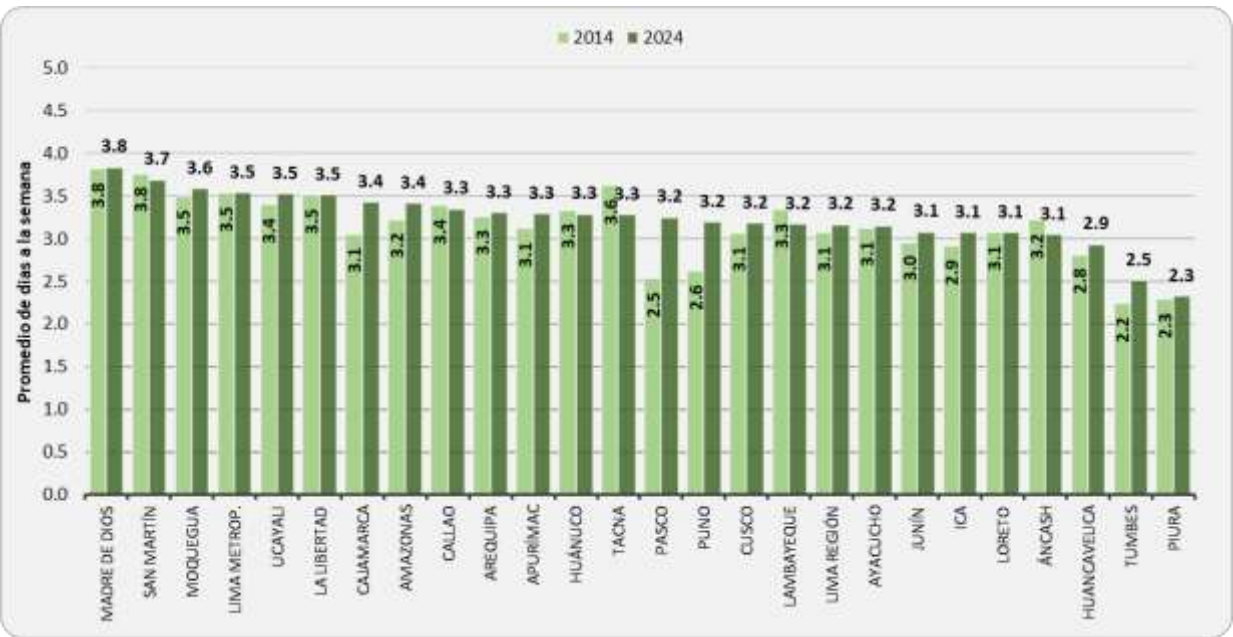


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2024

Respecto al consumo de verduras, se puede observar que, en el año 2024, los departamentos del Perú consumieron en promedio de 2,3 a 3,8 días a la semana verduras en ensaladas, siendo mayor su consumo en los departamentos de Madre de Dios, Moquegua y San Martín.

Entre los años 2014 y 2024, los departamentos de Pasco (de 2,5 (IC 95%: 2,4; 2,7) a 3,2 (IC 95%: 3,1; 3,4)) y Puno (de 2,6 (IC 95%: 2,4; 2,8) a 3,2 (IC 95%: 3,0; 3,4)) aumentaron el promedio de días a la semana que consumen ensaladas de verduras.

Gráfico 355. Promedio de días a la semana de consumo de verduras en personas de 15 y más años de edad según departamentos. Perú, 2024.

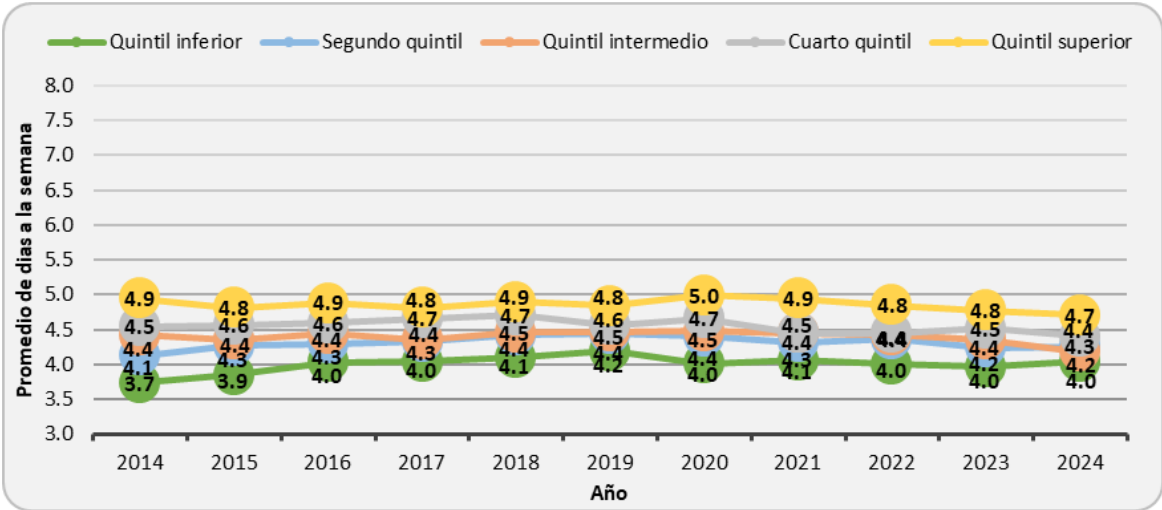


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2024

Se puede observar que a medida que aumentó el quintil de bienestar también aumentó el promedio de días a la semana que se consumían frutas y ensaladas de verduras.

Entre los años 2014 y 2024, el promedio de días que se consumen frutas aumentaron en el quintil inferior de 3,7 (IC 95%: 3,6; 3,8) a 4,0 (IC 95%: 4,0; 4,1) y, de 2,6 (IC 95%: 2,5; 2,7) a 2,8 (IC 95%: 2,8; 2,9) en ensaladas de verduras en el mismo periodo.

Gráfico 356. Promedio de días a la semana de consumo de frutas en personas de 15 y más años de edad según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024

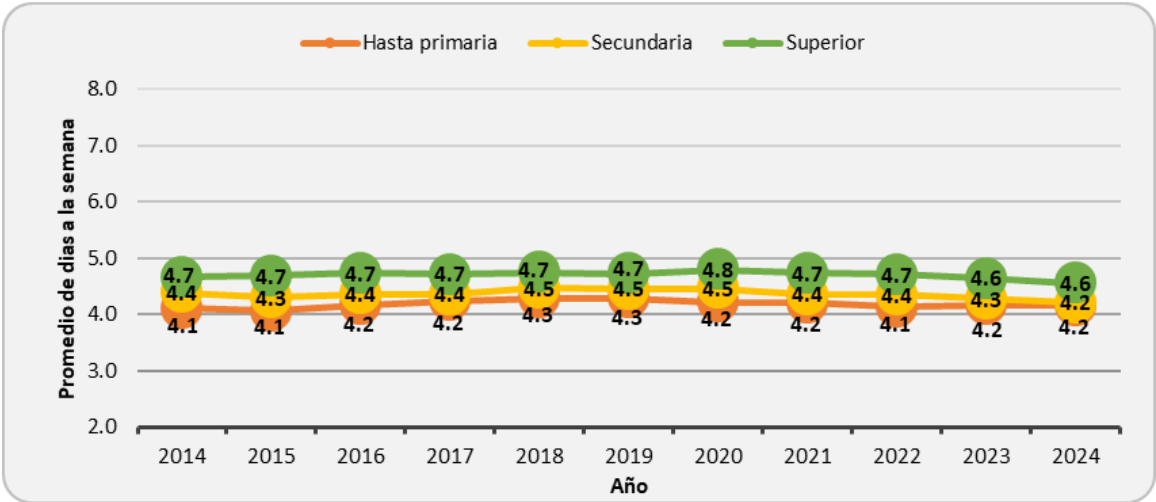
Gráfico 357. Promedio de días a la semana de consumo de ensalada de verduras en personas de 15 y más años de edad según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024

Según nivel de educación, se puede observar que las personas de 15 y más años con nivel superior tuvieron un mayor promedio de días a la semana que se consumían frutas y ensaladas de verduras, comparado con aquellas personas con educación secundaria y hasta primaria.

Gráfico 358. Promedio de días a la semana de consumo de frutas en personas de 15 y más años de edad según nivel de educación. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024

Entre los años 2014 y 2024, el promedio de días a la semana que se consumió frutas y verduras en ensaladas se mantuvo estable en todos los niveles de educación.

Gráfico 359. Promedio de días a la semana de consumo de ensalada de verduras en personas de 15 y más años de edad según nivel de educación. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024

c. Consumo de frutas y verduras por día

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, entre los años 2013 y 2024, las personas de 15 años a más consumieron en promedio dos porciones de frutas y una ensalada de verduras al día.

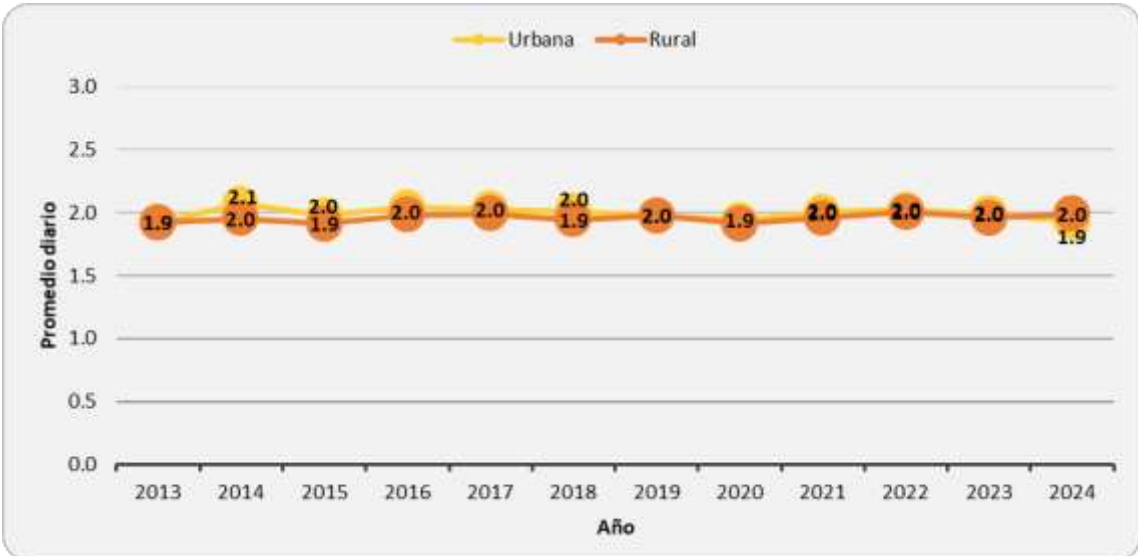
Gráfico 360. Consumo promedio diario de frutas y verduras en ensalada en personas de 15 y más años de edad. Perú, 2013-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

Entre los años 2013 y 2024, el número de porciones de frutas consumidas diariamente en las áreas de residencia urbano y rural fue similar, manteniéndose en el rango de 1,9 a 2,0 porciones por día en personas de 15 a más años.

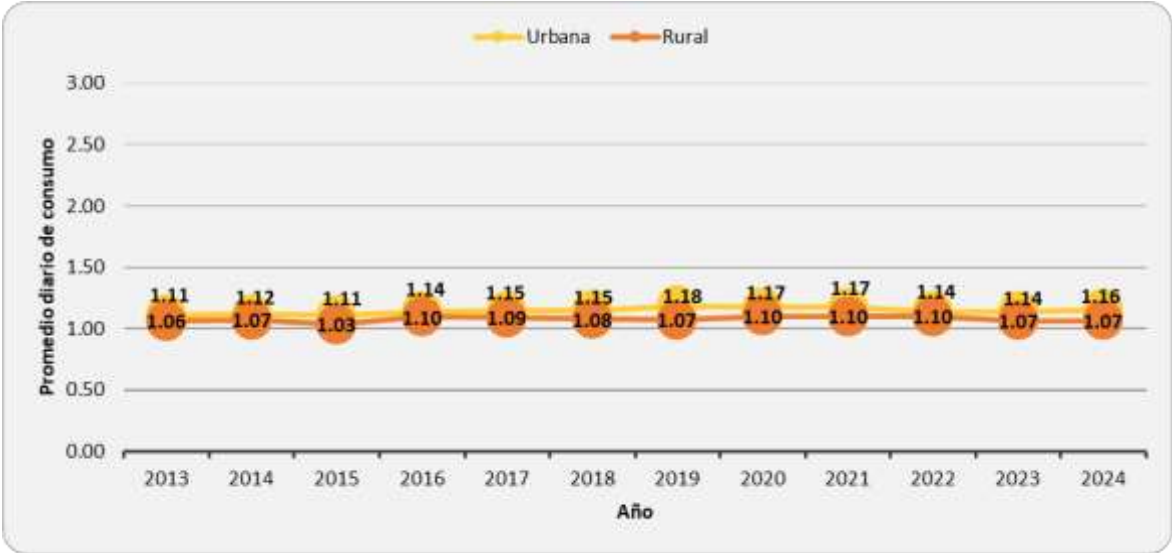
Gráfico 361. Consumo promedio diario de frutas en personas de 15 y más años de edad según área de residencia. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024

Asimismo, se puede observar que, entre los años 2013 y 2024, el número de porciones de ensalada de verduras consumidas diariamente se mantuvo constante, siendo ligeramente superior en el área urbana.

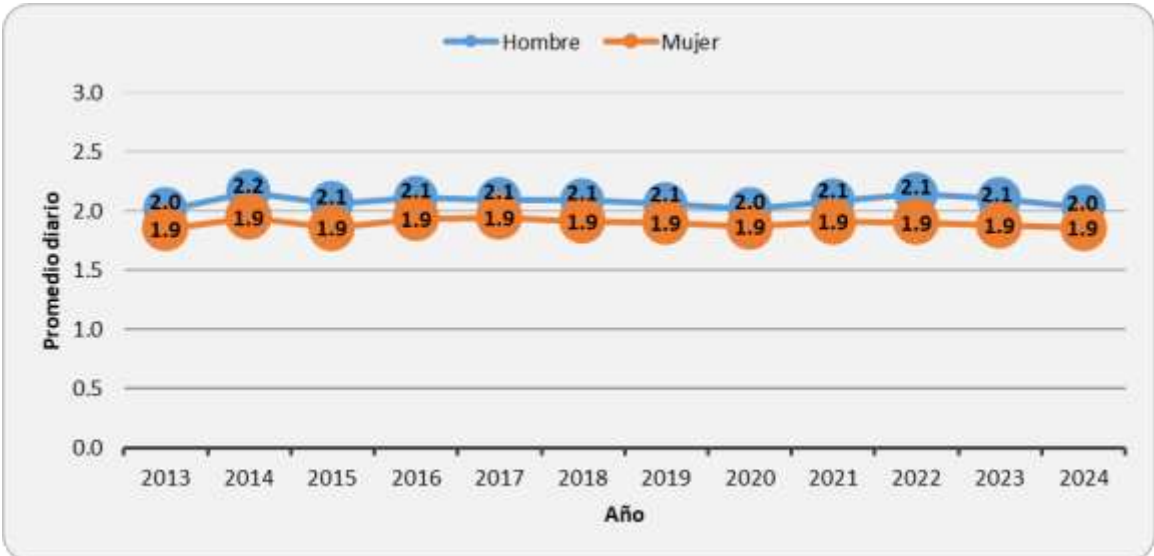
Gráfico 362. Consumo promedio diario de verduras en ensalada en personas de 15 y más años de edad a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

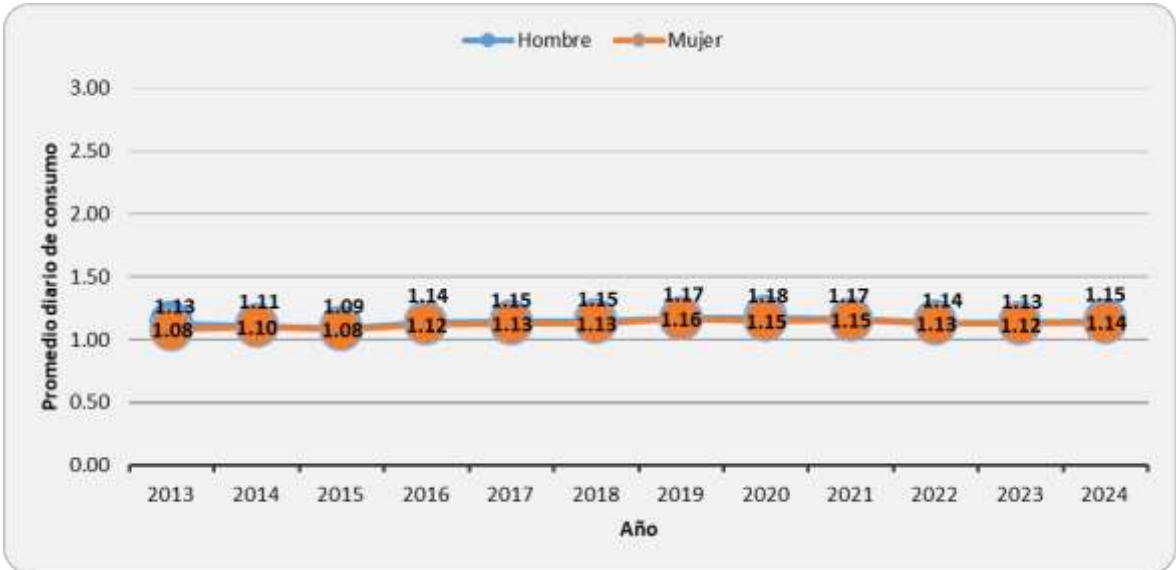
Según sexo, entre los años 2013 y 2024, el número de porciones de frutas y de verduras en ensaladas consumidas diariamente se mantuvo constante en hombres y mujeres.

Gráfico 363. Consumo promedio diario de frutas en personas de 15 y más años de edad según sexo. Perú, 2013-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024

Gráfico 364. Consumo promedio diario de verduras en ensalada en personas de 15 y más años de edad según sexo. Perú, 2013-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2012-2024

Según dominio geográfico, entre los años 2013 y 2024, el promedio diario de consumo de frutas se mantuvo en el rango de 1,8 a 2,1 porciones en los tres dominios, es decir, en los tres dominios geográficos.

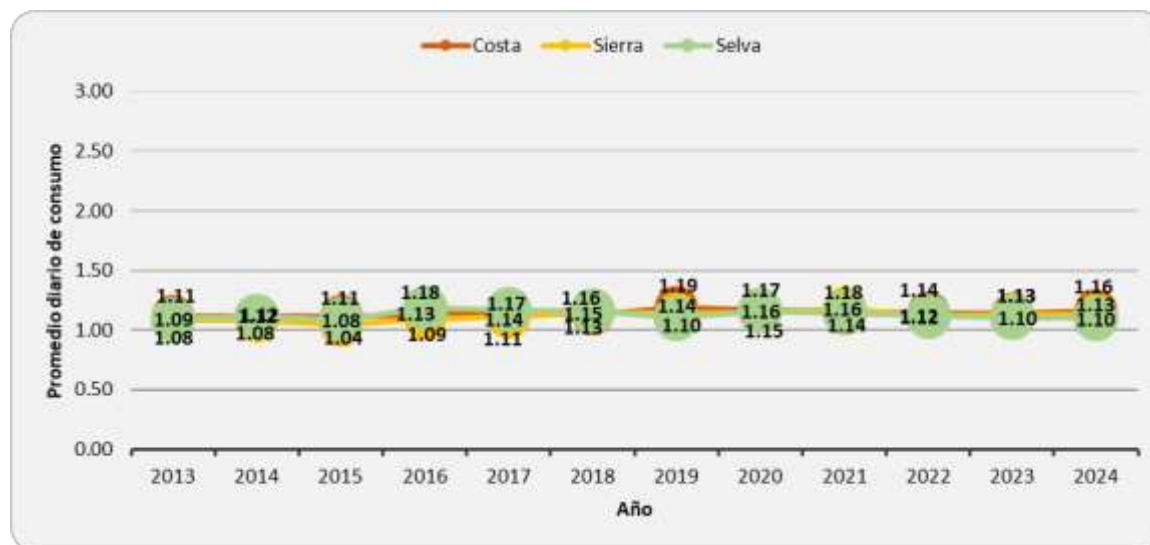
Gráfico 365. Consumo promedio diario de frutas en personas de 15 y más años según dominio geográfico. Perú, 2013-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024

Así mismo, el consumo promedio diario de porciones de ensaladas de verduras se incrementó levemente en la sierra de 1,08 (IC 95%: 1,05; 1,10) a 1,13 (IC 95%: 1,10; 1,15) entre los años 2003 y 2024.

Gráfico 366. Consumo promedio diario de verduras en ensalada en personas de 15 y más años según dominio geográfico. Perú, 2014-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024

4.2.8.2 Consumo de Tabaco en personas de 15 y más años

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. En el 2012, la OMS estima que la mortalidad atribuida específicamente al tabaco es de 12% a nivel mundial y de 16% en las Américas (17% en los hombres y 15% en las mujeres). De las defunciones asociadas con las enfermedades no transmisibles, el tabaco es responsable de 15% de las muertes por enfermedades cardiovasculares, 26% de las muertes por cáncer y 51% de las muertes por enfermedades crónicas respiratorias²⁶. Se calcula que, en el año 2017, uno de los factores de riesgo de muerte a nivel mundial fue el tabaquismo representando a 7,10 millones de muertes por esta causa y 182 millones de muertes por AVAD^{27,28}.

En el caso de la mujer en edad fértil se ha asociado el uso de cigarrillos, con daños múltiples, pues afecta la salud de la madre, el feto por nacer y al recién nacido o nacida. En cuanto a la función reproductiva, existe relación entre tabaquismo y disminución de la fertilidad, presentación de partos prematuros y mayor incidencia de abortos. Además, las hijas e hijos de mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de mortalidad perinatal y los que sobreviven tienen mayor posibilidad de padecer asma, pueden presentar problemas de concentración y conducta que repercuta en su rendimiento escolar. También se asocia el tabaquismo con el cáncer de cuello uterino²⁹.

²⁶ OPS. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49237>

²⁷ GBD 2017 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet, noviembre 2018; 392(10159):1923-1994. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32225-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32225-6/fulltext)

²⁸ Años de Vida Ajustados por Discapacidad Atribuibles (AVAD): Es una medida de carga de la enfermedad global, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. Fue desarrollado en la década de 1990 como una forma de comparar la salud en general y la esperanza de vida de los diferentes países.

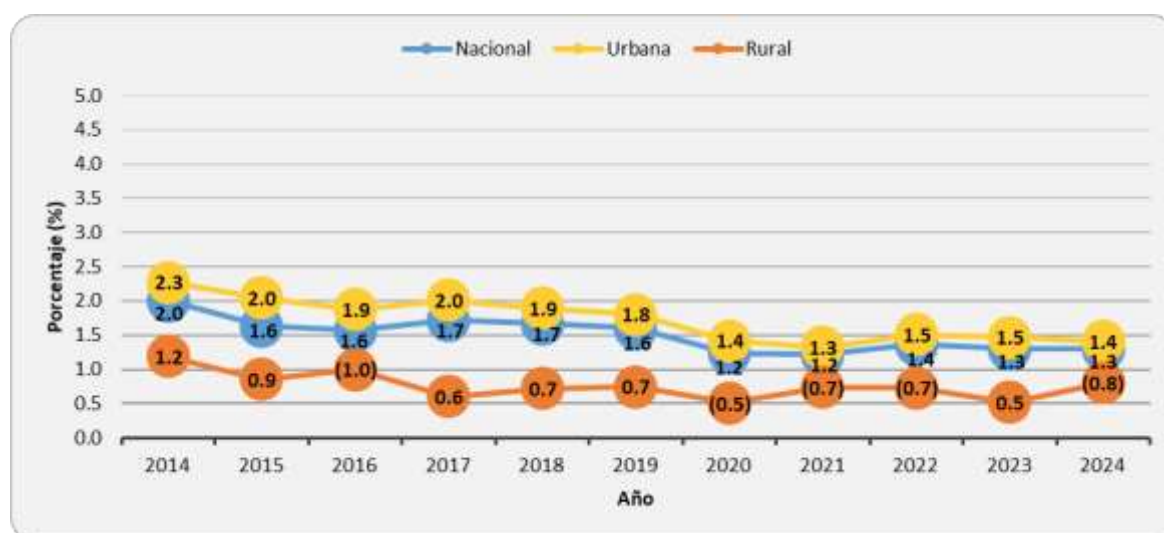
²⁹ INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familia 2016

a. Tendencia del consumo diario de cigarrillos

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, el porcentaje de personas de 15 y más años que fumó al menos un cigarrillo diariamente en los últimos 30 días, disminuyó de 2,0% (IC 95%: 1,7; 2,3) en el 2014 a 1,3% (IC 95%: 1,1; 1,5) en el año 2024.

Según área de residencia, en todos los periodos evaluados, el mayor consumo diario de cigarrillos en los últimos 30 días se observó en los residentes del área urbana respecto al área rural. Asimismo, entre los años 2014 y 2024, el consumo de tabaco diario en el último mes en residentes del área urbano disminuyó de 2,3% (IC95%: 1,9; 2,6) a 1,4% (IC95%: 1,1; 1,7) y, en el área rural de 1,2% (IC95%: 0,9; 1,5) a 0,8% (IC95%: 0,5; 1,1) en el mismo periodo.

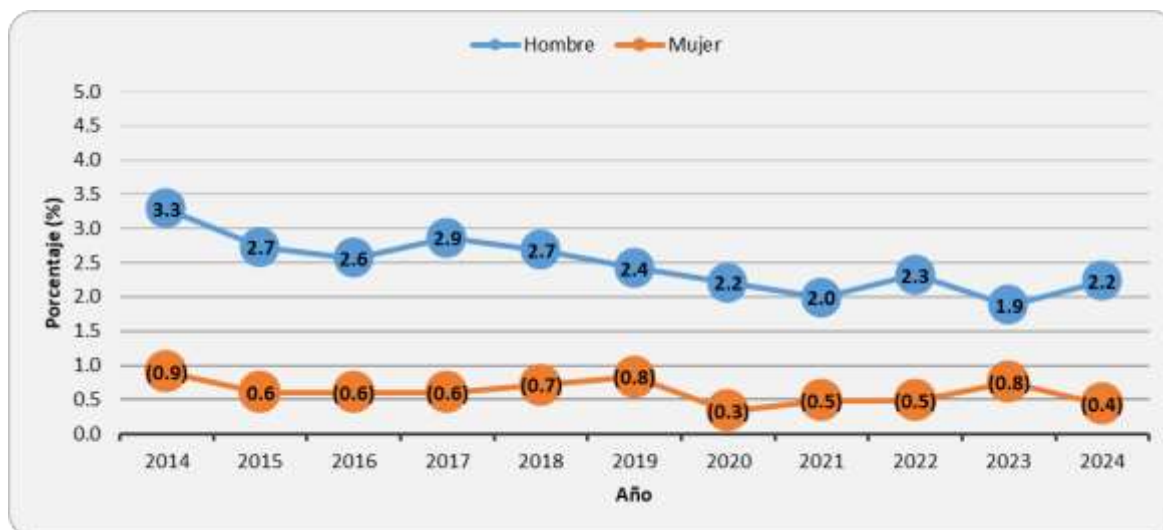
Gráfico 367. Tendencia del consumo diario de cigarrillos, en los últimos 30 días, en personas de 15 y más años de edad a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Así mismo, entre los años 2014 y 2024, se pudo observar que la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes disminuyó en varones de 3,3% (IC 95%: 2,9; 3,7) a 1,9% (IC 95%: 1,5; 2,3); en mujeres, el consumo diario de cigarrillos se mantuvo constante en el mismo periodo de tiempo.

Gráfico 368. Tendencia del consumo diario de cigarrillos, en los últimos 30 días, en personas de 15 y más años de edad según sexo. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

b. Tendencia del consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, a nivel nacional, el porcentaje de personas de 15 y más años que fumó cigarrillos en los últimos 12 meses disminuyó, de 20,6% (IC95%: 31,8; 37,5) a 16,7% (IC95%: 16,1; 17,3) entre los años 2013 y 2024, sin embargo, la disminución más pronunciada se dio en el año 2020, como efecto de la pandemia, y a partir de ese año se observa un incremento lento pero progresivo, que no alcanza a las cifras del 2019.

En todos los años evaluados, el mayor consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses se observó en las personas de 15 y más años residentes del área urbana que del rural. Es así que, entre los años 2013 y 2024, el consumo de tabaco las personas de 15 y más años residentes en el área urbana disminuyó de 21,7% (IC95%: 19,3; 24,1) a 17,2 (IC95%: 16,4; 17,9).

En el área rural, se observó un comportamiento similar, disminuyendo entre los años 2020 y 2021, pero volviendo para el año 2024 a los valores presentados antes de la pandemia por COVID-19.

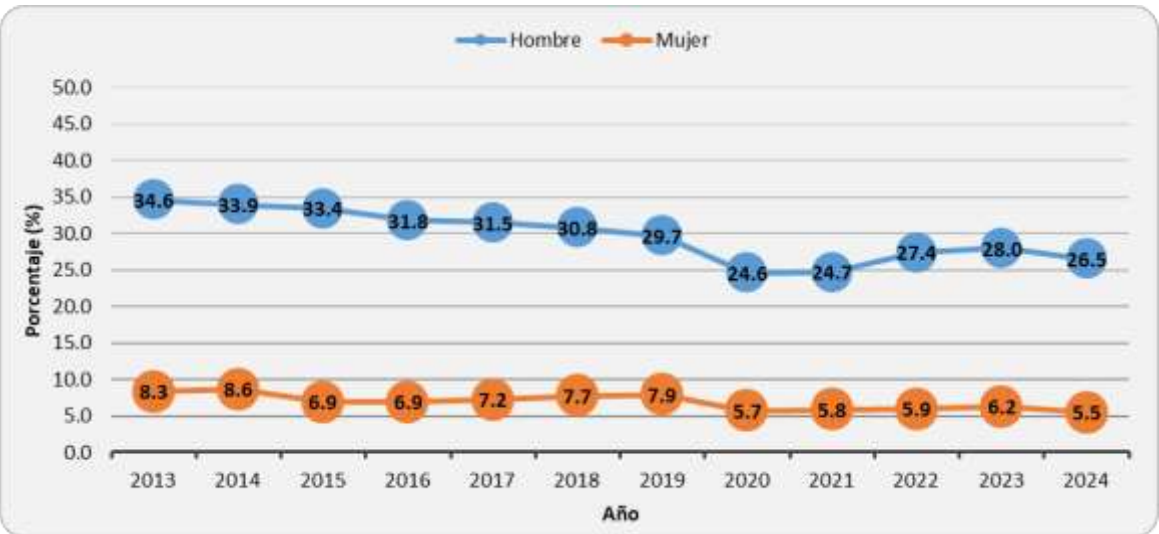
Según sexo, en todos los años evaluados, el consumo de tabaco fue más de cuatro veces mayor en varones que en mujeres. Entre los años 2013 y 2024, el consumo de tabaco en hombres disminuyó de 34,6% (IC95%: 31,8; 37,5) a 28,0% (IC95%: 26,9; 29,0), mostrando cifras inferiores en el 2020, pero a partir de ese año aumentando lenta y progresivamente. En el caso de las mujeres, el porcentaje que fumó cigarrillos en el último año disminuyó en el periodo, incluyendo por la pandemia COVID-19, y que se mantuvo después de esta.

Gráfico 369. Tendencia del consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses en personas de 15 y más años de edad a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Gráfico 370 Tendencia del consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses en personas de 15 y más años de edad según sexo. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

En casi todos los periodos evaluados, el mayor consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses se observó en los residentes del dominio selva que en aquellos de la costa y sierra.

Entre los años 2013 y 2024, el consumo de tabaco las personas de 15 y más años residentes de la costa disminuyó de 22,6% (IC95%: 19,4; 25,7) a 17,2% (IC95%: 16,4; 17,9). En el dominio sierra y selva, las proporciones de consumo disminuyeron al año 2020, para luego aumentar progresivamente en el año 2024, pero por debajo a valores pre pandemia por COVID-19.

Gráfico 371. Tendencia del consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses en personas de 15 y más años de edad según región natural. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Según nivel educativo, entre los años 2014 y 2024, el menor consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses se observó en las personas de 15 y más años con nivel educativo primario, quienes disminuyeron su consumo de 11,7% (IC95%: 10,8; 12,7) en el año 2014 a 7,4% (IC95%: 6,6; 8,2) en el año 2020, para luego aumentar lento y progresivamente a 9,6% (IC95%: 8,6; 10,5) en el año 2024.

Así mismo, en el mismo periodo de tiempo, el consumo de tabaco disminuyó de 22,5% (IC95%: 21,1; 23,7) a 17,9% (IC95%: 16,9; 18,9) en aquellos con educación secundaria; y de 26,1% (IC95%: 24,6; 27,6) a 19,5% (IC95%: 18,3; 20,7) en las personas con nivel educativo superior.

Gráfico 372. Tendencia del consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses en personas de 15 y más años de edad según nivel educativo. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

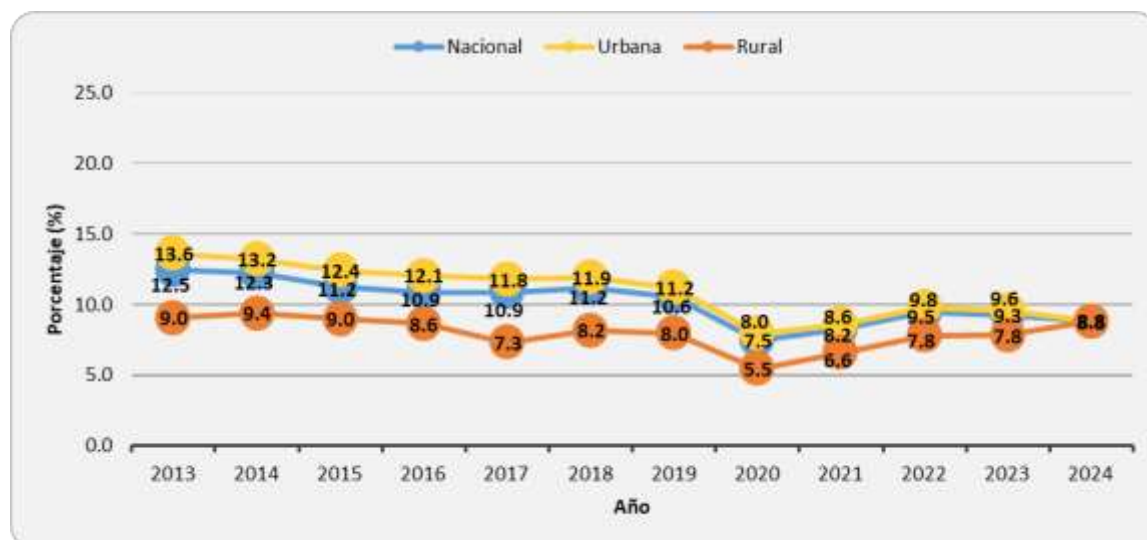
c. Tendencia del consumo actual de cigarrillos

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, a nivel nacional, el porcentaje de personas de 15 y más años que actualmente fuman cigarrillos disminuyó de 12,5% (IC95%: 10,8; 14,1) a 8,8% (IC95%: 8,3; 9,4) entre los años 2013 y 2024, siendo mayor su consumo en los residentes del área urbana que en aquellos del dominio rural.

Entre los años 2013 y 2020, el consumo actual de cigarrillos en personas de 15 y más años residentes en el área urbano disminuyó 13,6% (IC95%: 11,5; 15,7) a 8,0% (IC95%: 7,4; 8,6), cifra que aumentó progresivamente a 8,8% (IC95%: 8,2; 9,4).

En el área rural se observó un comportamiento similar, disminuyendo en el periodo 2013-2020, y luego aumentando progresivamente a valores previos a la pandemia por COVID-19 en el 2024.

Gráfico 373. Personas de 15 y más años de edad que actualmente fuman cigarrillos a nivel nacional y según área de residencia. Perú 2013-2024

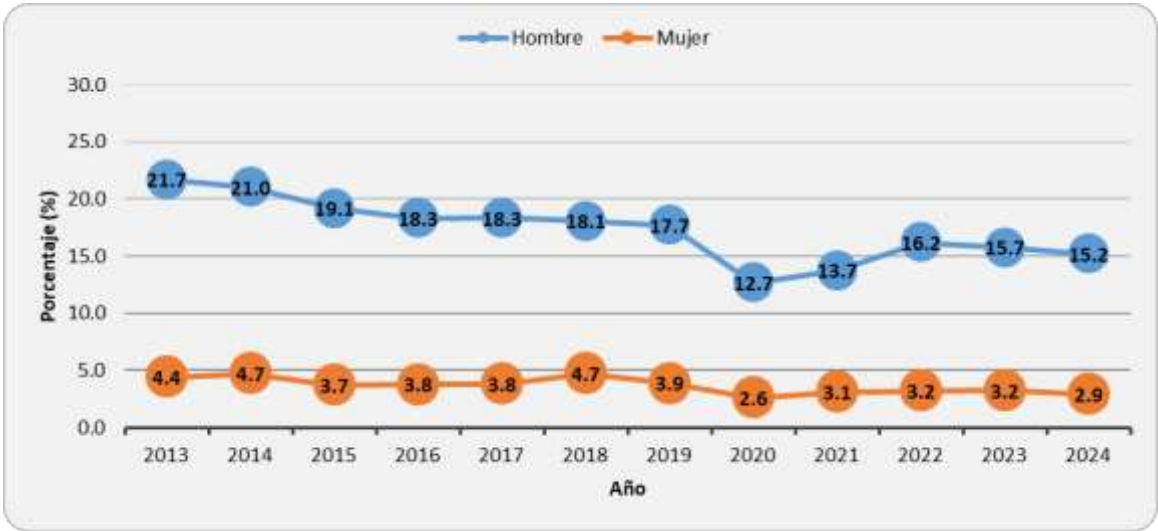


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Según sexo, en todos los periodos evaluados, el consumo actual de tabaco fue cinco veces mayor en hombre, disminuyendo su consumo entre los años 2013 y 2020 de 21,7% (IC 95%: 19,0; 24,3) a 12,7% (IC95%: 11,8; 13,6), y aumentando progresivamente a 15,2% (IC 95%: 14,2; 16,1) en el 2024. Entre los años 2013 y 2024 el porcentaje de mujeres que consumió actualmente cigarrillos disminuyó discretamente.

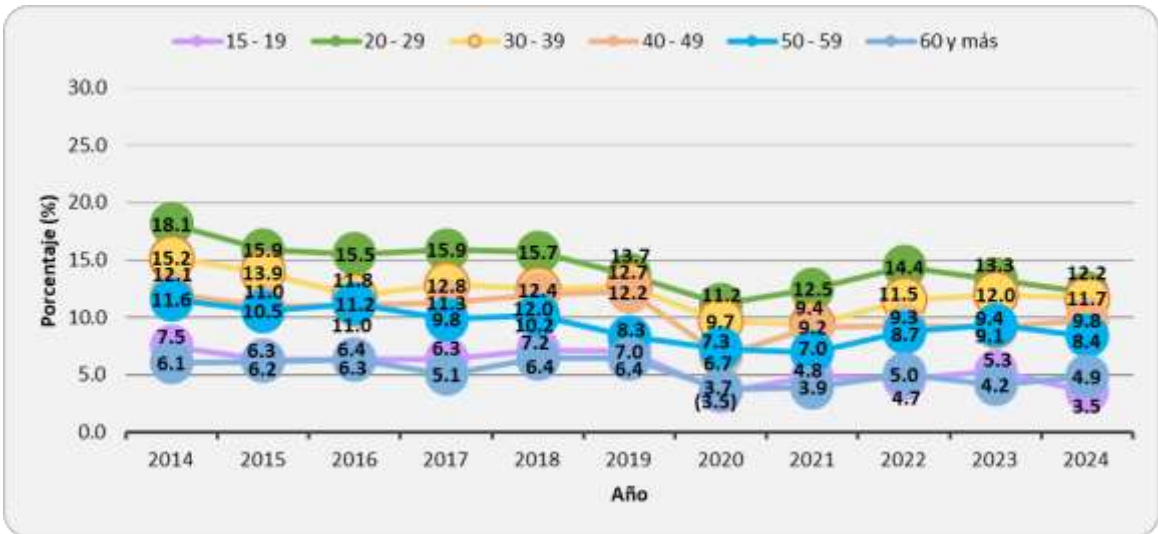
En casi todos los periodos evaluados, el mayor consumo actual de cigarrillos se observó en los jóvenes de 20-29 años y adultos de 30-39 años. De la misma manera, entre los años 2014 y 2024, las prevalencias de consumo de tabaco, según grupos de edad, disminuyeron en los grupos de edad de 20-29, 30-39, 40-49 años y en los adultos mayores de 60 y más años.

Gráfico 374. Personas de 15 y más años de edad que actualmente fuman cigarrillos según sexo. Perú 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Gráfico 375. Personas de 15 y más años de edad que actualmente fuman cigarrillos según grupos de edad. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

En todos los periodos evaluados, las personas que residían en la Selva y Costa presentaron las mayores prevalencias de consumo actual de cigarrillos.

Entre los años 2013 y 2020, el consumo actual de cigarrillos en personas de 15 y más años residentes en el dominio costa disminuyó 14,2% (IC95%: 11,5; 16,9) a 8,1% (IC95%: 7,3; 8,8), cifra que aumentó progresivamente a 8,6% (IC95%: 7,8; 9,4). En el dominio selva y sierra se observó un comportamiento similar.

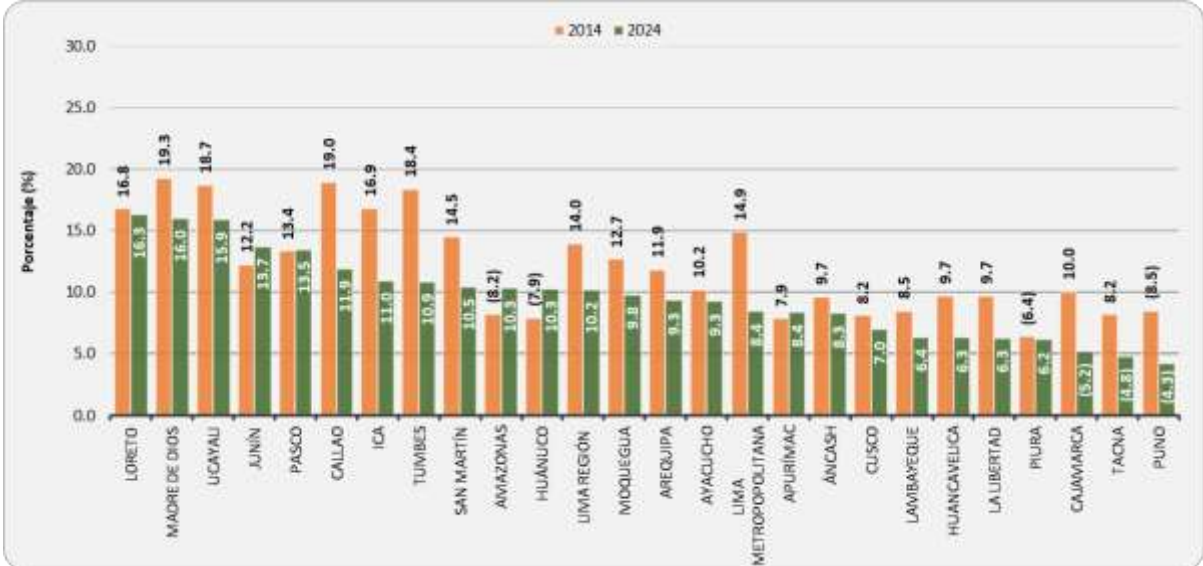
Gráfico 376. Personas de 15 y más años de edad que actualmente fuman cigarrillos según región natural. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

En el año 2024, las mayores prevalencias de consumo actual de tabaco se encontraron en los departamentos de Madre de Dios, Loreto, Ucayali, Junín, Pasco, Ica y la Provincia Constitucional del Callao, todos ellos con cifras superiores al 11,0%. Por otro lado, entre los años 2014 y 2024, el consumo actual de cigarrillos disminuyó en los departamentos de Cajamarca, Ica, Lima, Tacna, Tumbes y la Provincia Constitucional del Callao.

Gráfico 377. Personas de 15 y más años de edad que actualmente fuman cigarrillos según departamentos. Perú, 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2024.

De acuerdo al nivel educación, las personas con nivel de educación superior y secundario presentaron prevalencias de consumo de tabaco más altas a lo observado en las personas con nivel primaria, este último manteniendo estable su consumo entre los años 2014 y 2024.

En el nivel de estudios secundaria disminuyó de 13,7% (IC 95%: 12,7;14,7) en el 2014 a 9,3% (IC 95%: 8,5; 10,1) en el 2024; y en aquellas personas con nivel educativo superior se redujo de 15,7% (IC 95%: 14,3;17,0) a 9,8% (IC 95%: 8,7; 10,8) en el mismo periodo de tiempo.

Gráfico 378. Personas de 15 y más años de edad que actualmente fuman cigarrillos según grado de instrucción. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Según quintil de bienestar, al comparar las cifras de los años 2014 y 2024, se pudo observar que el consumo actual de cigarrillos en las personas de 15 y más años de edad disminuyó en el quintil intermedio de 13,0% (IC 95%: 11,6;14,4) a 9,4% (IC 95%: 8,3; 10,6), en el segundo quintil descendió de 11,9% (IC 95%: 10,6;13,3) a 8,3% (IC 95%: 7,1; 9,5), de la misma manera en el superior se redujo de 16,5% (IC 95%: 14,8;18,1) a 10,4% (IC 95%: 8,9; 11,8). Los quintiles inferiores fueron los que menos disminuyeron.

Gráfico 379. Personas de 15 y más años de edad que actualmente fuman cigarrillos según quintil de bienestar. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

4.2.8.3 Consumo de Alcohol en personas de 15 y más años

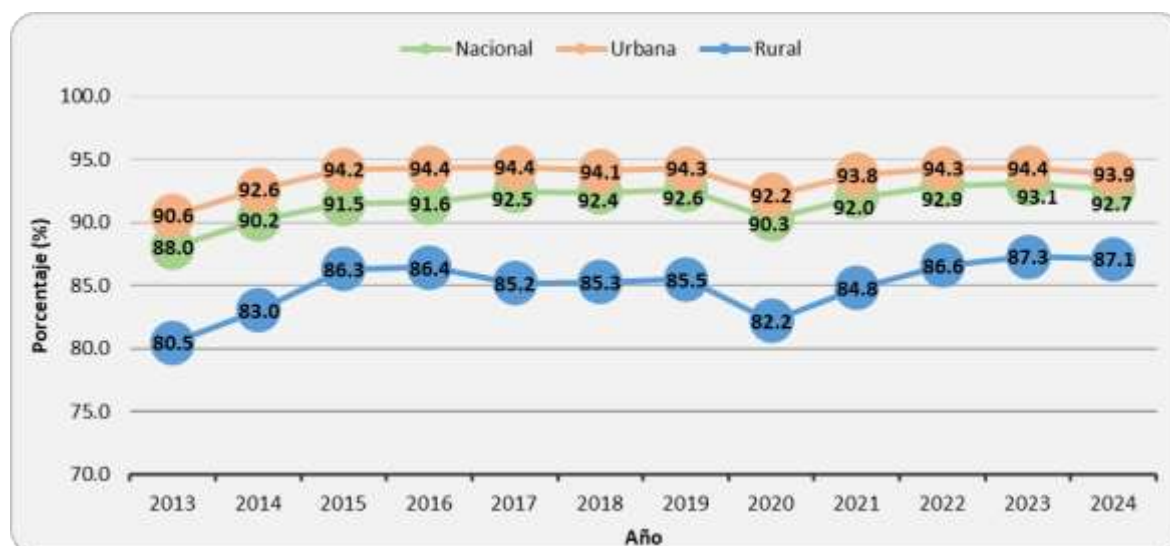
El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. El uso nocivo de alcohol también está relacionado con varias enfermedades infecciosas, como el VIH/sida, la tuberculosis y la neumonía. Una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia y suicidios. Las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar a personas relativamente jóvenes.³⁰

a. Proporción de personas que consumieron alguna vez alcohol

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, en el año 2013, el 88,0% (IC 95%: 86,6; 89,5) de las personas de 15 y más años de edad, consumió alguna vez bebidas alcohólicas, evidenciándose que su consumo aumentó a 92,7% (IC 95%: 92,2; 93,2) para el año 2024.

Según área de residencia, el porcentaje de personas que consumió alguna vez alcohol en el dominio urbano aumentó de 90,6% (IC 95%: 88,9; 92,2) a 94,4% (IC 95%: 93,4; 94,4) entre los años 2013 y 2024; mientras que, en el área rural, su proporción se incrementó de 80,5% (IC 95%: 77,7; 83,2) a 87,3% (IC 95%: 86,0; 88,2) en el mismo periodo de tiempo.

Gráfico 380. Personas de 15 y más años de edad que consumieron alguna vez alguna bebida alcohólica, a nivel nacional y según área de residencia. Perú 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Entre los años 2013 y 2024, la proporción de varones que consumieron alguna vez alguna bebida alcohólica se mantuvo estable; mientras que, en el caso de las mujeres, aumentó de 83,8% (IC 95%: 81,7; 85,9) a 90,9% (IC 95%: 90,3; 91,6) en el mismo periodo de tiempo.

³⁰ OMS. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, 2010

Gráfico 381. Personas de 15 y más años de edad que consumieron alguna vez alguna bebida alcohólica según sexo. Perú 2013-2024



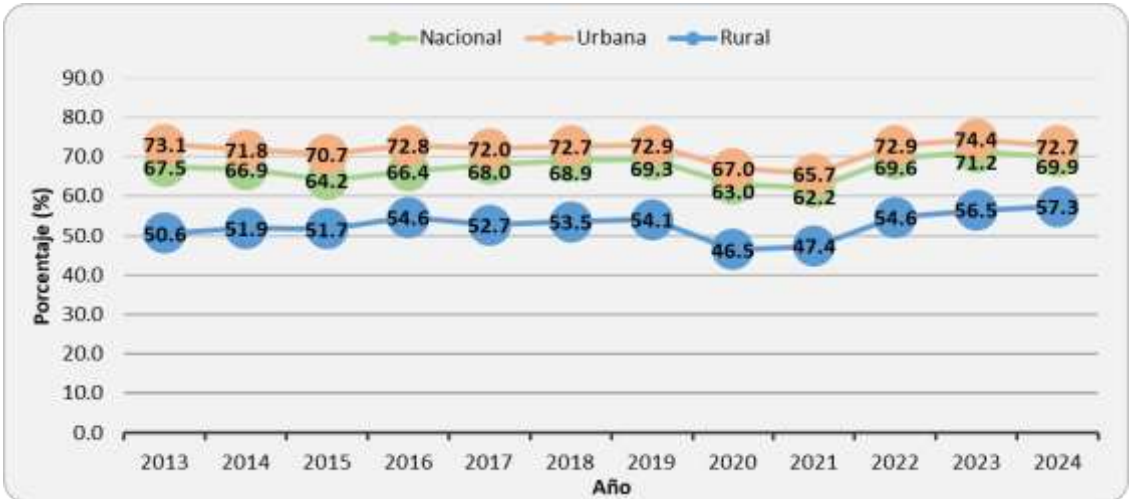
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

b. Tendencia del consumo de alcohol en el último año

Según el mismo Informe, en el año 2013, el 67,5% (IC 95%: 65,4; 69,5) de las personas de 15 y más años de edad, consumió bebidas alcohólicas en el último año; evidenciándose que, su consumo disminuyó a 63,0% (IC 95%: 62,1; 64,0) debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, volvió a los valores pre pandemia para el año 2024 (69,9% (IC 95%: 69,0; 70,8)).

Entre los años 2013 y 2024, el consumo de alcohol en el último año fue mayor en los residentes del área urbana, manteniendo su tendencia constante; sin embargo, en el área rural, el consumo de alcohol se incrementó de 50,6% (IC 95%: 47,4; 53,8) a 57,3% (IC 95%: 55,8; 58,9).

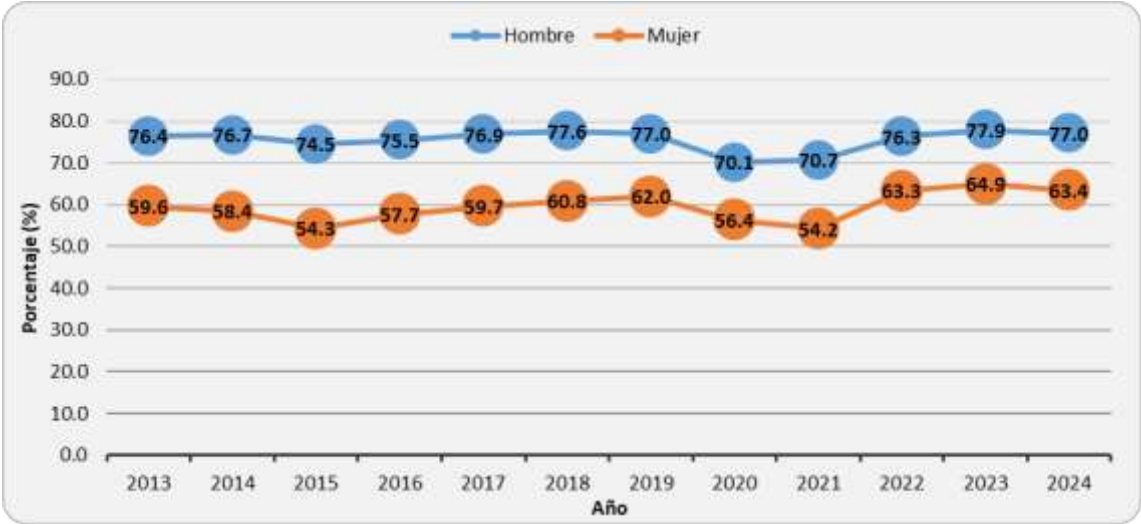
Gráfico 382. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses en personas de 15 y más años de edad a nivel nacional y según área de residencia. Perú 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

El consumo de alcohol fue mayor en los hombres, manteniendo sus cifras en el rango de 70% a 77,9%; mientras que, en mujeres, su proporción de consumo aumentó de 59,6% (IC 95%: 56,5; 62,7) a 63,4% (IC 95%: 62,2; 64,5) entre los años 2013 y 2024.

Gráfico 383. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses en personas de 15 y más años de edad según sexo. Perú 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Respecto al dominio de residencia entre los años 2013 y 2024, se observó que el consumo de alcohol fue mayor en la costa, disminuyó en los tres dominios para el año 2020, sin embargo, para el año 2024, la proporción volvió a incrementar, presentando cifras cercanas a lo reportado en el 2013; finalmente la tendencia fue a un aumento discreto.

Gráfico 384. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses en personas de 15 y más años de edad según región natural. Perú 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

c. Tendencia del consumo de alcohol en el último mes

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, en el año 2013, el 37,0% (IC 95%: 34,7; 39,3) de las personas de 15 y más años de edad, consumió bebidas alcohólicas en los últimos 30 días; y para el año 2020 su consumo disminuyó significativamente a 25,6% (IC 95%: 24,6; 26,6) debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, volvió a aumentar a 34,8% (IC 95%: 33,8; 35,7) para el año 2024.

Según área de residencia, el consumo de alcohol en el último mes, en todos los periodos evaluados, tuvo una tendencia similar a lo encontrado a nivel nacional y, fue mayor en los residentes del área urbana que en aquellos del área rural.

Gráfico 385. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en personas de 15 y más años de edad a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2013-2024

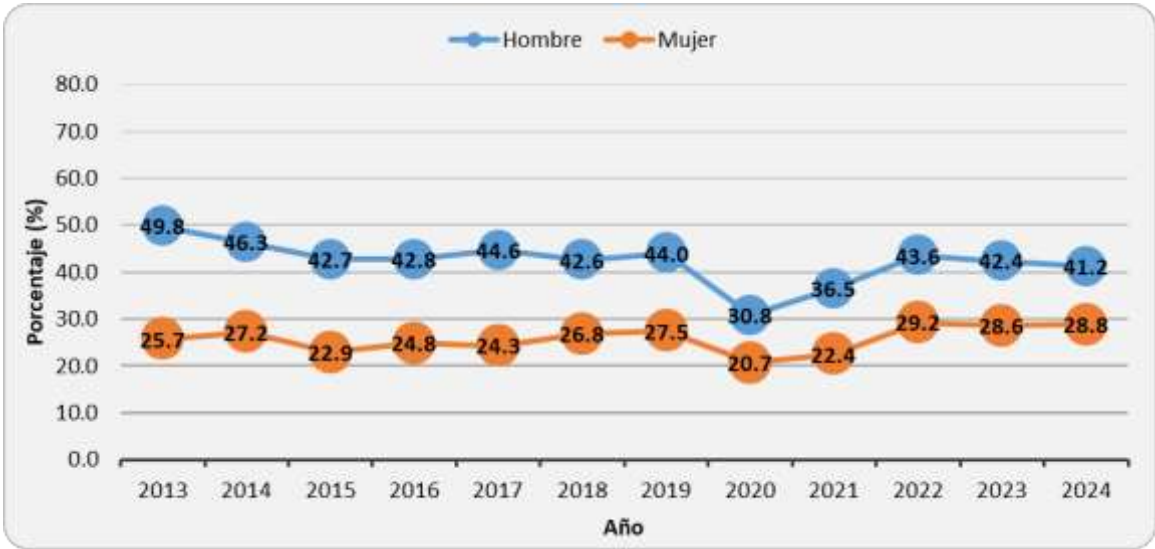


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

El consumo de alcohol en el último mes fue mayor en los hombres, en todos los años evaluados, así mismo, se puede observar que, en ambos sexos, disminuyó su consumo en el 2020, sin embargo, volvió a aumentar, presentando en las 2024 cifras cercanas a lo reportado antes de la pandemia por COVID-19, sobretodo en mujeres.

Por otro lado, en el hombre, la proporción de consumo de alcohol en el último mes disminuyó de 49,8% (IC 95%: 46,6; 53,1) a 41,2% (IC 95%: 39,8; 42,6) entre los años 2013 y 2024.

Gráfico 386. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en personas de 15 y más años de edad según sexo. Perú 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

De acuerdo a los grupos de edad, la proporción de consumo de alcohol en el último mes se mantuvo estable en casi todos los grupos, disminuyendo en el año 2020 por la pandemia COVID-19 y luego volviendo a los valores previos. Asimismo, se puede observar que, en todos los periodos evaluados, el consumo de alcohol fue mayor en las personas entre 20 a 59 años, y menor en los extremos (15-19 años y 60 y más años).

Por otro lado, en el grupo de 15 a 19 años se observó que la proporción de consumo de alcohol en el último mes disminuyó de 22,1% (IC 95%: 19,8; 24,3) a 17,2% (IC 95%: 15,1; 19,3) entre los años 2014 y 2024.

Gráfico 387. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en personas de 15 y más años de edad según grupos de edad. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Respecto al dominio de residencia entre los años 2013 y 2024, se observó que el consumo de alcohol en todos disminuyó en pandemia, para volver a incrementar en post pandemia. En la costa el consumo fue mayor, al compararse con la sierra y selva.

Gráfico 388. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en personas de 15 y más años de edad según región natural. Perú, 2013-2024

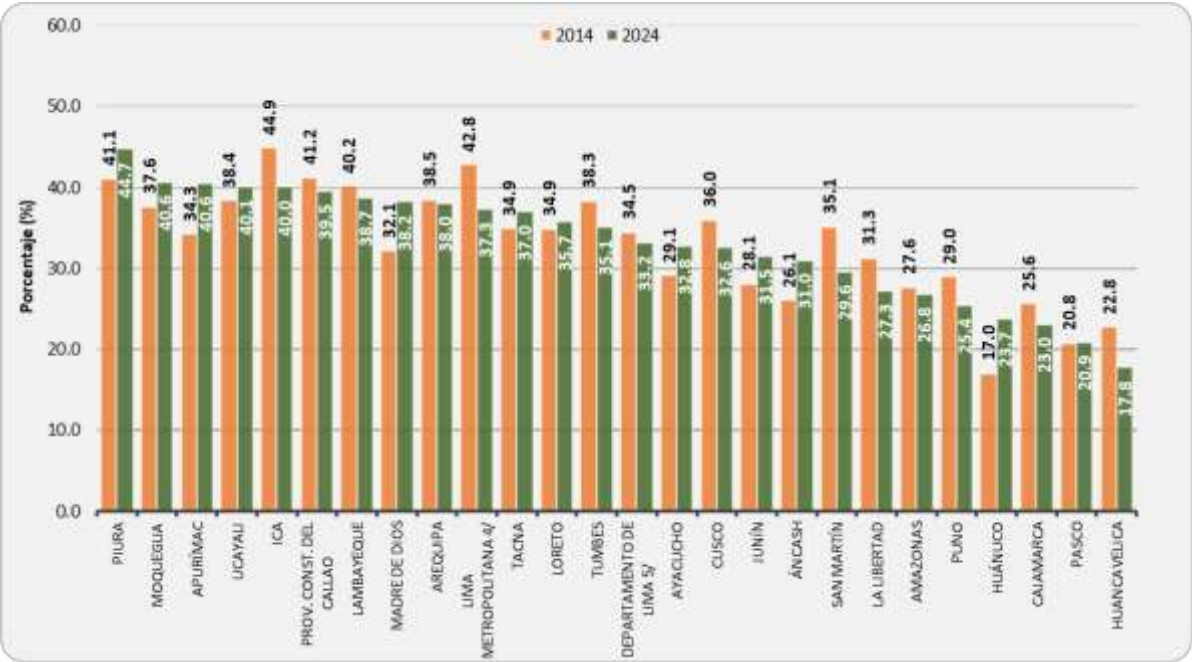


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el año 2024, las mayores proporciones de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días se encontraron en los departamentos de Ica, Ucayali, Apurímac, Moquegua y Piura, todos ellos con cifras igual o superiores al 40,0%. La menor proporción de consumo de alcohol se observó en el departamento de Huancavelica con cifras por debajo del 20%.

Al comparar las proporciones de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días de los años 2014 y 2024, se puede observar que sólo el departamento de Huánuco aumentó su consumo de alcohol en el último mes de 17,0 (IC 95%: 13,8; 20,3) a 23,7 (IC 95%: 20,6; 26,9), mientras que, el departamento que disminuyó en 5,5 pp su consumo fue Lima Metropolitana, con cifras de 42,8% (IC 95%: 33,1; 43,7) en el 2024 y 37,3% (IC 95%: 34,9; 39,7) en el 2024.

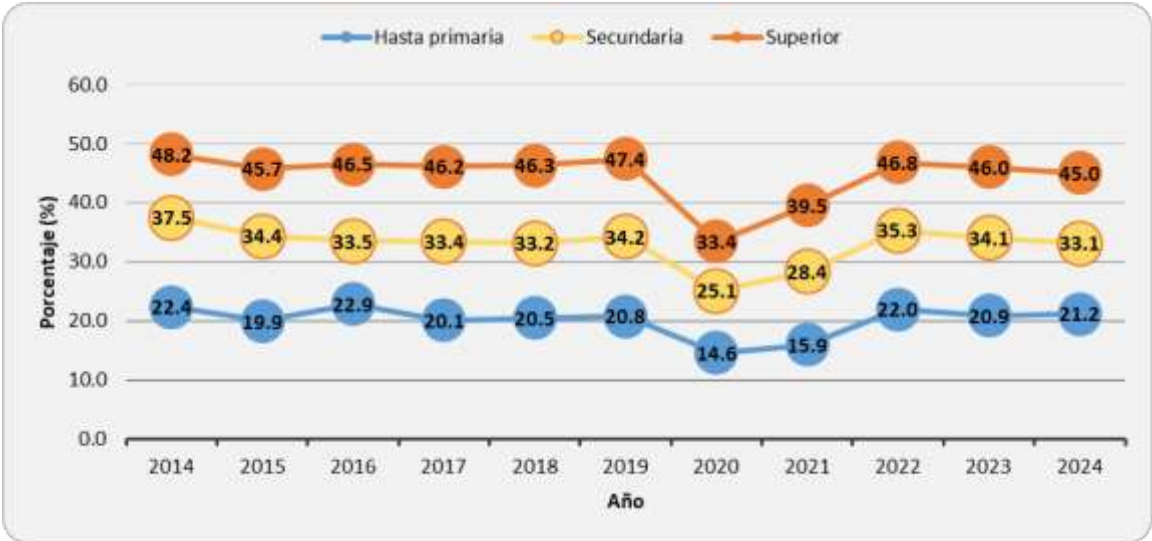
Gráfico 389. Variación de consumo de alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días en personas de 15 y más años de edad, según departamentos. Perú 2014 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

De acuerdo al nivel de educación, entre los años 2014 y 2024, la proporción de consumo de alcohol en el último mes mostró tendencia a una disminución discreta, disminuyendo más en el 2020 pero volviendo a incrementar de manera constante y aumentando conforme avanzó el nivel educativo. Por otro lado, la mayor disminución del consumo se produjo en las personas con nivel secundario de 37,5% (IC 95%: 36,1; 38,9) a 33,1% (IC 95%: 31,8; 34,5).

Gráfico 390. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en personas de 15 y más años de edad según nivel de educación. Perú, 2014-2024

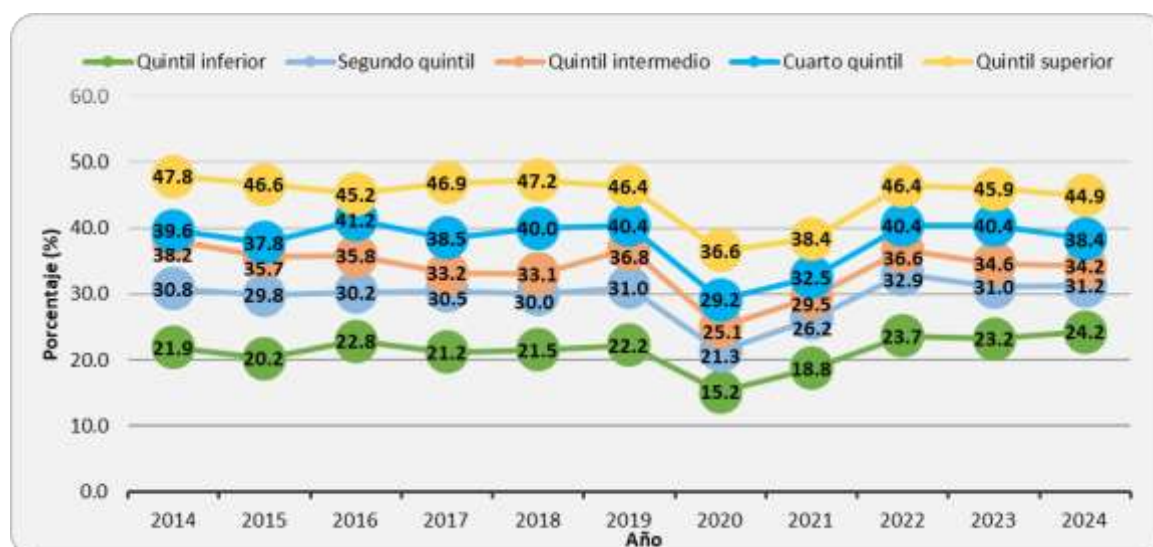


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Según el quintil de bienestar en todos los periodos evaluados, las personas del quintil superior y cuarto quintil presentaron proporciones más altas, comparado a lo observado en las personas del quintil inferior, segundo quintil y del quintil intermedio.

Al comparar las cifras de los años 2014 y 2024, se observó que el consumo de alcohol en el último mes, en casi todos los cinco quintiles de bienestar, disminuyó en el 2020 para luego aumentar progresivamente. Sólo en el quintil intermedio la proporción de consumo de alcohol en el último mes disminuyó de 38,2% (IC 95%: 36,3; 40,0) a 34,2% (IC 95%: 32,3; 36,1) entre los años 2014 y 2024.

Gráfico 391. Tendencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en personas de 15 y más años de edad según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

4.3 CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL EXCESO DE PESO

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son de larga duración y, por lo general, evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

La prevención, tratamiento y control de las ENT forman parte de la agenda y del compromiso de los Estados a nivel mundial, y la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es: *“Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar*³¹. En ese sentido, las autoridades en los países están estableciendo políticas que promuevan estilos de vida saludable, con acceso a alimentos nutritivos y sanos, así como a espacios que permitan la actividad física de manera segura.

A nivel mundial, más de uno de cada cinco adultos tiene la tensión arterial elevada³² en el año 2017 el principal factor de riesgo de muerte fue la presión arterial sistólica alta que representa a 10,4 millones de las muertes en el mundo, así como a 218 millones de muertes por AVAD^{33,34}.

A nivel de la región de las Américas la hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta lo que significa que alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta lo cual significa un alto riesgo de mortalidad, puesto que la hipertensión arterial es el principal factor de enfermedades cardiovasculares; cada año en la región ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable³⁵.

Según la OMS, la prevalencia mundial de la diabetes, en el año 2014, fue del 8,5% entre los adultos mayores de 18 años, equivalente a 422 millones de personas con esta enfermedad en el mundo, casi la mitad de todas las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Se estima que la diabetes fue la séptima causa principal de mortalidad en 2016³⁶. Se calcula que, en el año 2017, uno de los factores de riesgo de muerte a nivel mundial fue la glucosa plasmática en ayunas alta representando a 6,53 millones muertes por esta causa y 171 millones de muertes por AVAD^{37,38}.

³¹ ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

³² OMS. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión.2015. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>

³³ GBD 2017 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet, noviembre 2018; 392(10159):1923-1994. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32225-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32225-6/fulltext)

³⁴ Años de Vida Ajustados por Discapacidad Atribuibles (AVAD): Es una medida de carga de la enfermedad global, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. Fue desarrollado en la década de 1990 como una forma de comparar la salud en general y la esperanza de vida de los diferentes países.

³⁵ OPS. Hipertensión .Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es

³⁶ OMS. Notas descriptas. Diabetes. Junio 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

³⁷ GBD 2017 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet, noviembre 2018; 392(10159):1923-1994. . Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32225-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32225-6/fulltext)

³⁸ Años de Vida Ajustados por Discapacidad Atribuibles (AVAD): Es una medida de carga de la enfermedad global, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. Fue desarrollado en la década de 1990 como una forma de comparar la salud en general y la esperanza de vida de los diferentes países.

4.3.1 Morbilidad relacionada al exceso de peso en adolescentes de 12 a 17 años

4.3.1.1 Hipertensión arterial 15 a 17 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a nivel nacional, el porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años con Hipertensión arterial se mantuvo en el rango de 1,9% a 4,1% entre los años 2014 y 2024.

Gráfico 392. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adolescentes de 15 a 17 años a nivel nacional. Perú 2014-2024



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.3.2 Morbilidad relacionada al exceso de peso en jóvenes de 18 a 29 años

4.3.2.1 Hipertensión arterial jóvenes de 18 a 29 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a nivel nacional, el porcentaje de jóvenes de 18 a 29 años con Hipertensión arterial se mantuvo en el rango de 5,3% a 7,0% entre los años 2014 y 2024. A nivel urbano, se observó una tendencia similar y, en su mayoría de evaluaciones, con cifras de hipertensión arterial superiores a lo reportado en los jóvenes del área rural.

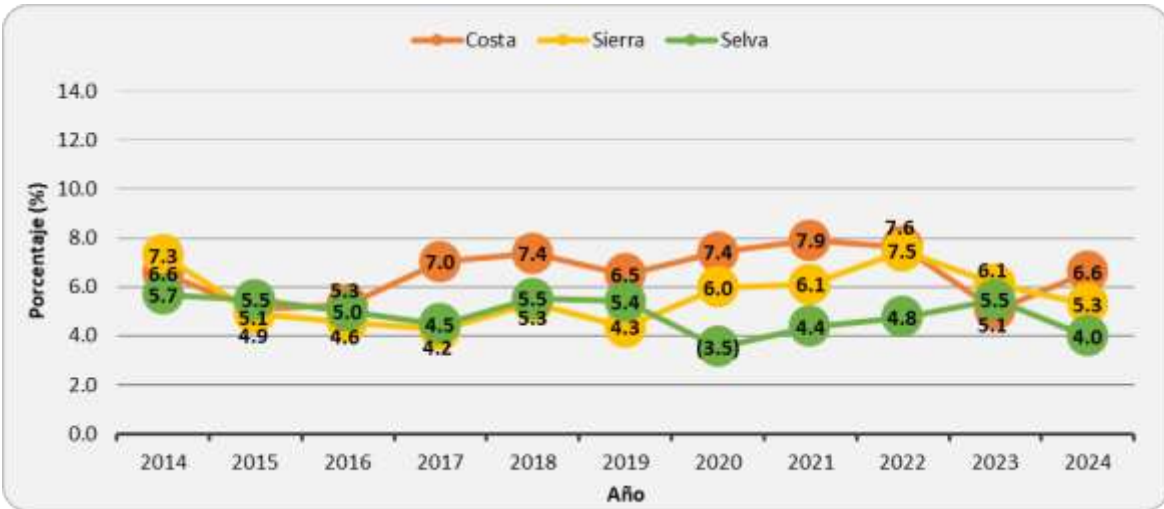
Según dominios de residencia se observaron prevalencia de hipertensión estables y cercanos en jóvenes de la costa, sierra y selva.

Gráfico 393. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en jóvenes de 18 a 29 años a nivel nacional y área de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Gráfico 394. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en jóvenes de 18 a 29 años según dominio de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al sexo, la prevalencia de hipertensión arterial se mantuvo estable, observándose en hombres de 18 a 29 años, cifras mayores a lo reportado en mujeres, en todos los periodos evaluados, entre el doble al triple.

Gráfico 395. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en jóvenes de 18 a 29 años según sexo. Perú 2014-2024



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según el estado nutricional, la prevalencia de hipertensión arterial se mantuvo estable entre los años 2014 y 2024, observándose en los jóvenes de 18 a 29 años con obesidad principalmente, cifras mayores a lo reportado en aquellos con estado nutricional normal, en todos los periodos evaluados, en una relación de al menos 3:1 (en sobrepeso es 2:1).

Gráfico 396. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en jóvenes de 18 a 29 años según nivel de educación. Perú 2014-2024

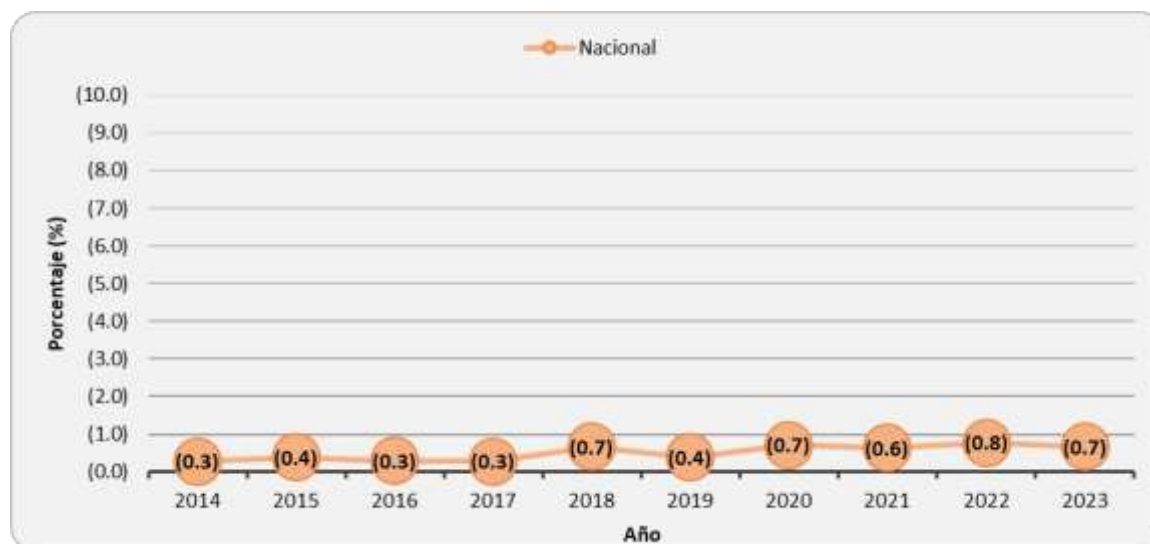


() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.3.2.2 Diabetes Mellitus jóvenes de 18 a 29 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a nivel nacional, el porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años con Diabetes mellitus se mantuvo en el rango de 0,3% a 0,8% entre los años 2014 y 2024.

Gráfico 397. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en jóvenes de 18 a 29 años a nivel nacional. Perú 2014-2024



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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.3.2.3 Alteración del perfil lipídico en jóvenes de 18 a 29 años

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa, se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los AVC.

El aumento en las cifras de colesterol en sangre y su depósito en las arterias origina la enfermedad aterosclerótica cardiovascular, que es la principal causa de mortalidad. Esta enfermedad incluye la enfermedad coronaria (angina e infarto de miocardio), accidente cerebrovascular (infarto cerebral o ictus) y la enfermedad arterial periférica (claudicación o dolor en las piernas).

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población.

Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda.

4.3.2.4 Colesterol Total en jóvenes de 18 a 29 años

Según la Encuesta VIANEV 2017-2018, a nivel nacional, uno de cada diez jóvenes de 18 a 29 años presentaron niveles de colesterol total elevados. De este grupo, el 7,6% presenta valores de colesterol en el rango de límite alto (200–239 mg/dl), mientras que el 4,1% presenta valores altos (>240 mg/dl).

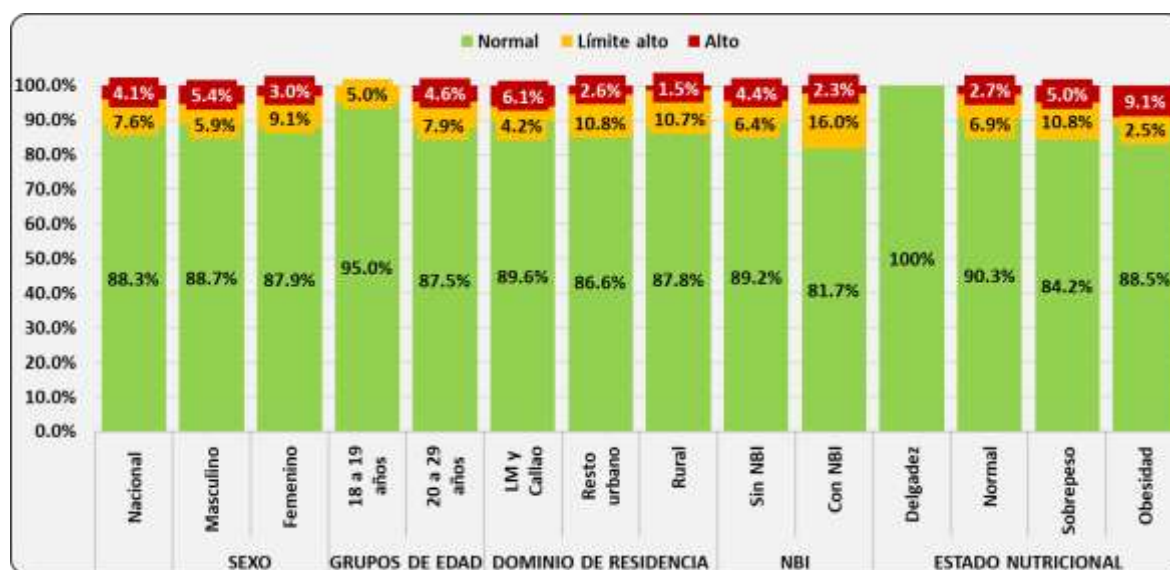
En cuanto al sexo, no se observaron diferencias relevantes, tanto hombres como mujeres registran prevalencias similares en los rangos de límite alto y alto. Respecto al grupo etario, se evidenció un incremento progresivo de colesterol elevado conforme aumenta la edad, alcanzando su mayor proporción en los jóvenes de 20 a 29 años (12,5%). De igual modo, los niveles de colesterol >240 mg/dl también se incrementan con la edad.

Al analizar el dominio de residencia, la proporción de colesterol elevado se mantiene alrededor del 12% tanto el resto urbano y el área rural, y 10% en Lima Metropolitana y Callao. No obstante, el dominio Lima Metropolitana y Callao muestra mayor proporción de valores Altos, mientras que Sierra y el resto urbano presentan mayores proporciones de valores límite altos.

En relación con las necesidades básicas insatisfechas (NBI), los jóvenes con NBI presentan una mayor prevalencia de colesterol elevado (18,3%) frente a aquellos sin NBI (10,8%). Asimismo, los niveles de colesterol >240 mg/dl (altos) son más frecuentes en jóvenes sin NBI.

Según el estado nutricional por índice de masa corporal (IMC), la prevalencia de colesterol elevado aumenta conforme se incrementa el peso corporal. Se observa un 0% en jóvenes con delgadez, 9,6% en jóvenes con IMC normal, 15,8% en aquellos con sobrepeso y 11,6% en jóvenes con obesidad. En los grupos con exceso de peso también se registran mayores proporciones tanto de colesterol en límite alto como de colesterol alto.

Gráfico 398. Niveles de Colesterol total en los jóvenes de 18 a 29 años, a nivel nacional y según sexo y grupos de edad. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Jóvenes 2017-2018.

4.3.2.5 Triglicéridos en jóvenes de 18 a 29 años

Según la Encuesta VIANEV 2017-2018, uno de cada diez jóvenes presentó triglicéridos elevados en el periodo evaluado. Del total, el 7,0% tenía valores en el límite alto (150–199 mg/dl), el 10,8% registró niveles altos (200–499 mg/dl).

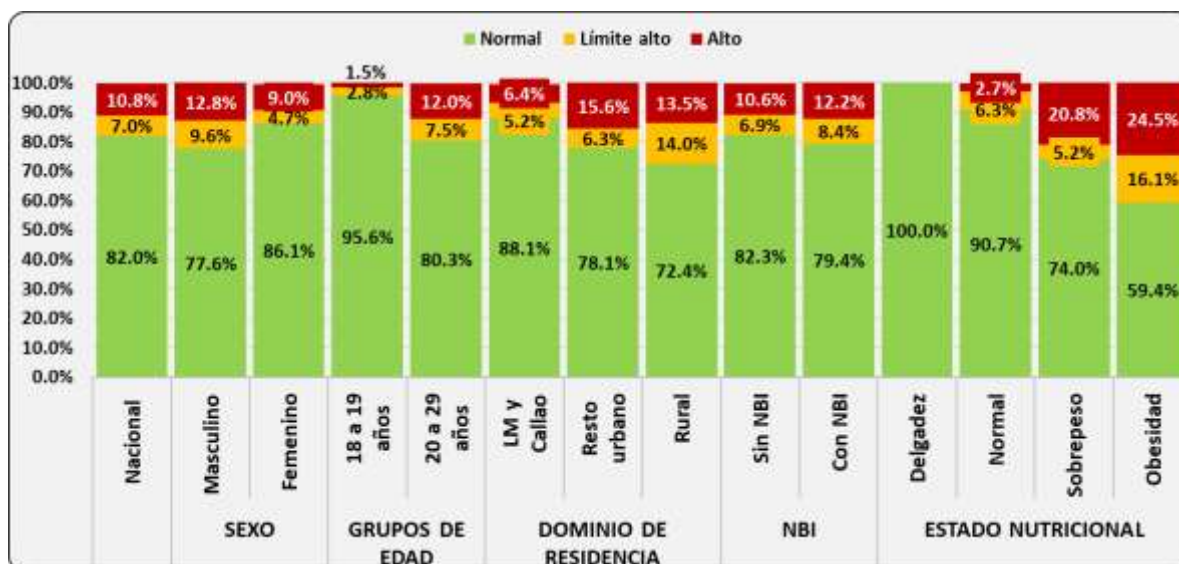
La prevalencia fue mayor en hombres (22,4%) que en mujeres (13,7%). Los varones también mostraron proporciones superiores en todos los rangos: límite alto (9,6%) y alto (12,8%).

En relación con la edad, la proporción aumentó de manera progresiva, desde 4.3% en el grupo de jóvenes de 18–19 años hasta 19.5% a los 20–29 años, quienes presentaron los valores más altos. Este incremento por edad se observó tanto en los niveles límite alto y en los niveles altos.

Según área de residencia, la proporción de triglicéridos elevados fue de 11.6% en Lima Metropolitana, 21,9% en el resto urbano y 27,5% en el área rural. Los valores en límite alto y alto fueron superiores en el dominio rural.

Finalmente, el estado nutricional por IMC mostró un incremento marcado de triglicéridos elevados a medida que aumentaba el peso corporal: 0% en jóvenes con delgadez, 9,0% en normopeso, 26,0% en sobrepeso y 40,6% en obesidad. Tanto los triglicéridos en límite alto y los altos fueron considerablemente más prevalentes en los jóvenes con obesidad.

Gráfico 399. Niveles de triglicéridos en los jóvenes de 18 a 29 años, a nivel nacional y según sexo y grupos de edad. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Adultos 2017-2018.

4.3.2.6 Colesterol HDL en jóvenes de 18 a 29 años

Según la Encuesta VIANEV 2017-2018, la proporción de colesterol HDL bajo en jóvenes de 18 a 29 años, a nivel nacional, fue de 57,2%. El 37,7% de los jóvenes, presentó nivel de colesterol HDL clasificado como normal, y el 5,1% presentó colesterol HDL alto.

De acuerdo al sexo, casi seis de cada diez varones o mujeres presentaron niveles bajos de colesterol HDL. Por otro lado, los valores altos (>60 mg/dl) se presentaron en el 4,2% de los hombres y 5,9% de las mujeres.

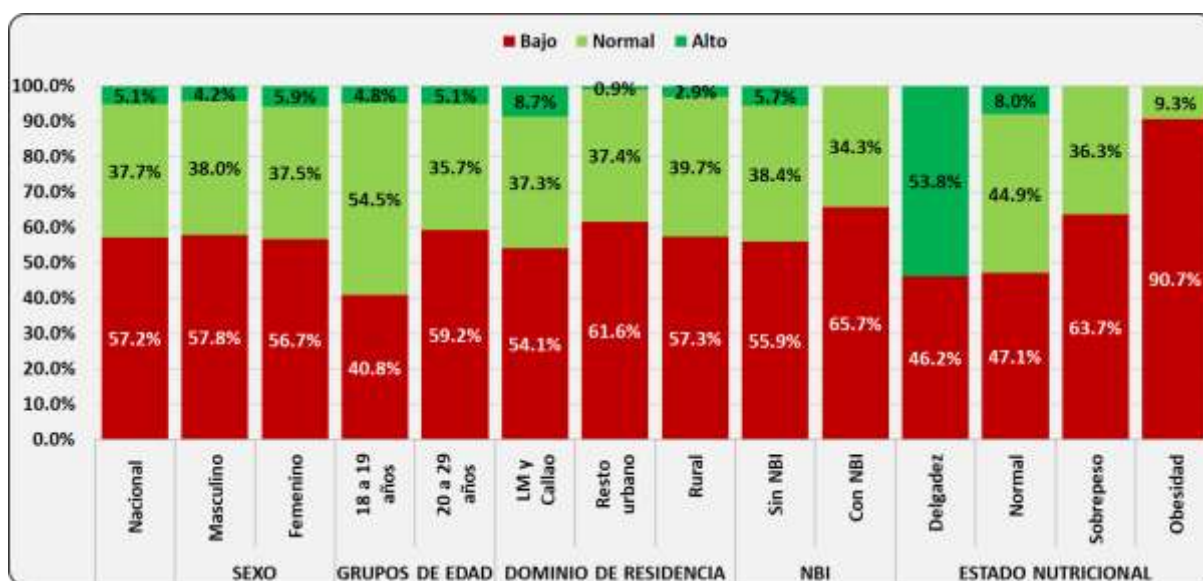
De acuerdo a los grupos de edad, la prevalencia de colesterol HDL bajo incrementó conforme aumentó la edad, siendo de 40,8% en los jóvenes de 18 a 19 años; 59,2% en el grupo de 20 a 29 años. Los valores normales de Colesterol HDL (40-59 mg/dl) se presentaron en el 54,5% de los jóvenes de 18 a 19 años, en el grupo de 20-29 años las cifras fueron de 35,7%.

En el periodo 2017 - 2018, la prevalencia de colesterol HDL bajo en jóvenes fue de 54,1% para los que residen en Lima Metropolitana-Callao y 61,6% para los que residen en resto urbano, mientras que para los residentes del área rural fue de 57,3%. Los valores altos de Colesterol HDL (>60 mg/dl) fue mayor en el dominio de Lima Metropolitana (8,7%).

Por otro lado, de acuerdo al NBI, los jóvenes sin Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) presentaron una prevalencia de colesterol HDL bajo de 55,9%, mientras que los jóvenes con al menos una NBI tuvieron una proporción de colesterol HDL bajo de 65,7%. La proporción de jóvenes con valores altos (>60 mg/dl) se observó sólo en jóvenes sin NBI (5,7%).

Según estado nutricional, la prevalencia de colesterol HDL bajo en jóvenes incrementó conforme aumentó el grado de estado nutricional según Índice de masa corporal, siendo de 46,2% en los jóvenes con delgadez; 47,1% en los jóvenes con estado nutricional normal, 63,7% en los jóvenes con sobrepeso y 90,7% en los jóvenes con obesidad. Los valores normales de Colesterol HDL (40-59 mg/dl) fue de 44,9% en los jóvenes con estado nutricional normal, 63,7% en lo jóvenes con sobrepeso y 9,3% en los jóvenes con obesidad. El colesterol HDL alto (>60 mg/dl) sólo se observó en los jóvenes con estado nutricional normal (8,0%) y en aquellos con delgadez (53,8%).

Gráfico 400. Niveles de Colesterol HDL en los jóvenes de 18 a 29 años, a nivel nacional y según sexo y grupos de edad. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Adultos 2017-2018.

4.3.2.7 Colesterol LDL en jóvenes de 18 a 29 años

En el periodo 2017-2018, uno de cada diez jóvenes de 18 a 29 años presentaron colesterol LDL elevado. Del total, el 8,7% tuvo valores en el límite alto (130–159 mg/dl), el 4,4% niveles altos (160–189 mg/dl) y el 0,5% presentó valores muy altos (>190 mg/dl). Las mujeres mostraron una mayor prevalencia de LDL elevado (15,1%) en comparación con los hombres (12,2%).

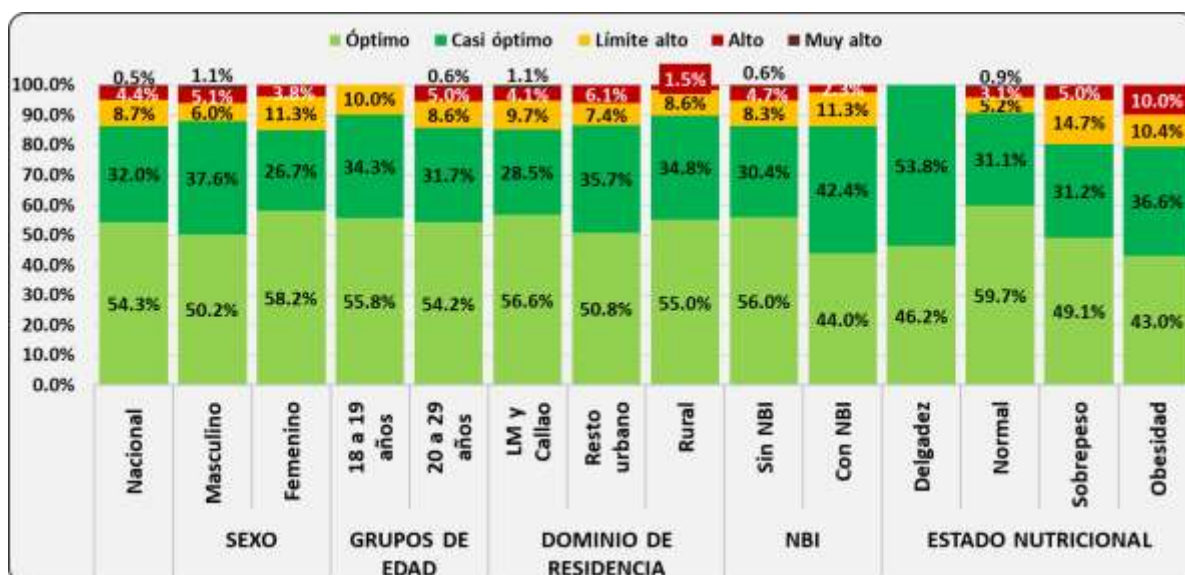
La prevalencia de LDL elevado aumentó progresivamente con la edad, desde 10% en jóvenes de 18-19 años hasta 14,2% en jóvenes de 20-29 años.

Por área de residencia, las proporciones fueron cercanas entre Lima Metropolitana-Callao (14,9%) y resto urbano (13,5%) y ligeramente menor en la zona rural (10,1%). El dominio Lima Metropolitana-Callao presentó ligeramente más casos en la categoría límite alto, mientras que los valores muy altos fueron más frecuentes en el resto urbano.

Según el nivel de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), los jóvenes sin NBI mostraron mayor prevalencia de LDL elevado (13,6%) que aquellos con al menos una NBI (13,6%), especialmente en las categorías altas y muy altas.

El estado nutricional mostró un patrón marcado: el LDL elevado aumentó conforme se incrementó el IMC, pasando de 9,2% en personas con delgadez a 20,4% en personas con obesidad. Las categorías límite alto y alto también fueron mayores en individuos con sobrepeso y obesidad. Los valores muy altos (>190 mg/dl) aumentaron significativamente en jóvenes con obesidad (10,0%).

Gráfico 401. Niveles de Colesterol LDL en los jóvenes de 18 a 29 años según dominio de residencia, NBI y estado nutricional. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Adultos 2017-2018.

4.3.2.8 Síndrome Metabólico en jóvenes de 18 a 29 años

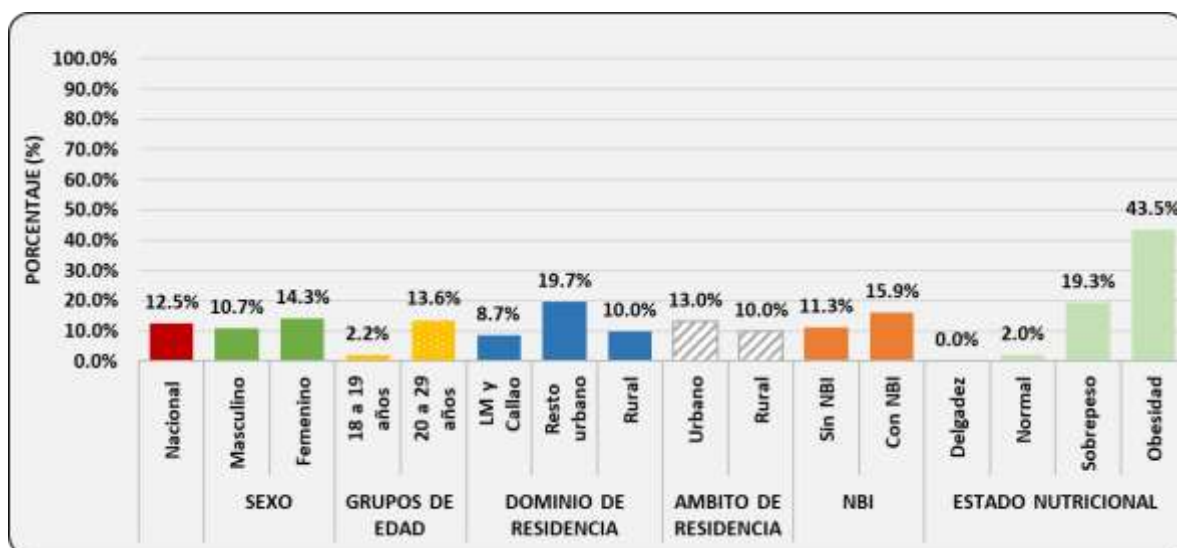
La presencia de síndrome metabólico aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, de acuerdo a la encuesta VIANEV 2017-2018, uno de cada diez jóvenes de 18 a 29 años presentaron este síndrome.

El síndrome metabólico fue mayor en las mujeres y según grupo etario se observó que a medida que aumentó la edad se incrementó la frecuencia del síndrome metabólico, afectando casi al 13,6% en los jóvenes de 20ª 29 años.

El síndrome metabólico fue mayor en el dominio Resto urbano y fue menos frecuente en Lima Metropolitana y Callao. Al diferenciar según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), se observó que, en los jóvenes con al menos una necesidad básica insatisfecha, el síndrome metabólico fue mayor que en aquellos sin NBI.

Al evaluar la presencia de síndrome metabólico con el estado nutricional se observó una relación directa entre ellos, es decir, el síndrome metabólico fue mayor a medida que aumentó el Índice de Masa Corporal, llegando a estar presente en más del 60% de los jóvenes obesos.

Gráfico 402. Síndrome Metabólico en jóvenes de 18 a 29 años según dominio de residencia, NBI y estado nutricional. Perú; periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Adultos 2017-2018.

4.3.3 Morbilidad relacionada al exceso de peso en adultos de 30 a 59 años

4.3.3.1 Hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a nivel nacional, el porcentaje de adultos de 30 a 59 años con Hipertensión arterial se mantuvo en el rango de 16,1% a 22,0% entre los años 2014 y 2024.

A nivel urbano, se observó una tendencia similar y, en la mayoría de los años, con cifras de hipertensión arterial superiores a lo reportado en los adultos del área rural.

Gráfico 403. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años a nivel nacional y área de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según dominios de residencia se observaron prevalencia de hipertensión estables en la sierra y selva, sin embargo, en la costa disminuyó de 21,9% a 17,9% al año 2023, volviendo a aumentar en el 2024, manteniéndose en la mayoría de los años, por encima de la sierra y selva. La sierra presentó las prevalencias más bajas.

Gráfico 404. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años según dominio de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al sexo, la prevalencia de hipertensión arterial se mantuvo estable en hombres de 30 a 59 años, con cifras mayores a lo reportado en mujeres, en todos los periodos evaluados. En mujeres, la prevalencia de hipertensión arterial disminuyó de 17,4% a 16,0% y en hombres aumentó discretamente.

Gráfico 405. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años según sexo. Perú 2014-2024



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según nivel educativo, la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años se mantuvo estable entre los años 2014 y 2024, observándose cifras cercanas en los tres niveles evaluados, aunque los adultos con nivel superior, de este grupo etario, presentaron prevalencias más bajas en la mayoría de los años.

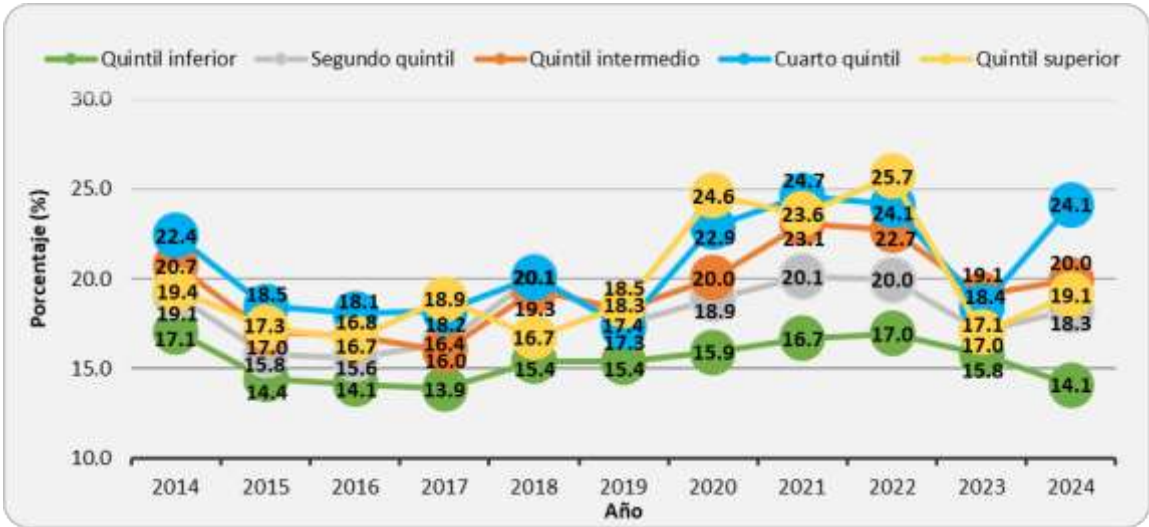
Gráfico 406. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años según nivel de educación. Perú 2014-2024



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

En adultos de 30 a 59 años, se pudo observar que la hipertensión arterial afectó de manera similar en todos los quintiles de bienestar, aunque se observó mayores prevalencias en los quintiles superiores.

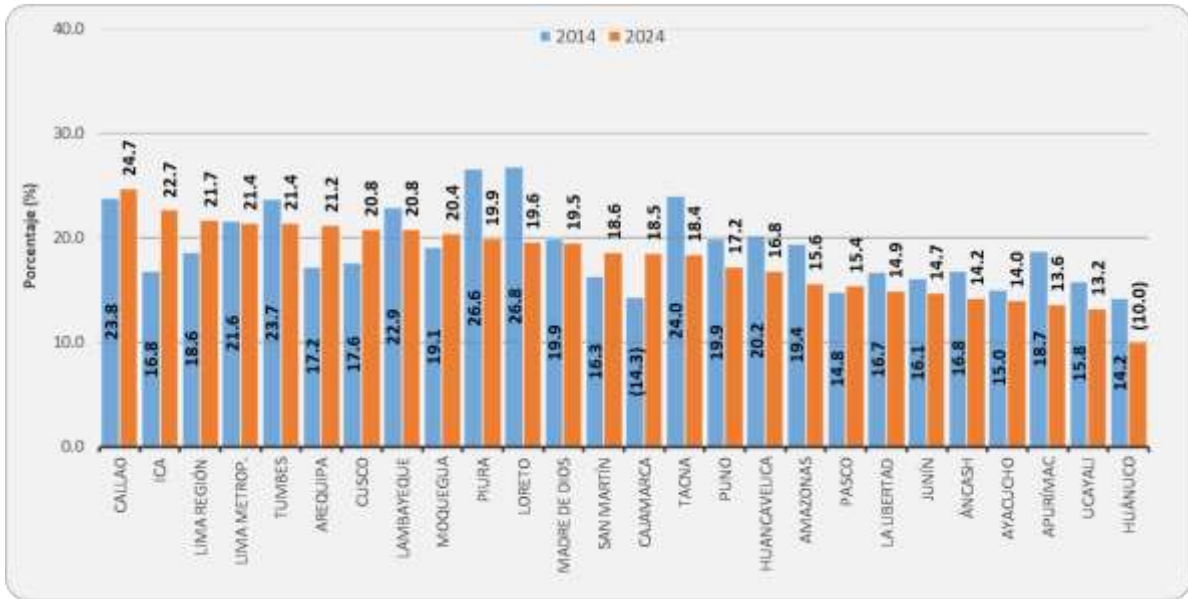
Gráfico 407. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años según quintil de bienestar. Perú 2014-2024



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el año 2024, las mayores prevalencias de hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años se encontraron en los departamentos de Ica, Lima, Tumbes, Arequipa, Cusco, Lambayeque y la Provincia Constitucional de Callao, todos ellos con cifras superiores al 20,0%. Las menores prevalencias de hipertensión arterial se observaron en los departamentos de Huánuco, Ucayali y Apurímac, con cifras por debajo del 14%.

Gráfico 408. Prevalencia de Hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años según departamentos. Perú 2014 y 2024



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según el estado nutricional, la tendencia de hipertensión arterial entre los años 2014 y 2024 se mantuvo estable, observándose en los adultos de 30 a 59 años con obesidad o sobrepeso, cifras mayores a lo reportado en aquellos con estado nutricional normal, en todos los periodos evaluados. La prevalencia en la obesidad respecto a los adultos normales fue casi de 3:1.

Gráfico 409. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años según estado nutricional. Perú 2014-2024

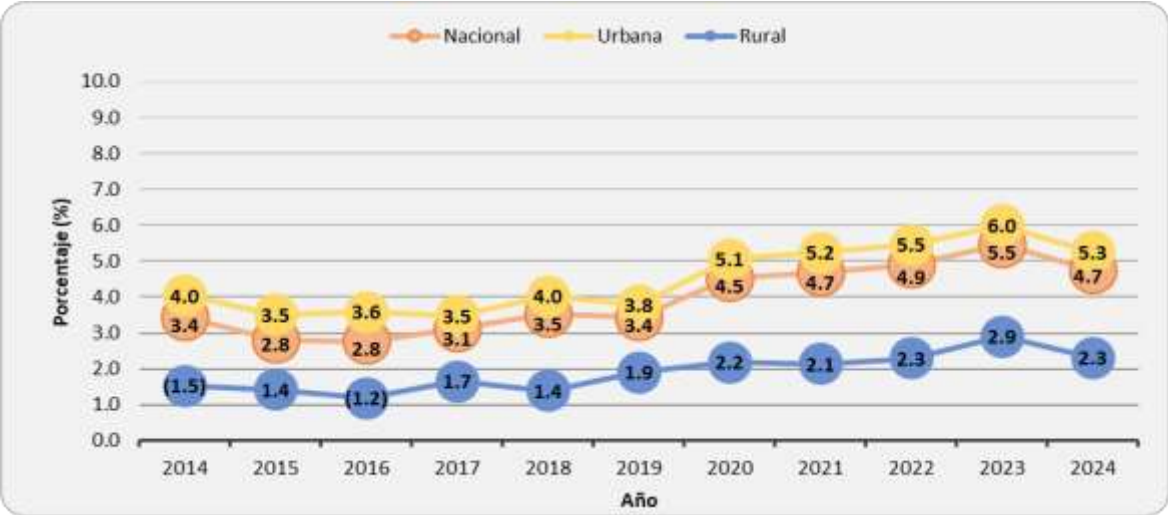


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.3.3.2 Diabetes Mellitus en adultos de 30 a 59 años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a nivel nacional, el porcentaje de adultos de 30 a 59 años con diabetes mellitus aumentó de 3,4% (IC 95%: 3,0;3,9) a 4,7% (IC 95%: 4,1;5,3) entre los años 2014 y 2024. A nivel urbano, en el mismo periodo, se mantuvo en el rango de 4,0% a 6,0%; mientras que, el rural fue en el rango de 1,5% a 2,9%, es decir, prácticamente el doble. Aunque en ambos aumentó, fue mayor a nivel urbano.

Gráfico 410. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos de 30 a 59 años a nivel nacional y área de residencia. Perú 2014-2024



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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según dominios de residencia se observa que la prevalencia de diabetes mellitus en la costa y selva aumentó de manera progresiva a lo largo de los años evaluados, presentando cifras superiores a lo observado en la sierra. La sierra fue la que menos incrementó la prevalencia.

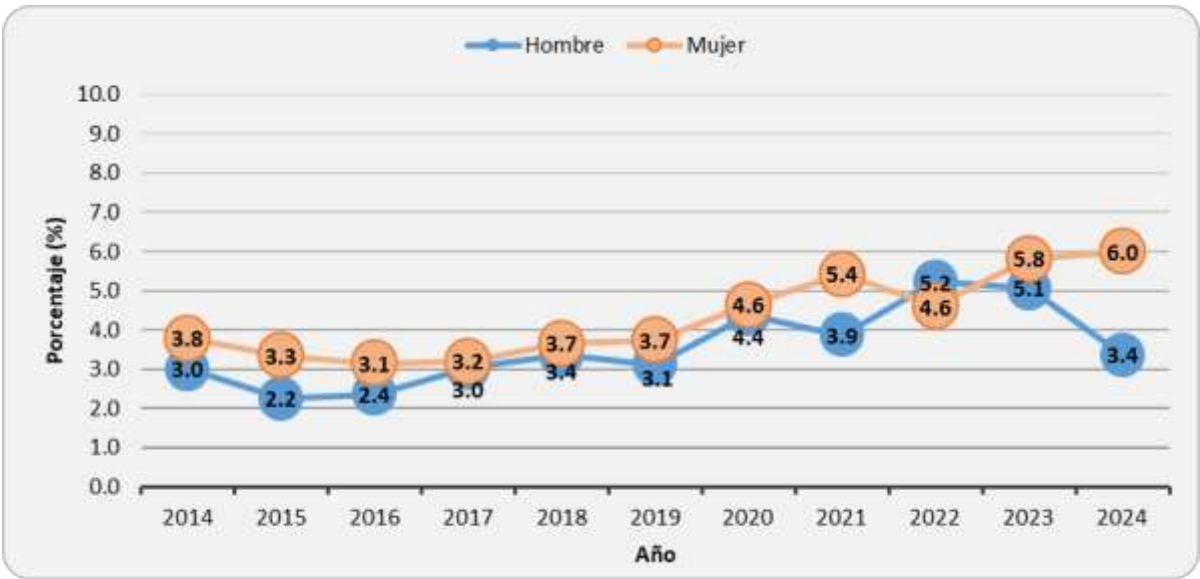
Gráfico 411. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos de 30 a 59 años según dominio de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al sexo, la prevalencia de diabetes mellitus en hombres se mantuvo en el rango de 3,0% a 5,2% entre los años 2014 y 2024, mientras que, en mujeres de 30 a 59 años, se incrementó de 3,8 (IC 95%: 3,1;4,5) a 6,0%, (IC 95%: 5,0;7,0). La prevalencia fue mayor en la mujer en casi todos los periodos evaluados.

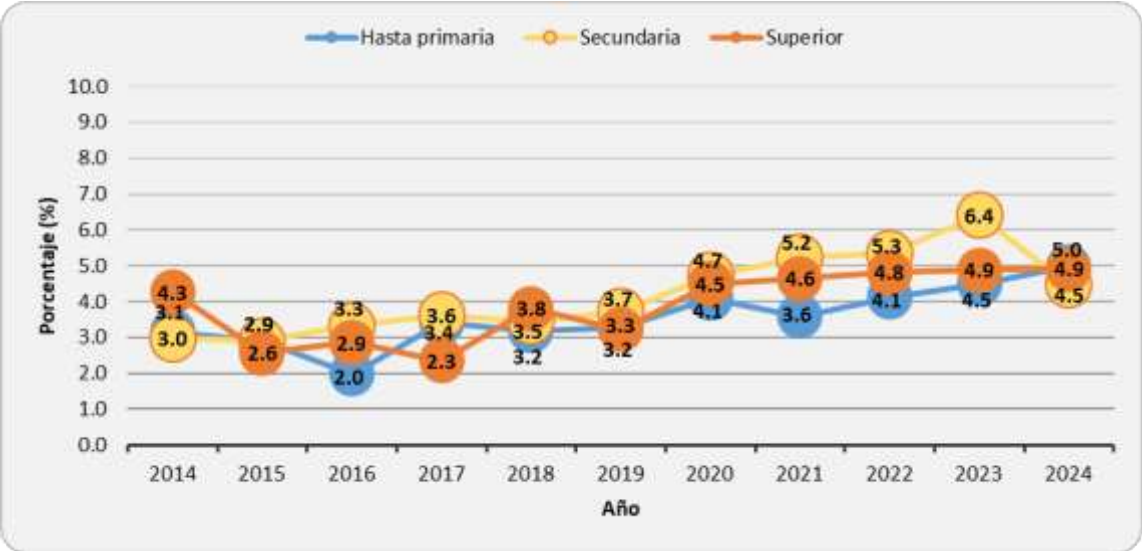
Gráfico 412. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos de 30 a 59 años según sexo. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según nivel educativo, la prevalencia de diabetes mellitus en adultos de 30 a 59 años mostró una tendencia al incremento entre los años 2014 y 2023, sin embargo, para el año 2024, las prevalencias fueron muy cercanas en todos los niveles de educación.

Gráfico 413. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos de 30 a 59 años según nivel de educación. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según el estado nutricional, la tendencia de diabetes mellitus entre los años 2014 y 2024 mostró una tendencia al incremento no significativo, observándose en los adultos de 30 a 59 años con obesidad o sobrepeso, cifras mayores a lo reportado en aquellos con estado nutricional normal, en todos los periodos evaluados.

Gráfico 414. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos de 30 a 59 años según estado nutricional. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.3.3.3 Alteración del perfil lipídico en adultos de 30 a 59 años

4.3.3.4 Colesterol Total en adulto de 30 a 59 años

A nivel nacional, cuatro de cada diez adultos de 30 a 59 años presentaron colesterol total elevado durante el periodo 2017-2018. De este grupo, el 23,8% mostró valores en el límite alto (200–239 mg/dl) y el 13,9% presentó niveles altos (>240 mg/dl). La distribución por sexo fue similar: alrededor del 21–26% de hombres y mujeres presentó colesterol límite alto, y cerca del 13-14% de ambos sexos registró niveles altos.

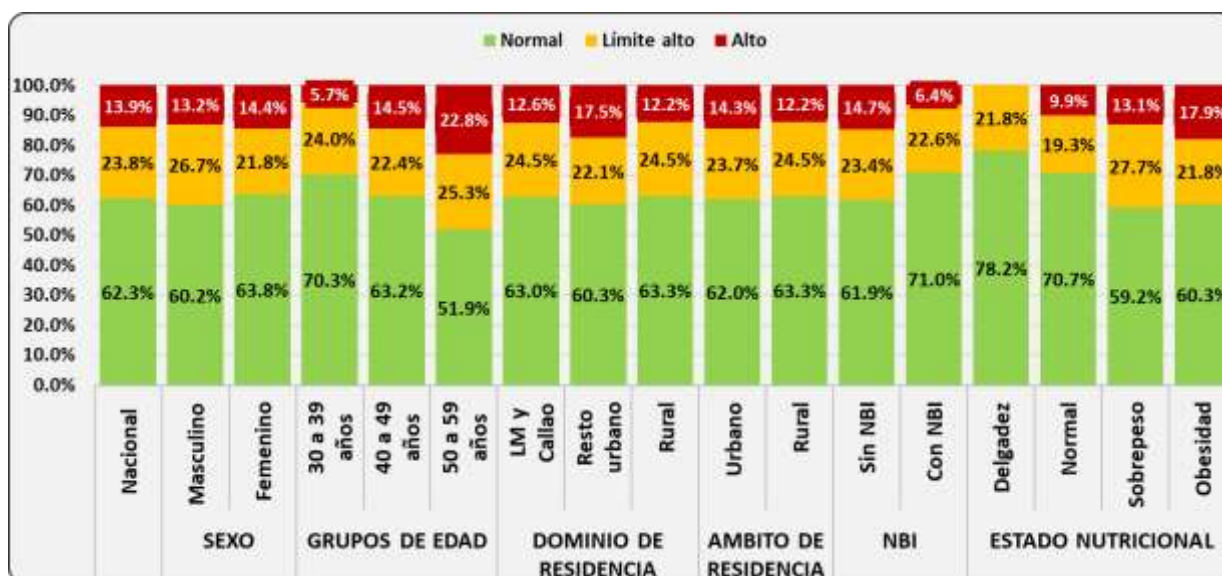
La proporción de límites altos y altos aumentó progresivamente con la edad, desde 29,7% en adultos de 30-39 años, hasta 48,1% en el grupo de 50-59 años, el más afectado. Las categorías límite alto y alto también incrementaron con la edad, destacando que el colesterol >240 mg/dl alcanzó 22,8% en el grupo de 50-59 años.

Según área de residencia, los niveles de colesterol elevado fueron similares en Lima Metropolitana-Callao (37,1%), resto urbano (39,6%) y zona rural (36,7%). El límite alto fue ligeramente mayor en el área rural y Lima Metropolitana-Callao, mientras que los valores altos (>240 mg/dl) predominaron en el Resto Urbano.

Por nivel de necesidades básicas insatisfechas (NBI), los adultos sin NBI mostraron mayor prevalencia de colesterol elevado (38,1%) que aquellos con al menos una NBI (29,0%). La categoría de colesterol alto (>240 mg/dl) fue notablemente mayor en adultos sin NBI.

El colesterol total elevado aumentó conforme se incrementó el índice de masa corporal (IMC): desde 21,8% en personas con delgadez hasta 39,7% en personas con obesidad. Tanto el límite alto como los valores altos >240 mg/dl fueron más frecuentes en adultos con sobrepeso y obesidad.

Gráfico 415. Niveles de Colesterol total en los adultos de 30 a 59 años, a nivel nacional y según sexo y grupos de edad. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Adultos 2017-2018.

4.3.3.5 Triglicéridos en adultos de 30 a 59 años

Según la encuesta VIANEV 2017-2018, alrededor de tres de cada cinco adultos presentó triglicéridos elevados. En conjunto, el 41,1% mostró valores en el rango límite alto o alto, y el 2,4% niveles muy altos.

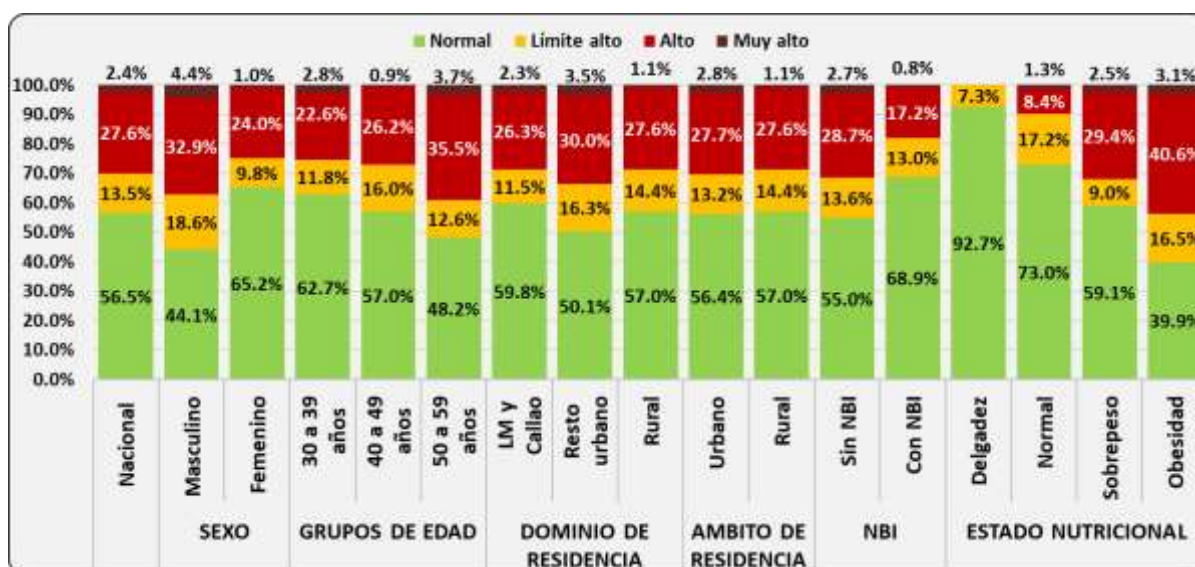
Los varones tuvieron una prevalencia significativamente mayor (65,9%) en comparación con las mujeres (34,8%). Asimismo, los niveles límite alto, altos y muy altos fueron más frecuentes en hombres. La proporción de valores alterados aumentó progresivamente con la edad, desde 37,3% en adultos de 30-39 años, hasta alcanzar 51,8% en adultos de 50-59 años, siendo este último el grupo con mayor afectación.

Por área de residencia, los valores fueron cercanas en Lima Metropolitana –Callao (40,2%) y rural (43,0%), mientras que en la prevalencia fue mayor en el resto urbano (49,9%). Las diferencias entre dominios también se observaron en las categorías límite alto, alto y muy alto, con ligeras variaciones.

Respecto a las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), los adultos sin NBI presentaron proporciones ligeramente mayores en triglicéridos altos (28,7%), al compararlo con aquellos con NBI (17,2%).

Finalmente, la prevalencia de triglicéridos elevados se incrementó claramente según el estado nutricional: 7,3% en personas con delgadez, 27,0% con estado normal, 40,9% con sobrepeso y 60,1% en adultos con obesidad, lo que evidencia una fuerte asociación entre exceso de peso y niveles elevados de triglicéridos.

Gráfico 416. Niveles de triglicéridos en los adultos de 30 a 59 años según dominio de residencia, NBI, estado nutricional. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Adultos 2017-2018.

4.3.3.6 Colesterol HDL en adultos de 30 a 59 años

Según la Encuesta VIANEV 2017-2018, la prevalencia de colesterol HDL bajo en adultos fue de 65,3%, mientras que solo un tercio presentó valores normales y menos del 4% registró niveles altos. De acuerdo al sexo, los hombres mostraron mayor afectación, con casi siete de cada diez presentando HDL bajo, frente a seis de cada diez mujeres.

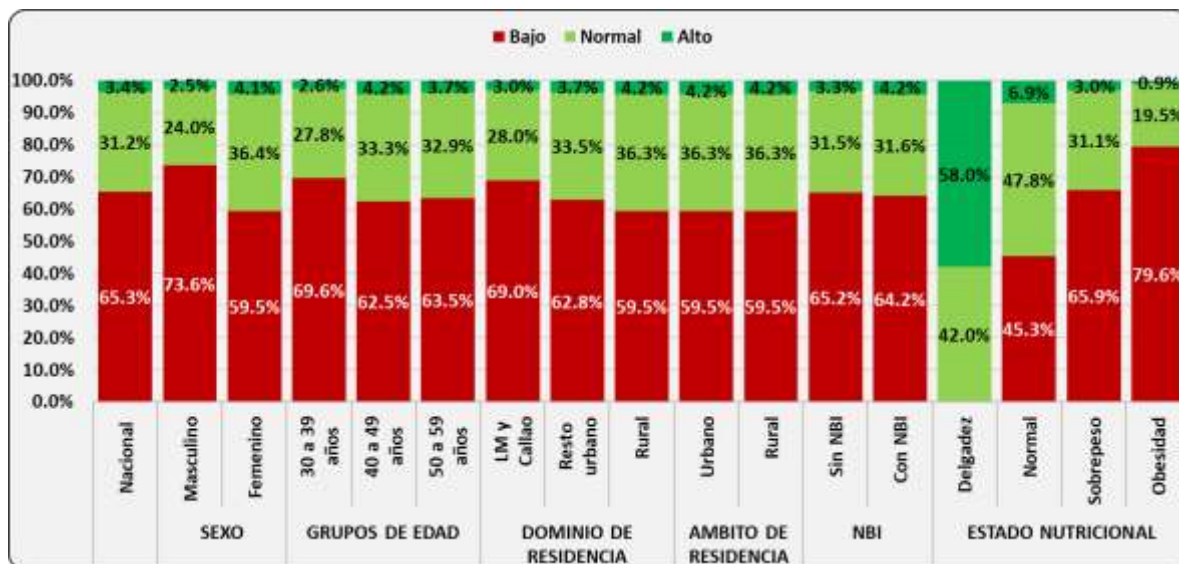
La proporción de HDL bajo alcanzó cifras máximas en el grupo de 30 a 39 años (69,5%), mientras que los valores altos se observaron en el 4,2% de los adultos de 40-49 años y 3,7% de los adultos de 50-59 años.

Por área de residencia, Lima Metropolitana-Callao presentó la mayor prevalencia de HDL bajo (69,0%), seguida del resto urbano (62,8%) y el área rural (59,5%). Los valores normales fueron ligeramente más altos en la población rural.

Según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), las proporciones de HDL bajo fueron similares entre adultos con y sin NBI, sin diferencias relevantes en los valores normales o altos.

El estado nutricional mostró una relación directa con la disminución de HDL: la prevalencia de HDL bajo aumentó progresivamente desde adultos con delgadez (0%) hasta alcanzar 79,6% en adultos con obesidad. De forma inversa, los valores normales y altos disminuyeron conforme aumentó el IMC, situándose los niveles altos casi ausentes en la población con obesidad.

Gráfico 417. Niveles de Colesterol HDL en los adultos de 30 a 59 años según dominio de residencia, NBI y estado nutricional. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Adultos 2017-2018.

4.3.3.7 Colesterol LDL en adultos de 30 a 59 años

Según la encuesta VIANEV 2017-2018, tres de cada diez adultos presentaron colesterol LDL elevado. Del total, el 21,8% mostró niveles en el límite alto, el 7,3% niveles altos y el 5,5% niveles muy altos.

Por sexo, las mujeres registraron mayor prevalencia de LDL elevado (37,4%) que los hombres (31,2%); las mujeres también presentaron una proporción mayor de LDL muy alto (7,2% vs 3,2%).

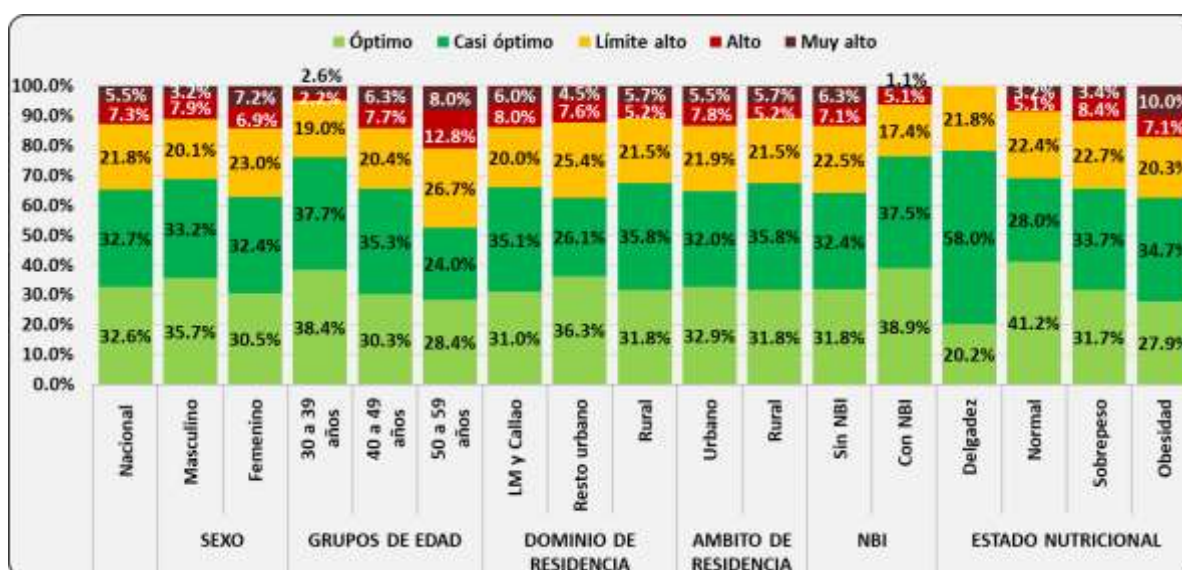
La proporción de LDL elevado aumentó progresivamente con la edad, desde 23,8% en el grupo de 30–39 años hasta alcanzar 47,5% en adultos de 50–59 años, siendo este último el grupo más afectado. Tanto los niveles límite alto como los niveles altos y muy altos se incrementaron de manera sostenida en los grupos etarios mayores.

Por área de residencia, las prevalencias fueron similares en Lima Metropolitana-Callao (34,0%), resto urbano (37,5%) y área rural (32,4%), con ligeras variaciones entre categorías de riesgo.

Según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), los adultos sin NBI mostraron mayor prevalencia de LDL elevado (35,9%) comparado con quienes tenían al menos una NBI (23,6%). Lo mismo ocurrió con las categorías límite alto, alto y muy alto.

Con relación al estado nutricional, el riesgo de LDL elevado aumentó conforme incrementó el índice de masa corporal: de 21,8% en personas con delgadez a 37,4% en adultos con obesidad. Los niveles altos y muy altos también aumentaron notablemente en los grupos con exceso de peso, especialmente en la población obesa, donde el LDL muy alto alcanzó 10,0%.

Gráfico 418. Niveles de Colesterol LDL en los adultos de 30 a 59 años según dominio de residencia, NBI y estado nutricional. Perú, periodo 2017 – 2018



Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Adultos 2017-2018.

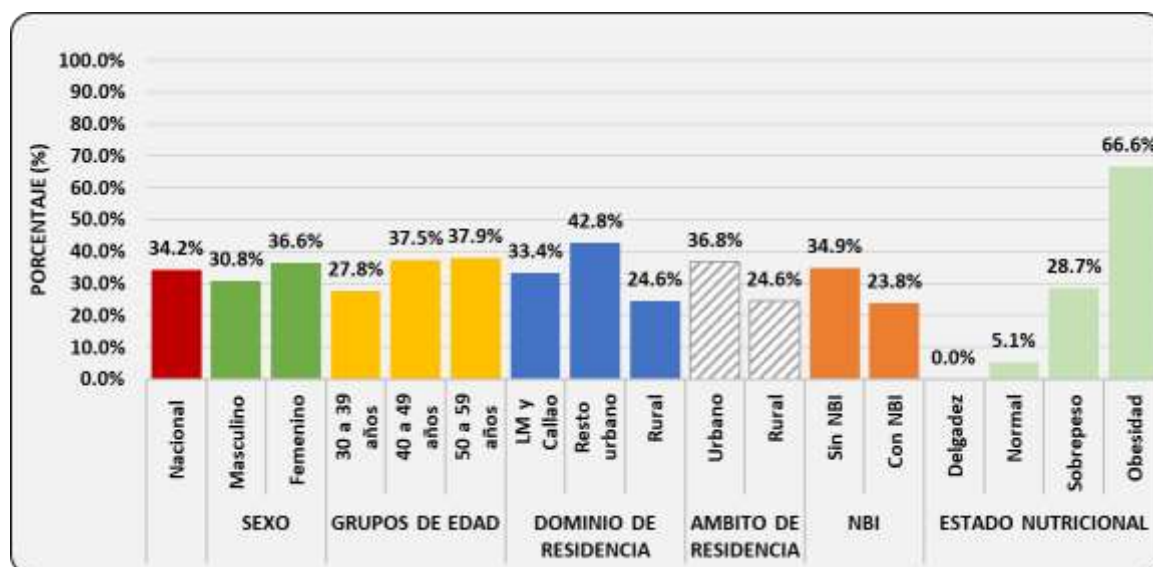
4.3.3.8 Síndrome Metabólico en adultos de 30 a 59 años

Según la Encuesta VIANEV 2017–2018, tres de cada diez adultos de 30 a 59 años presentaron síndrome metabólico, condición que incrementa significativamente el riesgo de enfermedades cardíacas. La prevalencia fue mayor en las mujeres y aumentó de manera progresiva con la edad, afectando a casi el 40% de los adultos de 40 años a más.

Por área de residencia, el síndrome metabólico fue más frecuente en el resto urbano y menos común en el área rural. Asimismo, los adultos sin Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) mostraron mayores niveles de síndrome metabólico que aquellos con al menos una NBI.

El análisis según estado nutricional evidenció una relación directa con el Índice de Masa Corporal: la frecuencia del síndrome metabólico aumentó conforme creció el IMC, alcanzando valores superiores al 60% en adultos con obesidad.

Gráfico 419. Síndrome Metabólico en adultos según dominio de residencia, NBI y estado nutricional. Perú; periodo 2017 – 2018



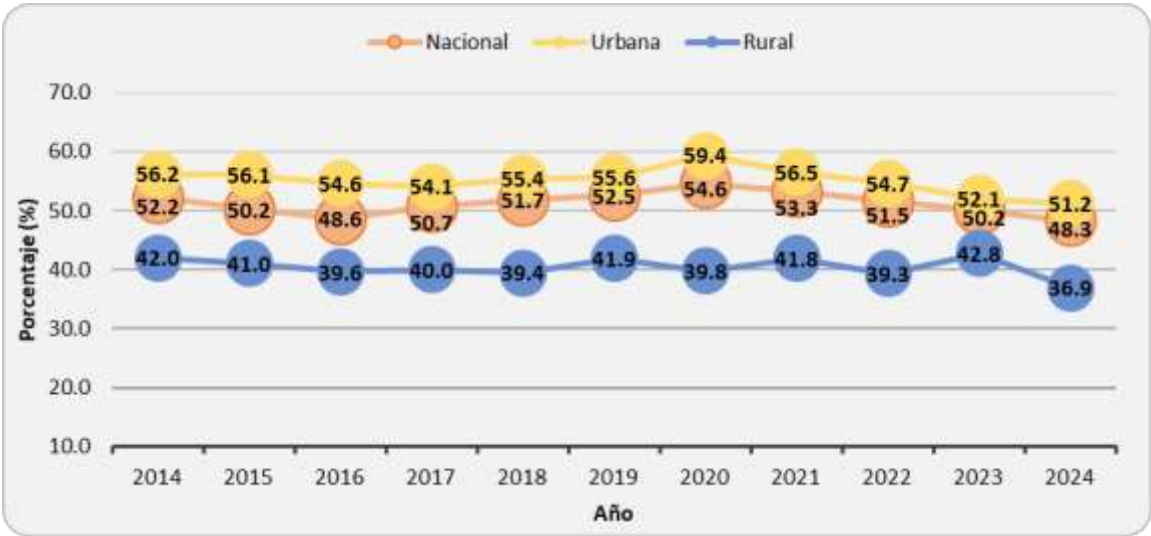
Fuente: INS/CENAN/SUVIAN/EN Encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por curso de Vida- VIANEV Adultos 2017-2018.

4.3.4 Morbilidad relacionada al exceso de peso en adultos mayores de 60 a más años

4.3.4.1 Hipertensión arterial en adultos mayores de 60 y más años

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a nivel nacional, la mitad de adultos mayores de 60 y más años presentaron Hipertensión arterial, manteniéndose en el rango de 48,3% a 54,6% entre los años 2014 y 2024. A nivel urbano, se observó una tendencia similar y, en la mayoría de los años, con cifras de hipertensión arterial superiores a lo reportado en los adultos mayores del área rural, en al menos 10 pp.

Gráfico 420. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos mayores de 60 y más años a nivel nacional y área de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

La prevalencia de hipertensión se mantuvo estable en las tres regiones, siendo mayor en la costa en todos los periodos evaluados, y menor en la sierra. La brecha entre la costa y la sierra está disminuyendo.

Gráfico 421. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en mayores de 60 y más años según dominio de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al sexo, la prevalencia de hipertensión arterial se mantuvo estable en hombres de 60 a más años, con cifras cercanas a lo reportado en mujeres, en todos los periodos evaluados. En el caso de las mujeres, su prevalencia disminuyó de 53,5%(IC 95%: 50,6;56,4) a 46,8%(IC 95%: 43,7;49,8) entre los años 2014 y 2024.

Gráfico 422. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos mayores de 60 y más años según sexo. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según nivel educativo, la prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores se mantuvo estable entre los años 2014 y 2024, observándose cifras cercanas en los tres niveles en el 2024.

Gráfico 423. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos mayores de 60 y más años según nivel de educación. Perú 2014-2024

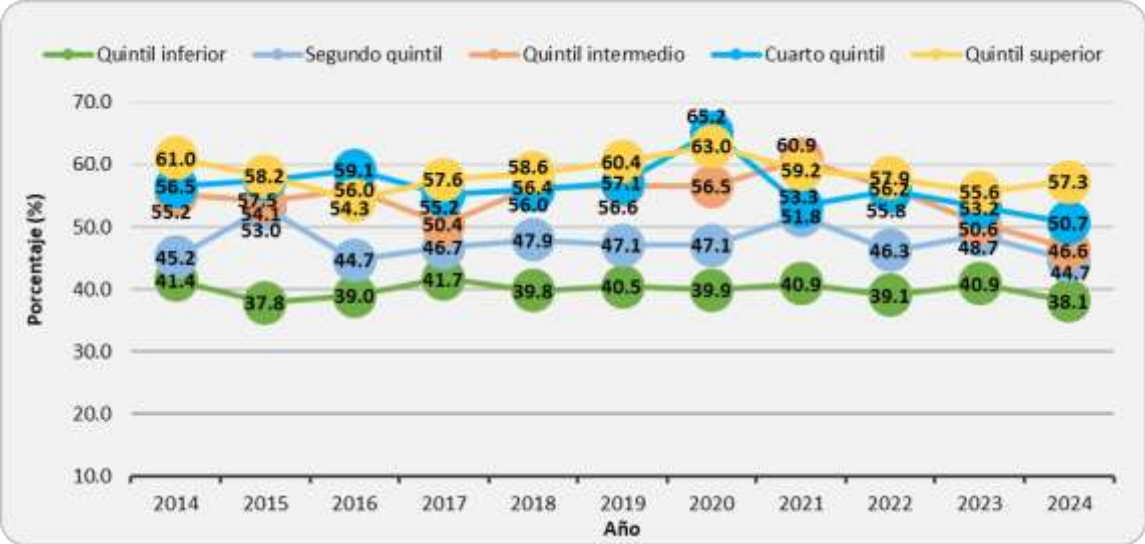


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Se puede observar que la hipertensión arterial afectó de manera similar en todos los quintiles de bienestar, siendo menor su prevalencia en los adultos mayores del quintil inferior, en todos los periodos evaluados. La mayoría han disminuido, especialmente los quintiles superiores, el

segundo quintil aumentó la prevalencia en forma discreta y el quintil inferior fue la más estacionaria.

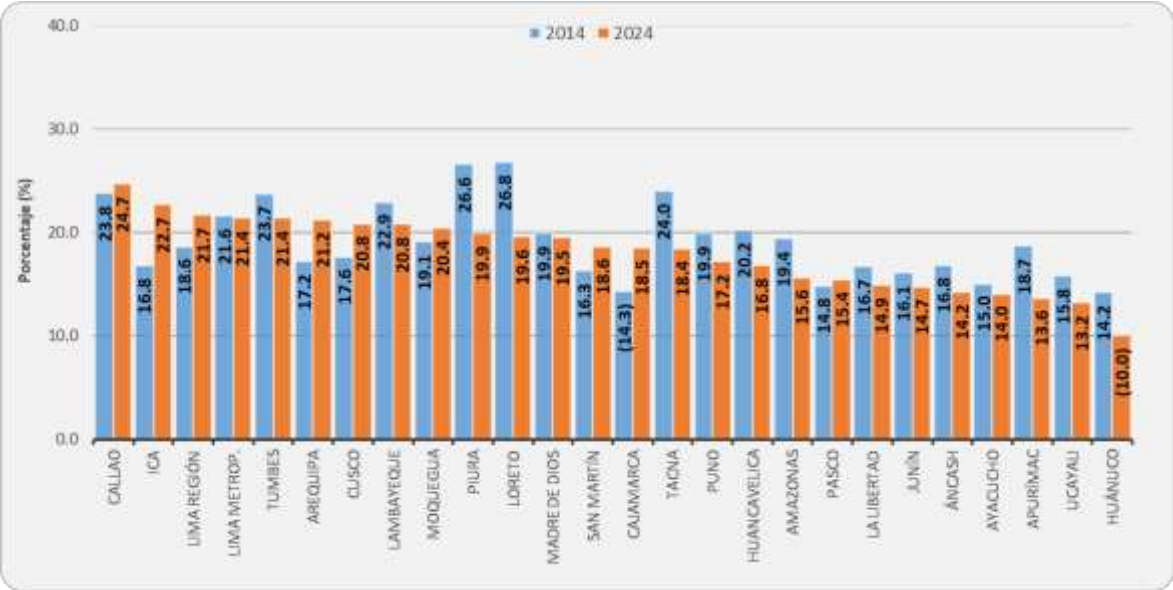
Gráfico 424. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos mayores de 60 y más años según quintil de bienestar. Perú 2014-2024



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según el INEI, en el año 2024, las mayores prevalencias de hipertensión arterial en adultos mayores se encontraron en el departamento de Ica, Tumbes, Arequipa, Cusco, Lambayeque, Moquegua y la Provincia Constitucional del Callao. Las regiones que disminuyeron sus prevalencias entre el 2014 y 2024 fueron Amazonas (de 62,2%(IC 95%: 52,5;71,9) a 42,2%(IC 95%: 33,4;51,0)) y Loreto (de 56,7%(IC 95%: 42,9;70,5) a 43,8%(IC 95%: 35,7;51,9)).

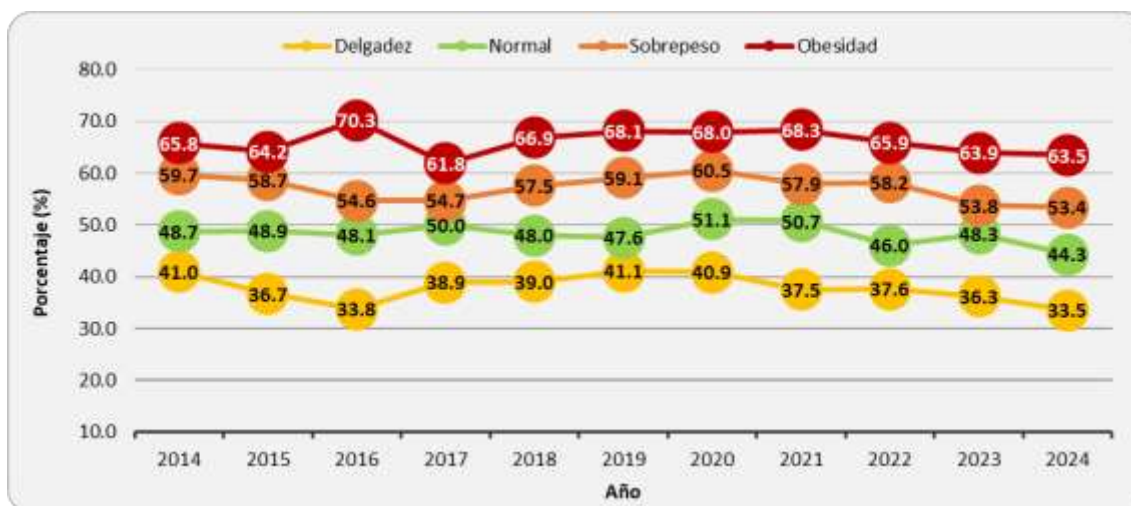
Gráfico 425. Prevalencia de Hipertensión arterial en adultos mayores de 60 y más años según departamentos. Perú 2014 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según el estado nutricional, la tendencia de hipertensión arterial entre los años 2014 y 2024 se mantuvo estable, con una disminución discreta no significativa en la mayoría, observándose en los adultos mayores con obesidad o sobrepeso, cifras mayores a lo reportado en aquellos con estado nutricional normal, en todos los años evaluados.

Gráfico 426. Tendencia de la prevalencia de Hipertensión arterial en adultos mayores de 60 y más años según estado nutricional. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.3.4.2 Diabetes Mellitus en adultos mayores de 60 y más años

Según el INEI, a nivel nacional, el porcentaje de adultos mayores con diabetes mellitus aumentó de 8,2% (IC 95%: 7,0;9,5) a 14,0% (IC 95%: 12,2;15,8) entre los años 2014 y 2024. A nivel urbano, en el mismo periodo, aumentó de 10,2 (IC 95%: 8,5;11,8) a 16,3%, (IC 95%: 14,1;18,5); mientras que, el rural se mantuvo en el rango de 2,8% a 5,5%.

Gráfico 427. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos mayores de 60 y más años a nivel nacional y área de residencia. Perú 2014-2024



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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según dominios de residencia se observaron prevalencia de diabetes mellitus estables en la sierra y selva, sin embargo, en la costa aumentó de 10,6% (IC 95%: 8,6;12,6) a 18,1% (IC 95%: 15,3;20,9), presentando, además, cifras superiores a los otros dos dominios de residencia, en todos los años evaluados.

Gráfico 428. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos mayores de 60 y más años según dominio de residencia. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

De acuerdo al sexo, la prevalencia de diabetes mellitus en hombres mayores de 60 años aumentó de 7,5 (IC 95%: 5,6;9,4) a 14,7%, (IC 95%: 11,8;17,5); y en mujeres adultas mayores, se incrementó de 8,9 (IC 95%: 7,2;10,5) a 13,4%, (IC 95%: 11,0;15,8), predominado en estas.

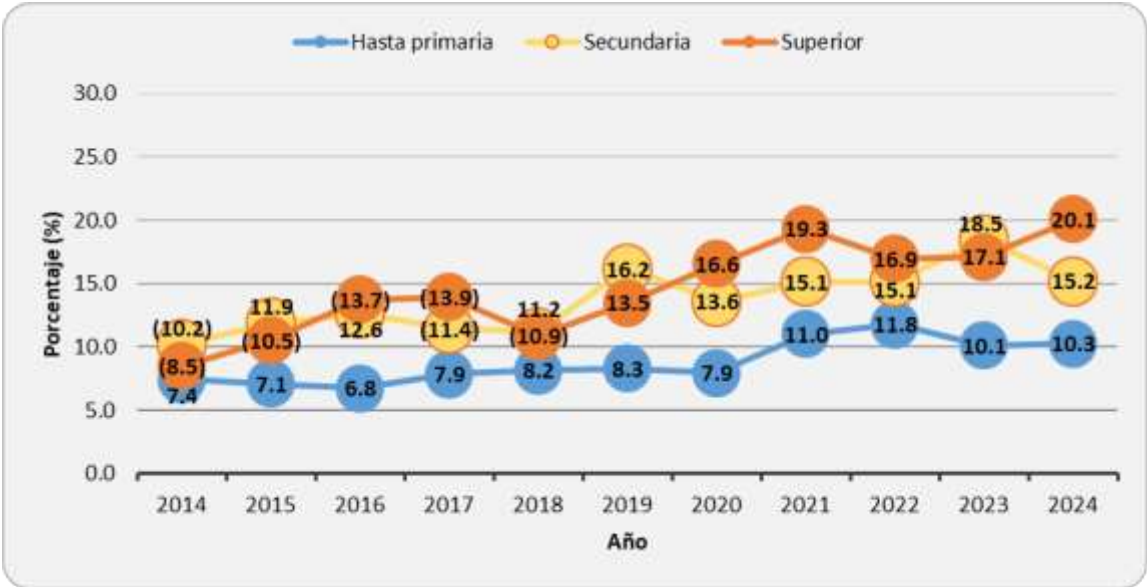
Gráfico 429. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos mayores de 60 y más años según sexo. Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según nivel educativo, la prevalencia de diabetes mellitus en adultos mayores de 60 y más años con nivel hasta primaria y secundario se mantuvo estable entre los años 2014 y 2024; mientras que en los adultos mayores con nivel superior aumentó de 8,5 (IC 95%: 5,6;11,4) a 20,1%, (IC 95%: 14,9;25,3) en el mismo periodo.

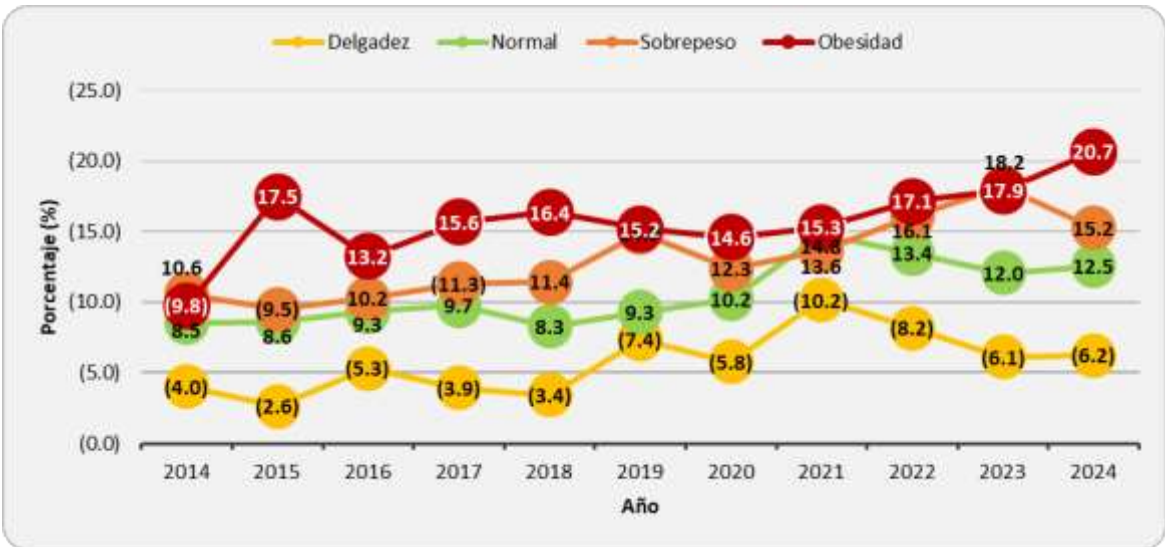
Gráfico 430. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos mayores de 60 y más años según nivel de educación. Perú 2014-2024



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

Según el estado nutricional, la tendencia de diabetes mellitus entre los años 2014 y 2024 tuvo tendencia al incremento no significativo, observándose en aquellos con obesidad o sobrepeso, cifras mayores que en aquellos con estado nutricional normal y/o delgadez.

Gráfico 431. Tendencia de la prevalencia de Diabetes mellitus en adultos mayores de 60 y más años según estado nutricional. Perú 2014-2024



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2024.

4.3.5 Morbilidad relacionada al exceso de peso en personas de 15 a más años

4.3.5.1 Hipertensión arterial en personas de 15 y más años

Según los Informes de “Perú: Enfermedades No transmisibles y Transmisibles”, entre los años 2013 y 2024, la tendencia de la prevalencia de hipertensión arterial fue variable a nivel nacional, disminuyendo de 23,7% (IC 95%: 21,8; 25,6) a 20,6% (IC 95%: 19,8; 21,4)).

Al comparar las cifras de los años 2013 y 2024, se puede observar que la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 años a más residentes del área urbana fue mayor, en comparación con el área rural.

Respecto a la tendencia de la prevalencia de hipertensión arterial, se puede observar que entre los años 2013 y 2024, disminuyó levemente en el área urbana y rural.

Gráfico 432. Tendencia de la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 y más años, a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Según sexo, en el año 2024, la prevalencia de hipertensión arterial en hombres de 15 y más años de edad fue mayor que en mujeres; con valores de 23,3% (IC 95%: 22,0; 24,5) y 18,0% (IC 95%: 17,0; 19,0) respectivamente.

Entre los años 2013 y 2015, la prevalencia de hipertensión en hombres y mujeres se mantuvo estable.

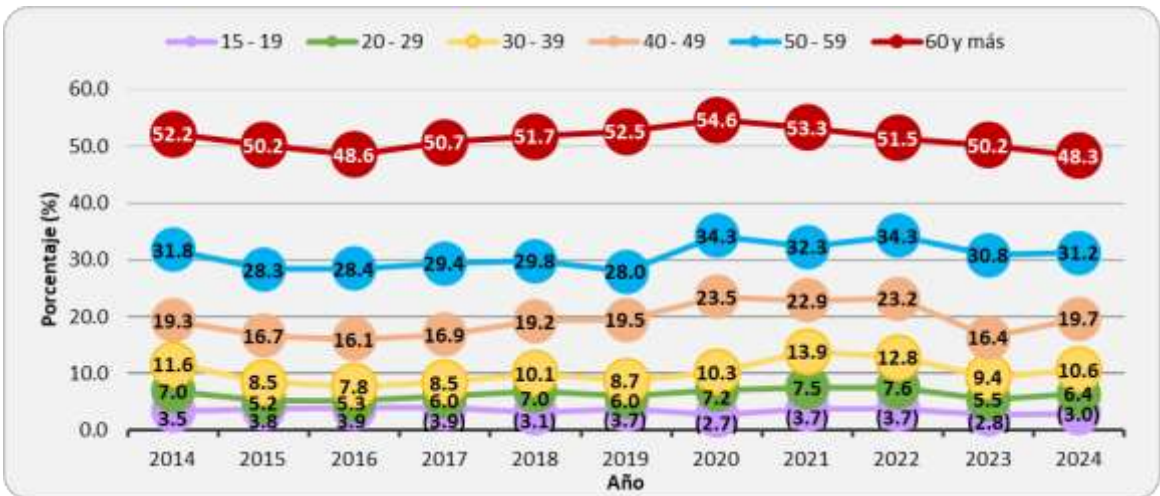
La prevalencia de la hipertensión arterial aumenta con la edad; las personas de 60 a más años presentaron las mayores prevalencias, con más de 50% en casi todos los años evaluados. Todos los grupos de edad mantuvieron estable la prevalencia de hipertensión arterial.

Gráfico 433. Tendencia de la prevalencia de hipertensión arterial según sexo.
Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Gráfico 434. Tendencia de la prevalencia de hipertensión arterial según grupos de edad.
Perú 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Las prevalencias de hipertensión arterial en personas de 15 y más años de edad fueron mayores en la costa; sin embargo, para el año 2024, las prevalencias fueron casi similares en las tres regiones naturales. Asimismo, entre los años 2013 y 2024, la prevalencia disminuyó en la costa de 27,4% (IC 95%: 23,8;29,1) a 22,5% (IC 95%: 21,3; 23,6), mientras que, en la sierra y selva, se mantuvieron estables, en alrededor de 18%.

Gráfico 435. Tendencia de la prevalencia de hipertensión arterial según región natural.
Perú, 2013-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Al comparar las prevalencias de hipertensión arterial de los años 2014 y 2024, se puede apreciar que las cifras más altas se encontraron en las personas de 15 y más años con nivel de educación hasta primaria, presentando cifras entre 25,7% y 32,1%, asimismo, se puede observar que las personas del nivel secundario se mantuvieron en el rango de 13,3% a 18,9%. En el caso de las personas con nivel educativo superior, la tendencia de la hipertensión arterial fue hacia el incremento.

Gráfico 436. Tendencia de la prevalencia de hipertensión arterial según nivel de educación.
Perú 2014-2024



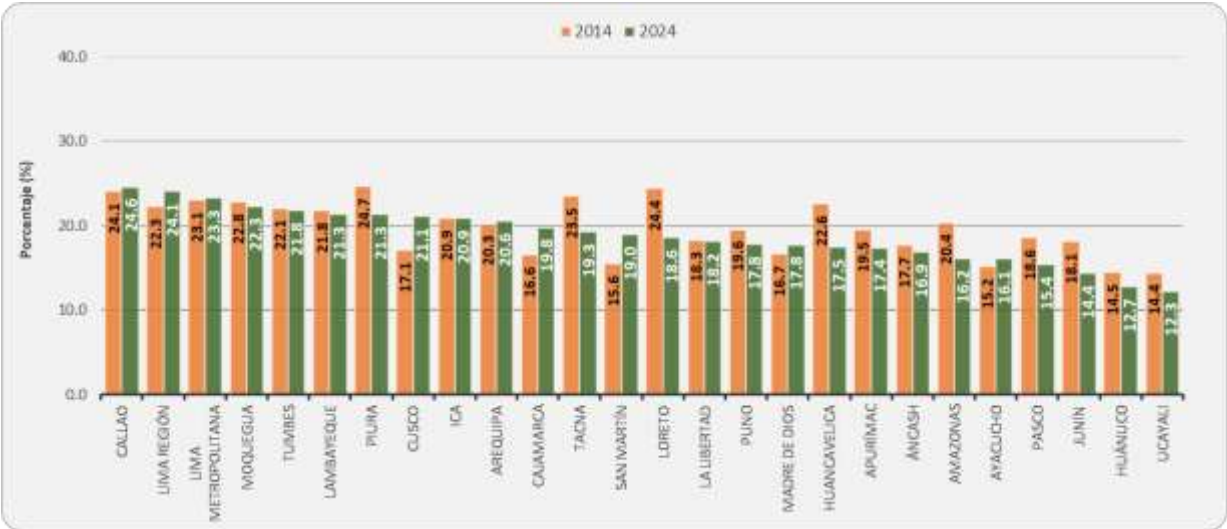
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Al analizar la prevalencia de hipertensión arterial según departamentos, se puede observar que, en el año 2024, las prevalencias más altas se encontraron en la Moquegua, Tumbes, Lambayeque, Piura, Cusco, Ica, Arequipa, Lima y la provincia constitucional del Callao, quienes presentaron

cifras superiores al 20,0%. La prevalencia más baja de hipertensión arterial se observó en el departamento de Ucayali (12,3%).

Entre los años 2014 y 2024, sólo Loreto disminuyó su prevalencia de Hipertensión de 24,4% (IC 95%: 21,4;27,4), en el año 2014 a 18,6% (IC 95%: 16,1;21,1) en el 2024.

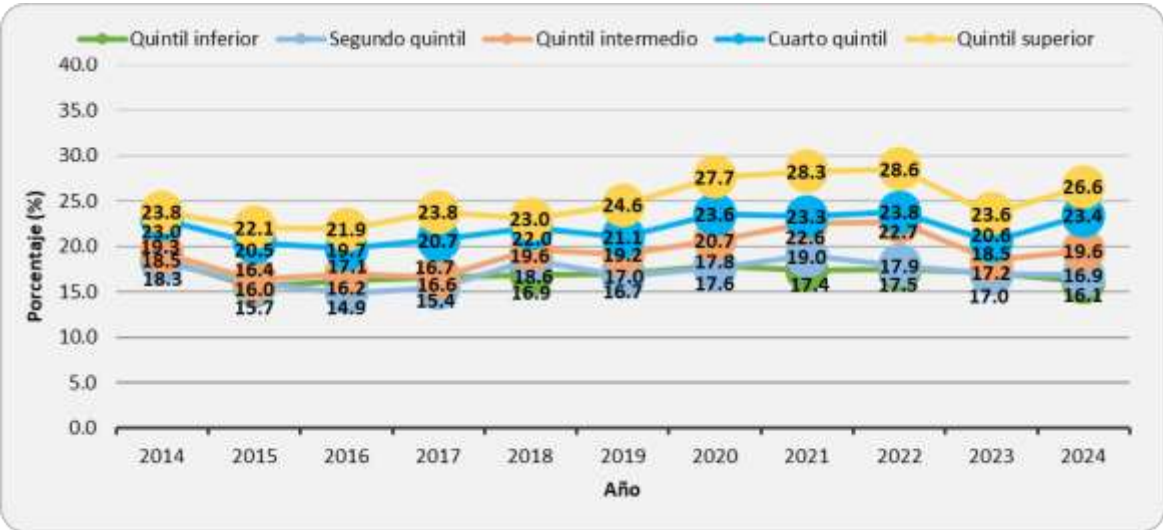
Gráfico 437. Variación de la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 y más años, según departamentos. Perú, 2014 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Las prevalencias de hipertensión arterial más altas se encontraron en los quintiles superiores, manteniéndose estables en casi todos los quintiles de bienestar en el periodo 2014-2024, sólo en el quintil inferior disminuyó de 18,5% (IC 95%: 17,2;19,8) a 16,1% (IC 95%: 15,0;17,1) en el periodo.

Gráfico 438. Tendencia de la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 y más, según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024



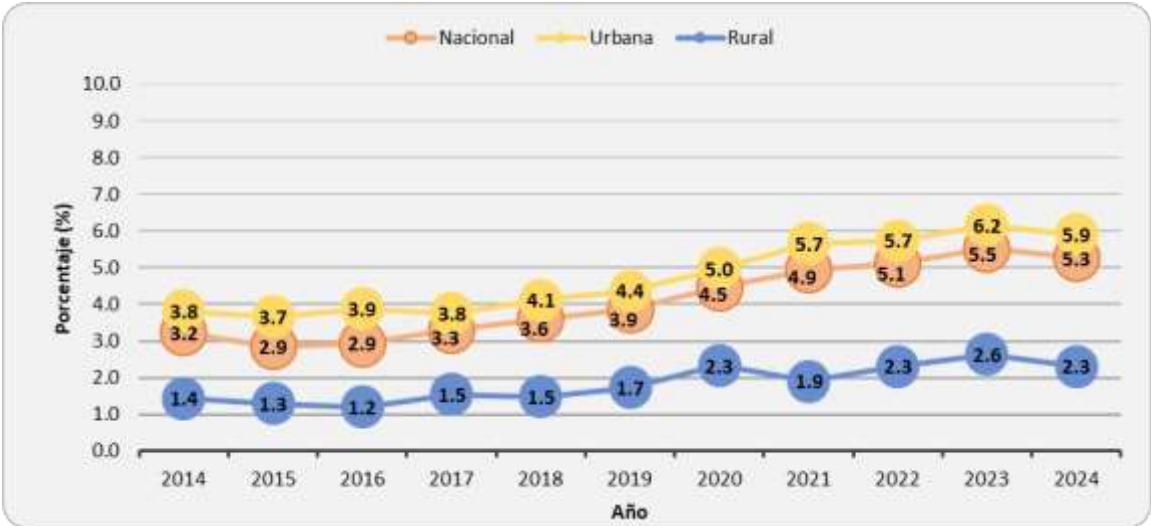
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

4.3.5.2 Diabetes mellitus en personas de 15 y más años

Según el Informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, la prevalencia de personas de 15 y más años con diagnóstico de diabetes mellitus, a nivel nacional, presentó un aumento continuo, con cifras de 3,2% (IC 95%: 2,9; 3,6) en el año 2014 y 5,3% (IC 95%: 4,8; 5,8) en el 2024.

Al comparar las cifras de los años 2014 y 2024, se puede observar que la prevalencia de diabetes en personas de 15 años a más residentes del área urbana duplicó a lo encontrado en el área rural. Según área de residencia, se puede observar que entre los años 2014 y 2024 aumentó en el área urbana de 3,8% (IC 95%: 3,4;4,2) a 5,9% (IC 95%: 5,3; 6,5), al igual que en los residentes del área rural, donde aumentó de 1,4% (IC 95%: 1,1;1,8) a 2,3% (IC 95%: 2,0;2,6).

Gráfico 439. Tendencia de la prevalencia de diabetes mellitus en personas de 15 y más años a nivel nacional y según área de residencia. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Entre los años 2014 y 2024, la prevalencia de diabetes en hombres aumentó de manera sostenida de 2,9% (IC 95%: 2,4;3,3) a 4,5% (IC 95%: 3,8; 5,2); lo mismo que en mujeres, donde su prevalencia aumentó de 3,6% (IC 95%: 3,1;4,0) a 6,0% (IC 95%: 5,2;6,7) en el mismo periodo, observándose un predominio en la prevalencia de las mujeres.

Gráfico 440. Tendencia de la prevalencia de diabetes mellitus en personas de 15 y más años según sexo. Perú, 2014-2024

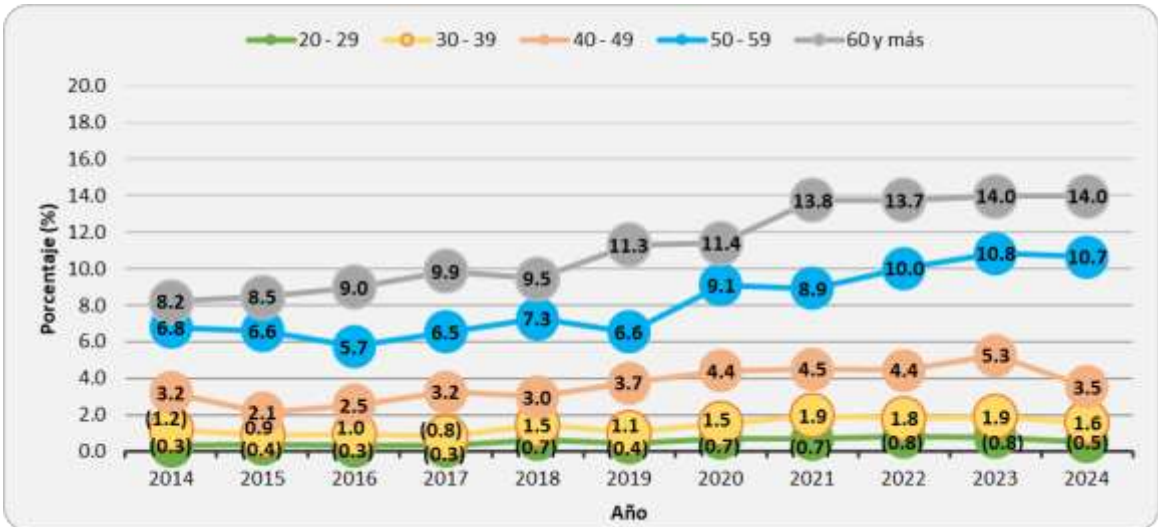


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

A nivel nacional, a medida que aumenta la edad, también se incrementa la prevalencia de diabetes, siendo significativamente mayor en las personas de 50-59 años y de 60 a más años, respecto a los menores de 50 años.

Entre los años 2014 y 2024, la prevalencia de diabetes aumentó en los adultos de 50-59 años de 6,8% (IC 95%: 5,5;8,1) a 10,7% (IC 95%: 8,7;12,6), mientras que en los adultos mayores de 60 y más años se incrementó de 8,2% (IC 95%: 7,0;9,5) a 14,0% (IC 95%: 12,2;15,8). Los otros tres estuvieron estables.

Gráfico 441. Tendencia de la prevalencia de diabetes mellitus en personas de 15 y más años según grupos de edad. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Por otro lado, la prevalencia de diabetes en personas de 15 y más años de edad fue mayor en los residentes de la costa (6,5%), duplicando a lo observado en la sierra (2,6%), mientras que en la selva su prevalencia fue de 4,4%.

Entre los años 2014 y 2024, la prevalencia de diabetes fue mayor en las personas de 15 y más años residentes de la costa, presentando cifras que duplican a lo observado en la sierra. Su prevalencia aumentó en los tres dominios de residencia; en los residentes de la costa aumentó de 4,0% (IC 95%: 3,5;4,5) a 6,5% (IC 95%: 5,7; 7,2) y en la selva de 2,5% (IC 95%: 2,0;3,1) a 4,4% (IC 95%: 3,7;5,1), mientras que en la sierra se mantuvo estable.

Gráfico 442. Tendencia de la prevalencia de diabetes mellitus en personas de 15 y más años según región natural. Perú, 2014-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2014-2024.

Entre los años 2014 y 2024, la prevalencia de diabetes aumentó en las personas de 15 y más años, de los tres niveles de educación; en aquellos con nivel primario aumentó de 4,4% (IC 95%: 3,7;5,2) a 7,1% (IC 95%: 6,0; 8,2), en los de nivel secundario se incrementó de 2,4% (IC 95%: 2,0;2,9) a 3,7% (IC 95%: 3,0;4,4), mientras que en las personas con nivel educativo superior casi se duplicó de 3,2% (IC 95%: 2,6;3,8) a 5,8% (IC 95%: 4,8;6,7).

Las mayores cifras de prevalencia de diabetes se encontraron en las personas de 15 y más años con niveles de educación hasta primaria.

Gráfico 443. Tendencia de la prevalencia de diabetes mellitus en personas de 15 y más años según nivel de educación. Perú 2014- 2024

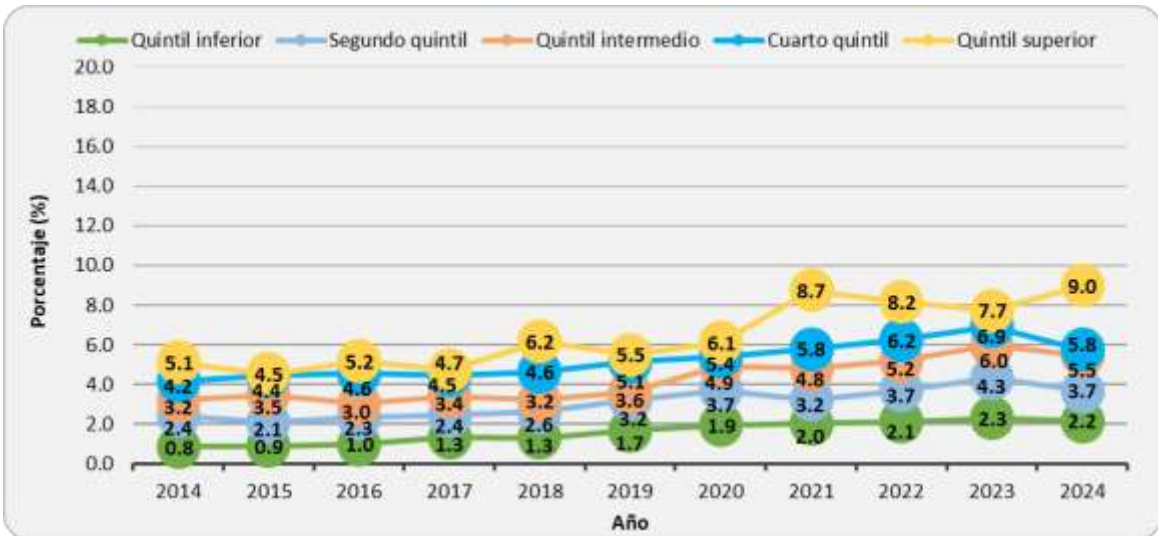


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Entre los años 2014 y 2024, las prevalencias de diabetes más altas se encontraron en las personas de 15 y más años del cuarto quintil y quintil superior, al compararlo con aquellas del quintil inferior y segundo quintil.

Asimismo, la prevalencia de diabetes aumentó en las personas de 15 y más años, de casi todos los quintiles de bienestar; sobresaliendo el quintil inferior, donde su prevalencia casi se triplicó de 0,8% (IC 95%: 0,6;1,1) a 2,2% (IC 95%: 1,8;2,6); en el segundo quintil aumentó en 1,3 pp, en el quintil intermedio 2,3 pp, y en el quintil superior incrementó 3,9 pp, de 5,1% a (IC 95%: 4,2;6,1) a 9,0% (IC 95%: 7,2;10,7).

Gráfico 444. Tendencia de la prevalencia de diabetes mellitus en personas de 15 y más años según quintil de bienestar. Perú, 2014-2024



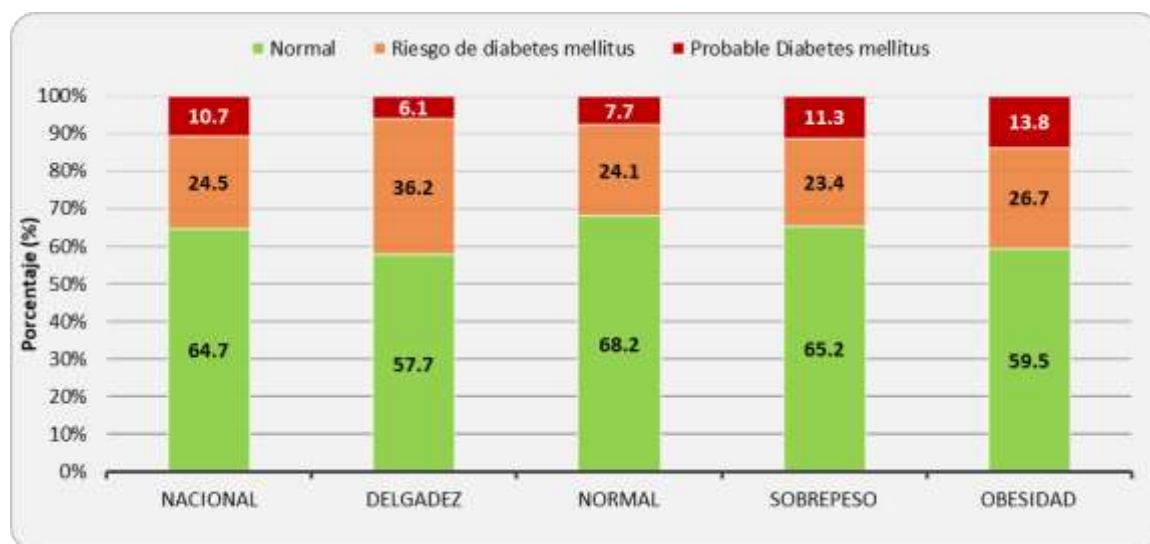
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013-2024.

Según el Informe Técnico: “Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018”, los niveles de glucosa en sangre varían según índice de masa corporal (IMC), observando que casi siete de cada diez personas con IMC normal y sobrepeso presentaron niveles de glucosa clasificados como “normal”, mientras que en los delgados fueron seis de cada diez.

Sin embargo, entre los delgados los sujetos con riesgo de diabetes fueron uno de cada tres, mientras que en los demás estados nutricionales fueron uno de cada cuatro.

Por otro lado, las personas con probable diabetes aumentaron con el incremento del IMC; entre los que mostraron sobrepeso uno de cada nueve presentó probable diabetes, mientras que entre los obesos uno de cada siete también presentó probable diabetes.

Gráfico 445. Distribución de los niveles de glucosa en sangre en adultos de 18 a 59 años según índice de masa corporal. Perú, 2017-2018



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Informe Técnico: Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años VIANEV 2017-2018.

V. RESUMEN:

Respecto al estado nutricional:

- Se evidencia una tendencia hacia el aumento en las prevalencias de exceso de peso en la mayoría de los cursos de vida, con una estabilidad en las cifras de sobrepeso, pero un incremento constante en las de obesidad.
- En los niños menores de 5 años, el exceso de peso representa un problema de salud pública moderado.
- En niños menores de 5 años, cerca de uno de cada diez niños tiene exceso peso en el año 2024, siendo más frecuente en hombres y en menores de 12 meses
- En niños menores de 5 años, el exceso de peso desciende desde los menores de 12 meses a los 25-35 meses, para luego volver a incrementarse, especialmente por la obesidad.
- En niños menores de 5 años, la doble carga individual de malnutrición (talla baja y exceso de peso) afectó alrededor de 2 de cada 100 niños por lo que es necesario el establecimiento de acciones preventivo promocionales de doble propósito, es decir, que tengan efecto en ambos.
- En los niños de 5 a 11 años el exceso de peso representa un problema de salud pública muy alto.
- En niños de 5 a 11 años, tres de cada diez tuvieron exceso de peso en el año 2024, siendo ligeramente mayor en hombres y entre los 9 a 11 años.
- En niños de 5 a 11 años, la doble carga de malnutrición afectó al 2 de cada 100 niños, por lo que es necesario el establecimiento de acciones preventivo promocionales de doble propósito.
- En los adolescentes de 12 a 17 años el exceso de peso representa un problema de salud pública muy alto.
- En adolescentes de 12 a 17 años, tres de cada diez tuvieron exceso de peso en el año 2024, siendo ligeramente mayor en mujeres y entre los 12 a 14 años.
- En adolescentes de 12 a 17 años, la doble carga de malnutrición afectó cerca de 1 de cada 25 adolescentes por lo que es necesario el establecimiento de acciones preventivo promocionales de doble propósito.
- En los jóvenes de 18 a 29 años el exceso de peso afectó a uno de cada dos, representando un problema de salud pública severo, el problema se acelera por el incremento de la obesidad, la cual se triplicó en los últimos quince años (de 6,5% a 18,4%).
- Las mujeres jóvenes de 18 a 29 años presentan mayores cifras de exceso de peso y obesidad que los hombres.

- El IMC promedio de los jóvenes de 18 a 29 años aumentó de 25,3 a 26,0 kg/m² entre 2016 y 2024.
- En los adultos de 30 a 59 años el exceso de peso aumentó de **55,7% (2007)** a **78,8% (2024)**.
- La obesidad se duplicó en 15 años (de 15,8% a 34,2%), reduciéndose las brechas urbano–rural, aunque la costa mantiene las prevalencias más altas. Las mujeres presentan mayor obesidad que los hombres.
- El IMC promedio en adultos de 30 a 59 años pasó de 27,6 a 28,6 kg/m² entre 2016 y 2024.
- El exceso de peso en las personas adultas mayores de 60 a más años, afectó a 4 de cada diez.
- El sobrepeso y la obesidad en las personas adultas mayores casi se duplicó.
- La prevalencia de exceso de peso en personas de 15 y más años, se mantiene estable en los últimos años, afectando a tres de cada cinco en el año 2024.
- La prevalencia de obesidad en personas de 15 y más años, aumentó un tercio entre los años 2007 y 2024, siendo mayor en el área urbana, en mujeres, en la adultez, residentes de la costa, en el nivel de educación superior y en los quintiles más altos.
- El exceso de peso en mujeres en edad fértil representa un problema severo de salud pública.
- El exceso de peso en mujeres en edad fértil muestra una tendencia creciente en el periodo 2007-2008 y el año 2024, afectando a dos de cada tres mujeres
- La prevalencia de sobrepeso en mujeres en edad fértil se mantuvo estable, pero la prevalencia de obesidad casi se duplicó en el periodo.
- La obesidad en mujeres en edad fértil es la que más contribuye en el aumento del exceso de peso, y aumenta con la edad, es mayor en área urbana, en la costa, en los niveles de educación primaria y en el quintil intermedio.
- La tendencia del índice de masa corporal promedio en personas de 15 y más años es hacia el incremento, es mayor en la mujer, en el área urbana y aumenta con la edad.
- La prevalencia de sobrepeso en las gestantes, con la evaluación nutricional por P/T (CLAP), mostró una marcada tendencia hacia el incremento; afectando a una de cada dos embarazadas y aumentando su prevalencia a mayor edad.
- La tendencia del estado nutricional por el IMC pregestacional muestra un incremento del sobrepeso y de la obesidad.

- La obesidad, por IMC pregestacional, ha duplicado su prevalencia en el periodo de 2014 a 2024.

Respecto a los factores de riesgo:

- La lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses se mantiene estable (70% a nivel nacional), siendo mayor en el área rural y en la sierra. Sin embargo, se observa un aumento en el consumo de fórmulas infantiles especialmente en este grupo de edad.
- El consumo de frutas/verduras ricas en Vitamina A mejora gradualmente con la edad en niños menores de cinco años.
- El consumo de 5 porciones de frutas y/o ensalada de verduras sólo se observó en el 10% de los adolescentes de 15 a 17 años, una prevalencia muy baja.
- El consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años disminuyó en la pandemia, sin embargo, volvió a subir; actualmente es más común en área urbana y costa.
- El consumo de 5 porciones de frutas y/o ensalada de verduras sólo se observó en el 10-12% de los jóvenes de 18 a 29 años.
- El consumo de alcohol en jóvenes de 18 a 29 años se mantiene estable, y es más común en hombres.
- La actividad física en jóvenes de 18 a 29 años es de predominio de actividad baja o ligera.
- El consumo de cinco porciones de frutas y verduras disminuyó en los últimos diez años en adultos de 30 a 59 años.
- El consumo de tabaco disminuyó, pero sigue concentrado en área urbana y en hombres.
- El consumo de alcohol se mantiene estable; observándose un mayor consumo en los quintiles altos.
- El consumo de cinco porciones de frutas o verduras mostró una tendencia al descenso, tendencia que se observa especialmente en el área urbana, en la mujer, en el nivel educativo superior, en la costa y en el quintil superior.
- Se consume más fruta que verdura; para ambos el consumo es mayor en el área urbana, en la mujer, en el quintil superior, en el nivel educativo superior y es menor en la sierra.
- El consumo diario de cigarrillos en personas de 15 y más años de edad muestra una tendencia a disminuir a nivel nacional, predominante en los varones. Su consumo actual es mayor en los jóvenes adultos.

- El consumo diario de cigarrillos, en los últimos 12 meses y consumo actual en personas de 15 y más años de edad continúa siendo mayor en el área urbana y en los hombres.
- El consumo de cigarrillos en los últimos 12 meses y el consumo actual en personas de 15 y más años de edad continúa siendo mayor en la costa y selva y en el nivel de educación superior.
- El porcentaje de personas de 15 y más años de edad que consumió alguna vez bebidas alcohólicas continúa alto, con tendencia al incremento discreto; tanto en hombres como en mujeres.
- El consumo de alcohol en los últimos 30 días y en el último año se mantuvo estable. El consumo es mayor en el área urbana, en los hombres, en los jóvenes y adultos, en la costa, en el nivel de educación superior y en los quintiles más altos.

Respecto a la morbilidad relacionada:

- La tendencia de la prevalencia de hipertensión arterial, a nivel nacional, muestra una tendencia sostenida al incremento, afectando alrededor de uno de cada cinco personas de 15 a más años.
- La hipertensión arterial afecta con más frecuencia en el área urbana, en la costa, en el nivel hasta primaria y en los quintiles más altos; afecta casi igual a hombres y mujeres y aumenta con la edad.
- La tendencia de la prevalencia de diabetes mellitus, a nivel nacional, continúa en aumento, afectando al menos a uno de cada veinte personas de 15 a más años de edad, siendo mayor en el área urbana, en la costa, en el nivel hasta primaria y en los quintiles más altos; pero afecta casi igual a hombres y mujeres y aumenta con la edad.

VI. CONCLUSIONES

- La evidencia presentada confirma que el sobrepeso y la obesidad constituyen un problema creciente y persistente de salud pública en el Perú, afectando a todas las etapas del curso de vida, desde la infancia hasta la adultez, que incluye la doble carga de malnutrición, con predominio de la obesidad.
- En niñas, niños y adolescentes se observa una tendencia al alza del exceso de peso, con proporciones particularmente altas en la edad escolar y adolescencia temprana, lo que incrementa el riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida.
- Las mujeres en edad fértil y las gestantes también muestran incrementos significativos en los indicadores de exceso de peso, lo que podría tener implicancias negativas en la salud materno-infantil.

- El análisis de factores de riesgo evidencia un consumo insuficiente de frutas y verduras en general, pero peor en zonas urbanas y en poblaciones con nivel educativo superior.
- La hipertensión arterial y la diabetes mellitus, enfermedades no transmisibles asociadas al exceso de peso, muestran un patrón ascendente, evidenciando el impacto creciente del sobrepeso y la obesidad sobre la morbilidad nacional, especialmente a partir de la adultez.
- Persisten brechas importantes por nivel socioeconómico, área de residencia y género, lo cual demanda intervenciones focalizadas y multisectoriales.

VII. RECOMENDACIONES

- Reorientar las políticas públicas para abordar de manera integral la doble carga de malnutrición, incorporando con prioridad la prevención y control del sobrepeso y obesidad, con el enfoque de ciclo de vida.
- Fortalecer la articulación multisectorial e intergubernamental en la implementación de programas de promoción de la actividad física y alimentación saludable en entornos escolares, comunitarios y laborales.
- Asignar recursos sostenibles en los presupuestos regionales y locales para vigilancia alimentaria y nutricional, asegurando la recolección continua de datos desagregados por edad, sexo y ámbito geográfico.
- Reactivar o implementar la estrategia nacional de promoción del consumo de “5 al día” (frutas y verduras), con participación activa del sector agricultura, educación, MIDIS y sociedad civil.
- Desarrollar políticas públicas que fomenten la reducción del sedentarismo, incluyendo infraestructura para movilidad activa (bicicletas, caminatas) y espacios públicos seguros para la actividad física.
- Establecer alianzas con gobiernos locales para transformar los entornos urbanos en espacios que favorezcan hábitos saludables, especialmente en zonas de alta prevalencia de obesidad.
- Mejorar la interoperabilidad de datos entre MINSA y EsSalud, para contar con un sistema integral de información sobre el estado nutricional y sus determinantes, por ciclos de vida.
- Promover el uso activo y la difusión de la Plataforma Virtual del Observatorio de Nutrición, con fines de planificación local, evaluación de políticas y formación de investigadores.
- Impulsar investigaciones operativas y evaluaciones de impacto que permitan identificar intervenciones efectivas frente al exceso de peso en la población peruana.

- Continuar generando espacios de análisis de políticas nacionales e internacionales, destacando prácticas exitosas en promoción de estilos de vida saludables.